

BRYTYJSKIE DOŚWIADCZENIA W KSZTAŁTOWANIU WYNAGRODZEŃ PRACOWNIKÓW PUBLICZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA ZA POMOCĄ WARTOŚCIOWANIA PRACY

Wiesław Golnau
Uniwersytet Gdański

WSTĘP

W Wielkiej Brytanii publiczną służbę zdrowia utworzono w 1948 r. pod nazwą *National Health Service* (NHS). Jest ona finansowana z ogólnych wpływów do budżetu państwa. Prawo do bezpłatnych świadczeń (z pewnymi wyjątkami) mają wszyscy obywatele tego państwa. Z usług NHS korzysta około 92% mieszkańców Wielkiej Brytanii.

System opieki zdrowotnej składa się z trzech poziomów. Pierwszym jest podstawowa opieka zdrowotna, świadczona przez lekarzy rodzinnych, stomatologów, farmaceutów, okulistów i pielęgniarki udzielające porad zdrowotnych. Drugi poziom obejmuje opiekę szpitalną oraz pomoc medyczną w nagłych wypadkach i transport medyczny. Natomiast wysokospecjalistyczne procedury medyczne, takie jak kardiochirurgia i transplantologia, tworzą trzeci poziom opieki zdrowotnej.

Pod względem organizacyjnym NHS jest niejednorodnym tworem. Składa się z czterech samodzielnych instytucji działających na terenie Anglii (NHS), Szkocji (NHS Scotland), Walii (NHS Wales) i Irlandii Północnej (Health and Social Care in Northern Ireland).

Angielski NHS podlega ministrowi zdrowia w brytyjskim rządzie. Natomiast publiczne służby zdrowia w Szkocji, Walii i Irlandii Północnej podlegają rządowi tych autonomicznych części Wielkiej Brytanii (*The Structure...* 2004). Spośród czterech wymienionych organizacji tworzących brytyjską publiczną służbę zdrowia największą jest angielska NHS. W 2006 r. zatrudnionych było w niej ponad 1,3 mln osób (*Staff in the...* 2007, s. 3). Jest to największa na świecie organizacja świadcząca usługi zdrowotne i piątą pod względem liczby zatrudnionych osób podmiot gospodarczy na świecie. Więcej pracowników zatrudnia jedynie armia chińska, Departament Obrony Stanów Zjednoczonych, hinduska kolej i amerykańska firma handlowa Wal-Mart (Trefgarne 2005).

Publiczna służba zdrowia w pozostałych częściach Wielkiej Brytanii również zatrudnia znaczną liczbę osób. W Szkocji jest to około 160 tys. (*NHS Scotland Workforce...* 2008), w Walii – około 95 tys. (*Staff Directly Employed...* 2007), a w Irlandii Północnej – około 60 tys. pracowników (*Northern Ireland Health...* 2007, s. 4).

Pomimo wysokiej jakości świadczonych usług, publiczna służba zdrowia w Wielkiej Brytanii była w ostatnich latach przedmiotem ostrej krytyki. Dotyczyła ona takich problemów jak: wydłużające się kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia, narastające zadłużenie niektórych szpitali, niskie wynagrodzenia pielęgniarek, nieprawidłowości w transplantologii, zdarzające się szpitalne zakażenia szczepami bakterii opornych na antybiotyki, opóźnienia w komputeryzacji systemu opieki zdrowotnej czy ograniczony dostęp do bezpłatnych usług stomatologicznych (zob. np.: *NHS Deficits...* 2006; McDougall, Marsh 2000).

Od momentu utworzenia *National Health Service* wynagrodzenia zatrudnionych w niej osób były kształtowane w drodze negocjacji zbiorowych. Toczyły się one w ramach specjalnej komisji, zwanej General Whitley Council, od nazwiska jej pomysłodawcy J. H. Whitleya. W latach 70. i 80. ubiegłego wieku uzupełniano ją kolejnymi komisjami, powoływanymi do przedkładania władzom państwowym rekomendacji wzrostu wynagrodzeń poszczególnych grup zawodowych służby zdrowia, np. lekarzy i dentystów, pielęgniarek i położnych czy pracowników administracyjnych. Natomiast na początku lat 90. poszczególne podmioty publicznej służby zdrowia uzyskały prawo ustalenia własnych stawek wynagrodzeń dla nowo zatrudnianych i awansowanych pracowników.

W efekcie tych zmian system wynagradzania pracowników publicznej służby zdrowia w Wielkiej Brytanii stał się niezwykle skomplikowany, nieprzejrzysty i mało elastyczny. Osoby zatrudnione na podobnych stanowiskach mogły otrzymywać znacznie różniące się stawki płac. W praktyce stosowanych było 650 różnych szczebli wynagrodzeń. Złe relacje wynagrodzeń pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi powodowały trudności w pozyskiwaniu wykwalifikowanych osób do pracy na niektórych stanowiskach.

