dr hab. inż. dr h.c. Marcin Kęsy
dr Irena Malinowska

ZARZĄDZANIE KOMPETENCJI MENEDŻERSKIMI W SZPITALU

Издателство на Българската академия на науките
“Проф. МаринДринов”
Professor Marin Drinov Publishing House
of Bulgarian Academy of Sciences

Sofia 2025

Reviewers:

Igor Britchenko – Professor, Doctor of Sciences, University of the National Education Commission in Kraków

Grzegorz Drozdowski – Professor, Doctor of Sciences, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

Maksym Bezpartochnyi - Professor, Doctor of Sciences, National University "Yuri Kondratyuk Poltava Polytechnic", Ukraine

© Copyright by Marcin Kęsy, Nauki o zarządzaniu i jakości
Marcin Kęsy - ORCID: 0000-0003-3604-4702

© Copyright by Irena Malinowska, Nauki o zarządzaniu i jakości
Irena Malinowska - ORCID: 0000-0002-9194-3121

The Bulgarian Academy of Sciences (Българска академия на науките, БАН)
Sofia, Bulgaria 2025

ISBN: 978-619-245-521-7

SPIS TREŚCI

Wstęp..... 4

Rozdział 1. Analiza teorii w obszarze zarządzania kompetencjami..... 9
1.1. Postrzeganie człowieka w organizacji..... 9
1.2. Kompetencje w zarządzaniu..... 17
1.3. Podejście do kompetencji w literaturze przedmiotu..... 23
1.4. Typologia kompetencji na przestrzeni lat..... 31
1.5. Rozważania w zakresie kompetencji menedżerskich..... 42
1.6. Wieloaspektowość kompetencji w systemie ochrony zdrowia..... 55

Rozdział 2. Zarządzanie kompetencjami w szpitalach..... 57
2.1. Organizacje służby zdrowia w systemie zdrowotnym..... 59
2.2. Struktura zatrudnienia w szpitalach..... 67
2.3. Kompetencje zawodowe pracowników zatrudnionych w szpitalach..... 78
2.4. Typologia menedżerów w organizacji..... 90
2.5. Kompetencje menedżerskie..... 92
2.6. Metody doskonalenia kompetencji..... 94

Rozdział 3. Metodologia badania empirycznego..... 98
3.1. Geneza problemu badawczego..... 98
3.2. Koncepcja badania..... 100
3.3. Opis procesu badawczego..... 103
3.4. Metody doboru próby w badaniu ilościowym oraz opis badania jakościowego..... 108
3.5. Utylitarność metod i technik badawczych..... 111
3.6. Zastosowanie badania pilotażowego w procesie badawczym..... 113

Rozdział 4. Badanie metodami ilościowymi w zakresie potencjału kompetencji menedżerskich w szpitalach..... 115
4.1. Stan i doskonalenie wiedzy menedżerskiej w szpitalach..... 115
4.2. Poziom komunikacji wewnętrznej między pracownikami..... 126
4.3. Zachowania preferowane na stanowisku menedżerskim..... 136
4.4. Ocena menedżerów w zakresie wiedzy pożądanej na stanowisku menedżerskim..... 141
4.5. Umiejętności interpersonalne kadry zarządzającej..... 151

Rozdział 5. Badanie metodami jakościowymi w zakresie kompetencji pożądanych na stanowiskach menedżerskich..... 159
5.1. Wywiady przeprowadzone z lower management..... 160
5.2. Wywiady przeprowadzone z middle management..... 167
5.3. Wywiady przeprowadzone z top management..... 173
5.4. Umiejętności interpersonalne menedżerów opieki zdrowia..... 184
5.5. Autorska interpretacja informacji badawczych..... 190

Rozdział 6. Model kompetencyjno-organizacyjny w pionie menedżerskim..... 193
6.1. Deficyt kompetencji pracowników w obszarze funkcji menedżerskich..... 193
6.2. Kompetencje pożądane na stanowisku menedżera I i II szczebla organizacyjnego..... 200
6.3. Kompetencje pożądane na stanowisku menedżera top management..... 206
6.4. Innowacje organizacyjne na szczeblach menedżerskich..... 207
6.5. Ograniczenia w obszarze proponowanych zmian kompetencyjno-organizacyjnych..... 219

Zakończenie..... 221

Bibliografia..... 223

Spis tabel i ilustracji..... 242

WSTĘP

W rozmowach z praktykami zarządzania podnoszona jest przez nich wyższość praktycznego zastosowania rozwiązań zarządczych i organizacyjnych w firmach nad teorią zarządzania. Czy jest to prawdziwa teza? Częściowo autorzy zgadzają się z nią. Nauki o zarządzaniu i jakości są dyscypliną nastawioną na praktyczność wiedzy, zastosowanie w działaniach organizacyjnych, które bezpośrednio mają wpływ na wzrost skuteczności, jak i efektywności organizacji. Determinuje budowę przewagi konkurencyjnej organizacji. Jednakże badacze nie zgodzili się z tym, że praktyka zarządzania jest ważniejsza od teorii, przecież właśnie indywidualne doświadczenia poszczególnych badaczy, kreatorów wiedzy w obszarze zarządzania mające zasadniczy wpływ na rozwój zarządzania zarówno na płaszczyźnie teoretycznej oraz praktycznej. Autorzy stawiają znak równości między teorią i praktyką. Stwierdzają oni, że teoria jest równorzędna praktyce, natomiast praktyka jest równie ważna, jak teoria zarządzania.

Zrozumienie tego mechanizmu oraz utrzymanie równowagi między teorią a praktyką jest niezbędne do dalszych postępów w dyscyplinie zarządzania. Przecież w historii zarządzania jest wiele przykładów potwierdzających proces kreowania wiedzy, ot chociażby F. W. Taylor czy H. Fayol, którzy są uznawani za ojców nurtu ekonomicznego w obszarze zarządzaniu, utalentowani badawcze i obserwatorzy, którzy potrafili zdiagnozować otoczenie, wskazać luki organizacyjne oraz zaproponować rozwiązania, które były stosowane przez kolejne dekady. Autorzy na podstawie swoich doświadczeń i obserwacji opisali rozwiązania organizacyjne, które przedstawili w formie modelu na potrzeby organizacji służby zdrowia (szpitali) w celu podnoszenia efektywności organizacyjnej tych jednostek.

Niniejsza praca nawiązuje do ważnej kwestii w obszarze zarządzania organizacją, jaką są kompetencje menedżera. Samo pojęcie kompetencji swój dynamiczny rozwój zapoczątkowało w latach 70. XX w., od tamtego czasu ewoluowało, rozbudowywała się też wiedza w tym obszarze. Menedżer jako lider komórki organizacyjnej bądź całej organizacji jest istotnym elementem sprawczym, który podnosi sprawność organizacyjną zespołu, organizuje i określa cele działalności, wpływa na skuteczność działań. Zarządza całym procesem organizacji pracy, co z kolei ma związek z efektywnością w zarządzaniu operacyjnym w krótkim czasie oraz strategicznym w długim okresie czasu. Autorzy właśnie tym aspektem zarządzania zajmują się w pracy analizując powiązanie i wpływ indywidualnych kompetencji menedżera na efektywność organizacyjną na poziomie organizacji bądź komórki organizacyjnej.

Poruszona tematyka w niniejszej pracy jest zagadnieniem, którym jeden z autorów zajmuje się prawie od 20 lat. Początek zainteresowań datuje się na 2003 rok, w którym rozpoczęły się pierwsze

prace naukowe dotyczące problematyki zarządzania kompetencjami, ze szczególnym uwzględnieniem kompetencji społecznych oraz instytucjonalnych. Początkowo podmiotem zainteresowań byli absolwenci średnich szkół zawodowych, którzy zasilali lokalny rynek pracy i w tym kontekście zachodzące zależności organizacyjne i formalno-prawne między instytucjami edukacyjnymi, samorządowymi, administracją oraz przedsiębiorstwami w zakresie doskonalenia kompetencji.

Z czasem zainteresowania badawcze ewoluowały w kierunku zarządzania systemem ochrony zdrowia. Główną tego przyczyną były znane wszystkim problemy polskiej służby zdrowia, związane z jej niewydolnością organizacyjną, problemami kadrowymi (notabene wciąż na, rosnącym zadłużeniem finansowym oraz niezadowoleniem pacjentów z jakości świadczonych usług zdrowotnych czy też relacji wewnętrznych w podmiotach leczniczych1.

W poszukiwaniu wiedzy z tego zakresu jeden z autorów dwukrotnie odbył staż naukowy, raz w ramach programu Erasmus, który miał miejsce w Departamencie Zarządzania Organizacjami Opieki Medycznej i Społecznej (MOSS) na Wydziale Medycyny, na Uniwersytecie Paryż XIII w 2008 roku. W trakcie pobytu zapoznał się z wiedzą z zakresu zarządzania szpitalami francuskimi oraz programem kształcenia studentów na kierunku MOSS na poziomie studiów Master. W trakcie drugiego wyjazdu w ramach projektu unijnego, o charakterze naukowo-dydaktycznym, który trwał 1 semestr, od lutego do czerwca 2010 roku.

Pozyskaną wiedzę teoretyczną i praktyczną z tego zakresu skonfrontował z realiami funkcjonującymi w polskich szpitalach w trakcie realizacji dwóch grantów naukowo-badawczych sfinansowanych przez NCN: "*Reorganizacja rachunku kosztów na potrzeby zarządzania szpitalami*" realizowanym w latach 2008-2010 oraz „*Badanie zapotrzebowania na wiedzę menedżerską personelu medycznego w polskich szpitalach*" realizowanym w latach 2010-2013. Marcin Kęsy był członkiem zespołu "Avicenna", w którym zrealizował dwa projekty w ramach specjalnej umowy o współpracy z samorządem województwa dolnośląskiego. Pełnił funkcję kierownika projektu badawczego „*Ekonomizacja relacji interpersonalnych personelu medycznego z pacjentem w opiece zdrowotnej"*, realizowanego na Wyższej Szkole Gospodarki w Bydgoszczy w latach 2017-2018.

Przez minione kilkanaście lat pracy naukowo-badawczej problematyka systemu opieki zdrowotnej znajdowała i wciąż znajduje się w centrum zainteresowań jednego z autorów monografii. Jednakże od kilku lat w rozważaniach naukowych podnosi kwestię kompetencji menedżerskich w organizacjach służby zdrowia. Szczególnie, że przy coraz większym deficycie wszystkich i to naprawdę wszystkich zasobów, znaczenie menedżera rośnie a w przyszłości może wręcz

[1] M. Kęsy, P. Karniej, *Innovative hospital staff management methods in Poland*, [w:] Scientific Journal. Service Management, Vol. 10, nr 779, Szczecin 2013, s. 33-49. Diagnoza relacji interpersonalnych i intergrupowych w szpitalach, badanie zrealizowane w latach 2009-2010.

determinować nie tylko sprawność lecz i efektywność organizacyjną podmiotu leczniczego a przede wszystkim czy przedsiębiorstwo zdrowia przetrwa na zmieniającym się rynku usług zdrowotnych.

Ostatnie kilka lat można określić jako tzw. intensywny okres, obydwoje z autorów w tym czasie przeprowadził liczne badania empiryczne w organizacjach służby zdrowia z wykorzystaniem metod ilościowych, jakościowych czy też mieszanych, wykorzystując m.in. metody triangulacji badań czy danych na płaszczyźnie zarządzania relacjami intergrupowymi i interpersonalnymi oraz kompetencjami społecznymi, zawodowymi czy właśnie menedżerskimi w organizacjach służby zdrowia.

Ze względu na charakterystykę struktury zatrudnienia oraz specyfikę działalności podmiotów leczniczych, autorzy w oparciu o aktualną wiedzę, informacje oraz dane pozyskane w badaniach empirycznych, zamierzają stworzyć model struktury kompetencji menedżerskich na wszystkich szczeblach zarządzania oraz profesjogram stanowiska menedżerskiego w organizacji służby zdrowia.

Głównym wyzwaniem opisywanego modelu jest dostosowanie organizacji do szybko zmieniającego się otoczenia. Podstawową kompetencją menedżera, w tych warunkach jest umiejętność reagowania na sygnały otoczenia, szybkość w podejmowaniu decyzji, innowacyjność, zdolność kierowania zmianą[2].

Ten element kompetencji oddziałuje bezpośrednio na efektywne funkcjonowania poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitala jak i całej organizacji służby zdrowia. Obecnie w szpitalach funkcje kierownicze pełnią głównie przedstawiciele zawodów zaliczanych do grupy medycznych. Zarówno lekarze jak i pielęgniarki w ramach ścieżki awansu zawodowego mają zapisane wymogi kwalifikacyjne, które muszą spełnić aby objąć stanowiska kierownicze na różnych poziomach systemu organizacyjnego szpitali.

Jednocześnie wymogi prawne związane z awansem zawodowym w ramach wykonywanego zawodu medycznego (w przypadku lekarzy tzw. punkty edukacyjne) są rozbieżne z wymogami kwalifikacyjnymi i powodują, że lekarze i pielęgniarki nie są dobrze przygotowani merytorycznie do sprawowania funkcji kierowniczej. Jednakże nie można zamykać drogi awansu zawodowego dla osób posiadających naturalne uzdolnienia, czy też smykałkę w zarządzaniu ludźmi. Należy stworzyć takie warunki organizacyjne, aby zbudować czytelny system awansu dla stanowisk menedżerskich. Autorzy właśnie taki cel postawili sobie w pracy badawczej, chcąc uzyskać odpowiedź jakie kryteria muszą spełnić menedżerowie, aby byli przydatni dla organizacji lub komórki organizacyjnej, którą zarządzają.

---

[2] B. Ziębicki, *Elastyczność jako kryterium efektywności organizacyjnej*, Acta Universitatis Lodziensis, Folia Oeconomica 234/2010, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2010, s. 388.

Stąd wypływa wniosek, że kompetencje kadry zarządzającej rozpatrywać należy z perspektywy sprawności kadry menedżerskiej, co z kolei wpływa na skuteczność działań [3,4] oraz efektywność dysponowania posiadanymi zasobami pracy. W oparciu na tej tezie autorzy zbudowali cel główny oraz hipotezę główną pracy.

Cel główny. Opracowanie modelu kompetencyjnego oraz profesjogramu stanowiska menedżera organizacji służby zdrowia dla wszystkich szczebli zarządzania.

Hipoteza główna. Optymalnie dobrane kompetencje menedżerskie skutkują wzrostem efektywności funkcjonowania organizacji służby zdrowia.

Aby osiągnąć zakładany cel główny, autorzy zbudowali trzy cele szczegółowe, które stanowiły drogowskaz w trakcie badań empirycznych w ujęciu procesowym, z uwzględnieniem podziału na poszczególne etapy badawcze.

- Cel szczegółowy 1. Analiza stanu wiedzy w zakresie zarządzania kompetencjami.
- Cel szczegółowy 2. Analiza kompetencji menedżerskich z uwzględnieniem szczebli organizacyjnych w organizacji służby zdrowia.
- Cel szczegółowy 3. Zdiagnozowanie struktury i stanu kompetencji menedżerskich w organizacji służby zdrowia.

Na podstawie przyjętych celów autorzy sformułowali trzy hipotezy, które odpowiadają zdefiniowanym celom. Według przyjętej kolejności procesowej są to:

– Hipoteza szczegółowa 1. Zarządzanie kompetencjami jest wciąż istotnym elementem zarządzania z punktu postrzegania organizacji a w szczególności w budowaniu efektywnie funkcjonującej organizacji służby zdrowia.
– Hipoteza szczegółowa 2. Kompetencje menedżerskie w układzie klepsydry różnią się od kompetencji na stanowiskach menedżerskich w układzie piramidy.
– Hipoteza szczegółowa 3. Pracownicy nie są wyposażeni w niezbędne kompetencje, które są pożądane na stanowiskach menedżerskich.

