



Horyzonty Polityki
2026, Vol. 17, N° 60



JOANNA JOŃCZYK

<https://orcid.org/0000-0003-3605-4089>

Wojskowa Akademia Techniczna w Warszawie

Joanna.Jonczyk@wat.edu.pl

BEATA BUCHELT

<https://orcid.org/0000-0002-4977-5101>

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie

Beata.Buchelt@uek.krakow.pl

AGNIESZKA KNAP-STEFANIUK

<https://orcid.org/0000-0002-9201-9889>

Uniwersytet Ignatianum w Krakowie

Agnieszka.Knap.Stefaniuk@ignatianum.edu.pl

<https://doi.org/10.35765/HP.2026.1760.22>

Konsekwencje ryzyka ZZL w podmiotach medycznych: perspektywa szpitali publicznych

Streszczenie

CEL NAUKOWY: Celem publikacji jest identyfikacja skutków występowania ryzyka zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL) w szpitalach publicznych w Polsce. Punktem wyjścia jest założenie wynikające z krytycznej analizy literatury, że sposób realizacji funkcji personalnej w publicznych podmiotach leczniczych skutkuje pojawieniem się licznych przejawów ryzyka ZZL, których konsekwencje wpływają zarówno na efektywność procesów personalnych, jak i na funkcjonowanie całej organizacji.

PROBLEM I METODY BADAWCZE: Sformułowano następujący problem badawczy: „Jakie skutki wystąpienia ryzyka ZZL są charakterystyczne dla szpitali publicznych?”. Badanie obejmuje krytyczny przegląd literatury oraz badania empiryczne przeprowadzone w czterech publicznych szpitalach powiatowych wśród 155 przedstawicieli kadry kierowniczej. Publikację zrealizowano w ramach projektów finansowanych przez Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie (nr 050/ZZL/2025/POT) oraz Wojskową Akademię Techniczną (grant UGB 531-000140-W700-22/2026).

Sugerowane cytowanie: Jończyk, J., Buchelt, B., Knap-Stefaniuk, A. (2026). Konsekwencje ryzyka ZZL w podmiotach medycznych: perspektywa szpitali publicznych. *Horyzonty Polityki*, 17(60), 429–447. <https://doi.org/10.35765/HP.2026.1760.22>.

PROCES WYWODU: Część teoretyczna definiuje istotę ryzyk ZZL oraz ich potencjalne konsekwencje, wskazując na ograniczony stan wiedzy i niewielką liczbę badań dotyczących tego zagadnienia w sektorze ochrony zdrowia. Część empiryczna prezentuje wyniki badań dotyczących skutków ryzyk ZZL w publicznych szpitalach powiatowych.

WYNIKI ANALIZY NAUKOWEJ: Badanie wykazało, że skutki ryzyk ZZL mają charakter wielowymiarowy i obejmują jedenaście wzajemnie powiązanych obszarów funkcji personalnej – od planowania zatrudnienia i rekrutacji po ocenianie, motywowanie i utrzymanie kluczowych kompetencji. Największe znaczenie przypisano ryzyku motywacyjno-retencyjnemu, którego konsekwencjami są spadek zaangażowania i wzrost rotacji personelu, negatywnie wpływające na jakość opieki oraz koszty funkcjonowania szpitali. Istotne okazało się również ryzyko związane z planowaniem zatrudnienia, powiązane z bezpieczeństwem pacjentów, ciągłością świadczeń zdrowotnych oraz sytuacją finansową placówek.

WNIOSKI, INNOWACJE, REKOMENDACJE: Wyniki potwierdzają, że ryzyko ZZL pozostaje w szpitalach obszarem niedostatecznie rozpoznanym mimo strategicznego znaczenia personelu. Badanie wypełnia istniejącą lukę poznawczą, dostarcza empirycznych dowodów dotyczących konsekwencji ryzyk ZZL oraz wskazuje potrzebę systematycznej identyfikacji, analizy i ograniczania tych ryzyk jako trwałego elementu zarządzania szpitalem. Priorytetem powinno być wdrażanie skutecznych systemów motywacyjnych i retencyjnych ograniczających rotację, wzmacniających zaangażowanie personelu oraz wspierających jakość opieki, bezpieczeństwo pacjentów i efektywność organizacyjną.

SŁOWA KLUCZOWE:

ryzyko ZZL, procesy ZZL, zarządzanie szpitalami,
szpitale publiczne, konsekwencje ryzyk ZZL

Abstract

CONSEQUENCES OF HR-RELATED RISKS IN MEDICAL ENTITIES: THE PERSPECTIVE OF PUBLIC HOSPITALS

RESEARCH OBJECTIVE: This study aims to identify the consequences of human resource management (HRM) risks in public hospitals in Poland. It assumes that HRM practices in healthcare organizations generate risks with significant consequences for organizational performance.

THE RESEARCH PROBLEM AND METHODS: The study addresses the following research question: *What consequences of HRM risks are characteristic of public hospitals?* The research combines a critical literature review with an empirical study conducted in four public district hospitals in Poland involving 155 managers.

THE PROCESS OF ARGUMENTATION: The theoretical section defines HRM risk and its organizational consequences, while the empirical section examines managers' assessments of HRM risks in public district hospitals.

RESEARCH RESULTS: The findings show that HRM risks have multidimensional consequences encompassing eleven interrelated dimensions affecting all major HRM processes, including workforce planning, recruitment, onboarding, performance appraisal, motivation, and employee retention. Motivational and retention risk emerged as the most significant dimension, as declining employee engagement and excessive staff turnover reduce healthcare quality and increase organizational costs. Workforce planning risk also proved strategically important because staffing shortages directly affect patient safety and hospitals' financial sustainability. In addition, performance appraisal risk consists of two distinct dimensions: failure to use appraisal results for employee development and excessive formalization of the appraisal process, both of which weaken the developmental role of performance management.