Pod wpływem krytyki dotychczasowego systemu wynagrodzeń publicznej służby zdrowia utworzony w maju 1997 r. rząd laburzystowski podjął decyzję o przygotowaniu zupełnie nowego systemu, który spełniałby wymagania nowoczesnego podejścia do zarządzania zasobami ludzkimi. Jego zasadniczym elementem miało być wartościowanie pracy, zapewniające przestrzeganie zasady równej płacy za pracę równej wartości.

Celem tego artykułu jest analiza i ocena wartościowania pracy stosowanego w brytyjskiej publicznej służbie zdrowia pod kątem wykorzystania zebranych tam doświadczeń do tworzenia systemu wynagrodzeń w polskiej publicznej służbie zdrowia.

Artykuł podzielono na cztery części. W pierwszej części omówiono przebieg prac zmierzających do przygotowania metody wartościowania pracy. W drugiej przedstawiono przyjętą konstrukcję metody. Kolejna, trzecia część dotyczy stosowanych procedur wartościowania pracy, a w czwartej zaprezentowano sposób wykorzystania wyników wartościowania pracy do kształtowania płac zasadniczych.

PRZYGOTOWANIE METODY WARTOŚCIOWANIA PRACY

Pierwsze prace zmierzające do opracowania nowoczesnego systemu wynagradzania pracowników *National Health Service*, opartego na wartościowaniu pracy, rozpoczęto we wrześniu 1997 r. Wówczas w brytyjskim ministerstwie zdrowia przeprowadzono rozległe konsultacje z przedstawicielami pracowników i osób zarządzających podmiotami wchodzącymi w skład publicznej służby zdrowia.

W listopadzie 1997 r. utworzono specjalną grupę roboczą, której zadaniem była ocena sześciu różnych metod wartościowania pracy, stosowanych w niektórych podmiotach NHS od początku lat 90. ubiegłego wieku, gdy uzyskały one prawo samodzielnego ustalania niektórych stawek płac. Komisja złożona z przedstawicieli ministerstwa zdrowia, pracowników i menedżerów, biorąc pod uwagę wcześniej ustalone kryteria, badała, czy metody te umożliwiają sprawiedliwe i wolne od dyskryminacji różnicowanie wynagrodzeń.

Ponadto dokonała wyceny zbioru stanowisk pracy sześcioma stosowanymi metodami, aby sprawdzić, czy za ich pomocą uzyska się tę samą kolejność stanowisk pod względem trudności pracy.

Na podstawie uzyskanych wyników badań komisja uznała, że żadna z dotychczas stosowanych metod nie gwarantuje obiektywnej wyceny i dlatego, aby zapewnić przestrzeganie zasady równej płacy za pracę równej wartości, konieczne jest przygotowanie oryginalnej metody, uwzględniającej różnorodność i specyfikę zadań realizowanych na wszystkich stanowiskach pracy w publicznej służbie zdrowia (*Agenda... 2003a*, s. 10).

W opublikowanych później dokumentach rząd Wielkiej Brytanii wskazywał na konieczność przyjęcia jednolitych, narodowych zasad wynagradzania wszystkich pracowników publicznej służby zdrowia, przy jednoczesnym zapewnieniu pewnego poziomu swobody w kształtowaniu płac na poziomie lokalnym (*The New NHS... 1997*, par. 6.28).

Zmianę dotychczasowych zasad wynagradzania pracowników uznano jednocześnie za jeden z ważnych elementów strategicznego podejścia do zasobów ludzkich, warunkujących pozytywne przemiany w zakresie funkcjonowania publicznej służby zdrowia (*Working Together... 1998*). Podkreślano przy tym potrzebę prowadzenia ciągłych konsultacji i negocjacji ze związkami zawodowymi i menedżerami (*Modernising... 1998*, s. 2).

Konkretne rozwiązania brytyjski rząd zaproponował jednak dopiero w lutym 1999 r. Zostały one przedstawione w dokumencie zatytułowanym *Agenda for Change* i przewidywały wykorzystanie jednej metody wartościowania pracy do oceny trudności pracy na wszystkich stanowiskach pracy w całej publicznej służbie zdrowia, a także trzy tabele płac dla różnych grup pracowniczych (*Agenda... 1999a*).

Po przedstawieniu propozycji reformy zasad wynagradzania pracowników reaktywowano roboczą komisję do spraw wartościowania pracy. Zajęła się ona pracami projektowymi nad nową metodą wartościowania pracy. Polegały one na (*NHS Job Evaluation... 2004*, s. 5–6):

- wstępnej identyfikacji czynników trudności pracy i ich weryfikacji na podstawie analizy pracy na około 100 stanowiskach pracy;
- ustaleniu możliwych stopni nasilenia poszczególnych czynników trudności pracy i ich zdefiniowaniu;
- opisaniu około 200 stanowisk pracy za pomocą specjalnie do tego celu przygotowanego kwestionariusza;
- testowaniu wyników wartościowania pracy uwzględniającego różne wagi poszczególnych kryteriów i różne rozkłady punktów pomiędzy wyróżnione stopnie nasilenia przyjętych kryteriów wartościowania pracy;

– opracowaniu wskazówek dotyczących sposobu wyceny stanowisk pracy według poszczególnych kryteriów trudności pracy;

– badaniu możliwości wykorzystania istniejącego systemu komputerowego do wartościowania pracy.