Rozważania przeprowadzone przez autorów mają zweryfikować przyjęte hipotezy badawcze. W założeniu ma to umożliwić precyzyjne opracowanie profilu kompetencyjnego dla wszystkich szczebli kadry menedżerskiej oraz zbudowanie modelu kompetencyjnego dla stanowiska menedżera organizacji służby zdrowia. Celem nadrzędnym jest optymalne wykorzystanie personelu medycznego oraz osób z pionu administracyjnego i przejawianych przez nich kompetencji w zarządzaniu organizacją służby zdrowia. Aspektem uzupełniającym proces jest określenie metod

[3] Morgan G., *Riding the Waves of Change: Developing Managerial Competencies for a Turbulent World*, Jossey-Bass, Oxford 1988.

[4] R. E. Boyatzis, D. Goleman, *The Emotional Competence Invetory*, Hay Group, Boston 1996.

doskonalenia kompetencji i zbudowanie procesu doskonalenia kompetencji niezbędnych do pełnienia roli menedżera w podmiotach leczniczych.

Wynikiem analiz teoretycznych i empirycznych oprócz profesjogramu stanowisk menedżerskich, jest autorska propozycja innowacji organizacyjnej wymuszona niejako przez nowo ukształtowane kompetencje menedżerskie pracowników pełniących funkcje kierownicze na pierwszym (najniższym) oraz drugim poziomie organizacyjnym w systemie organizacji służby zdrowia.

W strukturze niniejszej pracy można wyróżnić cztery zasadnicze części. Pierwsza o charakterze teoretycznym, dotyczy dwóch pierwszych rozdziałów, w których przeprowadzony został przegląd literatury w obszarze przedmiotu zainteresowań. Część drugą stanowi metodologia badawcza, zamieszczona w trzecim rozdziale pracy. Na trzecią część składa się prezentacja wyników badań ilościowych i jakościowych (rozdział IV i V niniejszej monografii) przeprowadzonych w organizacjach służby zdrowia. W ostatniej, czwartej części pracy znalazły się propozycje innowacji kompetencyjno-organizacyjnych w obszarze kompetencji stanowisk menedżerskich w organizacjach służby zdrowia.

ROZDZIAŁ I

ANALIZA TEORII W OBSZARZE ZARZĄDZANIA KOMPETENCJAMI

1.1. Postrzeganie człowieka w zarządzaniu

Kompetencje nierozerwalnie wiążąc się z człowiekiem, jego możliwościami, aspiracjami i dokonaniami. Aby w sposób pogłębiony przeanalizować wiedzę z obszaru zarządzania kompetencjami należy przedstawić genezę postrzegania człowieka od momentu pojawienia się pierwszych rozważań nad człowiekiem w zarządzaniu po jego indywidualizm i cechy własne.

W tym celu autorzy przeprowadzili przeglądowy zarys literatury w zakresie postrzegania człowieka w organizacji. Współcześnie wyklarowały się dwa podstawowe pojęcia miejsca i roli człowieka w organizacji i zarządzaniu, tj. kapitał ludzki i zarządzanie zasobami ludzkimi. Pojęcia te mają silny związek z płaszczyzną postrzegania człowieka w organizacji w ujęciu ekonomicznym czy zarządzania. Autorzy w prowadzonej dyspucie naukowej starali się znaleźć kompromis w obszarze analizy kompetencji menedżerskich poprzez kompilację podejścia ekonomicznego i zarządzania poprzez wykorzystanie metod ekonomicznych i behawioralnych, które pozwolą zbudować obraz struktury kompetencji menedżerskich w organizacji służby zdrowia.

Należy podkreślić, że w różnych ujęciach zarządzania, zasobowego, procesowego czy też systemowego w centrum zainteresowań mieści się człowiek a konkretnie jego mocne i słabe strony, które w literaturze przedmiotu określa się jako kompetencje. W szkole brytyjskiej określa się kompetencje przez pryzmat cech posiadanych, z kolei w szkole amerykańskiej dominuje podejście skupiające się na stronie behawioralnej, czyli kompetencjach przejawianych w działaniu.

Przed wyklarowaniem się pojęć kapitału ludzkiego i zasobów ludzkich mówiono w kontekście zarządzania i organizacji w zakresie pracy ludzkiej, czynnika ludzkiego, natury ludzkiej, kwalifikacji zawodowych, cech ludzkich indywidualnych itp. Łączy się te pojęcia jednak ściśle w ujęciu ekonomicznym bądź inżynieryjnym. Jednakże człowiek jest wyjątkową i ważną zmienną w strukturze organizacji i metodach zarządzania, a nie maszyną, którą można odpowiednio zaprogramować. Dlatego też warto spojrzeć na niego z perspektywy humanistycznej. Starania takie podejmuje się przy okazji badań nad „kapitałem ludzkim" w nurcie behawioralnym.

W dotychczasowych pracach ujmowanie czynnika ludzkiego pozostawało na uboczu głównych analiz z perspektywy ekonomicznej. Niniejszy podrozdział ma charakter poglądowy i jest zarysem historii ujęcia człowieka w nauce o organizacji i zarządzaniu. Stanowi próbę systematyzacji postrzegania człowieka jako kapitału ludzkiego lub zasobów ludzkich w kontekście zarządzania nimi w organizacji. Związane to jest ściśle z samą historią naukach o zarządzaniu, przestudiowania dzieł ważniejszych przedstawicieli poszczególnych nurtów i szkół tej dyscypliny naukowej, począwszy

od F. W. Taylora i H. Fayola, po M. Webera, E. Mayo, T. Bata, K. Adamieckiego i S. R. Domańskiego.

Chociaż najbardziej interesujące są tutaj przede wszystkim prace przedstawicieli nurtu behawioralnego, jednak warto przyjrzeć się także koncepcjom przedstawicieli pozostałych nurtów. Jeśli bowiem pozostaniemy w wąskim rozumieniu miejsca i roli człowieka w organizacji, to nie znajdziemy wyjścia z pułapki, którą Ch. Chaplin przedstawił w swoim filmie *Modern Times* z 1936 r. Był to film związany bezpośrednio z aktualną rzeczywistością, skupiony na obrazie cywilizacyjnych zagrożeń i dramatycznych procesów społecznych. Główny bohater jest jednym z anonimowych robotników przy produkcyjnej taśmie. Sprowadzony do roli robota uwolnić się z niej może tylko poprzez szaleństwo. Panujący system całkowicie dehumanizuje świat. Zmienia nawet pojęcia wartości, którymi zaczynają rządzić paradoksy. A jedyną formą wyzwolenia i osiągnięcia szczęścia stanie się dla tego bohatera dopiero więzienie. Zuchwały chaplinowski komizm łączy się tu z drastyczną społeczną diagnozą, nabierając smaku pamfletu.

Istota i rola człowieka jako jednego z czynników produkcji zainteresowały badaczy dopiero w latach 60. i 70. XX w., kiedy klarowało się pojęcie kapitału ludzkiego[5]. Kapitał ludzki można ogólnie zdefiniować jako zasób człowieka wytwarzany indywidualnie poprzez wykorzystywanie części swego czasu i towarów na kształcenie i podnoszenie kwalifikacji zawodowych[6].

W historii myśli społeczno-ekonomicznej wyróżnia się jednak dwa podejścia logiczne w definiowaniu kapitału ludzkiego. Pierwsze z nich, traktuje człowieka lub ludzi jako kapitał przynoszący rentę, dochód, zysk społeczny równy płacy, co jest podstawą szacowania jego wartości. Drugie podejście definiuje kapitał ludzki jako nagromadzone w człowieku umiejętności, zdolności, wiedzę, energię i zdrowie, będące efektem określonych nakładów[7], lub wg S. Nordhausa, jako zasób wartości i użytecznej wiedzy zdobytej w procesie kształcenia i praktyki zawodowej[8]. R. Galar kapitał ludzki postrzega jako zasadniczy składnik gospodarki opartej na kapitale wiedzy, charakteryzowany przez nabyte umiejętności i cechy indywidualne jednostki ludzkiej[9], czy jako potencjał ludzki wg W. Jarecki[10]. OECD ujmuje to pojęcie jako wiedzę, umiejętności, doświadczenie, zdolności do rozwiązywania problemów, zdolności przywódcze, przedsiębiorczość, umiejętności kierownicze,

---

[5] E. Stawicka, *Koncepcja kapitału ludzkiego w naukach o zarządzaniu*, [w:] Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Wydziałowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, red. A. Czech, Katowice 2012, s. 237-238.

[6] G. S. Becker, *Human Capital*, NBER, New York 1975.

[7] S. R. Domański, *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, PWN, Warszawa 1993.

[8] S. Nordhaus, *Ekonomia 2*, Dom Wydawniczy REBIS, Warszawa 1998.

[9] R. Galar, *Gospodarka oparta na wiedzy i innowacje przełomowe*, [w:] *Gospodarka oparta na wiedzy jako wyzwanie dla Polski XXI wieku*, Komitet Badań Naukowych, Warszawa 2001.

[10] W. Jarecki, *Koncepcja kapitału ludzkiego*, [w:] *Kapitał ludzki w gospodarce*, red. D. Kopycińska, PTE, Szczecin 2003, s. 36.

tajemnice handlowe, prawa autorskie i wszystkie aktywa niematerialne, których właścicielem są poszczególni pracownicy, a nie przedsiębiorstwo.

W modelu mikroekonomicznym najważniejsza jest racjonalność wyborów dokonywanych przez jednostkę, natomiast w modelu makroekonomicznym wiedzę rozumie się jako składnik aktywów wąskiej grupy ekonomistów i specjalistów z różnych dziedzin. Jednakże to pojęcie dzisiaj utożsamia z gospodarką ludzi uczących się i doskonalących się ustawicznie przy stale rozwijających się technologiach[11]. Pojęcie kapitału ludzkiego wiąże się ściśle z wiedzą, praktyką i indywidualnymi umiejętnościami jednostki (T. Schulz). W Polsce nad koncepcją pojęcia kapitału ludzkiego pochylono się dopiero w latach 80. i 90. XX w. Dotychczas obowiązywał paradygmat nauki marksistowskiej. Zhumanizowaną naturę ludzką definiowano jako obiekt aktywności życiowej (praktyki), a człowiek przyswajający sobie przyrodę wchodzi w określone stosunki społeczne i uzyskuje zdolność utrwalania i przekazywania swoich doświadczeń w postaci myślenia. Tę zdolność do samorealizacji człowieka szczególnie akcentowano w kontekście działalności produkcyjnej. W ujęciu marksowskim człowiek jest całokształtem stosunków społecznych[12].

W czasach rewolucji przemysłowej, kiedy postępowała mechanizacja pracy fizycznej, a niewielkie warsztaty i manufaktury przekształcały się w duże zakłady przemysłowe, poszerzano wiedzę o jakości i jej uchybieniach, wskazywano na wiedzę o zarządzaniu jako źródło zasad kształtujących praktykę zarządzania (H. Metcalfe[13], F. W. Taylor[14, 15]). F. W. Taylor skrytykował takie systemy płac, jak: dniówkowy, akordowy i czasowo-premiowy Towne'a-Halseya, wskazując na wyższość systemu płacy od zadania. Jego system funkcjonalny, ze względu głównie na brak pogłębionej analizy aspektów psychospołecznych i ergonomicznych organizacji pracy, został zastąpiony przez system sztabowo-liniowy H. Fayola[16]. Dzięki badaniom chronometrażowym F. W. Taylor mógł określić czas, tj. normy wydajności, jaki dany pracownik miał przeznaczyć na wykonanie konkretnego zadania. Te normy oraz sposoby ich osiągania wprowadzono poprzez szkolenia pracownicze. Dodatkowo Taylor zastosował też tzw. różnicowy system płacowy w zależności od wykonania konkretnego zadania. Pracownik dostawał stawkę wyższą niż w przypadku minimalnego niewykonania zadanej normy. Funkcjonalne podejście F. W. Taylora wprowadzało standardy organizacji pracy[17].

---

[11] E. Stawicka, *Knowledge Management in the Learning Society*, OECD, Paris 2003, s. 233.

[12] T. M. Jaroszewski, *Marksistowska koncepcja człowieka. Humanizm socjalistyczny i perspektywy komunizmu*, [w:] *Filozofia marksistowska*, red. T. M. Jaroszewski, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979, s. 673-674.

[13] H. Metcalfe, *The cost of manufactures and the administration of workshops, public and private*, Wiley, New York 1907.

[14] F. W. Taylor, *Zarządzanie warsztatem wytwórczym* (*Shop Management*), 1903.

[15] F. W. Taylor, *Zasady naukowego zarządzania* (*Principles of Scientific Management*), 1911.

[16] Z. Martyniak, *Prekursorzy nauki organizacji i zarządzania*, Warszawa 1989, s. 40-49.

[17] Z. Zymonik, *Ewolucja wiedzy o kosztach jakości*, [w:] „Zarządzanie i Finanse", 2012, R. 10, nr 3, cz. 1, s. 51-60.

Koncepcję F. W. Taylora kontynuowali jego uczniowie czy naśladowcy, w osobach H. L. Gantt'a, H. Emerson'a, F. B. Gilberth'a czy H. Ford'a.

Pierwszy z nich wykorzystał zalety dwóch klasycznych systemów płac: akordowego i czasowego, tworząc system czasowo-premiowy, który miał wyeliminować wady i słabości obu systemów i służyć wykorzystaniu tego, co w nich pozytywne. H. L. Gantt zobrazował w postaci wykresów proces przebiegu i organizacji działań w formie planu o określonych sekwencjach czasowych, dzięki czemu w sposób prosty i poglądowy objaśnił kierownictwu przebieg realizacji całego przedsięwzięcia i poszczególnych zadań oraz ułatwiał ich koordynację i kontrolę. Dzięki wykresom H. L. Gantta można było dookreślić wiele czynników ułatwiających działania i podnoszących wydajność pracy pracowników[18].

Propozycja H. Forda odnosiła się do odrzuceniu dotychczasowych schematów organizacyjnych oraz minimalizowania kadr zarządzania, prowadziła do skrajnej centralizacji przy braku struktury hierarchicznej. W dłuższej perspektywie okazała się zawodna przy dynamicznych zmianach warunków otoczenia i rozwoju konkurencji. W efekcie, by nie upaść, firma H. Forda musiała wprowadzić dynamizm innowacyjny, postawić na decentralizację wewnątrzzakładową i rozbudowę kadr kierowniczych[19].

Działania E. Mayo są przykładem badań, które miały potwierdzić istniejący paradygmat, w konsekwencji doprowadziły do zbudowania nowego paradygmatu i tym samym zmiany postrzegania człowieka i czynników na niego wpływających. Jego badania doprowadziły do ustalenia stopienia wpływu badanego czynnika ludzkiego na wzrost wydajności pracy. Przeprowadził badania nad zachowaniem ludzi w procesie pracy oraz ich motywami. Eksperyment polegał na podziale pracowników na dwie grupy: doświadczalną i kontrolną, a jego celem było ustalenie wpływu na pracę poszczególnych czynników takich, jak oświetlenie, przerwy w pracy czy zmęczenie. E. Mayo[20] ocenił, że na wydajność pracy wpływają – poza klasycznymi czynnikami – także inne, dotychczas nierozpoznane i pomijane w analizach badawczych. Człowieka pracującego zaczęto postrzegać jako istotę społeczną będącą częścią jakiejś grupy, obdarzoną bogactwem życia, mającą własne potrzeby, troski i indywidualne aspiracje. „Człowiek społeczny" motywowany potrzebami społecznymi stopniowo zastępuje „człowieka racjonalnego" motywowanego przez pieniądz. A. Maslow[21] wysunął teorię sugerującą, iż człowiek motywowany jest przez potrzeby ułożone hierarchicznie i obejmujące zarówno bodźce ekonomiczne, jak i społeczną akceptację[22].

---

[18] S. Wojtaszek, *Od historii metod zarządzania do sprawnego funkcjonowania organizacji*, [w:] „Zarządzanie", ZS WHS, 2014, nr 1, s. 350.

[19] Z. Martyniak, *Prekursorzy nauki organizacji i zarządzania*, Warszawa 1989, s. 29-31.

[20] Ibidem, s. 83-84.

[21] Ibidem, s. 85-86.

[22] S. Wojtaszek, *Od historii metod*..., op. cit., s. 352.