CONCLUSIONS, INNOVATIONS, AND RECOMMENDATIONS: The findings confirm that HRM risk remains insufficiently investigated in public hospitals despite the strategic importance of human resources. The study provides empirical evidence addressing an important research gap and demonstrates the need to integrate systematic HRM risk identification, assessment, and mitigation into strategic hospital management. Priority should be given to effective motivation and retention systems that strengthen employee engagement, reduce turnover, improve patient safety, and enhance organizational performance.

KEYWORDS:

HRM risk, HRM processes, hospital management, public hospitals, consequences of HRM risk

WPROWADZENIE

Zarządzanie zasobami ludzkimi (ZZL) jest jednym z kluczowych obszarów funkcjonowania organizacji i stanowi fundament ich strategicznej przewagi konkurencyjnej. Wynika to z faktu, że szczególnie w organizacjach sektora usług to ludzie mają decydujący wpływ zarówno na procesy, jak i ich efekty (Domańska-Szaruga, Jończyk, & Knap-Stefaniuk, 2024). Pracownicy są zatem największym atutem organizacji, ale też potencjalnym źródłem ryzyka (Armstrong, 2006; Poczowski, 2018). W literaturze przedmiotu wymienia się dwa typy ryzyk odnoszących się do kapitału ludzkiego, a mianowicie: ryzyko personalne wynikające z funkcjonowania człowieka w organizacji

oraz ryzyko ZZL wynikające z niepewności co do tego, „jak” lub nawet „czy” organizacje implementowały skuteczne praktyki ZZL. To właśnie drugi z wymienionych aspektów jest przedmiotem rozważań w niniejszym artykule.

Problematyka ryzyka ZZL, jak stwierdza Lipka (2002), jest zagadnieniem złożonym, ponieważ mieści się na styku ZZL oraz zarządzania ryzykiem. Pocztowski (2018) zauważa, że każda decyzja w ZZL niesie ze sobą potencjalne zagrożenia dla organizacji. Dlatego tak ważna jest identyfikacja i wartościowanie ryzyk ZZL oraz określenie potencjalnych i negatywnych skutków (reperkusji) każdego z nich. Takie postępowanie może pomóc w zaprojektowaniu skutecznych mechanizmów prewencji lub złagodzenia tych skutków (Huang, Sun, Guan, & Peng, 2017). W tym kontekście ryzyko ZZL można określić jako prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń zakłócających przebieg procesów kadrowych – od planowania zatrudnienia i rekrutacji, po motywowanie, rozwój i derekrutację – oraz jako możliwość odchylenia od zakładanych celów wynikających z niedoskonałości informacji, ograniczeń zasobowych i turbulencji otoczenia (Lipka, 2002; Tyrańska, 2008; Huang i in., 2017; Meyer i in., 2011).

Generalnie ryzyko ZZL dotyczy wszystkich organizacji, przy czym w niektórych z nich nabiera ono szczególnego znaczenia. Przykładem są organizacje opieki zdrowotnej. Światowa Organizacja Zdrowia stwierdza, że opieka zdrowotna może działać tylko dzięki pracownikom ochrony zdrowia, a poprawa zasięgu usług zdrowotnych i realizacja prawa do najwyższego jej standardu zależy od dostępności, przystępności, akceptowalności i jakości zatrudnionych w ochronie zdrowia (WHO, 2016). Zwłaszcza w obecnych warunkach turbulentnego otoczenia, kryzysów zdrowotnych (np. COVID-19) i chronicznych niedoborów kadrowych zarządzanie ryzykiem ZZL w podmiotach leczniczych, w tym w szpitalach, powinno być strategicznym imperatywem tych organizacji, bowiem wpływa ono zarówno na bezpieczeństwo pacjentów, jak i na stabilność organizacji *per se* (Qin i in., 2023; Musie & Wolvaardt, 2021; Beauvais i in., 2019). Jednocześnie należy stwierdzić, że pomimo deklarowanej kluczowej roli ZZL w szpitalach właściwie nie bada się w nich ryzyka ZZL, a menedżerowie podejmują decyzje na podstawie ograniczonych w tym obszarze informacji, bez identyfikacji oraz analizy zagrożeń i potencjalnych ich skutków na każdym etapie funkcjonowania

personelu (Buchelt i in., 2021; Qin i in., 2023; Musie & Wolvaardt, 2021; Buchelt, 2017; Snowden i in., 2017; Jończyk & Pawelec, 2025).

ISTOTA RYZYKA ZZL I SKUTKI JEGO WYSTĘPOWANIA W SZPITALACH

Ryzyko ZZL to kategoria złożona, wynikająca z niepewności, zmienności i złożoności procesów personalnych. W literaturze ryzyko ZZL definiowane jest jako prawdopodobieństwo wystąpienia zdarzeń zakłócających przebieg procesów kadrowych – od planowania zatrudnienia i rekrutacji, po motywowanie, rozwój i derekrutację – oraz jako możliwość odchylenia od zakładanych celów wynikających z niedoskonałości informacji, ograniczeń zasobowych i turbulencji otoczenia (Lipka, 2002; Huang i in., 2017). Jednocześnie należy podkreślić, że w każdym z procesów zarządzania ludźmi ryzyko może przejawiać się w inny sposób i powodować rozmaite reperkusje. Krytyczny przegląd literatury przedmiotu wskazuje na to, że:

- W procesach rekrutacji błędne oszacowanie potrzeb kadrowych i niewłaściwe metody naboru prowadzą do niedopasowania kompetencyjnego nowo zatrudnionych oraz wzrostu rotacji. Konsekwencją są straty finansowe, destabilizacja zespołów i pogorszenie wizerunku organizacji jako pracodawcy (Tyrańska, 2007; Rutka & Czerska, 2006; Huang i in., 2017).
- Podczas selekcji niewłaściwy dobór narzędzi skutkować może zatrudnianiem osób nieposiadających wymaganych kompetencji. To z kolei obniża jakość pracy, powoduje konflikty wewnętrzne i ryzyko prawne związane z brakiem transparentności procesu (Lipka, 2008; Xu, 2001; Mitrofanova i in., 2013).
- Źle przeprowadzony proces adaptacji prowadzi do wysokiej rotacji w pierwszych miesiącach pracy, poczucia izolacji pracowników i wzrostu kosztów ukrytych (Knap-Stefaniuk, Krugielka, Bartkowiak, Ewa Sowa-Behtane, & Dachowski, 2023). W sektorze medycznym dodatkowo zwiększa to prawdopodobieństwo wystąpienia błędów klinicznych i spadku jakości opieki (Huang i in., 2017; Musie & Wolvaardt, 2021).
- W obszarze motywacji ryzyko wiąże się między innymi z niedostosowanymi systemami nagród (Knap-Stefaniuk, Karna,