Równoległe z pracami projektowymi nad metodą wartościowania pracy, strona rządowa prowadziła negocjacje z przedstawicielami pracowników i menedżerów dotyczące zakresu i kształtu projektowanych zmian. Uzgadnianie wspólnego stanowiska stron negocjacji przebiegało w dość wolnym tempie. Zakres postępu prowadzonych rozmów podawano do publicznej wiadomości poprzez publikowanie wspólnych oświadczeń stron negocjacji. Ukazały się one w październiku 1999 r., w listopadzie 2000 i 2001 r., (*Agenda... 1999b*, 2000, 2002). W pierwszym i drugim oświadczeniu podkreślano znaczenie jednolitej metody wartościowania pracy, umożliwiającej wycenę wszystkich stanowisk pracy w publicznej służbie zdrowia, dla udoskonalenia dotychczasowego systemu wynagradzania pracowników.

Wstępne porozumienie zawarto w końcu listopada 2002 r. i opublikowano je w marcu 2003 r. (*Agenda... 2003*). Przewidywało ono wykorzystanie przyjętych rozwiązań do kształtowania wynagrodzeń wszystkich pracowników publicznej służby zdrowia, poza lekarzami i dentystami oraz menedżerami najwyższego szczebla. Aby przetestować funkcjonowanie nowego systemu, podjęto decyzję o jego pilotażowym wdrożeniu w 12 jednostkach publicznej służby zdrowia na terenie Anglii w czerwcu 2003 r.

Ostateczne porozumienie uwzględniające zdobyte wtedy doświadczenia zawarto pod koniec listopada 2004 r. Wyznaczono w nim datę ogólnonarodowego wprowadzenia nowego systemu wynagrodzeń na grudzień 2004 r. z mocą obowiązywania od października 2004 r. (*Agenda... 2004*).

Obok metody wartościowania pracy i wspólnej tabeli płac dla wszystkich pracowników publicznej służby zdrowia, poza lekarzami i dentystami oraz menedżerami najwyższego szczebla, system przewiduje również jednolite zasady rozwoju i awansowania pracowników oraz wspólne warunki pracy i płacy, obejmujące takie zagadnienia, jak: tygodniowa norma czasu pracy, dodatkowe wynagrodzenie za pracę w godzinach nadliczbowych czy wymiar urlopu wypoczynkowego.

KONSTRUKCJA METODY WARTOŚCIOWANIA PRACY NHS

Metoda wartościowania pracy stosowana przez *National Health Service* od końca 2004 r. ma charakter analityczno-punktowy. Przewiduje ona 4 kryteria syntetyczne, powszechnie stosowane w innych tego typu metodach, tj. (zob. tab. 1):

- kwalifikacje,
- odpowiedzialność,
- wysiłek,
- warunki pracy.

W ramach tych kryteriów wyodrębniono 16 kryteriów analitycznych. Kryterium kwalifikacyjne uwzględnia 5 następujących kryteriów analitycznych:

- wiedza, wykształcenie i doświadczenie;
- umiejętność komunikacji i utrzymywania właściwych relacji z innymi;
- umiejętności analityczne i zdolność osądu;
- umiejętność planowania i organizowania;
- umiejętności fizyczne.

W ramach odpowiedzialności wyróżniono 7 kryteriów analitycznych:

- za opiekę nad pacjentem (klientem),
- za politykę i realizację rozwoju usług,
- za zasoby finansowe i rzeczowe,
- za zasoby ludzkie,
- za zasoby informacyjne,
- za badania i rozwój,
- swoboda działania.

W obrębie wysiłku wydzielono 3 kryteria analityczne w postaci:

- wysiłku fizycznego,
- wysiłku umysłowego,
- wysiłku emocjonalnego.

Natomiast syntetyczne kryterium warunki pracy nie zostało rozbite na bardziej szczegółowe elementy tego aspektu trudności pracy i dlatego pełni jednocześnie rolę kryterium analitycznego (*NHS Job...* 2004, s. 8–50).