W badaniach nurtu behawioralnego (zwłaszcza E. Mayo, T. Bata) bardziej zwracano uwagę na relacje między kadrą kierowniczą lub zarządczą a pracowniczą poprzez proste narzędzie, jakimi są wywiady (E. Mayo). Wskazano, że na efektywność pracy wpływa znacząco poprawa warunków pracy. T. Bata stworzył np. autorski system zarządzania i organizacji przejawiający się na tworzeniu semi-autonomicznych[23] pod względem ekonomiczno-finansowym komórek organizacyjnych, którymi były warsztaty („oddziały o charakterze produkcyjnym"). Wprowadził do organizacji prostą zasadę podziału nie tylko pracy, ale także podziału przestrzennego zakładów i podziału zadań w dziedzinie zarządzania. Podział zadań w systemie T. Baty schodził do poziomu indywidualnego wykonawcy wedle szczegółowych planów dziennych, by za ilość wykonanej pracy wypłacić stosowne wynagrodzenie. Dzięki temu załogi pracownicze zyskiwały udział w zyskach i bezpośredni wpływ na ewentualne straty. Warto podkreślić, że T. Bata i kierownictwo spotykali się z pracownikami na wspólnym obiedzie celem wymienienia opinii.

Ciekawe rozwiązanie zaproponował A. Dennison w swoich zakładach pracy kategoryzowania premiami pracowników wedle ich uwarunkowań osobistych określonych przez poziom wykonania zadań w stosunku do czasu standardowego, zazwyczaj osiągany wskaźnik gatunkowości, łatwość przystosowania się do zadań i pracy, spolegliwość i inicjatywę pracownika czy zmysł współpracy i współdziałania pracownika. Według P. Dubreuila w systemie różnicowym F. W. Taylora czasowo-premiowym pracownik im szybciej pracował, tym płaca na jednostkę wykonania była wyższa. S. Bieńkowski zaproponował natomiast teorię o wzrastającej wydajności w warunkach koncentracji organizacyjnej, w której zaproponował, by w analizie optymalnej wielkości organizacji przemysłowej wyjść od porównania stosunku sumy kosztów osobowych i administracyjnych do wydajności w warunkach zakładów skoncentrowanych i niezależnie działających. Autorskie propozycje innowacji organizacji zastosował z powodzeniem w przemodelowaniu działalności zakładu produkcji kabli AEG w Małopolsce na podstawie trzech zasad: prawa rozgraniczenia kompetencji, prawa wyjątku oraz prawa najmniejszej liczby punktów przebiegowych (prawa najkrótszej drogi)[24].

J. Zieliński – jeden z pionierów humanizacji organizacji – koncentrując swoją uwagę na higienie pracy podkreślał, że w odniesieniu do rytmu pracy dużą rolę odgrywa czynnik ludzki, a każdy człowiek ma swój własny rytm, który waha się w określonych granicach i w przypadku przyspieszenia zwiększa wydajność ilościowo, ale zmniejsza jakościowo. Zwracał uwagę, by praca nie była monotonna i nużąca psychicznie, ale by sprawiała przyjemność[25].

---

[23] C. Pollitt, G. Bouckaert, *Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Oxford: Oxford University Press, 2011.

[24] S. Bieńkowski, *Organizacja i zarząd zakładu przemysłowego*, Lwów 1935.

[25] Z. Martyniak, *Prekursorzy...*, op. cit., s. 93-110.

W 1960 r. przedstawiono dwie teorie na pracowników (D. McGregor), z których jedna odpowiada poglądom naukowego zarządzania, a druga prezentuje perspektywę behawioralną kładącą nacisk na indywidualne postawy i zachowania oraz procesy grupowe.

Spojrzenie behawioralne rozwijane było głównie przez środowisko psychologii przemysłowej, za ojca której uchodzi H. Münsterberg. Sugerował on, że narzędzia i metody psychologiczne mogą pomóc w dziedzinie doboru i motywacji pracowników. M. P. Follet dowodziła, że władza kierownicza musi polegać na współdziałaniu i być kolektywna. Zaproponowała koncepcję prawa sytuacji, tj. decyzję podejmuje się stosownie do sytuacji, a nie zgodnie z życzeniem zwierzchnika, który nie zawsze lepiej dostrzega problem. Uważała, że konflikty w zarządzaniu są zjawiskiem normalnym w życiu organizacji i należy je rozwiązywać w sposób konstruktywny[26].

Pojęcie sytuacyjne pojawiło się w latach 60., a zyskało aprobatę w latach 70. XX w. Za współtwórców podejścia sytuacyjnego uważa się m.in. P. L. Lawrance'a i J. W. Lorcha. Rozwinęło się na skutek braku zaufania do tworzenia uniwersalnych zasad i procedur, których nikt nie rozumiał poza ich twórcami. Główną tezą zwolenników tej perspektywy było, iż nie ma uniwersalnej i optymalnej metody działania, ale istnieje wiele rozwiązań alternatywnych, których jedno może się okazać odpowiednie w konkretnej sytuacji i warunkach[27].

K. Adamiecki[28] dowiódł, że aby osiągnąć sprawność wzorcową pod względem ekonomicznym, należy dobierać elementy procesu produkcyjnego zgodnie z ich specyfiką i następnie te elementy powinny oddziaływać wzajemnie na siebie w ścisłym związku, tak aby każda czynność odbywała się w swoim czasie i w harmonii[29]. Z. Rytel, pracując w przemyśle maszynowym i czynnie uczestnicząc w pracach Instytutu Naukowej Organizacji, sformułował tzw. energetyczną koncepcję oceny działań. Twierdził, że dla każdego działania określa się tzw. nasilenie wzorcowe, dzięki któremu możliwe jest określenie niezbędnej liczby okresów, tj. czasu dla konkretnego zadania w warunkach pracy zespołowej zasoby pracy włączane są zwykle stopniowo, powodując narastanie nasilenia pracy do wartości maksymalnej[30].

Bardzo wdzięcznym modelem organizacji i sposobów zarządzania jest za to administracja państwowa i prywatna, która charakteryzuje się takimi cechami, jak precyzja, szybkość, jednoznaczność, znajomość akt, ciągłość, dyskrecja, jednolitość, rygorystyczne podporządkowanie, które osiągają swoje optimum. Biurokratyzacja wszelkiego panowania, wyrażającego się i funkcjonującego jako administrowanie, wspiera rozwój racjonalnej „rzeczowości", „profesjonalizmu" i „fachowości". Co istotne, biurokracja posiada techniczną przewagę

[26] S. Wojtaszek, *Od historii metod*..., op. cit., s. 352-353.
[27] Ibidem, s. 353-354.
[28] K. Adamiecki, *Harmonizacja pracy*, Warszawa 1948.
[29] S. Wojtaszek, *Od historii metod*..., op. cit., s. 353-354.
[30] Ibidem, s. 355.

nad pozostałymi formami organizacyjnymi. Z perspektywy ekonomicznej administracja państwowa oznacza scentralizowane kapitalistyczne duże przedsiębiorstwo. Państwo włącza wszystkie koszty administracji państwowej do swojego budżetu i wyposaża niższe instancje w bieżące środki oraz reglamentuje i kontroluje ich wykorzystanie (M. Weber). Jednakże nie zwraca się tutaj szczególnej uwagi na takie kategorie, jak: kapitał intelektualny, potencjał społeczny, strategiczność zarządzania zasobami ludzkimi lub ekspertów wspomagających kadrę kierowniczą tak w administracji publicznej, jak i prywatnej, a także wśród administratorów w organizacjach pozarządowych[31].

Zarządzanie zasobami ludzkimi w administracji publicznej opiera się na mieszanym modelu organizacji w dalszym ciągu o proweniencji angielskiej i niemieckiej. Z jednej strony wyodrębnia się korpus urzędniczy na podstawie oddzielnej regulacji prawnej ich statusu oraz zasad reglamentowanej odgórnie polityki kadrowej na podstawie przekonania o szczególnej misji urzędników państwowych jako policji administracyjnej lub funkcjonalnej i zbędności stosowania wobec nich ogólnego prawa pracy[32].

Chociaż administrację cechuje wciąż nadmierny formalizm i przerost administracyjny, jest ona zdolna do dynamicznego przystosowania się do zmiennych potrzeb swojej klienteli oraz zmieniających się funkcji nowoczesnego państwa i biznesu. Kierunek zmian w administracji państwowej powinien polegać przede wszystkim na rozwiązywaniu relacji między zmienną „polityczną" częścią korpusu administracji rządowej i stabilizacji funkcjonowania pozostałej części[33]. W nauce o administracji redukuje się funkcje personalne do rekrutacji, statusu urzędniczego oraz szkolenia, pomija się problemy funkcji centralistycznej polityki personalnej. Centralistyczne regulacje prawne dotyczą rzecz jasna tylko prawnie normowanego statusu urzędnika, taryfikatorów płac, układów zbiorowych pracy, wysokości kosztów osobowych itp. Kierownicy resortów rządowych, centralnych urzędów oraz urzędów wojewódzkich z mocy statusu organu założycielskiego mogą decydować o sprawach personalnych nawet samodzielnych podmiotów gospodarczych, jakimi są firmy komunalne lub państwowe. Sama centralizacja zarządzania zasobami ludzkimi ma swoje historyczne i prawne zalety, ale tworzy pytanie o granice jej racjonalności[34].

Współczesne ujęcie organizacji jako systemu społecznego nawiązuje do koncepcji systemu socjotechnicznego E. Trista. Był on pod silnym wpływem i współpracował z bardziej znanym w światowym zarządzaniu psychologiem K. Lewinem, pionierem psychologii społecznej

---

[31] T. Oleksyn, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w różnych wyobrażeniach przedsiębiorstwa*, [w:] Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej, nr 24, t. 2, Częstochowa 2016, s. 153-158.

[32] K. S. Mroczka, *Wpływ polityki zarządzania zasobami ludzkimi w polskiej służbie cywilnej na funkcjonowanie państwa*, Warszawa 2014, s. 18-42.

[33] J. Hausner, *Administracja publiczna*, Warszawa 2003.

[34] K. S. Mroczka, *Wpływ polityki zarządzania*..., op. cit., s. 80-94.

i psychologii pracy. Lewin zainteresował E. Trista zarządzaniem systemowym, specyfiką i autonomią grup, zachowaniami organizacyjnymi i zarządzaniem zmianami. System socjotechniczny E. Trista kojarzył podejście techniczne do zarządzania i technostrukturę z kontekstem społecznym; zmierzał do ich harmonizacji i optymalizacji. Postulował, aby przy szeroko rozumianym projektowaniu organizacji uwzględniać interakcje pomiędzy ludźmi a technologią i artefaktami techniczno-organizacyjnymi. E. Trist przeciwstawiał swój system socjotechniczny systemowi technokratyczno-biurokratycznemu, który uważał za przestarzały[35].

Koncepcję organizacji jako systemu społecznego promował także K. E. Weick, twierdząc przy tym, że właśnie ów kontekst ludzki jest najważniejszy. Jako przedstawiciel nurtu konstruktywizmu społecznego uważał, iż rzeczywistość jest kreowana wyłącznie przez aktorów społecznych. W organizacji tak naprawdę o wszystkim stanowią ludzie, ich relacje i wzajemne oddziaływania. K. E. Weick proponuje, aby analizować sposoby i procedury postępowania w organizacjach, aby uczyć się od nich, jak skutecznie minimalizować zagrożenia i nieprzewidywalność[36].

System społeczny w ujęciu socjologicznym obejmuje ludzi rozumianych jako istoty społeczne (nie zaś fizyczne czy biologiczne) oraz interakcje między nimi. System jest tym bardziej złożony, im więcej ludzi wchodzi we wzajemne interakcje. W tym sensie na wielkość systemu społecznego przedsiębiorstwa ma wpływ jego wielkość mierzona liczbą ludzi z nim związanych (nie tylko pracowników), a także liczba relacji interpersonalnych – co w znacznym stopniu zależy od rodzaju prowadzonej działalności. System społeczny przedsiębiorstwa można postrzegać węziej i szerzej. W ujęciu węższym i bardziej ścisłym stanowią go właściciele, zarządzający przedsiębiorstwem i pracownicy, a także osoby pracujące na rzecz przedsiębiorstwa, niemające statusu pracowników.[37]

W ujęciu systemowym istotne są nie tylko podmioty składające się na system, ale także wzajemne relacje pomiędzy nimi. O ile jest rzeczą dość oczywistą, jakie elementy składają się na przedsiębiorstwo i same te elementy niewiele nam mówią o różnicach między nimi, bo są takie same, o tyle naprawdę istotne i znaczące są relacje między tymi elementami i sprzężenia zwrotne – np. między zarządzającymi a pracownikami. Relacje te mogą układać się w bardzo różny sposób, co rzutuje zarówno na ich jakość i efektywność, jak również na kulturę i klasę zarówno samych podmiotów, jak i całej organizacji. W gospodarce wiedzy kapitał ludzki jest sumą wszystkich wartości, zalet, umiejętności człowieka lub grupy ludzi i jest w sposób istotny powiązany z rynkiem i gospodarowaniem, zarządzaniem nim[38].

---

[35] Ibidem, s. 80-94.

[36] T. Oleksyn, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*..., op. cit., s. 158.

[37] K. Doktór, *Osobliwości zarządzania personelem w administracji publicznej*, [w:] „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi", 2004, nr 2, s. 10-14.

[38] Ibidem, s. 10-14.

Dopiero w latach 80. XX w. nastąpił zwrot w wartościowaniu czynników produkcji. W obecnej gospodarce jednym z najistotniejszych czynników stał się potencjał intelektualno-poznawczy. Okazuje się bowiem, że bogactwo narodów w coraz większym stopniu zależy od tworzenia i odpowiedniego wykorzystania kapitału, jakim jest wiedza, dążenie do lepszego wykorzystania istniejącego potencjału gospodarczego kraju, m.in. pracy, wiedzy i kapitału, a także budowanie nowych form przewagi konkurencyjnej poprzez wzrost nakładów na działania prorozwojowe, tj. badania i rozwój, edukację, infrastrukturę społeczeństwa informacyjnego oraz metod ich skutecznego wykorzystania dla celów gospodarczych. Dotychczas ekonomiści ujmowali „człowieka", tj. czynnik, kapitał ludzki lub kwalifikacje czy umiejętności ludzkie jako element dodatkowy, związany z efektywnością i produktywnością[39]. I w tym miejscu pojawia i rozwija się pojęcie kompetencji, postrzegane jako zbiór wartości identyfikujących indywidualne cechy a często predyspozycje do realizowania określonych celów i zadań w obszarze zarządzania organizacją.

1.2. Kompetencje w zarządzaniu

Kompetencje są wykorzystywane jako ważny składnik najwyższej wydajności w pracy w organizacjach biznesowych od 40 lat[40].

Termin kompetencje, przeszedł długą drogę przemian, co bezpośrednio wpłynęło na obecny obraz pojęcia w literaturze przedmiotu. Szczególne przyśpieszenie w zakresie badań nad kompetencjami to okres lat 90-tych i początkowe lata XXI wieku. Obecnie można uznać za czas, w którym zarządzanie kompetencjami jest rozwijanie w zakresie metodyki w związku z zastosowaniem teorii w praktyce. Jednakże obszar zarządzania kompetencjami ze względu na istotność ludzi w procesie zarządzania, posiada istotne miejsce jako fundament do rozważań nad sprawnością organizacyjną czy wręcz nad efektywnością działalności gospodarczej, rozłożoną w czasie, na różnych poziomach zarządzania w organizacji.

Rozpocznijmy od początku a więc termin kompetencje w naukach o zarządzaniu pojawił się w momencie wzrostu znaczenia pracowników w samych organizacjach a w szczególności wzrostu popytu na specjalistyczne kompetencje związane z nowoczesnymi technologiami, co z kolei skutkowało ewolucją w obszarze metod oraz struktur organizacyjnych.

Pojęcie kompetencji jest ściśle związane z kapitałem ludzkim, zwanym również kapitałem personalnym. W erze industrialnej pojęcie personelu ukierunkowane było głównie na siłę roboczą zatrudnioną w przemyśle (w mniejszym stopniu w rolnictwie), która wykorzystując głównie siłę fizyczną wzbogaconą o ograniczoną wiedzę i umiejętności, obsługiwała maszyny produkcyjne.

[39] E. Stawicka, *Koncepcja kapitału ludzkiego*..., op. cit., s. 239-240.