& Ambrozová, 2018; Moczydłowska, 2008). Brak powiązania wyników z wynagrodzeniem i niedoceniając osiągnięć skutkuje spadkiem zaangażowania, wzrostem absencji i rotacji oraz obniżeniem morale (Castle & Engberg, 2006; Khamisa i in., 2015).

- W procesie oceniania najczęściej stosowane są błędne kryteria, oceny dokonywane są w niewłaściwych interwałach oraz brak jest informacji zwrotnej. To skutkuje błędnymi decyzjami płacowymi i awansowymi, a także spadkiem wiarygodności systemu zarządzania ludźmi i narastaniem frustracji wśród pracowników (Tyrańska, 2007; Liu & Wang, 2016).
- W zakresie rozwoju i karier brak ścieżek awansu i nietrafione decyzje personalne prowadzą do odpływu talentów, spadku innowacyjności oraz konfliktów (Knap-Stefaniuk & Karna 2017; Jończyk & Buchelt, 2015). Poczucie stagnacji obniża kreatywność i lojalność pracowników (Huang i in., 2017; Snowden i in., 2017).
- W procesie szkoleń ryzyka ZZL wynikają z błędnej diagnozy potrzeb edukacyjnych oraz słabej jakości programów. W efekcie organizacje marnotrawią środki, a pracownicy nie są przygotowani do nowych wyzwań, np. technologicznych czy regulacyjnych. W pracy skutkuje to nasileniem wypalenia zawodowego (Musie & Wolvaardt, 2021).
- Proces derekrutacji wiąże się z ryzykiem utraty pracowników o kluczowych kompetencjach, spadkiem morale pozostałego personelu oraz utratą reputacji pracodawcy. Nietransparentne procedury zwolnień zwiększają poczucie niepewności i destabilizują organizację (Tyrańska, 2007; Mitrofanova i in., 2013).

METODYKA ORAZ WYNIKI BADAŃ

Biorąc pod uwagę fragmentaryczność wiedzy w zakresie konsekwencji wystąpienia ryzyk ZZL w szpitalach, podjęto próbę ich zdiagnozowania. Z uwagi na eksploracyjny charakter niniejszego badania zastosowano podejście jakościowe zbudowane na wielokrotnym studium przypadku i wspomagane narzędziami ilościowymi (Buchelt, 2017) – kwestionariuszem ankiety. Badania przeprowadzono w czterech szpitalach powiatowych należących do sektora publicznego w Polsce. Prace badawcze miały miejsce od stycznia do marca

2023. Grupa respondentów objęła 155 osób reprezentujących kadrę kierowniczą. Badanie stanowiło część szerszej eksploracji dotyczącej identyfikacji i oceny ryzyka ZZL w powiatowych szpitalach publicznych (por. Jończyk & Pawelec, 2025). W kontekście realizacji celu publikacji wykorzystano wyniki badań kwestionariuszowych dotyczące występowania skutków ryzyka ZZL. Stwierdzenia oceniane były przez respondentów w pięciostopniowej skali (była to skala porządkowa, gdzie poziom „1” oznaczał „bardzo małe”, a poziom „5” – „bardzo duże”). Wszystkie 155 obserwacji zostało włączonych do analizy.

W eksploracji wykorzystano 53 mierniki szczegółowe, które zostały wyszczególnione na podstawie krytycznej analizy literatury przedmiotu. Do weryfikacji jakości danych zastosowano analizę rzetelności skali za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, który wyniósł 0,948. Do oceny relacji pomiędzy miernikami cząstkowymi wykorzystano analizę głównych składowych (*Principal Component Analysis* – PCA) (Hudrliková, 2013). Do weryfikacji poprawności zastosowania analizy PCA posłużono się współczynnikiem Kaisera-Mayera-Olkina (Williams i in., 2012). W analizowanym przypadku współczynnik KMO przyjął wartość 0,819. W dalszej analizie zastosowano metodę wyodrębniania czynników głównych składowych z rotacją Varimax, która posłużyła pogrupowaniu potencjalnych skutków ryzyka ZZL (mierników szczegółowych) w główne składowe dotyczące działań (procesów) ZZL. Dobór komponentów oparto na kryterium Kaisera. Rotacja osiągnęła zbieżność w 8 iteracjach. Analiza czynnikowa dała podstawę do pogrupowania 53 mierników cząstkowych, tj. konsekwencji występowania ryzyka ZZL w 11 składowych dotyczących zagregowanych aspektów ZZL (zob. tab. 1).

Tabela 1. Zbiór 53 mierników cząstkowych, tj. skutków ryzyk ZZL uszeregowanych w 11 składowych