Tabela 1. Założenia metody wartościowania pracy NHS

Kryterium wartościowania pracy	Nota punktowa dla stopnia oceny								Waga kryterium w %
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1. Kwalifikacje									48,0
1.1. Wiedza, wykształcenie i doświadczenie	16	36	60	88	120	156	196	240	24,0
1.2. Umiejętność komunikacji i utrzymywania właściwych relacji z innymi	5	12	21	32	45	60	-	-	6,0
1.3. Umiejętności analityczne i zdolność osądu	6	15	27	42	60	-	-	-	6,0
1.4. Umiejętność planowania i organizowania	6	15	27	42	60	-	-	-	6,0
1.5. Umiejętności fizyczne	6	15	27	42	60	-	-	-	6,0
2. Odpowiedzialność									42,0
2.1. Odpowiedzialność za opiekę nad pacjentem (klientem)	4	9	15	22	30	39	49	60	6,0
2.2. Odpowiedzialność za politykę i realizację rozwoju usług	5	12	21	32	45	60	-	-	6,0
2.3. Odpowiedzialność za zasoby finansowe i rzeczowe	5	12	21	32	45	60	-	-	6,0
2.4. Odpowiedzialność za zasoby ludzkie	5	12	21	32	45	60	-	-	6,0
2.5. Odpowiedzialność za zasoby informacyjne	4	9	16	24	34	46	60	-	6,0
2.6. Odpowiedzialność za badania i rozwój	5	12	21	32	45	60	-	-	6,0
2.7. Swoboda działania	5	12	21	32	45	60	-	-	6,0
3. Wysiłek									7,5
3.1. Wysiłek fizyczny	3	7	12	18	25	-	-	-	2,5
3.2. Wysiłek umysłowy	3	7	12	18	25	-	-	-	2,5
3.3. Wysiłek emocjonalny	5	11	18	25	-	-	-	-	2,5
4. Warunki pracy									2,5
4.1. Warunki pracy	3	7	12	18	25	-	-	-	2,5
Razem	1000								100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie (*NHS Job...* 2004).

Podobnie jak w wielu innych analityczno-punktowych metodach wartościowania pracy, największą wagę w łącznej ocenie trudności pracy przypisano kryterium kwalifikacje. Nadano mu aż 48% udziału w łącznej ocenie trudności pracy. Drugie miejsce pod tym względem zajmuje kryterium odpowiedzialność, posiadające 42% udziału w łącznej ocenie trudności pracy. Znacznie mniejszą wagę nadano dwóm pozostałym kryteriom syntetycznym. Znaczenie wysiłku w łącznej ocenie trudności pracy wynosi 7,5%, a warunków pracy – jedynie 2,5%.

Aż 11 kryteriów analitycznych posiada jednakową wagę, równą 6% oceny łącznej. Dużo wyższe znaczenie nadano kryterium wiedza, wykształcenie i doświadczenie, któremu przyznano aż 24% punktów przewidzianych przez omawianą metodę. Natomiast trzy kryteria elementarne wydzielone w ramach wysiłku, a także warunki pracy otrzymały najniższą wagę, wynoszącą po 2,5% oceny łącznej.

Do każdego z wyżej wymienionych 16 kryteriów analitycznych przygotowano klucz analityczny, zawierający definicje wyodrębnionych stopni nasilenia danego kryterium i odpowiadające im noty punktowe. Niektóre stopnie nasilenia opisano za pomocą kilku alternatywnych definicji. Ponadto pod każdym kluczem zamieszczono wyczerpujące wyjaśnienia pojęć używanych do zdefiniowania stopni nasilenia danego kryterium.

Poszczególne klucze analityczne przewidują różną liczbę stopni nasilenia danego kryterium trudności pracy. Waha się ona od 4 do 8. Większą liczbę stopni zastosowano w przypadku kryteriów, które mają

większą wagę w ocenie łącznej, i które dają się łatwiej kwantyfikować. Są to takie kryteria, jak:

- wiedza, wykształcenie i doświadczenie;
- odpowiedzialność za opiekę nad pacjentem (klientem);
- odpowiedzialność za zasoby informacyjne.

W każdym z kluczy analitycznych zastosowano progresywny sposób narastania punktów. Na przykład dla kryteriów opisanych za pomocą sześciu stopni oceny przewidziano następujący rozkład punktów: 5, 12, 21, 32, 45, 60. Liczba punktów pomiędzy kolejnymi stopniami oceny rośnie więc o: 7, 9, 11, 13 i 15. Maksymalna suma punktów za wszystkie 16 kryteriów wartościowania pracy wynosi 1000.

PROCEDURY WARTOŚCIOWANIA PRACY

Wprowadzenie w życie jednolitego systemu wynagradzania pracowników *National Health Service*, z wyłączeniem lekarzy, dentystów i menedżerów najwyższego szczebla, wymagało objęcia wartościowaniem pracy ponad milion stanowisk pracy. Aby to zadanie można było zrealizować w możliwie krótkim czasie, podjęto decyzję o przeprowadzeniu wartościowania typowych, powszechnie występujących stanowisk pracy w wielu jednostkach organizacyjnych NHS na poziomie narodowym. Stworzone w ten sposób profile stanowisk pracy stały się punktami odniesienia do wartościowania pracy na pozostałych stanowiskach.

Do chwili obecnej opublikowano około 450 takich profili. Za ich przygotowanie odpowiedzialna jest pod-

komisja do spraw wyceny stanowisk pracy, wyłoniona z komisji do spraw wartościowania pracy.