[40] Shaw-Chiang Wong, Competency Definitions, Development and Assessment: A Brief Review, International Journal of Academic, Research in progressive. Education & Development, HR Management Academic Research Society, s. 96.

Podczas ery przemysłowej „wiedzy specjalistycznej" nie trzeba było aktualizować zbyt często, w niektórych przypadkach raz zdobyta wiedza wystarczała na cały okres pracy zawodowej[41], czyli około trzydzieści – czterdzieści lat.

Zmiany na rynku znacznie skróciły ten czas. W zależności od branży pracownicy w nich zatrudnieni muszą aktualizować wiedzę co najmniej co 5-10 lat a nawet częściej, w branżach, w których funkcjonują zawody z grupy rozwijających się, wymagane jest doskonalenie kompetencji w sposób ciągły, kreatywności, inteligencji społecznej oraz zdolności skutecznego zarządzania zadaniami[42]. W firmie zastosowanie wiedzy oparte jest na czterech kategoriach:

- wiedzieć „co" (know-what),
- wiedzieć „dlaczego" (know-why),
- wiedzieć „jak" (know-how),
- wiedzieć kto (know-who)[43].

Obecna wiedza upoważnia autorów do stwierdzenia, że pracownicy powinni pogłębiać wiedzę w sposób ciągły, w ramach kształcenia ustawicznego. Wraz z pojawieniem się tzw. ery postindustrialnej wiedza zyskała większe znaczenie, dynamizm jej przyrostu oraz zmiany technologiczne w konsekwencji określiły kompetencje pracownika, jako tzw. wartość dodaną organizacji, które stanowi przewagę konkurencyjną.

Wiedza jawi się jako istotny element kompetencji, która wpływa na wartość dodaną organizacji. Początkowo wiedza tożsama była z pojęciem kwalifikacji, które z kolei obejmują tylko edukację szkolną i staże. Jednakże nie odnosi się do praktycznej przydatności kwalifikacji w miejscu pracy[44,45,46].

Początkowo w literaturze przedmiotu kompetencje określane były zazwyczaj jako umiejętności, a jedną z pierwszych osób, które sprecyzowały ich znaczenie był F. Taylor, który w *Zasadach naukowego zarządzania* powiązał umiejętności robotników ze stanowiskiem pracy oraz zwrócił uwagę na „naukowy dobór" pracowników do miejsc pracy i rozwój ich kwalifikacji47 zawodowych.

---

[41] Zob. M. Kęsy, *Kompetencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 13.

[42] C. B. Frey, M. A. Osborne, *The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation?*, 10.2013, University of Oxford.

[43] M. Kłak, Zarządzanie wiedzą we współczesnym przedsiębiorstwie, Wyd. Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. Prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, Kielce 2010, s. 38.

[44] Kogan Page Editorial Staff, *Your Professional Qualification: A guide to professional qualifications in the UK - Where They Lead and How to Get Them*, Kogan Page Limited, London 2002, s. 3.

[45] Zob. J. Köper, H. J. Zaremba, *Recommendations for the vocational training in Europe* [w:] *Quality Management and Qualification. Needs 2. Towards Quality Capability of Companies and Employees in Europe,* red. J. Köper, H. J. Zaremba, Wydawnictwo Physica-Verlag Heidelberg, New York 2000, s. 105-106.

[46] Z. Pawlak, *Personalna funkcja firmy – procesy i procedury kadrowe*, Poltext, Warszawa 2003, s. 138.

[47] F. Taylor, *The Principles of Scientific Management*, Harper & Brothers, New York 1911, wydana ponownie przez Preinger Library, San Francisco, California 2006.

W opracowaniach naukowych pojęcie *kompetencja*48 jest wykorzystywane do określenia dyspozycji człowieka osiąganych przez wyuczenie. W tym ujęciu kompetencję pojmuje się jako wyuczony, satysfakcjonujący choć nie niezwykły poziom sprawności, warunkujący efektywne zachowanie się w jakiejś dziedzinie. Termin ten jest zatem stosowany do oznaczenia właściwości podmiotu, ujawnianej w jego zachowaniach. Cechą zachowań będących wyrazem kompetencji jest celowość, ukierunkowanie i intencjonalność. W takim znaczeniu kompetencja jest warunkiem nabycia przez osobę możliwości sprostania naciskom i wymogom, jakich dostarczają codzienne sytuacje w ciągu całego życia.

Tabela 1. Definicje kompetencji

Autor/Rok	Definicja
1	2
G. O. Klemp Jr (1980)[49]	Kompetencja zawodowe to zespół cech danej osoby umożliwiających jej skuteczne i (lub) wyróżniające się wypełnianie zadań związanych z wykonywaną pracą.
R. Boyatzis (1982)[50]	Kompetencje: potencjał ten prowadzi do takiego zachowania, które przyczynia się do zaspokojenia wymagań na danym stanowisku pracy w ramach parametrów otoczenia organizacji, co z kolei daje pożądane wyniki.
R. Walkowiak (2004)[51]	Komponenty pojęcia kompetencji składają się z: wiedzy, umiejętności (zdolności), cech (predyspozycje) osobowościowych, postawy, zachowania, wartości kulturowych, doświadczenia, gotowość do działań (motywacja).
G. Filipowicz (2004)[52]	Kompetencje: dyspozycje w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw, które pozwalają realizować zadania zawodowe na odpowiednim poziomie.
D. Dubois, W. Rothwell (2004)[53]	Kompetencje odnoszą się do wymaganych zachowań, mających na celu efektywne i sprawne wykonywanie zadań związanych z pełnioną rolą. Mają one swoje źródło w zachowaniach pracowników, wpływają na ich działanie i decydują o wynikach pracy ludzi.
R. E. Boyatzis (2008)[54]	Kompetencje zawodowe to dobre wykonywanie obowiązków związanych z danym stanowiskiem pracy.
T. Rostkowski (2002)[55]	Kompetencje pracowników to wiedza, umiejętności, predyspozycje i motywacje, które wykorzystywane w procesie pracy służą do zrealizowania misji organizacji.
Ch. Grootaert i Th. Van Bastelaer (2002)[56]	Atrybuty przemawiające za traktowaniem kapitału społecznego jako kapitału to: kapitał społeczny jest jednocześnie nakładem i dochodem działań zbiorowych, kreowanie i uaktywnienie kapitału społecznego wymaga przynajmniej dwóch ludzi, ma tendencję do bycia niewystarczającym ze względu na niekompletność zbiorowego uwewnętrznienia pozytywnych efektów zewnętrznych, które jest nieodłączne do ich wytwarzania, wytwarzanie kapitału społecznego nie jest pozbawione kosztów, wymaga inwestycji, jeśli nie pieniężnych, to czasu i wysiłku (interakcje, kontakty, spotkania), po stronie nakładów

[48] S. M. Kwiatkowski, K. Symela, *Standardy kwalifikacji zawodowych*. *Teoria, metodologia, projekty*, Wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001, s. 18.

[49] G. O. Klemp Jr., *The Assessment of Occupational Competence*, [w:] Report to the National Institute of Educational, Washington 1980.

[50] R. Boyatzis, *The competent manager: a model for effective performance*, New York 1982.

[51] R. Walkowiak, *Model kompetencji menedżerów organizacji samorządowych*, Olsztyn 2004.

[52] G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, Warszawa 2004.

[53] D. Dubois, W. Rothwell, *Zarządzanie zasobami ludzkimi oparte na kompetencjach*, Gliwice 2004.

[54] R. E. Boyatzis, *Competencies in the 21st century*, "Journal of Management Development", 2008.

[55] T. Rostkowski, *Zarządzanie kompetencjami jako przyszłość ZZL w Polsce*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi", 2002, nr 6, s. 66.

[56] Ch. Grootaert, Th. Bastelaera, *The Role of Social Capital in Development*. *An Empirical Assessment*, Cambridge 2002.

	inwestowanie w kreowanie trwałej/stałej rzeczy cennej, natomiast po stronie dochodów wymiar polega na uzyskiwaniu zdolności do generowania strumienia korzyści.
H. Mintzberg (2004)[57]	Kompetencje menedżerskie obejmują umiejętności i wiedzę kadry zarządzającej, a w tym umiejętności rozwiązywania problemów, zarządzania zmianami, innowacjami i zasobami, przywództwo i ciągłe doskonalenie organizacji.
H. Mintzberg (2004)[58]	Wśród podstawowych grup umiejętności menedżerskich wyróżnia się umiejętności techniczne, niezbędne do wykonywania i rozumienia zadań, umiejętności społeczne (interpersonalne) oraz umiejętności koncepcyjne, tj. zdolność do abstrakcyjnego myślenia, diagnozy, analizy i koordynowania wszystkich interesów i działalności organizacji.
A. Lewandowska, A. Hadryś-Nowak (2012)[59]	Praktyka pokazuje jednak, że skuteczna sukcesja przez dwa lub trzy pokolenia w przedsiębiorstwach rodzinnych wcale nie jest tak prosta. Szanse na to, że firma rodzinna przetrwa wystarczająco długo, by przejść w ręce kolejnego pokolenia, nie są wielkie. Około 30% firm przetrwa do następnego pokolenia. Jedynie 10% firm przetrwa do trzeciego pokolenia. Przyczyny nieudanych przejęć przedsiębiorstw są bardzo różnej natury, jednakże w głównej mierze dotyczą tego, że brakuje odpowiedniego zaplanowania i konkretnej koncepcji tego, w jakim zakresie i komu przekazana zostanie odpowiedzialność za firmę.
J. C. Cooper (2013)[60]	Preferowana definicja kompetencji składa się z następujących elementów: wiedzy, umiejętności, postaw i zdolności (predyspozycji).

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy literatury.

Pojęcie „kompetencji" użył w 1959 r. R. W. White, określając ją jako specyficzną umiejętność, przyczyniającą się do skutecznej i efektywnej interakcji z otoczeniem[61], osiągania lepszych wyników[62].

Dopiero psycholog D. McClelland jako pierwszy w 1973 roku w publikacji *Testing for Competence Rather Than for „Intelligence"* użył sformułowania odnoszącego się do pojęcia kompetencji, które w swoim znaczeniu odnosiły się do indywidualnych cech człowieka. Zaproponował badanie cech, które nazwał kompetencjami w miejsce badania cech osobowościowych[63]. Badacze stwierdzili, że stopnie szkolne raczej nie mają realnej wartości w przewidywaniu wyników rzeczywistych kompetencji życiowych. Wyjątkiem są szczególnie wyniki testów praktycznych, takich jak zdolność obsługi maszyny przez operatorów, czy też pisania testów przez urzędników[64]. Z początku kompetencje wyrażały ideę, że ani wyniki szkolne czy też rezultaty testów zdolności oraz inteligencji nie kierują powodzeniem zawodowym, ani nawet skuteczną adaptacją do problemów życia codziennego. Liczne argumenty praktyczne dowiodły,

[57] H. Mintzberg, *Enough Leadership*, "Harvard Business Review", 2004, No. 82 (11), p. 22.

[58] H. Mintzberg, *Managers not MBAs. A hard look at the soft practice of managing and management development*, San Francisco 2004.

[59] A. Lewandowska, A. Hadryś-Nowak, *Wybrane aspekty psychologiczne w procesie sukcesji polskich przedsiębiorstw rodzinnych*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie", 2012, t. XIII.

[60] J. C. Cooper, *Privacy and Antitrust: Underpants Gnomes, the First Amendment and Subjectivity*, "George Mason Law Review", 2013, Vol. 20, No. 4 (1129), p. 1138.

[61] J. A. Vering, *Robert White's Theory on Competence, Sense of Competence, Self-esteem, and Anxiety: An Empirical Analysis*, Harvard University 1973.

[62] R. W. White, *Motivation reconsidered: The concept of competence*, "Psychological Review", 1959, No. 66 (5), p. 297-333.

[63] Zob. D. McClelland, *Testing for Competence Rather Than for „Intelligence"*, "American Psychologist" 28, January 1973, s. 1-14.

[64] Zob. Ibidem, s. 2-3.

iż te punkty widzenia są błędne[65]. Należy odkryć te składowe, które tworzą unikalną wartość każdego człowieka.

Po prostu, kompetencje są niezbędne, aby prawidłowo wykonywać swoją pracę[66], które postrzegane były jako formalne, związane z prawem do zajmowania się, w ramach organizacji, określonymi sprawami i podejmowania decyzji w ustalonym zakresie obowiązków wynikających z zakresu działań i wytyczonych zadań. Z kolei zdolność do efektywnego i sprawnego działania była związana z kwalifikacjami[67].

Następnie w latach 80. XX wieku kompetencje zaczęto interpretować w znacznie rozszerzonym zakresie, odnosząc je do uprawnień, obowiązków i odpowiedzialności pracownika, wynikających z przypisanych obowiązków do danego stanowiska pracy.

Kolejną ewolucję tego pojęcia zapoczątkował R. Boyatzis w 1982 roku. Zaproponował on nowe ujęcie jakościowe definicji kompetencji, określając je jako (…) potencjał istniejący w człowieku, prowadzący do takiego zachowania, które przyczynia się do zaspokojenia wymagań na danym stanowisku pracy w ramach parametrów otoczenia organizacji, co z kolei daje pożądane wyniki[68].

Zmiana w opisie tego pojęcia przypieczętowała poszerzenie terminu kompetencji, co w konsekwencji zapoczątkowało zastępowanie kwalifikacji przez to pojęcie.

W potocznym znaczeniu kompetencje określają zakres czyjejś wiedzy, umiejętności lub odpowiedzialności[69]. Przed pojawieniem się pojęcia kompetencje posługiwano się różnymi innymi opisami dotyczącymi możliwości pracownika, takimi jak umiejętności, zdolności, szczególnie początkowo najczęściej pojawiało się pojęcie kwalifikacji. Ewolucja pojęcia kompetencji spowodowała wchłonięcie tych cech, które stanowią jedne z jej składników[70, 71, 72].

R. Rankin odnosi kompetencje do wydajności pracowników, wskazując, iż służą one do określania oczekiwanych rezultatów działania danej osoby, jak i sposobu wykonywania zadań,

---

[65] S. Chełpa (2003) *Kwalifikacje kadr kierowniczych przedsiębiorstw przemysłowych*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003, s. 11.

[66] S. Matysik, *Kompetencje pracownicze jako element strategii przedsiębiorstwa*, Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej, „Zarządzanie", 2016, nr 24, t. 2.

[67] S. M. Kwiatkowski, K. Symela, *Standardy kwalifikacji zawodowych*. *Teoria, metodologia, projekty*, Wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001, s. 97.

[68] Zob. R. E. Boyatzis, *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, Wydawnictwo John Wiley and Sons, New York 1982, s. 30-55.

[69] M. Tyrańska, *Zarządzanie kompetencjami menedżerskimi w przedsiębiorstwie* [w:] *Współczesne tendencje w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Tyrańska, Difin, Warszawa 2012, s. 56.

[70] Zob. A. Rakowska, A. Sitko-Lutek, *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, PWN, Warszawa 2000, s. 9.

[71] Zob. A. Pocztowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy –metody*, PWE, Warszawa 2003, s. 153.

[72] Zob. O. Lundy, A. G. Cowling, *Strategic Human Resource Management*, Routledge, New York 1996, s. 205-218.

a kompetencje mogą służyć jako wspólny, powszechnie rozumiany sposób opisywania oczekiwanej wydajności pracy[73].

Z jednej strony, termin kompetencje jest używany jako osiągnięcie standardu, a kompetencja jako wkład lub indywidualne cechy osobowościowe potrzebne do osiągnięcia wyniku[74]. Z drugiej strony, terminy kompetencja lub kompetencja są używane do wnioskowania zarówno o cechach osobowości, jak i w osiągnięciu standardu[75].

W literaturze przedmiotu można dostrzec dwa nurty odmiennie definiujące omawiane pojęcie. Pierwszy z nich dotyczy kompetencji ściśle powiązanych z posiadającym je człowiekiem. Definiujemy je jako tzw. kompetencje osobowe, które stanowią szeroko rozumiany zakres wiedzy, umiejętności, czy też odpowiedzialności lub uprawnień do działania[76]. W wyniku tego można je utożsamiać ze „zbiorem zachowań, które pewne osoby opanowują lepiej niż inne, w wyniku czego w określonej sytuacji działają one sprawniej"[77]. Również pod tym pojęciem kryć się mogą „zdolności, zainteresowania, cechy osobowe jako przykładowe parametry, za pomocą których rozróżnia się jednostki między sobą"[78].