Lp.	Mierniki cząstkowe: potencjalne konsekwencje ryzyka ZZL	Składowa										
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
m.1	Niemożliwość realizacji potrzeb personalnych	0,169	-0,030	0,730	0,332	0,023	-0,003	0,085	0,164	0,006	0,093	-0,085
m.2	Niemożliwość realizowania podstawowych zadań jednostki	0,160	0,096	0,813	0,197	0,033	0,051	0,045	0,083	0,021	-0,119	-0,016
m.3	Niemożliwość pozyskania kontraktu z NFZ	0,098	0,082	0,777	0,106	-0,027	0,092	0,048	0,009	0,084	0,007	0,172
m.4	Niedobór lub nadmiar personelu	0,123	-0,028	0,820	0,174	-0,005	0,029	0,078	0,170	0,070	-0,044	-0,177
m.5	Pogorszenie się wyników finansowych szpitala	0,172	0,134	0,719	0,109	0,070	0,172	0,125	0,232	-0,070	0,003	-0,115
m.6	Nieuzasadniony wzrost kosztów pracy	0,140	0,164	0,738	0,032	0,066	0,210	0,091	0,155	-0,198	0,089	-0,090
m.7	Nieefektywne wykorzystanie potencjału pracowników	0,128	-0,007	0,787	0,176	0,064	0,143	0,119	-0,043	0,028	0,065	0,257
m.8	Pogorszenie się wyników jakościowych szpitala	0,096	0,059	0,679	0,137	0,053	0,292	0,143	-0,146	0,144	-0,031	0,274
m.9	Brak określonych standardów dla stanowisk pracy (opisy stanowisk pracy)	0,135	0,245	0,138	0,137	0,125	0,120	-0,048	0,427	0,126	-0,063	0,626
m.10	Decyzje podjęte na podstawie niewystarczających informacji, zawartych w dokumentach aplikacyjnych	0,009	0,018	0,019	0,045	0,052	-0,068	-0,028	0,054	0,829	0,218	-0,027
m.11	Dokonanie wyboru nieodpowiedniego kandydata	0,009	0,124	0,036	0,003	0,091	0,119	0,011	0,070	0,760	-0,272	0,126
m.12	Dotarcie do zbyt małej liczby lub do nieodpowiednich kandydatów	0,243	0,147	0,175	0,090	0,204	0,373	-0,051	0,694	0,083	-0,040	0,241
m.13	Brak dopływu tzw. świeżej krwi	0,193	0,160	0,116	0,193	0,040	0,206	0,033	0,819	0,038	-0,024	0,031
m.14	Brak wystarczającej liczby pracowników o określonych kompetencjach	0,179	0,117	0,322	0,223	0,176	0,093	-0,023	0,744	0,077	0,009	-0,038
m.15	Wydłużony okres adaptacji zawodowej	-0,074	0,737	0,064	-0,074	0,101	0,087	0,035	0,008	0,054	0,152	0,186
m.16	Nieznajomość obowiązków i uprawnień oraz zakresu odpowiedzialności na zajmowanym stanowisku	-0,129	0,846	0,078	-0,102	0,076	0,107	0,002	0,057	0,079	-0,028	0,139

m.17	Niska efektywność pracy indywidualnej	0,068	0,936	0,033	-0,019	0,017	0,060	0,055	0,021	0,017	-0,012	-0,027
m.18	Niska efektywność pracy zespołowej	0,041	0,909	0,046	0,045	0,150	-0,001	0,002	0,018	0,074	-0,025	-0,052
m.19	Brak integracji z zespołem	0,044	0,921	0,025	0,066	0,180	-0,041	-0,006	0,007	-0,025	-0,036	-0,034
m.20	Brak zrozumienia zasad i reguł pracy przyjętych w szpitalu	0,023	0,894	0,024	0,029	0,134	-0,083	-0,020	0,080	0,045	0,008	-0,009
m.21	Słaba identyfikacja z kulturą organizacyjną szpitala	-0,004	0,845	0,101	0,095	0,185	-0,048	-0,021	0,205	-0,076	-0,020	-0,034
m.22	Ocena nie spełnia roli i funkcji motywacyjnej	0,125	-0,015	0,265	0,364	0,203	0,714	0,032	0,169	0,089	0,066	0,042
m.23	Ocena jest fikcyjna	0,193	0,037	0,312	0,290	0,182	0,743	-0,011	0,075	0,061	0,029	0,085
m.24	Brak następstw oceny negatywnej	0,192	-0,024	0,205	0,434	0,037	0,729	0,056	0,222	-0,067	0,003	0,055
m.25	Brak następstw oceny wyróżniającej	0,184	0,009	0,237	0,367	0,160	0,721	0,049	0,246	-0,058	0,120	-0,025
m.26	Nieprawidłowe wykorzystywanie wyników ocen	0,150	0,071	0,231	0,701	0,215	0,380	0,032	0,118	0,005	-0,087	-0,183
m.27	Utrata możliwości korygowania zachowań pracowników	0,193	0,024	0,257	0,751	0,165	0,252	0,012	0,163	0,014	0,097	0,061
m.28	Możliwość powstawania konfliktów	0,228	0,018	0,229	0,746	0,107	0,214	0,001	0,205	-0,062	0,133	-0,001
m.29	Przeszacowanie lub niedoszacowanie rzeczywistego potencjału ludzkiego, co może skutkować błędnymi decyzjami personalnymi	0,178	-0,123	0,318	0,727	0,117	0,157	0,052	0,170	0,118	0,214	-0,095
m.30	Możliwość obniżenia motywacji	0,188	-0,056	0,234	0,789	0,129	0,209	0,064	0,163	0,001	0,132	0,026
m.31	Ograniczenia zatrudnienia bez powiązania z wynikami oceny	0,041	0,075	0,123	0,736	0,147	0,044	0,077	-0,123	0,042	-0,129	0,221
m.32	Brak rozmów z pracownikami po przeprowadzonej ocenie ich pracy	0,160	0,066	0,002	0,350	-0,053	0,153	-0,081	-0,083	0,034	0,588	-0,069
m.33	Traktowanie szkoleń wyłącznie jako nagrody dla najlepszych pracowników, nie dla najbardziej potrzebujących	-0,018	0,181	0,109	0,089	0,452	0,380	-0,123	0,166	0,311	0,245	-0,157
m.34	Brak znajomości obowiązków i uprawnień, zakresu odpowiedzialności na zajmowanym stanowisku	0,177	0,158	0,017	0,069	0,751	-0,020	0,082	-0,101	0,143	-0,184	0,153
m.35	Niska efektywność pracy	0,229	0,237	0,045	0,109	0,812	0,108	-0,019	0,039	0,015	0,037	-0,073
m.36	Niska satysfakcja z pracy	0,221	0,148	0,031	0,246	0,761	0,176	0,075	0,135	-0,080	0,083	0,022