Prace nad stworzeniem profilu danego stanowiska pracy przebiegają według procedury przewidującej 6 następujących etapów (*NHS Job...* 2004, s. 52–53):

1) wypełnienie specjalnie przygotowanego kwestionariusza do badania pracy (liczącego około 40 stron) przez osobę (osoby) zatrudnioną na danym stanowisku, zwykle z pomocą specjalisty do spraw badania pracy;

2) wycena trudności pracy na stanowisku według 16 analitycznych kryteriów wartościowania pracy przez podkomisję do spraw wyceny stanowisk pracy;

3) weryfikacja pierwotnej wyceny trudności pracy na danym stanowisku pod kątem jej wewnętrznej spójności w porównaniu z wyceną innych pokrewnych stanowisk pracy;

4) przesłanie opracowanego profilu do zainteresowanych jednostek organizacyjnych NHS z prośbą o komentarz;

5) analiza nadesłanych komentarzy przez podkomisję do spraw wyceny stanowisk pracy i ewentualna korekta opracowywanego profilu;

6) przesłanie skorygowanego profilu do Shadow Executive (narodowego ciała NHS odpowiedzialnego za ustalanie płac w publicznej służbie zdrowia, z wyjątkiem wynagrodzeń lekarzy, dentystów i menedżerów najwyższego szczebla) w celu jego zatwierdzenia do publikacji lub zgłoszenia ewentualnych zastrzeżeń wymagających ponownej korekty.

Profile typowych stanowisk pracy mają postać powszechnie stosowanych w Polsce kart taryfikacyjnych. Zawierają one informacje o nazwie stanowiska pracy, kilku najważniejszych, krótko ujętych obowiązkach realizowanych na stanowisku, wycenie 16 analitycznych kryteriów trudności pracy wraz z podaniem syntetycznego opisu stopnia nasilenia danego kryterium, najlepiej charakteryzującego pracę na określonym stanowisku, łącznej ocenie punktowej trudności pracy i przyznanej na tej podstawie kategorii zaszeregowania danego stanowiska.

W NHS, tak jak w innych dużych organizacjach, istnieje wiele podobnych stanowisk pracy, w niewielkim stopniu różniących się stopniem nasilenia niektórych kryteriów trudności pracy, które nie mają jednak znaczenia dla ostatecznego wyniku wartościowania pracy, wyrażonego za pomocą kategorii zaszeregowania nadanej danemu stanowisku pracy. Z tego względu profile typowych stanowisk zwykle przewidują 2 lub 3 alternatywne stopnie nasilenia niektórych kryteriów trudności pracy, a łączna ocena punktowa podana jest w formie przedziału.

Profile typowych stanowisk pracy stanowią podstawę lokalnego wartościowania stanowisk pracy, występujących w poszczególnych samodzielnych jednostkach organizacyjnych NHS. W celu jego przeprowadzenia w każdej z jednostek powołuje się komisję do spraw wartościowania pracy, złożoną z wcześniejszej przeszkolonych dwóch przedstawicieli kierownictwa i dwóch przedstawicieli pracowników.

Wartościowanie pracy na poziomie lokalnym polega na dopasowaniu charakterystyk poszczególnych stanowisk pracy, występujących w danej jednostce organizacyjnej do jednego z profili typowych stanowisk pracy. Źródłem informacji o stopniu nasilenia poszczególnych kryteriów trudności pracy na danym stanowisku są uaktualnione, uzgodnione przez wykonawców pracy i ich kierowników opisy pracy oraz

specyfikacje zatrudnienia, schemat organizacyjny jednostki i ewentualnie ustne informacje udzielone przez dwie osoby wytypowane z grona kierowników i pracowników, znające specyfikę pracy na poszczególnych grupach stanowisk.

Lokalnemu wartościowaniu pracy podlegają kolejne stanowiska pracy, zestawione w bloki o podobnym zakresie obowiązków, według następującej procedury (*NHS Job...* 2004, s. 57–59):

1) identyfikacja do trzech profili typowych stanowisk, odpowiadających wartościowanemu stanowisku pracy ze względu na jego nazwę;

2) analiza opisu pracy wartościowanego stanowiska pracy i innych dostępnych informacji w celu wyboru najbardziej odpowiadającego mu profilu typowego stanowiska z tej samej grupy zawodowej;

3) porównanie zadań wykonywanych na wartościowanym stanowisku pracy z zadaniami ujętymi w profilu typowego stanowiska; w przypadku braku ich zgodności wybierany jest inny profil, a w ostateczności stanowisko pracy kierowane jest do indywidualnego wartościowania pracy;

4) sporządzanie syntetycznych opisów stopni nasilenia poszczególnych kryteriów wartościowania pracy, adekwatnych dla wartościowanego stanowiska na specjalnym formularzu;

5) porównanie opisów stopni nasilenia poszczególnych kryteriów wartościowania pracy zidentyfikowanych na danym stanowisku z odpowiednimi opisami ujętymi w wybranym profilu typowego stanowiska;