Drugi nurt pojęciowy stanowi określenie nawiązujące do kompetencji ukierunkowanych na wykonywaną pracę lub zajmowane stanowisko pracy i traktujące kompetencje pracownicze jako zjawisko pożądane przez organizację.

S. Whiddett oraz S. Hollyfirde postrzegają kompetencje inaczej, jako pojęcie, które w zakresie wykonanej pracy stanowi zespół cech danej osoby, na który składają się charakterystyczne dla niej elementy, takie jak motywacja, cechy osobowości, umiejętności, samoocena związana z funkcjonowaniem w grupie oraz wiedza, którą ta osoba sobie przyswoiła i którą się posługuje[79].

Przedstawiona przez G. Filipowicza definicja określa kompetencje jako dyspozycje indywidualne w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw pozwalających na podjęcie skutecznych działań ukierunkowanych na realizację zadań zawodowych na odpowiednim poziomie[80].

---

[73]N. Rankin, *Raising performance through people: the ninth competency survey*, "Competency and Emotional Intelligence", January 2002, p. 2-21.

[74]S. Sanghi, *The Handbook of Competency Mapping: Understanding, Designing and Implementing Competency Models in Organizations*, SAGE Publications, Delhi, 2016.

[75]R. B. Brown, *Meta-competence: a recipe for reframing the competence debate*, Personnel Review, Vol. 22 No. 6, 1993, pp. 25-36.

[76]Zob. T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 18.

[77]M. Sidor-Rządkowska, *Kształtowanie nowoczesnych ocen pracowniczych*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 20.

[78]C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997, s. 15.

[79]S. Whiddett, S. Hollyfirde, *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 13.

[80]Zob. G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2004, s. 17.

Kolejny z przytoczonych opisów z tego nurtu definiuje kompetencje jako zbiór wszelkich cech i uprawnień organizacji, wykorzystywanych i rozwijanych w procesie pracy, służący osiąganiu przez organizację celów, które są spójne z osobistymi celami pracowników[81].

Autorzy spotkali się również z terminem, w którym przyjęto, że kompetencje stanowią zespół cech danej osoby, umożliwiający jej skuteczne oraz wyróżniające się wypełnianie zadań związanych z wykonywaną pracą[82].

Kompetencja implikuje zdolność przeniesienia tego, co ludzie wiedzą i rozumieją, do różnych kontekstów, tj. różnych aspektów pracy[83].

Podstawową różnicą między przedstawionymi nurtami jest sposób postrzegania kompetencji. Pierwszy nurt odnosi się do pojęcia w sposób niezależny, zauważając jedynie człowieka jako jednostkę wyposażoną w zbiór kompetencji, bez uwzględnienia zależności z potrzebami organizacji. Drugi z nurtów relatywizuje kompetencje do celów organizacji i wynikających z tego zadań do realizacji. W tym przypadku istnieje zależność między kompetencjami pracowniczymi a kompetencjami organizacyjnymi. W procesie pracy należy zatem brać pod uwagę wymagania stawiane na stanowisku pracy, przy jednoczesnym uwzględnianiu konieczności osiągnięcia zarówno celów cząstkowych, jak i odnoszących się do organizacji jako całości. Należy podkreślić, iż drugi z nurtów ma zdecydowanie większą liczbę zwolenników, jest praktyczniejszy i postrzega kompetencje jako narzędzie do zwiększenia przewagi konkurencyjnej.

Jest to tym bardziej zrozumiałe, że za kompetentną osobę uznaje się człowieka posiadającego odpowiedni zakres wiedzy, umiejętności i odpowiedzialności do realizowania określonego działania[84] oraz przejawiającego określonego zachowania i cechy psychofizyczne w kontekście realizowanych zadań.

1.3. Podejście do kompetencji w literaturze przedmiotu

W tym podrozdziale autorzy kontynuowali rozważania w zakresie kompetencji na większym poziomie szczegółowości, uwzględniając propozycje badawczy dotyczące architektury kompetencji.

Jedną z podstawowych rozbieżności występujących w definicjach kompetencji jest relacja kompetencje-osobowość. W modelach brytyjskich i skandynawskich przyjmuje się, iż kompetencje zawodowe powinno się rozpatrywać niezależnie od struktur ich osobowości. Wśród polskich autorów zwolennikiem tego poglądu jest G. Filipowicz, który podkreśla, iż do kompetencji nie

---

[81] J. Moczydłowska, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*, Difin, Warszawa 2008, s. 35.

[82] S. Whiddett, S. Hollyfirde, *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 13.

[83] M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 244.

[84] Zob. W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1989, s. 271.

można zaliczać cech charakteru czy osobowości[85]. Podobnie autorka F. Bartkowiak traktuje uwarunkowania osobowościowe jako fundament kompetencji, który jednak nie może być ich częścią składową[86]. D. Thierry, N. Monod oraz Ch. Sauret twierdzą, że kompetencjami można nazwać ogół wiedzy, postaw, zdolności do działania, które tworzą całość w zależności od warunków działania i celów[87].

W opozycji do cytowanych definicji kompetencji zawodowych pozostają teorie powstałe na gruncie amerykańskim, gdzie dominuje pogląd, iż kompetencja to trwała struktura cech charakteru, system wartości i potrzeby psychiczne. Na przykład G. O. Klemp uważa kompetencje za zespół cech danej osoby, które umożliwiają jej skuteczne i wyróżniające się świadczenie pracy[88] i podobnie T. Rostkowski: kompetencje to zespół takich cech, jak: motywacja, cechy osobowości, samoocena, wiedza i umiejętności, które dana osoba przyswoiła sobie i którymi się posługuje[89]. Tego rodzaju podejście do wiedzy o kompetencjach jest podejściem szerszym, ponieważ opiera się na przekonaniu, iż ich integralną częścią są, oprócz wiedzy i umiejętności, również cechy oraz predyspozycje osobowościowe.

Za G. Gedvilienė i V. Bortkevičienė kompetencje wskazują na wykształconą szczególną zdolność: pewne działanie, czynność lub rzecz do zrobienia. Pojęcie kompetencji określa zachowanie osobowości i wyraża w szerokim sensie adaptacyjne i efektywne funkcjonowanie osoby w określonych sytuacjach[90]. Jest to podejście, które odpowiada podejściu szkoły amerykańskiej, czyli nie jest ważne co umiesz, lecz jak twoje kompetencje zastosujesz w działaniu.

W dyskursie publicznym przyjęło się przede wszystkim podejście do kompetencji zakorzenione w pierwszym z wymienionych nurtów, zgodnie z którym: kompetencje to umiejętności, wiedza, cechy osobiste oraz zachowania potrzebne do skutecznego odgrywania roli/wykonywania pracy w danej organizacji i wspierania firmy w osiąganiu jej celów[91].

Zdefiniowanie kompetencji w dobie potrzeb rynkowych jest istotne, ze względu na dynamiczność zmian oraz pogłębiającą się specjalizację i wymogi kompetencyjne w zakresie zawodów rozwijających się. Stanowi istotną część zarządzania, która składa się z działań ukierunkowanych na zarządzanie zasobami organizacji. Ważne miejsce w tych poczynaniach

[85]G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, Warszawa 2004, s. 19.

[86]G. Bartkowiak, *Skuteczny kierownik – model i jego empiryczna weryfikacja*, Poznań 2003, s. 106.

[87]D. Thierry, N. Monod, Ch. Sauret, *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesach zmian*, Warszawa 1994, s. 6.

[88]G. O. Klemp, *The Assessment of Occupational Competence*, [w:] Report to the National Institute of Educational, Washington 1980, s. 93.

[89]T. Rostkowski, *Kompetencje a jakość zarządzania zasobami ludzkimi*, [w:] *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, red. A. Sajkiewicz, Warszawa 2002, s. 89.

[90]G. Gedvilienė i V. Bortkevičienė, The importance of key competences in the context of lifelong learning, Proceedings of ICERI2013 Conference 18th-20th November 2013, Seville, Spain.

[91]T. Kupczyk, M. Stor, Zarządzanie kompetencjami. Teoria, badania i praktyka biznesowa, Wyższa Szkoła Handlowa we Włocławiu, Wrocław 2017.

zajmuje czynnik ludzki, a konkretnie kompetencje przejawiane przez ludzi. Odnosząc rozważania do potrzeb przedsiębiorstw, rozróżnia się kompetencje przejawiane (rzeczywiste) oraz pożądane, a różnicę między nimi stanowi luka kompetencyjna, która świadczy o braku wiedzy bądź umiejętności, czy też niedostatku w zakresie cech psychofizycznych, jak również doświadczenia, zdolności oraz zachowań w analizowanym zakresie kompetencyjnym.

D. Thierry i inni przytaczają, że kompetencje to ogół wiedzy, doświadczenia, postaw, a także gotowość pracownika do działania w danych warunkach. To również zdolność przystosowania się do zmieniających się warunków[92].

Niektórzy autorzy dodali jeszcze do tego zestawu cechy osobowości jako czwarty równorzędny element kompetencji[93].

Inaczej pojęcie kompetencji definiuje S. Sanghi, który proponuje sześć grup kompetencyjnych:

- intelektualne;
- osobiste;
- komunikacyjne;
- międzyludzkie;
- przywódcze;
- zorientowane na rezultaty[94].

T. Oleksyn definiuje kompetencje jako zakres wiedzy, umiejętności, doświadczenia, postaw i zachowań oraz innych cech psychofizycznych ważnych w danej pracy, gotowość pracownika do działania w danych warunkach i zdolność przystosowania do zmian, a także formalne wyposażenie w możliwości działania i podejmowania decyzji związanych z pracą[95].

Kompetencje zawierają w sobie wiele składników - m.in. zdolności, cechy osobowościowe, a także nabytą wiedzę i umiejętności - koniecznych w doprowadzeniu do pomyślnego wykonania złożonej misji w ramach przedsiębiorstwa.

Prawidłowe sformułowanie misji wymaga czegoś więcej niż opisu aktualnych klientów i produktów lub usług. Misja jest wypracowywana na podłożu głębokiego zrozumienia kompetencji

---

[92]D. Thierry, Ch. Sauret, N. Monod, *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Poltext, Warszawa 1994, s. 6.

[93]Zob. S. Whiddett, S. Hollyforde, *The Competetencies handbook*, Institute of Personnel and Development, London 2003, s. 12-34.

[94]S. Sanghi, *The Handbook of Competence Mapping. Understanding, Designing and Implementing Competency Models in Organization*, Sage, New Delhi, 2008, s. 30.

[95]T. Oleksyn, *Zarządzanie potencjałem pracy w organizacjach różnej wielkości,* [w:] *Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim*, red. A. Ludwiczyński, K. Stobiński, Poltext, Warszawa 2001, s. 16.

przedsiębiorstwa pod kątem ich wykorzystania zgodnie z podstawowymi wartościami wspólnie podzielanymi przez wszystkich członków przedsiębiorstwa[96].

Wiedza w ujęciu rynku pracy postrzegana jest jako zbiór kwalifikacji. Autorzy dysertacji uważają za R. N. Kanungo i S. Menon[97], że kompetencje należy traktować jako nadrzędne wobec kwalifikacji, z nich bowiem te drugie wyrastają i na nich się budują.

Horyzontalne ujęcie kompetencji zaproponował T. Rostkowski, który stwierdził, że „kompetencje muszą opisywać możliwie najpełniej najistotniejsze, z punktu widzenia strategii przedsiębiorstwa, cechy pracowników"[98]. Definicję tę cytowany badacze zmodyfikowali, opierając ją dodatkowo na pojęciu przyjętym przez Radę Europejską[99]. Według T. Rostkowskiego, który w artykule *Zintegrowane systemy zarządzania kompetencjami* zaproponował zmienioną definicję kompetencji jako termin składający się z: wiedzy, umiejętności, uzdolnień, stylów działania, osobowości, wyznawanych zasad, zainteresowań i innych cech, które używane i rozwijane w procesie pracy prowadzą do rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami przedsiębiorstwa[100].

R. Boyatzis postrzega kompetencję jako zbiór charakterystyk indywidualnych, które należą do tak odmiennych dziedzin jak zdolności, motywy, cechy osobowości, predyspozycje czy obraz samego siebie i swojej roli społecznej lub stanowią zbiór nabytej wiedzy[101].

K. Symela proponuje traktować kompetencje w sposób wąski, analizując je na płaszczyźnie zawodowej, jako zdolność wykonywania określonych zadań zawodowych, uprawnienia do działania, decydowania, wypowiadania sądów oraz ocen potrzebnych pracownikom do wypełniania ich funkcji i ról zawodowych, zgodnie z przyjętymi kryteriami lub standardami wykonania produktu, usługi lub podjęcia istotnej decyzji[102].

Natomiast A. Sajkiewicz kompetencje postrzega jako zbiór wiedzy, uzdolnień, stylów działania, osobowości, wyznawanych zasad, zainteresowań i innych cech, które używane i rozwijane w procesie pracy prowadzą do osiągania rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami

---

[96] M. Bratnicki, *Kompetencje przedsiębiorstwa - od określenia kompetencji do zbudowania strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000, s. 113-114.

[97] Zob. R.N. Kanungo, S. Menon, *Managerial resourcefulness: Measuring a critical component* of leadership effectiveness, Proceedings of the International Society for the Study of Work & Organizational Values 5h International Conference, Montreal 1996, August 22-25.

[98] M. Juchnowicz, T. Rostkowski, Ł. Sienkiewicz, *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, Poltext, Warszawa 2010, s. 24-32.

[99] *Europejskie ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (ERK)*, Urząd oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2009, s. 9.

[100] Zob. T. Rostkowski, *Zarządzanie kompetencjami w UE,* [w:] *Standardy europejskie w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Juchnowicz, Poltext, Warszawa 2004, s. 100-102.

[101] R. E. Boyatzis, *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, Wyd. John Wiley and Sons, New York 1982, s. 12.

[102] K. Symela, *Standardy programowania treści kształcenia zawodowego,* [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, red. M. Butkiewicz, Wyd. IteE, Warszawa-Radom 1995, s. 109.

przedsiębiorstwa[103]. Twierdzi ona również, że pracodawcy zdają sobie sprawę, że komórki personalne wnoszą tym większy wkład do wartości organizacji, im realniej zasoby pracy stają się kapitałem intelektualnym[104].

Definiowanie kompetencji nie jest ograniczone tylko do jednej zdolności (niezależnie od tego, jak dobrze byłaby ona zdefiniowana) czy niewielkiej części różnych zdolności: są to ustalone zbiory wiedzy i umiejętności, typowych zachowań, standardowych procedur, sposobów rozumowania, które można zastosować bez nowego uczenia się. Kompetencje odwołują się więc do zadań lub warunków pracy i do regulacji, do jakiej zdolny jest pracownik między środowiskiem pracy i swoją działalnością[105].

Kompetencje definiowane są także poprzez opis cech zbiorowości, które budują kompetentnego pracownika, przez co kompetencje są dostosowane do strategii przedsiębiorstwa oraz charakteru jej działalności. W tej koncepcji wyróżnia się następujące komponenty kompetencji:

1. Po pierwsze, uzdolnienia, które dotyczą kondycji zasobów ludzkich i odzwierciedlają potencjał rozwojowy pracowników, będąc w opozycji do modelu SITA. Jest to cecha posiadana, mogąca predysponować osobę do określonej pracy, która wymaga doskonalenia umiejętności w określonym zakresie.
2. Po drugie, umiejętności oznaczające znajomość konkretnych zagadnień i biegłość w wykonywaniu zadań z nimi związanych. Wymienia się wśród nich kompetencje: umysłowe, komunikacyjne, interpersonalne, organizacyjne, techniczne, biznesowe, nastawienie na potrzeby klientów, stosunek do wykonywanej pracy, kierowanie personelem, umiejętności przywódcze. Jest to cecha nabywana, którą można doskonalić poprzez ciągłą pracę nad sobą[106].