m.37	Straty finansowe, wywołane poniesieniem nakładów na szkolenia pracowników i brakiem zwrotu z tych inwestycji	0,217	0,164	0,043	0,128	0,815	0,142	0,056	0,106	0,017	0,033	-0,028
m.38	Brak aktualnej informacji o kompetencjach pracowników	0,252	0,235	0,035	0,170	0,687	0,048	0,136	0,193	0,060	-0,013	0,101
m.39	Niska motywacja płacowa	0,769	-0,031	0,217	0,195	0,222	0,189	0,169	0,114	-0,016	-0,035	-0,156
m.40	Niska motywacja pozapłacowa	0,732	0,008	0,116	0,055	0,196	0,328	0,131	0,153	0,012	-0,066	-0,059
m.41	Niska satysfakcji z pracy	0,783	-0,034	0,117	0,111	0,095	0,183	0,204	0,140	-0,090	-0,155	-0,209
m.42	Niskie zaangażowanie w pracy	0,800	-0,001	0,106	0,069	0,069	0,202	0,220	0,096	-0,039	-0,199	-0,154
m.43	Konflikty	0,865	0,001	0,104	0,102	0,108	0,113	0,098	0,025	0,036	-0,112	-0,079
m.44	„Niezdrowa” rywalizacja między pracownikami	0,800	-0,058	0,093	0,106	0,046	-0,135	0,043	-0,087	0,065	-0,056	0,180
m.45	Nadmierne odchodzenie pracowników	0,778	-0,025	0,162	0,045	0,200	-0,208	0,042	-0,020	0,040	0,255	0,071
m.46	Spadek wydajności i jakości pracy	0,800	0,015	0,079	0,037	0,243	0,062	0,021	0,064	0,024	0,297	0,097
m.47	Wysokie koszty zatrudnienia	0,700	-0,043	0,009	0,004	0,134	0,089	0,122	0,078	-0,137	0,468	0,171
m.48	Brak możliwości kształtowania zachowań pracowników w kontekście realizacji celów szpitala	0,790	0,020	0,111	0,081	0,060	0,079	0,139	0,232	-0,022	0,206	-0,046
m.49	Brak utożsamiania się pracowników ze szpitalem i jego celami	0,771	0,085	0,204	0,225	0,061	0,076	0,066	0,229	0,015	0,018	0,135
m.50	Niska lojalność pracowników	0,761	0,073	0,121	0,251	0,125	0,048	0,182	-0,064	0,087	0,043	0,253
m.51	Utrata specjalistów, a przez to wiedzy, która posiadają	0,175	-0,110	0,239	0,068	0,120	-0,159	0,743	-0,013	0,078	0,163	0,138
m.52	Demotywność pracowników i spadek wydajności pracy	0,265	0,045	0,116	0,078	0,036	0,153	0,857	0,071	-0,074	-0,060	-0,135
m.53	Fluktuacja personelu	0,203	-0,013	0,121	0,014	0,068	-0,011	0,865	-0,060	-0,041	0,059	0,064

m – miernik cząstkowy
 Metoda wyodrębniania głównych składowych.
 Metoda rotacji – Varimax z normalizacją Kaisera.
 Rotacja osiągnęła zbieżność w 8 iteracjach.

Źródło: oprac. własne na podstawie wyników badań.

Zidentyfikowane w tabeli 1 składowe to:

- Składowa 1 (mierniki m.39 – m.50) – motywowanie i wynagradzanie to najsilniejsza i najszerza składowa o bardzo wysokich ładunkach: od 0,7 do 0,865. Grupuje ona konsekwencje nieprawidłowej polityki szeroko pojmowanego motywowania pracowników.
- Składowa 2 (mierniki m.15 – m.21) – adaptacja zawodowa. Składowa o najwyższej wewnętrznej spójności w całej macierzy. Ładunki mieszczą się w przedziale od 0,737 do 0,936 przy niemal zerowych ładunkach krzyżowych. Obejmuje reperkusje traktowania wprowadzenia nowego pracownika jako czynności administracyjnej, a nie strategicznej.
- Składowa 3 (mierniki m.1 – m.8) – planowanie zatrudnienia. Ładunki w przedziale od 0,679 do 0,820. Składowa reprezentuje reperkusje wynikające z niedoboru lub nadmiaru personelu, niezdolności do realizacji potrzeb kadrowych, braku kontraktu z NFZ, nieefektywnego wykorzystania potencjału ludzkiego oraz pogorszenia wyników jakościowych i finansowych.
- Składowa 4 (mierniki m.26 – m.31) – ocena pracownicza. Ładunki w przedziale od 0,701 do 0,789. Składowa ukazuje konsekwencje błędnie przeprowadzanego procesu zarządzania persormansem pracowniczym.
- Składowa 5 (mierniki m.33 – m.38) – rozwój, w tym szkolenia. Ładunki w przedziale od 0,452 do 0,815. Składowa obejmuje czynniki dotyczące nieefektywnego zarządzania polityką rozwoju pracowników, w tym przede wszystkim szkoleń.
- Składowa 6 (mierniki m.22 – m.25) – formalizm i fikcyjność ocen pracowniczych. Ładunki bardzo wyrównane od 0,714 do 0,743, co świadczy o jednorodności składowej. Odzwierciedla ona sytuacje, w których ocena nie spełnia funkcji motywacyjnej, jest fikcyjna oraz nie pociąga za sobą żadnych następstw ani po ocenie negatywnej, ani wyróżniającej.
- Składowa 7 (mierniki m.51 – m.53) – zarządzanie wiedzą. Wysokie ładunki w przedziale od 0,743 do 0,865. Składowa obejmuje ryzyko utraty wiedzy, fluktuacji i demotywacji personelu, odzwierciedlające zjawiska odejść doświadczonych pracowników, utraty specjalistów i demotywacji.