6) odnotowanie oceny punktowej przewidzianej przez wybrany profil typowego stanowiska za dane kryterium wartościowania pracy i ewentualnie proponowanej oceny punktowej dla wartościowanego stanowiska pracy, jeżeli dostępne informacje wskazują na inny stopień nasilenia danego kryterium niż przewiduje wybrany profil typowego stanowiska; jeżeli ocena poszczególnych kryteriów trudności pracy wartościowanego stanowiska mieści się w granicach przewidzianych przez profil wybranego typowego stanowiska pracy lub nie ma wpływu na przyznanie innej kategorii zaszeregowania, realizowany jest kolejny etap procedury, w przeciwnym razie dane stanowisko pracy kierowane jest do indywidualnej oceny trudności pracy;

7) ustalenie łącznej liczby punktów i kategorii zaszeregowania wartościowanego stanowiska pracy;

8) analiza wyceny trudności pracy grupy stanowisk pracy pod kątem jej wewnętrznej spójności i w porównaniu z wyceną innych stanowisk pracy i innych profili typowych stanowisk pracy z tej samej grupy zawodowej i z tej samej kategorii zaszeregowania przez wybraną grupę osób reprezentującą kierownictwo jednostki i pracowników;

9) ewentualna korekta pierwotnej wyceny stanowisk pracy przez komisję do spraw wartościowania pracy;

10) przesłanie wyników wartościowania stanowisk pracy zajmującym je pracownikom;

11) ewentualne powtórne wartościowanie pracy na wnioski zainteresowanych pracowników, realizowane przez komisję w większości złożoną z członków nie biorących udziału w pierwotnej wycenie danego stanowiska pracy, które uznaje się za ostateczne.

Stanowiska pracy, których nie da się dopasować do żadnego z opracowanych profili typowych stanowisk, podlegają indywidualnemu wartościowaniu.

Przebiega ono według następujących etapów:

1) wypełnienie kwestionariusza do badania pracy przez osobę zajmującą dane stanowisko pracy; w razie potrzeby w realizacji tego zadania pomagają mu kierownicy i współpracownicy;

2) przeprowadzenie wywiadu z osobą zajmującą dane stanowisko pracy przez dwóch analityków pracy, reprezentujących kierownictwo organizacji i pracowników, w celu zweryfikowania wypełnionego kwestionariusza do badania pracy;

3) sprawdzenie i podpisanie zweryfikowanego kwestionariusza do badania pracy przez odpowiedniego pracownika, jego przełożonego i analityków pracy;

4) wycena trudności pracy na danym stanowisku według analitycznych kryteriów wartościowania pracy wraz z podaniem syntetycznych opisów uzasadniających wybór określonego stopnia nasilenia danego kryterium przez komisję do spraw wartościowania pracy;

5) analiza wyników wartościowania pracy pod kątem spójności z profilami typowych stanowisk pracy i wynikami wyceny innych stanowisk przez grupę reprezentującą kierownictwo jednostki i pracowników;

6) ewentualna korekta pierwotnej wyceny stanowiska pracy przez komisję do spraw wartościowania pracy;

7) przesłanie wyników wartościowania danego stanowiska pracy zajmującej je osobie;

8) ewentualne powtórne wartościowanie pracy na wniosek zainteresowanego pracownika, realizowane przez komisję w większości złożoną z członków niebiorących udziału w pierwotnej wycenie danego stanowiska pracy, które uznaje się za ostateczne.

Jeszcze inną procedurę przewidziano do wartościowania stanowisk pracy, które udało się dopasować do jednego z istniejących profili typowych stanowisk pracy z wyjątkiem jednego lub dwóch kryteriów

wartościowania pracy. Wtedy stosuje się hybrydowe podejście, stanowiące połączenie procedury dopasowania i procedury indywidualnej wyceny.

Kryteria wartościowania pracy, których stopnie nasilenia udało się dopasować do wybranego profilu, uznaje się za właściwe, a stopnie nasilenia pozostałych kryteriów ustala się zgodnie z procedurą indywidualnej wyceny.

WYKORZYSTANIE WYNIKÓW WARTOŚCIOWANIA PRACY

Oceny punktowe trudności pracy uzyskane przez poszczególne stanowiska pracy stanowią podstawę do ustalenia ich kategorii zaszeregowania. Do tego celu w NHS wykorzystuje się tabelę konwersji wyników wartościowania pracy w kategorii zaszeregowania. Uwzględnia ona dziewięć kategorii, jednakże 8 kategorię podzielono na 4 odrębne subkategorie, oznaczone od 8a do 8d, co w konsekwencji powoduje, że w rzeczywistości w NHS stosowanych jest 12 kategorii zaszeregowania.

Tabela konwersji wyników wartościowania pracy w kategorii zaszeregowania przewiduje zróżnicowane rozpiętości punktowe w kolejnych kategoriach zaszeregowania, np. w pierwszej: 0–160, w drugiej: 161–215, w piątej: 326–395, w siódmej: 466–539, a w dziewiątej: 721–765 (*Agenda...* 2007).