W organizacji w prosty sposób można podzielić umiejętności ze względu na ich specjalizację. Wyróżnia się:

1. Umiejętności poziome.
2. Umiejętności pionowe, które charakteryzują się tym, że pracownik doskonali kompetencje zgodne z możliwym awansem zawodowym[107].
3. Zdolności stanowi cechę, która ściśle jest powiązana z umiejętnościami, oznacza łatwość przyswajania wiedzy czy też wybranych umiejętności. Jest to cecha wrodzona. Nierzadko nauczyciele mówią rodzicom, że ich dziecko jest zdolne, lecz leniwe. Pośrednio chcą zakomunikować, że ich latorośl ma potencjał, lecz nie ma wiedzy i umiejętności,

---

[103] A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy*, Poltext, Warszawa 2002, s. 90.

[104] Ibidem, s. 69.

[105] C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami: bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997, s. 19.

[106] A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002, s. 100-101.

[107] Zob. Ibidem, s. 90.

czyli „zdolności" są zauważalne, lecz osoba nie pracuje nad sobą. Najprostsza taksonomia zdolności składa się ze zdolności ogólnych oraz specyficznych[108]. Zintensyfikowany podział zdolności uwzględnia kilka grup: słowne, matematyczne, techniczne, artystyczne oraz twórcze[109].

4. Wiedza, jest to składowa kompetencji, która odnosi się do znajomości teorii, faktów, procedur związanych z danym stanowiskiem czy zawodem. Można wyróżnić wiedzę ogólną[110], bądź specjalistyczną[111]. Jest to komponent, który można doskonalić, dokształcając się samodzielnie lub korzystając ze sformalizowanych form kształcenia, np. studia podyplomowe, kursy itd.
5. Kondycja psychofizyczna, nawiązuje do przygotowania fizycznego i psychicznego wynikającego z zajmowanego stanowiska. Osoba może być bardzo dobrym pracownikiem, z zapałem wypełniać zadania i być pomocna dla współpracowników. Jednakże nie sprawdzi się jako kierownik ze względu na uwarunkowania psychiczne, na przykład małą odporność na stres. Są to składniki, które można modyfikować poprzez treningi interpersonalne.
6. Styl pracy, jest to komponent odnoszący się do sposobu realizacji zadań powierzonych pracownikowi. To kolejny składnik, który można doskonalić, jednakże jest to zależne od cech osobowych.
7. Cechy osobowościowe, czyli zbiór indywidualnych cech osoby, które predysponują do zajmowania stanowisk pracy w organizacji. Jest to cecha wrodzona.
8. Zasady i wartości - to komponent bardzo ważny i przez organizacje coraz częściej poważnie traktowany. Składają się na nie przekonania, które determinują zachowanie jednostki w miejscu pracy. Jest to komponent, który można doskonalić, jednakże przestrzeganie zasad bądź wyznawanie wartości jest często zależne od cech osobowościowych oraz od otoczenia środowiskowego, w którym osoba ukształtowała światopogląd.
9. Zainteresowanie, którego synonimem jest hobby, określają indywidualne upodobania pracowników, co może mieć pośredni wpływ na zaangażowanie, lepszą wiedzę specjalistyczną czy też umiejętności, które można wykorzystać w miejscu pracy[112]. Rekruterzy zwracają uwagę, czy istnieje sprzężenie między zadaniami wykonywanymi na stanowisku pracy

---

[108] M. Czarnocka, M. Foryś, K. Truś, Rozpoznać, wspierać, rozwijać. Poradnia psychologiczno-pedagogiczna i szkoła a uczeń zdolny, Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014, s. 8.

[109] R. J. Sternberg, T. I. Lubart, Creative giftedness in children, [w:] P. S. Klein, A. J. Tannenbaum, To be young and gifted, Ablex Publishing, Norwood, New Jersey 1992, s. 33-51.

[110] E. L. Rolfhus, P. L. Ackerman, *Assessing individual differences in knowledge: Knowledge, intelligence, and related traits*, "*Journal of Educational Psychology"* 91 (3) 1999, s. 511–526.

[111] J. Côté, W. Gilbert, *An Integrative Definition of Coaching Effectiveness and Expertise*, "International Journal of Sports Science and Coaching", 2009: 4, Multi-Science Publishing, s. 307-323.

[112] A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002, s. 100 - 101.

a zainteresowaniami indywidualnymi osoby aplikującej do pracy. Jest to czynnik, który stanowi wartość dodaną oraz zwiększa potencjał rozwojowy nowo pozyskanego pracownika.

10. Doświadczenie zawodowe, jest to składnik kompetencji, dzięki któremu osoba wzmacnia i doskonali inne komponenty kompetencji, takie jak wiedza zawodowa czy też umiejętności praktyczne.

Powyższy zestaw dziesięciu komponentów budujących pojęcie kompetencji jest opisem otwartym, który powinien być uzupełniony o wartości przydatne i oczekiwane ze względu na specyfikę organizacji.

Dyskusyjne jest to, że niektórzy badacze przedstawiony wyżej katalog elementów składowych kompetencji uzupełniają o takie cechy jak: osobowość czy charakter pracowników. Przeciwnie twierdzą G. Filipowicz, J. Moczydłowska, G. Bartkowiak oraz Z. Jankowska, którzy są zgodni, iż te cechy wpływają na efektywność zawodową, ale mają względnie stały charakter i nie powinny być włączane jako komponenty kompetencji. Te bowiem powinny się składać z czynników zmiennych, na które można oddziaływać[113,114,115,116].

Stosunkowo często do składników kompetencji zalicza się postawy i zachowania[117]. T. Oleksyn podkreśla, iż powinny być to zachowania oczekiwane w miejscu zatrudnienia[118]. Oponenci tej tendencji twierdzą jednak, iż zarówno postawy, jak i zachowania, nawet te pożądane, są skutkiem wcześniej wyszczególnianych komponentów kompetencji, a zatem nie jest zasadne ponowne ich włączanie do profilu kompetencyjnego, który powinien być zbudowany z cech łatwiej mierzalnych: wiedzy oraz umiejętności.

Stąd można wywnioskować, że fundamentem kompetencji są właśnie umiejętności polegające na wykorzystaniu i zastosowaniu wiedzy w sytuacjach zawodowych. Implikują je zdolności umożliwiające efektywne wykonywanie pracy, poprzez osiąganie celów i przestrzeganie standardów działania.

Kompetencja implikuje zdolność przeniesienia tego, co ludzie wiedzą i rozumieją, do różnych kontekstów, tj. różnych aspektów pracy[119].

---

[113] G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, PWE, Warszawa 2004, s. 18.

[114] J. Moczydłowska, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*, Difin, Warszawa 2008, s. 28.

[115] Zob. G. Bartkowiak, *Psychologia w zarządzaniu. Nowe spojrzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2010, s. 35-48, 145-158.

[116] Z. Janowska, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2010, s. 110-125.

[117] A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002 s. 89.

[118] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 25.

[119] M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 244.

Kompetencje pracowników są głównym elementem kompetencji organizacji; to właśnie ludzie – ich wiedza i umiejętności, uzupełnione o twórcze myślenie, ambicje i zaangażowanie, a także zdolności do współpracy – kształtują i rozwijają przedsiębiorstwa[120].

Najpowszechniejszymi oraz najistotniejszymi składnikami kompetencji są wiedza oraz umiejętności, uzupełnione o doświadczenia[121], które można doskonalić na zajmowanym stanowisku pracy bądź realizując projekty w ramach studiów przypadku. Natomiast wiedzę i umiejętności można doskonalić zarówno na drodze kształcenia formalnego, jak i nieformalnego na stanowisku pracy bądź poza nim.

Wiedza może występować jako wiedza ogólna, wiedza praktyczna czy też wiedza specjalistyczna[122]. Obejmuje ona wszystko to, czego pracownik nauczył się podczas formalnego procesu edukacji, przy spełnieniu warunku posiada potwierdzenia ukończenia określonego etapu nauki[123]. Jednakże takie ujęcie wiedzy pokrywa się z terminem kwalifikacji, co nie odpowiada rzeczywistemu znaczeniu tego pojęcia. Należy ją uzupełnić o podejmowane w ramach samokształcenia się poprzez uzupełnianie wiedzy własnym asumptem oraz zdobywane doświadczenie zawodowe.

Różnica między wiedzą a kwalifikacjami jest wyraźna. Kwalifikacje potwierdzają ukończenie etapu edukacji za pomocą świadectw, dyplomów czy też certyfikatów[124]. Z kolei wiedza jest komponentem, którego nie można potwierdzić tylko dokumentami. Jest więc czymś ukrytym i trudnym do zbadania, ale mierzalnym. Przykładowo te same osoby kończą ten sam kierunek studiów wyższych i nawet z tą samą oceną na dyplomie magisterskim, ale nawet między tymi osobami może istnieć różnica w wiedzy i umiejętnościach wyniesionych z procesu kształcenia. Stąd można wnioskować, że rzeczywista wiedza nie musi być tożsama z uzyskaną oceną. Tym się różni wiedza od kwalifikacji.

Relacje między wiedzą a kwalifikacjami, zachodzą w ujęciu procesowym. Ponieważ wiedza jest wypadkową kwalifikacji i innych czynników oraz (…) jedną ze składowych kompetencji występującą we wszystkich rozważaniach dotyczących opisu i definiowania pojęcia kompetencji[125]. Powstaje ona na skutek sformalizowanego procesu kształcenia, jak również niesformalizowanego, przyjmującego formę samokształcenia tzw. uzupełniania wiedzy „na własną rękę".

---

[120] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 23-24.

[121] Polski Komitet Normalizacyjny, *Norma ISO 9001:2008, Systemy zarządzania jakością. Wymagania, Norma Europejska EN ISO 9001:2008 ma status Polskiej Normy*, luty 2009.

[122] Zob. Knowledge Management in the Learning Society, *Educations and skills*, Centre for Educational Research and Innovation, Paris 2000, OECD.

[123] S. M. Kwiatkowski, *Idea uczenia się przez całe życie*, [w:] *Pedagogika pracy*, red. S.M. Kwiatkowski, A. Bogaj, B. Baraniak, WAiP, Warszawa 2007, s. 196.

[124] Zob. M. Eraut, *Developing Professional Knowledge and Competence*, RoutledgeFalmer, New York 1994, s. 10-17.

[125] *autorzy definicji kompetencji: R. L. Katz 1974; D. McClelland, 1973; J. Raven, 1984; R. E. Boyatzis 1982.*

Równolegle wiedzę można wzbogacić poprzez posiadanie bądź doskonalone umiejętności czy też doświadczenie (zawodowe)[126].

Natomiast drugi z komponentów, czyli umiejętności, mogą mieć charakter techniczny, technologiczny bądź profesjonalny. Dotyczą działań, które pracownik rzeczywiście potrafi wykonać i często utożsamiane są z doświadczeniem bądź zdolnościami do działania.

Zarówno wiedzę, jak i umiejętności można doskonalić w trakcie wykonywanych obowiązków w miejscu pracy, stąd wniosek, że są one powiązane z doświadczeniem[127] i z niego wynikają.

W kontekście powyższych rozważań autorzy skłaniali się, aby pod pojęciem kompetencje rozumieć zbiór wiedzy, umiejętności i pozostałych cech pozwalających na skuteczną realizację zadań oraz osiąganie założonych celów na podbudowie przyjętych celów na podstawie strategii organizacji. Ze względu na przyjęte metody badawcze oraz ograniczenia czasowe, autorzy zbudowali analizę na danych i informacjach uzyskanych z przekazu respondentów co determinuje wybór podejścia opartego na szkole brytyjskiej. Jednakże autorzy zaproponowali wskaźniki efektywności kadrowej i organizacyjnej, które można potraktować jako narzędzie, które może stanowić fundament do poszerzenia analizy o wyniki podejmowanych działań, co w perspektywie pozwoli na prowadzenie analizy w oparciu o rozwiązania w szkole amerykańskiej.

Tak zdefiniowane kompetencje mogą być postrzegane dwutorowo, po pierwsze, zarówno w stosunku do stanowiska pracy, po drugie, do osoby wykonującej pracę na tym stanowisku.

Organizacja osiąga lepsze wyniki niż jej konkurenci poprzez rozwój rzadkich, wartościowych, niepowtarzalnych i niezastępowalnych kompetencji pracowników[128].

Z całą stanowczością stwierdzono, że kompetencje nie są cechami stałymi. Zmieniają się wraz z doświadczeniem oraz rozwojem zawodowym i życiowym człowieka. Nie ma więc możliwości określenia raz na zawsze, czy ktoś daną kompetencję posiada lub nie, jest wartością zmienną, nad którą należy pracować i doskonalić na różnych płaszczyznach i różnorodnymi, uzupełniającymi się metodami.

1.4. Typologia kompetencji na przestrzeni lat

Rozważając problem klasyfikacji kompetencji, należy zwrócić uwagę na fakt, że niemal niemożliwe jest traktowanie poszczególnych składowych kompetencji w sposób całkowicie

---

[126] Zob. A. Pocztowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie-procesy-metody*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2007, s. 25-42.

[127] Zob. C. Woodruffe, *Ośrodki oceny i rozwoju, narzędzia analizy i doskonalenia kompetencji pracowników*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 32-35.

[128] M. Salman, S. A. Ganie, I. Saleem, The concept of competence: a thematic review and discussion, European Journal of Training and Development , Emerald Publishing Limited, Vol. 44, No 6-7, 2020, p. 717-742 (717).

oderwany i niezależny od innych kompetencji, których znaczenie jednej odmiany nakłada się w większym, bądź mniejszym stopniu w swoim opisie na inny rodzaj kompetencji.

Ważne jest, aby kompetencje usystematyzować, tzn. uporządkować w spójne grupy w sposób, jak najbardziej klarowny i czytelny. Spójność grup oznacza, że zmiana jednej kompetencji wpływa na zmianę pozostałych, należących do tej samej grupy. Właściwość ta potwierdza, że kompetencje posiadają cechę współzależności[129], czyli są od siebie zależne i w takim przypadku ich doskonalenie nie może się odbywać równolegle do doskonalenia kompetencji, lecz sekwencyjnie. Pogłębienie jednej kompetencji predysponuje pracownika do zdobycia kolejnej. Dla przykładu, wpierw należy nabyć umiejętność mediacji i argumentowania, dopiero później doskonalić techniki rozwiązywania konfliktów interpersonalnych. Przy zachowaniu sekwencyjnego procesu doskonalenia kompetencji działania są o 15% efektywniejsze od działań realizowanych w innej strukturze procesu szkoleniowego[130.]

Stąd wniosek, że kompetencje są złożonym zjawiskiem. Ze względu na różnego rodzaju oddziaływania, wyróżniamy kilka jej rodzajów[131].

Tabela 2. Typologia kompetencji

Kryterium klasyfikowania	Nazwa kompetencji	Interpretacja
1	2	3
Źródło nabywania kompetencji	Formalne	Potwierdzone dyplomem, świadectwem lub innym certyfikatem
	Rzeczywiste	Objawiane w działaniu
Zakres merytoryczny	Wąskie	Zawężone do konkretnej dziedziny zawodowej, funkcji, roli, stanowiska pracy
	Szerokie	Odnoszone do kilku dziedzin, grupy zawodów
Dostępność	Własne	Dostępne i potencjalne kompetencje własnych zasobów ludzkich
	Pożyczone	Kompetencje nabyte drogą „wypożyczenia”
Przeznaczenie	Kluczowe (generalne)	Wspólne dla wszystkich pracowników, grupy zawodowej
	Specjalistyczne	Inne dla każdego stanowiska pracy, funkcji lub roli
Zasięg zarządzania	Operacyjne	Niezbędne kierownikom liniowym w codziennej działalności
	Strategiczne	Niezbędne na wyższych poziomach zarządzania
Perspektywa czasowa	Aktualne	Wymagane „tu i teraz”
	Pożądane (antycypowane)	Wymagane w pewnej perspektywie czasowej, określone wyprzedzająco
Mierzalność	Łatwo mierzalne	Łatwe do zaobserwowania, zmierzenia
	Trudno mierzalne	Np. umiejętność podejmowania decyzji o strategicznym znaczeniu; skuteczność można ocenić dopiero „za jakiś czas”
Dokładność definiowania	Ogólnie zdefiniowane	Np. umiejętności informatyczne to obsługa komputera klasy PC i wykorzystywanie programów informatycznych

[129] F. Prevot, *The management of competences in the context of interorganizational relations,* [w:] *Competence building and leveraging in interorganizational relations*, *Advances in Applied Business Strategy*, Vol. 11, red. R. Martens, A. Heene, R. Sanchez, Elsevier, Oxford 2008, s. 7-36.