- Składowa 8 (mierniki m.12 – m.14) – rekrutacja personelu. Ładunki w przedziale od 0,694 do 0,819. Składają się na nią czynniki dotyczące braku dopływu nowych kompetencji, zbyt małej liczby kandydatów, niedostosowania kwalifikacji oraz błędów w procesie selekcji.
- Składowa 9 (mierniki m.10 – m.11) – selekcja personelu. Składowa odzwierciedla ryzyko błędnych decyzji personalnych w procesie doboru, wynikających z niepełnych danych o kandydatach i braku standaryzacji kryteriów oceny.
- Składowa 10 (miernik m.32) – informacja zwrotna. Składowa jednomiennikowa (ładunek 0,588), oparta na braku rozmów z pracownikiem po przeprowadzonej ocenie. Akcentuje deficyt informacji zwrotnej, ograniczony przepływ informacji oraz niewystarczającą partycypację personelu w procesach decyzyjnych.
- Składowa 11 (miernik m.9) – opisy stanowisk pracy. Również składowa jednomiennikowa (ładunek 0,626), przy czym miernik m.9 wykazuje dodatkowo znaczący ładunek krzyżowy na składowej 8 (0,427). Odnosi się do niedostatków w zakresie dokumentacji stanowisk, niejasnych opisów obowiązków oraz braku jednoznacznych zasad odpowiedzialności.

Struktura jedenastu składowych wiernie odwzorowuje logikę procesów ZZL – od planowania zatrudnienia (składowa 3), przez rekrutację i selekcję (składowe 8 i 9), adaptację (składowa 2), ocenianie rozdzielone na dwa odrębne wymiary – wykorzystanie wyników ocen (składowa 4) oraz formalizm i fikcyjność ocen (składowa 6) – rozwój i szkolenia (składowa 5), motywowanie i wynagradzanie (składowa 1 – dominująca), aż po retencję i utrzymanie wiedzy (składowa 7), komunikację (składowa 10) oraz standaryzację procesów HR (składowa 11). Poznawczo najciekawszymi wynikami są rozdzielenie oceniania na dwie niezależne składowe oraz wyłonienie motywowania jako czynnika o najsilniejszym udziale. Dwie składowe jednomiennikowe (10 i 11) oraz nieco słabszy ładunek miennika m.33 stanowią ograniczenia rozwiązania, które warto uwzględnić przy interpretacji i w dalszych badaniach.

Zidentyfikowane składowe ujawniają złożony i wielowymiarowy charakter ryzyka ZZL w szpitalach. Łączą one zarówno aspekty organizacyjne, proceduralne czy strukturalne, jak i psychospołeczne, motywacyjne i komunikacyjne. Struktura czynnikowa daje zatem

możliwość pogrupowania ich w następujące domeny (w układzie chronologii procesu ZZL):

1. pozyskiwanie kadr: składowe 2, 8, 9;
2. motywacja zatrudnionych pracowników: składowe 1, 4, 6, 10;
3. rozwój personelu: składowe 5, 7;
4. aspekty procesowo-organizacyjne: składowe 3, 11.

WNIOSKI

Uzyskana w badaniu jedenastoskładnikowa struktura konsekwencji ryzyka ZZL wpisuje się w nurt międzynarodowych badań ujmujących ryzyko personalne jako kategorię wielowymiarową, przenikającą wszystkie procesy funkcji personalnej. Autorzy tacy jak Meyer i in. (2011), Mitrofanova i in. (2013) czy Zhao i Jia (2013) podkreślają, że ryzyko ZZL nie ogranicza się do pojedynczego procesu, lecz kumuluje się na styku planowania zatrudnienia, rekrutacji, motywowania, oceniania i derekrutacji, generując zróżnicowane reperkusje organizacyjne (por. Huang i in., 2017).

Dominująca rola składowej motywacyjno-retencyjnej (składowa 1) znajduje silne potwierdzenie w literaturze światowej. Liczne badania wskazują, że deficyty motywacji, niskie zaangażowanie oraz nadmierna rotacja personelu medycznego przekładają się bezpośrednio na spadek jakości opieki i wzrost kosztów organizacyjnych (Castle & Engberg, 2006; Khamisa i in., 2015; Hayes i in., 2006). Utrzymanie zaangażowania pracowników jest w tym ujęciu jednym z kluczowych mechanizmów ograniczania rotacji i stabilizowania zespołów klinicznych (Tullar i in., 2016). Wyniki niniejszego badania, w których ryzyko motywacyjne okazało się czynnikiem o najsilniejszym udziale, potwierdzają zatem uniwersalność tej zależności również w kontekście polskich szpitali powiatowych.

Szczególnego znaczenia nabiera składowa związana ze strategicznym planowaniem zatrudnienia (składowa 3), której konsekwencje – niedobory kadrowe, przeciążenie personelu i pogorszenie wyników jakościowych – korespondują z jednym z najlepiej udokumentowanych obszarów badań w ochronie zdrowia. Przełomowe analizy Aiken i in. (2002, 2014) wykazały, że poziom obsady pielęgniarstwa pozostaje w bezpośrednim związku ze śmiertelnością pacjentów,

wypaleniem zawodowym i satysfakcją z pracy. Zbieżnie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, 2016) uznaje dostępność i jakość kadr medycznych za warunek realizacji prawa do opieki zdrowotnej. Powiązanie ryzyka kadrowego z bezpieczeństwem pacjenta i wynikami finansowymi szpitala znajduje ponadto oparcie w badaniach nad zależnością między jakością, bezpieczeństwem a kondycją ekonomiczną placówek (Beauvais i in., 2019; Clark i in., 2013).