Wysokość płac zasadniczych dla kolejnych kategorii zaszeregowania ujęto w szczeblowej tabeli stawek rocznych, które są podwyższane co najmniej raz w roku. W tabeli 2 przedstawiono aktualne stawki płac (obowiązujące od 1.11.2007 r.) w kilku najniższych i najwyższych kategoriach zaszeregowania. Dla poszczególnych kategorii przewidziano od 4 do 9 stawek płac, z których od 2 do 4 występują również w wyższej kategorii. Mniejsze liczby stawek obowiązują w skrajnych kategoriach, a większe – w środkowych kategoriach.

Tabela 2. *Fragment tabeli rocznych stawek płac zasadniczych obowiązujących w NHS od 1.11.2007 r. z wyłączeniem lekarzy, dentyistów i menedżerów najwyższego szczebla*

Szczebel	Kategoria zaszeregowania												
	1	2	3	4	5	6	7	8a	8b	8c	8d	9	
1	12.182												
2	12.577	12.577											
3	12.914	12.914											
4	13.253	13.253											
5		13.647											
6		14.042											
7		14.437	14.437										
8		14.945	14.954										
9		15.523	15.523										
10			15.870										
11			16.332										
12			16.853	16.853									
13			17.257	17.257	16.853								
14				17.893	17.257								
43									50.616	50.616			
44									52.002	52.002			
45										54.313			
46										56.856			
47										60.669	60.669		
48										62.402	62.402		
49											65.003		
50											68.180		
51											71.646	71.646	
52											75.114	75.114	
53												78.718	
54												82.497	
55												86.457	
56												90.607	

Źródło: (*Agenda...* 2007, załącznik C, tab. 12b).

Łącznie tabela płac zawiera 56 różnych stawek płac zasadniczych. Najniższa stawka w danej kategorii przewidziana jest dla początkujących pracowników na określonym stanowisku pracy.

W każdym kolejnym roku pracy na tym samym stanowisku pracownicy ci powinni uzyskać awans o jeden szczebel płac, aż do osiągnięcia najwyższej stawki określonej dla danej kategorii zaszerogowania. Jedynie pracownicy zatrudnieni na stanowiskach pracy, którym przyznano piątą kategorię zaszerogowania w ciągu pierwszego roku pracy, mogą awansować o 2 szczeble.

Warunkiem uzyskania awansu płacowego jest systematyczny rozwój wiedzy i umiejętności potrzebnych do wydajnej pracy na zajmowanym stanowisku. Stan wiedzy i umiejętności każdego pracownika jest corocznie formalnie oceniany w ramach specjalnego systemu rozwoju wiedzy i umiejętności.

Wpływ na wysokość wynagrodzeń danego pracownika mają dwie takie oceny. Pierwsza ma miejsce rok po rozpoczęciu pracy na danym stanowisku, a druga przed osiągnięciem jednego z trzech najwyższych szczebli płac, przewidzianych dla danej kategorii zaszerogowania (w kategoriach 1, 8a, 8b, 8c, 8d, i 9 – przed osiągnięciem najwyższego szczebla, w kategoriach 2, 3 i 4 – przed osiągnięciem przedostatniego szczebla, w kategoriach 5, 6 i 7 – przed osiągnięciem trzeciego od końca szczebla). Jedynie pozytywny wynik tej oceny zapewnia awans na wyższy szczebel płac, przewidziany dla danej kategorii zaszerogowania w danym roku i ewentualnie w kolejnych latach pracy na określonym stanowisku (*The NHS Knowledge...* 2004, s. 15–17).

PODSUMOWANIE

National Health Service jest jednym z największych pracodawców na świecie i największą publiczną organizacją świadczącą usługi zdrowotne. System wynagradzania zatrudnionych w niej pracowników był bardzo skomplikowany i nie zapewniał przestrzegania zasady równej płacy za pracę równej wartości. Dlatego w 1997 r. podjęto decyzję o przygotowaniu nowego systemu opartego na wartościowaniu pracy.

Prace projektowe i prowadzone równolegle trójstronne negocjacje nad jego kształtem trwały aż do listopada 2004 r. Nowymi zasadami wynagradzania nie zostali jednak objęci lekarze, dentyści i menedżerowie najwyższego szczebla.

Analityczno-punkowa metoda wartościowania pracy przyjęta przez NHS przewiduje 4 kryteria syntetyczne (kwalifikacje, odpowiedzialność, wysiłek i warunki pracy) uszczegółowione w postaci 16 kryteriów analitycznych. Można oczywiście zastanawiać się, czy dobór kryteriów wartościowania pracy jest właściwy, lub czy wagi poszczególnych kryteriów są odpowiednio dobrane (Kahya 2006, s. 314–324). Trudno jednak rozstrzygnąć te kwestie, nie znając ogółu czynników branych pod uwagę przy projektowaniu omawianej metody.