[130] M. Kęsy, wyniki badań własnych zrealizowanych w ramach projektu badawczego „*Ekonomizacja relacji interpersonalnych personelu medycznego z pacjentem w opiece zdrowotnej”, 2017-2018.*

[131] M. Kęsy, *Kompetencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 18.

	Szczegółowo zdefiniowane	Np. umiejętności informatyczne to biegłość w obsłudze programów LINUX, UNIX
Treści	Profesjonalne (zawodowe)	Kompetencje zawodowe niezbędne do skutecznego działania w danej profesji
	Społeczne (interpersonalne)	Sprzyjające pracy w zespole
	Przedsiębiorcze (biznesowe)	Świadomość biznesowa, np. nastawienie na sukces, zysk
	Konceptualne	Niezbędne na najwyższym szczeblu zarządzania, np. umiejętność przewidywania, myślenie systemowe
Własność	Indywidualne	Należą do konkretnej osoby i mogą być wykorzystywane w dowolnym czasie i miejscu
	Grupowe (organizacyjne)	Należą do zespołu i są przydatne w konkretnej organizacji, są wynikiem synergii kompetencji indywidualnych
Szczegółowość oceny	Kompetencje oceniane wg zawężonej skali	Np. posiada kompetencje lub nie posiada kompetencji
	Kompetencje oceniane wg szczegółowej skali	Np. I poziom – brak kompetencji II poziom – posiada kompetencje, ale rzadko je wykorzystuje III poziom – wykorzystuje kompetencje w codziennym praktycznym działaniu IV poziom – wykorzystuje kompetencje do wykonywania pracy na bardzo dobrym poziomie V poziom – wykorzystuje kompetencje twórczo
Zawartość	Zintegrowane	Kompetencje silnie ze sobą powiązane, np. nastawienie na budowanie zespołów, komunikatywność, przywództwo, wartości i normy kulturowe
	Zintegrowane luźno (słabo)	Np. umiejętność przewidywania wizji – przywództwo
Szerokość oddziaływania	Wąskie	Kompetencje niezbędne na konkretnym stanowisku
	Szerokie	Kompetencje umożliwiające skuteczne działanie w szeroko rozumianym środowisku społecznym

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy literatury.

Kompetencje można sklasyfikować na podstawie następujących kryteriów. Po pierwsze, ze względu na źródło nabywania kompetencji, dzielimy na kompetencje formalne i nieformalne. Sumaryczną wartością obu form są kompetencje przejawiane (rzeczywiste) odpowiadające kwalifikacjom sformalizowanym oraz niesformalizowanym, zdobytym odpowiednio w trakcie procesu edukacyjnego na różnych szczeblach kształcenia oraz samokształcenia. Formą nadrzędną jest kształcenie ustawiczne, stanowiące formułę działań ciągłych, systematycznych oraz pogłębiających kompetencje.

Po drugie, zakres merytoryczny pozwala wydzielić zarówno kompetencje wąskie, jak i szerokie. Ich zakres wiąże się z ich pragmatycznym wykorzystaniem na różnych płaszczyznach zawodowych czy też w życiu osobistym. Przekładając omawiane kryterium podziału kompetencji na poziom zawodowy do kompetencji szerokich zalicza się cechy wymagane od wszystkich pracowników szpitala, mogą to być umiejętności pracy w zespole, punktualność. Z kolei do kompetencji wąskich można zaliczyć wiedzę specjalistyczną, dostępną i wymaganą od wąskiego kręgu pracowników posiadających wysokie kompetencje zawodowe.

Po trzecie, ze względu na dostępność wyróżnia się kompetencje „własne" organizacji bądź „wypożyczone". W potocznym rozumieniu można te kompetencje określić jako cechy posiadane oraz nieposiadane. Z tego względu drugie kompetencje muszą być poszukiwane na zewnątrz

organizacji. W przypadku szpitali odpowiednikiem kompetencji wypożyczonych może być wiedza specjalistyczna w zakresie medycznym lub informatycznym.

Po czwarte, z uwagi na kryterium przeznaczenia wydziela się kompetencje typu generalnego i specjalistycznego, które są tożsame z kompetencjami szerokimi i wąskimi.

Po piąte, podział kompetencji przy wykorzystaniu perspektywy czasowej dzieli kompetencje na aktualne i antycypowane[132], czyli kompetencje posiadane oraz te, które możemy przewidywać bądź których możemy oczekiwać na podstawie potencjału rozwojowego określonego pracownika.

Po szóste, kryterium podziału kompetencji stanowi stopień ich mierzalności. W ten sposób wyróżnia się kompetencje łatwo i trudno mierzalne, różniące się od siebie tym, że podczas budowy systemu bazującego na kompetencjach należy posługiwać się kompetencjami najbardziej mierzalnymi, np. umiejętnościami technicznymi, prowadzenia spotkań czy też umiejętnościami interpersonalnymi. W przypadku konieczności stosowania kompetencji trudno mierzalnych w organizacjach należy podjąć działania zmierzające do maksymalnego poznania takich kompetencji maksymalnego zobiektywizowania oceny podczas porównywania pracowników[133].

Po siódme, kolejnym kryterium jest własność, która jako czynnik służący do wydzielenia specyfiki dzieli kompetencje na indywidualne oraz grupowe (organizacyjne). Pierwsze z nich dotyczą człowieka, jego indywidualnych, własnych cech. Natomiast grupowe kompetencje odnoszą się do większej zbiorowości, wynikających z sumy cech posiadanych przez członków zespołu.

Po ósme, wyróżnia się kryterium treści, które pozwala rozróżnić kompetencje zawodowe, społeczne, biznesowe i konceptualne. Cechą charakterystyczną poszczególnych rodzajów kompetencji ich cel, zakres oraz zastosowanie.

Po dziewiąte, w kryterium dokładności następuje rozdzielenie kompetencji na zdefiniowane ogólnie i szczegółowo[134], przypisane do stanowiska pracy.

Inna propozycja zawiera podział kompetencji na miękkie i twarde (funkcjonalne)[135]. Do pierwszej grupy zaliczamy wartości behawioralne i społeczne stanowiące opis wzorzec postępowania. Polega on na określeniu wzorcowych zachowań i zdolnych do ich realizacji działań na płaszczyźnie interpersonalnej i intergrupowej w oparciu o postawy i zachowania. Drugą składową kompetencji stanowi rzeczywista wiedza oraz umiejętności praktyczne osoby136, które polegają na

---

[132] J. Brilman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002, s.391.

[133] M. Janiszewska, *Zarządzanie kompetencjami osób drogą do osiągania przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, red. T. Berna, Wydawnictwo Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009, s. 215.

[134] R. Walkowiak, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa "Dom Organizatora", Toruń 2007, s. 22- 23.

[135] J. Weightman, *Managing people*, Chartered Institute of Personnel and Development, London 2004, s. 10-11.

[136] Zob. M. Armstrong, *A Handbook of Human Resource Management. Practice,* Kogan Page Limited, London 2006, s. 159-172.

opisie wymagań związanych ze stanowiskiem pracy, czyli tego, co osoby muszą potrafić, aby ich praca była skuteczna.

W przypadku kompetencji pracowniczych, które dzieli się na podstawowe i wyróżniające. Te pierwsze stanowią przysłowiowe minimum wiedzy i umiejętności nowych pracowników związane z zajmowanym stanowiskiem pracy. Są one nieodzownym warunkiem dobrze wykonywanej pracy. Natomiast kompetencje wyróżniające przedstawiają wartość dodaną, coś nadzwyczajnego, wyróżniającego na tle innych pracowników[137].

W ramach tej odmiany kompetencji wyróżnia się następujące części: fachowe, profesjonalne i specjalistyczne[138]. Stanowią one przewagę aspektów związanych z wiedzą i umiejętnościami merytorycznymi.

Kompetencje wspólne dla wszystkich pracowników organizacji nazywa się kompetencjami kluczowymi[139] wynikającymi przede wszystkim ze specyfiki działalności, lecz ważną ich cechą jest fakt, że są wymagane od wszystkich pracowników organizacji bez względu na zajmowane stanowisko pracy oraz wypełniane obowiązki w jego ramach.

Kompetencje kluczowe oznaczają wiązki zasobów, procesów i zdolności u podłoża przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa. Dają one dostęp do ważnych rynków albo segmentów rynkowych, mających znaczący wkład w dostrzegane przez klientów korzyści, umożliwiających obniżkę kosztów, utrudniających naśladowanie przez konkurencję czy też pozwalających stworzyć architekturę strategiczną, sieć więzi zewnętrznych i wewnętrznych stanowiących podłoże tworzenia wartości dodanej i zarządzania nią[140].

Wyróżnić można również kompetencje niebędące tak powszechnie oczekiwanymi, jak kompetencje kluczowe. Związane są z pełnioną funkcją bądź wypełnianą rolą w przedsiębiorstwie. Są kompetencjami specyficznymi dla funkcji lub roli[141]. Wynikają one ze szczebla zarządzania, na którym występuje opisywane stanowisko pracy. Głównie nawiązują do wiedzy czy też umiejętności interpersonalnych i społecznych.

Kompetencje specyficzne dla funkcji umożliwiają porównywanie pracowników w ramach jednej komórki organizacyjnej. Odgrywają one także podstawową rolę w planowaniu rozwoju zawodowego w ramach budowy ścieżek karier i awansów pionowych pracowników. Kompetencje specyficzne

---

[137] M. Sidor-Rządkowska, *Kompetencyjne systemy ocen pracowników: przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 22.

[138] G. Cheetham, G. Chivers, *Professions, Competence and informal learning*, Edward Elgar Publishing Limited, Northampton 2005, Massachusetts, s. 15-18.

[139] A. Bogaj, *Kwalifikacje zawodowe w warunkach globalizacji rynku o pracy – wyzwania i dylematy* [w:] *Kwalifikacje zawodowe na współczesnym rynku pracy*, red. S. M. Kwiatkowski, IBE, Warszawa 2004, s. 21.

[140] Zob. J. L. Thompson, B. Richardson, *Strategic and Competitive Success: Towards a Model of the Comprehensively Component Organization*, "Management Decision" 1996, nr 2, http://www.emeraldinsight.com/Insight/view

ContentItem.do?ContentType=Article&ContentId=864822, 05.03.2012 roku.

[141] Zob. B. Bojarczuk, *Macierze umiejętności*, „Personel", 1-15 września 2001.

dla roli, zwane hierarchicznymi, pozwalają na ocenę pracowników zajmujących stanowiska na tym samym poziomie w hierarchii firmy.

Analizując pojęcie kompetencji od strony identyfikowania kompetencji, dzielimy je na kompetencje trudno i łatwo mierzalne. Trudno mierzalne są to te kompetencje, które pokrywają się z odmianą miękką kompetencji (wiedza, umiejętności, wartości behawioralne), trudniej mierzalną, ale jednak możliwą do zdiagnozowania. Natomiast kompetencje łatwo mierzalne odpowiadają cechom twardym opisywanego pojęcia, zaliczamy do nich przede wszystkim kwalifikacje ogólne, zawodowe, jak i pozazawodowe.

Uwzględniając czas pomiaru kompetencji, można wyróżnić kompetencje posiadane i pożądane. Te pierwsze odpowiadają komponentom, które osoba rzeczywiście ma, może wykorzystać w pracy od zaraz. Natomiast drugie kompetencje nawiązują do cech, które należy posiadać ze względu na wymogi stawiane pracownikom przez pracodawcę[142].

Synonimem kompetencji posiadanych i wyrażeniem uwzględniającym aspekt zachowań w miejscu pracy jest sformułowanie kompetencji przejawianych[143], które uwzględnia w definicji wpływ kontekstu sytuacji, czyli zmiennego otoczenia na nasze zachowanie a tym samym na kompetencje, np. osoba zdenerwowana jakimś wydarzeniem, może gorzej wykonać określoną czynność intelektualną, czy też manualną.

Kompetencje przejawiane powiązane są ze wskaźnikiem zachowania, co wpływa na tzw. obserwowaną kompetencję na określonym poziomie (…). W przypadku kompetencji przejawianych można dokonać pomiaru efektywności w realizacji zadań wymagających danej kompetencji[144] będzie w przypadku pracy lekarza w ujęciu ilościowym - liczba konsultacji lekarskich, natomiast w ujęciu jakościowym – opinia pacjentów dot. jakości świadczonej usługi medycznej.

Kompetencje zawodowe, nazywane przez M. Armstronga kompetencjami ogólnymi[145], są charakterystyczne i wspólne dla poszczególnych zawodów (lub pełnionych funkcji). Świadomość ich występowania kształtowała się na przełomie wielu lat, np. kompetencje lekarza, nauczyciela, księgowego. Kompetencje te są analogiczne, niezależnie od tego, w jakiej instytucji wykonywany jest zawód.

W ramach kompetencji zawodowych wydziela się kompetencje bazowe oraz wykonawcze. Do kompetencji bazowych zalicza się kompetencje poznawcze, społeczne oraz osobiste. W ramach każdej z grup kompetencyjnych podnoszone są następujące zagadnienia dotyczące rozwiązywania

---

[142] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 19.

[143] *Innowacyjny model preinkubacji przedsiębiorczej osób w wieku 50+,* Załącznik nr 3 do Opis Produktu Finalnego. Piramida Kompetencji, POKL.06.01.01-22-188/11, Wyd. Fundacja gospodarcza, Gdynia 2014.

[144] Infor.pl, Biznes, *Jak mierzyć kompetencje zawodowe?*, 3.11.2011.

[145] M. Armstrong, *Armstrong's Handbook of Reward Management Practice. Improving Performance Through Reward*, Kogan Page Limited, London 2010, s. 182.

problemów: szerokie horyzonty, elastyczność myślenia, negocjacje, relacje poziome i pionowe w szpitalach, komunikatywność, współpraca w zespole, radzenie sobie ze stresem, orientacja i podejmowanie decyzji oraz organizowanie pracy własnej, wytrwałość, zaangażowanie i efektywność[146]. Natomiast zbiór kompetencji wykonawczych składa się z kompetencji biznesowych, firmowych czy też menedżerskich, które zawierają pytania dotyczące: orientacji w biznesie, znajomości branży, identyfikacji ze szpitalem, otwartości na zmiany, etyki i wartości, budowania zespołów, dbałości o bezpośrednich podwładnych, delegowania, motywowania oraz przywództwa.

Kompetencje ze względu na swój charakter oraz wieloaspektowość mogą być rozumiane i interpretowane w sposób wieloznaczny. Należy zwrócić uwagę, że z organizacyjnego punktu widzenia wyraźnie wyodrębnia się trzy rodzaje kompetencji: funkcjonalne, personalne i przedsiębiorstwa.

Na temat kompetencji funkcjonalnych W. Wudarzewski za R. L. Katz'em przytacza tezę o bezpośredniej korespondencji tych kompetencji z celami firmy oraz fakt uporządkowania i rozgraniczenia zakresów działania i odpowiedzialności wyodrębnionych podmiotów organizacyjnych firmy przez te kompetencje. Można więc przyjąć, że kompetencje funkcjonalne odzwierciedlają obowiązujący podział pracy i są formą transformacji systemu celów w szczegółowe zadania, czynności bądź role organizacyjne, które mają do wypełnienia wyodrębnione podmioty organizacyjne w kontekście wyznaczonych celów[147,148]. Kwalifikacje można rozpatrywać jako kwalifikacje pożądane przez pracodawcę, jak też w sensie faktycznym jako kwalifikacje aktualnie posiadane.

Wśród kompetencji personalnych w centrum zainteresowań został postawiony człowiek ze swoimi umiejętnościami, zdolnościami, wiedzą, doświadczeniem czy też cechami psychofizycznymi. W wyniku nabywania kompetencji kapitał ludzki staje się bardziej wartościowy oraz pożądany, np. przez rynek pracy.