Pozostałe składowe również odnajdują odzwierciedlenie w dorobku międzynarodowym. Ryzyko wadliwej adaptacji (składowa 2) odpowiada obserwacjom o wysokiej rotacji w pierwszych miesiącach pracy oraz ukrytych kosztach nieudanego wdrożenia (Hayes i in., 2006; Musie & Wolvaardt, 2021). Rozdzielenie oceniania na dwie niezależne składowe, a mianowicie na tę dotyczącą niewykorzystania wyników oraz tę odnoszącą się do formalizmu ocen, jest spójne z ustaleniami o erozji zaufania wywoływanej błędami oceny i brakiem informacji zwrotnej (Liu & Wang, 2016; Snowden i in., 2017). Z kolei ryzyko utraty wiedzy i fluktuacji specjalistów (składowa 7) potwierdza tezę o odejściach pracowników jako utracie kapitału intelektualnego organizacji opartych na wiedzy (Buchelt, 2017). Co istotne, mimo deklarowanej kluczowej roli ludzi w organizacjach medycznych, w tym w szczególności w szpitalach, ryzyko ZZL pozostaje obszarem rzadko badanym w sposób systematyczny (Qin i in., 2023; Musie & Wolvaardt, 2021), a zatem niniejsze badanie dostarcza w tym zakresie empirycznych dowodów, uzupełniając istniejącą lukę poznawczą.

OGRANICZENIA BADANIA I REKOMENDACJE DOTYCZĄCE PRZYSZŁYCH BADAŃ

Interpretując przedstawione wyniki, należy uwzględnić kilka ograniczeń o charakterze metodologicznym i poznawczym. Po pierwsze, badanie miało charakter eksploracyjny i objęło celowo dobraną próbę 155 przedstawicieli kadry kierowniczej czterech publicznych szpitali powiatowych, co ogranicza możliwość uogólniania wniosków na całą populację podmiotów leczniczych. Po drugie, dane miały charakter percepcyjny i opierały się na subiektywnych ocenach respondentów wyrażonych na pięciostopniowej skali porządkowej, wyłącznie

z perspektywy menedżerskiej bez uwzględnienia punktu widzenia personelu wykonawczego, co rodzi ryzyko obciążenia wynikającego z jednego źródła pomiaru. Po trzecie, przekrojowy charakter badania (styczeń–marzec 2023) nie pozwala na wnioskowanie o zależnościach przyczynowo-skutkowych ani na uchwycenie dynamiki ryzyka w czasie. Po czwarte, ograniczeniem samego rozwiązania czynnikowego są dwie składowe jednomiennikowe (10 i 11) oraz słabszy ładunek miernika m.33, co obniża ich rzetelność jako samodzielnych wymiarów. Wreszcie konsekwencje ryzyka ujęto jako reperkusje postrzegane, a nie jako obiektywne wskaźniki wynikowe (np. rzeczywiste wskaźniki rotacji czy bezpieczeństwa pacjenta).

Zidentyfikowane ograniczenia wyznaczają jednocześnie obiecujące kierunki dalszych badań, wśród których warto wskazać:

- walidację uzyskanej struktury jedenastu składowych z wykorzystaniem confirmacyjnej analizy czynnikowej oraz modelowania równań strukturalnych na większych, wielośrodkowych i losowo dobranych próbach;
- badania porównawcze obejmujące różne typy podmiotów leczniczych (szpitale kliniczne, specjalistyczne, prywatne) oraz różne konteksty krajowe, umożliwiające ocenę uniwersalności zidentyfikowanych ryzyk;
- projekty podłużne (longitudinalne) wiążące ryzyko ZZL z obiektywnymi miernikami wynikowymi – wskaźnikami rotacji, bezpieczeństwa pacjentów i kondycji finansowej placówek;
- triangulację danych poprzez włączenie perspektywy personelu medycznego oraz źródeł wielopodmiotowych, ograniczającą obciążenie wynikające z pojedynczego źródła pomiaru;
- opracowanie i empiryczne przetestowanie narzędzi pomiaru oraz ograniczania ryzyka ZZL, dostosowanych do specyfiki podmiotów leczniczych;
- powiązanie problematyki ryzyka ZZL z nowymi nurtami badawczymi, takimi jak zrównoważone i „zielone” ZZL oraz analityka kadrowa oparta na danych (por. Correia i in., 2024; Qin i in., 2023).

KONKLUZJA

Przeprowadzone badanie pozwoliło zidentyfikować i uporządkować postrzegane konsekwencje ryzyka ZZL w publicznych szpitalach powiatowych, grupując 53 mierniki cząstkowe w jedenaście składowych i trzy nadrzędne domeny. Potwierdziło ono wielowymiarowy i międzyprocesowy charakter ryzyka personalnego, w którym ryzyko motywacyjno-retencyjne odgrywa rolę dominującą, a ryzyko związane z planowaniem zatrudnienia ma znaczenie strategiczne z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjentów i stabilności organizacji. Tym samym badanie dostarcza empirycznego wkładu w słabo rozpoznany dotąd obszar zarządzania ryzykiem ZZL w ochronie zdrowia. Z perspektywy praktyki zarządczej płynie z niego jednoznaczny wniosek: systematyczna identyfikacja, analiza i ograniczanie ryzyka ZZL, wsparte stałym podnoszeniem świadomości kadry kierowniczej, powinny stać się strategicznym imperatywem szpitali – warunkującym zarówno jakość i bezpieczeństwo opieki, jak i trwałość samych organizacji.

BIBLIOGRAFIA

- Armstrong, M. (2006). *A handbook of human resource management practice* (10th ed.). London: Kogan Page Publishing.
- Beauvais, B., Richter, J.P., & Kim, F.S. (2019). Doing well by doing good: Assessing the impact of patient safety outcomes on hospital financial performance. *Health Care Management Review*, 44(1), 2–9.
- Buchelt, B. (2017). *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie.
- Buchelt, B., Ziębicki, B., Jończyk, J., & Dzieńdziora, J. (2021). The enhancement of the employer branding strategies of Polish hospitals through the detection of features which determine employer attractiveness: A multidimensional perspective. *Human Resources for Health*, 19(1), 119. DOI: 10.1186/s12960-021-00594-7
- Castle, N.G., & Engberg, J. (2006). Organizational characteristics associated with staff turnover in nursing homes. *The Gerontologist*, 46(1), 62–73.
- Clark, J., Poesyner, S., Kane, N., & Valentine, M. (2013). From striving to thriving: Systems thinking, strategy, and safety-net hospital performance. *Health Care Management Review*, 38(3), 211–223.