Ponieważ wartościowaniem pracy w NHS trzeba było objąć ponad milion stanowisk pracy, ocenę trudności pracy typowych stanowisk przeprowadzono na poziomie narodowym. Stworzone w ten sposób profile

stanowisk pracy służą do uproszczonego wartościowania stanowisk pracy występujących w poszczególnych jednostkach organizacyjnych NHS. Jedynie stanowiska pracy, których nie da się dopasować do żadnego z opracowanych profili, podlegają pełnemu procesowi indywidualnej oceny trudności pracy.

Noty punktowe uzyskane przez poszczególne stanowiska podczas wartościowania pracy stanowią podstawę do ustalenia jednej z 12 kategorii zaszerogowania, a te decydują o wysokości rocznych stawek płac zasadniczych zatrudnionych na nich pracowników. Do tego celu w NHS stosowana jest szczeblowa tabela płac. Uzupełniono ją racjonalnymi zasadami awansu płacowego w ramach danej kategorii zaszerogowania.

Sumując należy stwierdzić, że system wynagradzania pracowników wdrożony w NHS został starannie przygotowany. Spełnia on wymogi nowoczesnego zarządzania zasobami ludzkimi. Dlatego warto skorzystać z doświadczeń NHS przy opracowywaniu podobnego systemu dla pracowników polskiej publicznej służby zdrowia.

Jednakże trzeba przy tym pamiętać, że realizacja tego typu przedsięwzięć z reguły wiąże się z koniecznością wydatkowania znacznych środków finansowych na regulację płac. Z tego powodu system wdrożony w NHS jest niekiedy krytykowany (Buchan, Evans 2007).

LITERATURA

- Agenda for Change – Modernising the NHS Pay System* (1999a), Health Service Circular HSC 1999/035.
- Agenda for Change – Modernising the NHS Pay System. Joint Framework of Principles and Agreed Statement on the Way Forward* (1999b), Health Service Circular HSC 1999/227.
- Agenda for Change – Modernising the NHS Pay System. Joint Statement of Progress* (2000), UK Health Departments, NHS Confederation, 1 November.
- Agenda for Change – Modernising the NHS Pay System* (2001), UK Health Departments, NHS Confederation, 19 November.
- Agenda for Change: Amicus update* (2003a), PathNet Vol. July, [dostęp 26.02.2008], dostępny w Internecie: <www.manlab.co.uk>.
- Agenda for Change. Proposed Agreement* (2003b), Departments of Health, March.
- Agenda for Change. Final Agreement* (2004), Departments of Health, December.
- Agenda for Change. Terms and Conditions of Service Handbook* (2007), The NHS Staff Council, Version 2, August Updated October.
- Buchan J., Evans D. (2007), *Realising the Benefits? Assessing the Implementation of Agenda for Change*, King's Fund, London July.
- Kahya E. (2006), *A Revision of a Job Evaluation System*, „Journal of Advanced Nursing”, vol. 56, nr 3.
- McDougall D., Marsh B. (2000), *Nurse shortage to hit all time high*, „Daily Mail” z 11 grudnia.
- Modernising NHS Pay* (1998), Health Service Circular HSC 1998/241.
- NHS Deficits, First Report of Session 2006–7* (2006), vol. 1, House of Commons Health Committee, The Stationery Office Limited, London.
- NHS Job Evaluation Handbook* (2004), Second Edition, Department of Health, October.
- NHS Scotland Workforce Statistics, NHS Scotland*, [dostęp 22.02.2008], dostępny w Internecie: <www.isdscotland.org/isd/5363.html>.

Northern Ireland Health & Personal Social Services Workforce Census, March 2006 (2007), Department of Health, Social Services and Public Safety, Belfast.

Staff Directly Employed by the NHS, 30 September 2006 (2007), Welsh Assembly Government, First Release SDR 67.

Staff in the NHS 2006. An overview (2007), The Information Centre, London.

The New NHS: Modern, dependable (1997), The Stationery Office, London.

The NHS Knowledge and Skills Framework (NHS KFS) and the Development Review Process (2004), Department of Health, October.

The Structure of the NHS (2004), Royal College of General Practitioners Information Sheet No 8, November.

Trefgarne G. (2005), *NHS reaches 1.4m employers*, „The Daily Telegraph” z 23 marca.

Working Together. Securing a Quality Workforce for the NHS (1998), Department of Health, London.

SUMMARY

The National Health Service is the publicly funded health care system of the United Kingdom. The organization provides the majority of health care in the UK. In 1999, The British Government published a paper entitled *Agenda for Change – Modernising the NHS Pay System*. The proposals set out in that paper included a single job evaluation scheme for all jobs in the health service to replace the old pay system. The *Agenda for Change* pay system began to be implemented in December 2004. The aim of this article is to analyse and evaluate the NHS job evaluation scheme from the point of view of future reforms in the Polish public health service pay system. The contents of the article are divided into four parts. The first part is devoted to the preparation of the NHS job evaluation scheme. The second part concerns the elements of the NHS job evaluation scheme. The third part presents the procedures which the NHS uses to evaluate jobs. The fourth part of the article describes the method of implementing job evaluation results for establishing pay grade and pay structure.