- Correia, A.B., Shahzad, M.F., Martins, J.M., & Baheer, R. (2024). The impact of green human resource management on sustainable performance in healthcare. *Cogent Business & Management*, 11(1), DOI: 10.1080/23311975.2024.2374625
- Domańska-Szaruga, B., Jończyk, J.A., & Knap-Stefaniuk, A. (2024). Diagnosis of Organizational Culture of Healthcare Entities in Poland. *Scientific Papers of Silesian University of Technology – Organization and Management Series*, 199, 93–107.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2021). *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., & Stone, P.W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237–263.
- Huang, W., Sun, Q., Guan, X., & Peng, S. (2017). Human resource risk identification and prevention. *Journal of Human Resource and Sustainability Studies*, 5(2), 63–74.
- Hudrliková, L. (2013). Composite indicators as a useful tool for international comparison: The Europe 2020 example. *Prague Economic Papers*, 22(4), 459–473.
- Jończyk, J., & Buchelt, B. (2015). Employee appraisal as the tool of the pro-innovative organizational culture formation in hospitals. *Journal of Intercultural Management*, 7(2), 41–55.
- Jończyk J., & Pawelec G. (2025). *Zarządzanie ryzykiem personalnym w szpitalach*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., & Ilic, D. (2015). Work-related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666.
- Knap-Stefaniuk, A., & Karna, W.J. (2017). Zarządzanie talentami jako instrument rozwoju zasobów ludzkich we współczesnych organizacjach z uwzględnieniem problemu migracji. W T. Kupczyk (Red.), *Imigranci wsparciem dla rynku pracy i rozwoju przedsiębiorstw* (s. 51–68). Gazeta Wyborcza.
- Knap-Stefaniuk, A., Karna, W.J., & Ambrozová, E. (2018). Motywowanie pracowników jako ważny element zarządzania zasobami ludzkimi – wyzwania dla współczesnej edukacji. *Kwartalnik Naukowy Uczelni Vistula*, 2(56), 186–202.
- Krugiółka, A., Bartkowiak, G., Knap-Stefaniuk, A., Sowa-Behtane, E., & Dachowski, R. (2023). Onboarding in Polish Enterprises in the Perspective of HR Specialists. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1512, 1–19. DOI: 10.3390/ijerph20021512

- Lipka, A. (2002). *Ryzyko personalne: Identyfikacja, analiza, metody ograniczania*. Warszawa: Poltext.
- Lipka, A. (2008). *Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Liu, S., & Wang, L. (2016). Influence of managerial control on performance in medical information system projects: The moderating role of organizational environment and team risks. *International Journal of Project Management*, 34(1), 102–116.
- Meyer, J., Roodt, G., & Robbins, A. (2011). Human resource risk management: Governing people risks for improved performance. *Journal of Human Resource Management*, 9(1), 55–68. DOI:10.4102/sajhrm.v9i1.366
- Mitrofanova, A., Konovalova, V., Mitrofanova, E., Ashurbekov, R., & Trubitsyn, K. (2013). Human resource risk in organizations. *Journal of Management Studies*, 5(2), 11–22.
- Moczydłowska, J. (2008). *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*. Warszawa: Difin.
- Musie, A., & Wolvaardt, J.E. (2021). Risk and reward: Experiences of healthcare professionals caring for drug-resistant tuberculosis patients. *SA Journal of Human Resource Management*, 19, a1191. DOI: 10.4102/sajhrm.v19i0.1191
- Pocztowski, A. (2018). *Zarządzanie zasobami ludzkimi*. Warszawa: PWE.
- Qin, X., Huang, Y., Hu, Z., Chen, K., Li, L., Wang, R.S., & Wang, B.L. (2023). Human resource management research in healthcare: A big data bibliometric study. *Human Resources for Health*, 21(94). DOI: 10.1186/s12960-023-00865-x
- Rad, A.M.M. (2006). The impact of organizational culture on successful TQM implementation in Iranian University Hospitals. *The TQM Magazine*, 18(6), 606–625.
- Rutka, R., & Czerska, M. (2006). Ryzyko w zarządzaniu zasobami ludzkimi. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Gdańskiego. Zarządzanie*, 34, 55–68.
- Shelest, O. (2013). Ocena czynników ryzyka personalnego w administracji publicznej. *Konteksty Społeczne*, 1(1), 73–85.
- Snowdon, D.A., Leggat, S.G., & Taylor, N.F. (2017). Does clinical supervision of healthcare professionals improve effectiveness? A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17, 786. DOI: 10.1186/s12913-017-2739-5
- Stabryła, A. (2006). *Zarządzanie projektami ekonomicznymi i organizacyjnymi*. Warszawa: PWN.
- Tullar, J.M., Amick, B.C., Brewer, S., Kelder, S.H., & Michael, O. (2016). Improve employee engagement to retain your staff. *Health Care Management Review*, 41(4), 316–324.

- Tyrańska, M. (2007). Rola systemu informacji kadrowej w zarządzaniu ryzykiem personalnym. *Zeszyty Naukowe Małopolskiej Szkoły Wyższej w Tarnowie*, 1(10), 165–167.
- Tyrańska, M. (2007). Ryzyko personalne w przedsiębiorstwie. *Przegląd Organizacji*, 4, 18–22.
- Tyrańska, M. (2008). Zarządzanie ryzykiem personalnym w procesie derekrutacji. *Przegląd Organizacji*, 6, 21–25.
- Williams, B., Brown, T., & Onsman, A. (2012). Exploratory factor analysis: A five-step guide for novices. *Australian Journal of Paramedicine*, 8(3), 1–13.
- World Health Organization (2016). *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: WHO Press.
- Xu, J. (2001). Systemic risks in human resource management. *Management World*, 5, 23–31.
- Zhao, X., & Jia, Y. (2013). Human resource risk: Conceptualization and dual dimensions. *Journal of Human Resource Development*, 7(4), 827–883.

Copyright and License



This article is published under the terms of the Creative Commons Attribution – NoDerivs (CC BY- ND 4.0) License
<http://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0/>