W powyższym systemie istnieją cztery grupy kompetencji:

- kompetencje ogólnofirmowe. Są one przypisane wszystkim pracownikom bez względu na zajmowane stanowisko pracy, a wynikają z wizji, misji i strategii przedsiębiorstwa;
- kompetencje związane z poziomem stanowiska, czyli kompetencje wynikające ze stanowiska oraz zależne od wypełnianej roli w przedsiębiorstwie. Mają one charakter specjalistyczny

---

[146] Zob. H. Secord, *Implementing best practices in human resources management*, CCH Canadian Limited, Toronto 2003, s. 89-102.

[147] W. Wudarzewski, *System kompetencji funkcjonalnych i wyznaczniki jego sprawności,* [w:] *Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Nr 963*, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2002, s. 620-628.

[148] R. L. Katz, *Skills of an Effective Administrator*, "Harvard Business Review", September-October 1974, s. 91.

wynikający z zajmowanego miejsca w hierarchii organizacji, a przykład inna wiedza czy też umiejętności zawodowe wymagane są od dyrektora, a inne od księgowej czy kierowcy;

- kompetencje związane z pionem, do którego przypisany jest pracownik. Polega to na odróżnianiu zadań realizowanych w komórkach organizacyjnych (dział marketingu, sprzedaży, operacyjny, produkcyjny czy też finansowy). Na przykład sprzedawca musi się skupić na umiejętnościach interpersonalnych, technikach negocjacyjnych, natomiast pracownik z działu produkcji musi być wyposażony w umiejętności wykorzystywane przy wytwarzaniu nowych produktów;
- kompetencje związane z konkretnym stanowiskiem zatrudnionego (np. przedstawiciel handlowy)[149], które są nazywane również kompetencjami specyficznymi dla roli czy też stanowiska pracy. Są one najbardziej specjalistyczną odmianą cech pracowników, często przypisanych jednej osobie w firmie, a wynikających z podziału obowiązków pracy.

Kompetencje związane z poziomem stanowiska pracy stanowią odpowiednik kompetencji zawodowych, związanych z wykonywanym zawodem. Kompetencje zawodowe można podzielić na następujące kategorie:

- kompetencje związane z wykonywaną pracą i poziomem myślenia;
- wiedza, czyli to, czego pracownik musi się nauczyć i co musi wiedzieć;
- umiejętności – to, co pracownik musi umieć robić;
- zachowania – postawy, zasady, normy i wartości oraz motywacje potrzebne do sprawowania danej funkcji[150].

Kompetencje stanowiskowe nazywane przez M. Armstronga *kompetencjami szczegółowymi*[151], są ściśle związane z określonym stanowiskiem pracy lub rolą organizacyjną. Oznacza to, że są one uściśleniem lub uzupełnieniem kompetencji zawodowych, np. nauczyciela zatrudnionego w konkretnej instytucji na konkretnym stanowisku pracy.

Kompetencje progowe (ang. *treshold competencies*) są to podstawowe (minimalne, konieczne) kompetencje wymagane na danym stanowisku, a które nie są bezpośrednio związane z wynikami pracy, każdy pracownik musi je posiadać, aby mógł być zatrudniony na danym stanowisku. Na przykład pracownik chcący być kierowcą pojazdów ciężarowych, musi posiadać co najmniej prawo jazdy kategorii C[152] i spełniać określone cechy psychofizyczne, które predysponują osobę do zajmowanego stanowiska pracy.

---

[149] A. Szrejner, *Po pierwsze: określić wymagania*, „Personel i zarządzanie", 2004, Nr 10 (175), s. 32.

[150] H. R. Rampersad, *Kompleksowa Karta Wyników*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2004, s. 198.

[151] M. Armstrong, *Managing people. A practice quide for line managers*, Kogan Page Limited, London 2001, s. 80-86.

[152] *Rozporządzenie Ministra transportu, budownictwa i gospodarki morskiej z dnia 2 sierpnia 2012 roku* (Dz.U.2012.973).

Pokrewną koncepcję do przedstawionej wyżej prezentuje T. Rostowski. Dzieli on kompetencje, także ze względu na obiekt, którego dotyczą, ale nie tylko, w układzie stanowiskowym, ale również procesowym.

Kompetencje specyficzne dla funkcji (ang. *function-specific competencies*) są odpowiednikiem kompetencji stanowiskowych, ale mogą być wspólne dla różnych stanowisk spełniających analogiczne funkcje (np. obsługa klienta) w określonych zakresach działalności przedsiębiorstwa.

Kompetencje specyficzne dla roli (*ang. role-specific competencies*) są nazywane hierarchicznymi, dotyczą one specyficznych ról organizacyjnych spełnianych przez pracowników (np. lidera zespołu).

Kompetencje kluczowe to najistotniejsze z jakichś względów dla organizacji, stanowiska pracy lub pracownika. *Kluczowe kompetencje organizacji* są tym, co dana organizacja potrafi robić najlepiej.[153] *Kluczowe kompetencje na stanowisku pracy* należy rozumieć jako te, które w największym stopniu mają wpływ na skuteczność i efektywność realizacji zadań na danym stanowisku pracy[154].

L. Spencer i S. Spencer zbadali kompetencje indywidualne. Ustalili, że w ich skład wchodzą następujące elementy: wiedza, umiejętności, wartości i standardy, motywy, etyka pracy, entuzjazm oraz własny wizerunek[155]. Oczywiście definicja kompetencji indywidualnych odnosi się do cech własnych każdego człowieka, który posiada różnego rodzaju cechy przydatne w życiu zawodowym, towarzyskim czy też osobistym.

Składniki je tworzące można uszeregować według cech wrodzonych oraz nabytych[156]. Do pierwszej grupy cech wrodzonych można zaliczyć cechy psychofizyczne, osobowościowe, jak również zdolności. Natomiast do grupy cech nabywanych zalicza się kwalifikacje zawodowe oraz pozazawodowe, umiejętności, doświadczenie oraz zainteresowania. Różnica między cechami z obu grup wynika głównie z tego, że cechy wrodzone są trudne do wyćwiczenia i wynikają z uwarunkowań indywidualnych oraz środowiska, w którym osoba się wychowywała, ukształtowała osobowość oraz wzory postępowania. Z kolei cechy nabywane, jak sama nazwa wskazuje, są zdobywane w trakcie pracy nad sobą, realizowane, czy to w murach szkolnych, w miejscu pracy, przy wypełnianiu codziennych obowiązków bądź w trakcie kultywowania zainteresowań.

Dla każdej organizacji istotne są kompetencje, które w swoim przedmiocie uwzględniają kryterium podmiotowe przedsiębiorstwa, wyróżniając dwa typy kompetencji – indywidualne

---

[153] P.F. Drucker, *Peter Drucker on the Profession of Management, Harvard Business School Publishing, Boston 1998, s. 10-15.*

[154] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 20.

[155] L. M. Spencer, Jr., S. M. Spencer, *Competence at Work: Models for Superior Performance*, Wiley, New York 1993, s. 9.

[156] Zob. M. Kęsy, *Kompetencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 15-21.

oraz organizacyjne[157]. Podział ten porównać można do związku przyczynowo-skutkowego, polegającego na zależności między kompetencjami organizacyjnymi i indywidualnymi. Jeżeli pracownik przejawia określone kompetencje indywidualne, przy skutecznym doborze stanowiska pracy, taka osoba jest sprawna organizacyjnie, co jednocześnie skutkuje podniesieniem się wartości kompetencyjnych organizacyjnych, co z kolei stanowi przewagę konkurencyjną nad innymi podmiotami funkcjonującymi na rynku w określonej branży.

Na podbudowie kompetencji indywidualnych czy też pracowniczych kreowane są kompetencje organizacyjne. Oznaczają wszystkie aktywa, wiedzę, zdolności i możliwości „osadzone" w organizacyjnej strukturze, technologii, procesach i interpersonalnych stosunkach[158].

W innej publikacji T. Oleksyn dzieli kompetencje na kompetencje organizacyjne, zawodowe, stanowiskowe, rzeczywiste posiadane i możliwe do uzyskania (pożądane)[159].

Ciekawą koncepcję zaproponowali także Spencerowie, według których wiedza i umiejętności są tymi składnikami kompetencji, które można zaobserwować. Natomiast pozostałe składniki (np. wartości, motywy) są ukryte[160].

M. Bugdol przedstawił kompetencje potencjalne i progowe, pierwsze z nich są rezultatem dobrego przygotowania teoretycznego, z kolei drugie mają charakter obserwowalny, czyli mogą być odpowiednikiem kompetencji przejawianych. Można zatem stwierdzić, że kompetencje potencjalne są kompetencjami „ukrytymi", drzemiącymi w pracownikach. Natomiast kompetencje progowe, zwane również jawnymi, są kompetencjami demonstrowanymi[161], które pracownik ujawnia w trakcie wykonywania obowiązków w miejscu pracy.

W piśmiennictwie można znaleźć wiele zestawień pokazujących najważniejsze kompetencje. Z jednej strony spotykamy się z podejściem obserwacyjnym, w którym autorzy starali się określić zestaw uniwersalnych, mających szerokie zastosowanie kompetencji, opierając się na obserwacji funkcjonowania wybranych organizacji i przełożenia ich doświadczeń na ogół firm. Z drugiej zaś strony mamy do czynienia z podejściem kognitywnym, w którym autorzy starali się określić listę najważniejszych kompetencji, poddając analizie rozumiejącej zbiory kompetencji wykorzystywanych przez szerokie grono organizacji w codziennym użytkowaniu[162]. W takim przypadku, dokonując oceny potrzeb oraz możliwości zatrudnionych pracowników w organizacji,

---

[157] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 19.

[158] A. A. Lado, M. C. Wilson, *Human resources system and sustained competetive adventage: a competency-based perspective*, "Academy of Management Review", Nr 19/4, 1994, s. 699-727.

[159] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 19-20.

[160] L. M. Spencer, S. M. Spencer, *Competence at Work: Models for Superior Performance*, Wiley, New York 1993.

[161] M. Bugdol, *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 145.

[162] T. P. Czapla, *Modelowanie kompetencji pracowniczych w organizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 89.

budowane są kompetencje rzeczywiste (posiadane) oraz pożądane na podstawie przygotowanych wcześniej zakresów kompetencji. Na podstawie takich działań określa się luki kompetencyjne w analizowanych zakresach ocen kompetencji w organizacji.

Zestawiając wszystkie przedłożone propozycje, trudno jest określić najważniejszą odmianę kompetencji. Jest to uzależnione od wielu czynników związanych m. in. ze specyfiką działalności organizacji, charakterem kompetencji wymaganych od pracowników, zależnością między wartością popytu na kompetencje a podażą kompetencji na rynku. Nie inaczej jest w szpitalach, które pełnią służebną rolę wobec społeczeństwa, a przy tym wysoce odpowiedzialną i ważną ze względu na przedmiot usług. Zarządzanie zdrowiem społeczeństwa jest wartością, która wymaga od szpitali wysokiego poziomu nie tylko na płaszczyźnie medycznej, lecz również zarządczej. Nakładanie się tych różnych form działalności pod względem specyfiki zadań oraz wypełnianych ról wymaga od ochrony zdrowia znalezienia takiego opisu kompetencyjnego, który będzie odpowiadał rzeczywistym potrzebom, jak również będzie się opierał na wiedzy teoretycznej.

W przejrzysty sposób, na potrzeby pracy, autorzy wyodrębnili cztery rodzaje kompetencji:

- społeczne – wpływające na budowanie relacji, umiejętność pracy w grupie, pośrednio wpływają również na umiejętności sprzedażowe i negocjacyjne,
- osobiste – wynikające z cech charakteru, wpływają na zaangażowanie czy jakość wykonywanej pracy,
- menedżerskie – czyli ogół umiejętności w zakresie zarządzania (czasem, pracą, projektami, pracownikami), mają charakter „liderski", które często są utożsamiane z kompetencjami zawodowymi oraz społecznym, jednakże należy tę grupę kompetencji należy określać jako bardziej złożone, łączące w sobie kompetencje z obu wymienionych grup,
- zawodowe – wynikające z wiedzy i umiejętności specjalistycznych[163].

Pracownicy zarządzający szpitalami wywodzą się głównie z dwóch grup zawodowych lekarzy i pielęgniarek, różnych specjalizacji, szacunkowo stanowią oni około 80% wszystkich osób zarządzających w systemie służby zdrowia, szczególnie jest to dostrzegalne w jednostkach typu publicznego. Pozostałą część stanowią osoby o wykształceniu pozamedycznym, którzy często posiadają nie tylko kompetencje zawodowe, lecz przede wszystkim kwalifikacje z obszaru ekonomii, zarządzania czy też prawa.

System kształcenia wyższego medycznego, umożliwia wyposażenie personelu medycznego w kompetencje zawodowe związane ze specjalizacją medyczną. Jednakże oprócz kształcenia stricte zawodowego (medycznego), pozostałe aspekty pracy zawodowej są realizowane w minimalnym zakresie lub wcale. Przez co personel medyczny w stopniu minimalnym wyposażony jest w inne

[163] https://www.projektgamma.pl/strefa-wiedzy/artykuly-eksperckie/podstawowe-rodzaje-kompetencji-pracownikow.

rodzaje kompetencji, społeczne czy menedżerskie, niezbędne do skutecznego realizowania zadań i wypełniania roli kierowniczej w szpitalach. Oba rodzaje kompetencji trudno rozdzielić i wprowadzać gradację, są równie ważne dla sprawności organizacyjne. W zakresie kompetencji menedżerskich (i społecznych) najważniejsze są wiedza specjalistyczna (przypisana do stanowiska kierowniczego) oraz umiejętności interpersonalne, negocjacyjne, kreowanie relacji, rozwiązywanie konfliktów, umiejętność funkcjonowania w sytuacjach stresogennych. Można powyższe składowe kompetencji uzupełniać na dwa sposoby. Pierwszy polega na zdobywaniu doświadczenia zawodowego w trakcie piastowania stanowiska kierowniczego, ale działania te polegają na nauce na własnych błędach i szukaniu rozwiązań. Czas na to poświęcony opóźnia podejmowanie decyzji, co w konsekwencji powoduje, że traci na tym organizacja, która przez to jest mniej elastyczna w otoczeniu. Z kolei drugie rozwiązanie dotyczy rozwoju kompetencji poprzez uczestnictwo personelu medycznego, który zajmuje, bądź w najbliższym czasie będzie pełnić funkcje kierownicze, w szkoleniach w formie treningu interpersonalnego, studiów podyplomowych, *case studies*, wyjazdów studyjnych realizowanych w formie metody benchmarkingowej czy też innych form pogłębiających wiedzę oraz umiejętności społeczne i interpersonalne.

Budowanie, dysponowanie oraz pobudzanie zespołu do zadań wymaga od kierownika wiedzy teoretycznej, którą należy wzmocnić o wiedzę praktyczną. W przypadku niektórych stanowisk pracowniczych (pracowników z grupy technicznej) wymagana jest tylko wiedza użytkowa uzupełniona o proste umiejętności zawodowe. Z kolei zawody specjalistyczne, do których zalicza się zarówno zawody z grupy medycznej, jak i zarządczej, wymagają wysokich kompetencji. To zjawisko leży u podstaw trudności wywiązywania się pracowników medycznych z roli kierowniczej. Lekarze oraz pielęgniarki dogłębnie doskonalą kompetencje medyczne, wynika to z wykonywanego zawodu oraz realizowanych zadań na zajmowanym stanowisku pracy. Jednocześnie lekceważą bądź nie dostrzegają potrzeby doskonalenia kompetencji menedżerskich. Może to wynikać z dużych obciążeń dotyczących obowiązków związanych z podstawową profesją bądź zadowolenia z wykonywanego zawodu i braku potrzeby w realizowaniu się w roli kierowniczej.

1.5. Rozważania w zakresie kompetencji menedżerskich

W tym podrozdziale oprócz rozważań nad kompetencjami interpersonalnymi personelu medycznego przydatnych na stanowisku pracy, autorzy przedstawili również kompetencje progowe, pożądane bądź oczekiwane na stanowiskach menedżerskich.

Stopień realizacji celów przedsiębiorstwa stanowi rezultat działań kierownictwa w zakresie wykorzystania posiadanych zasobów, przestrzegania obowiązujących procedur, kształtowania

zależności zarówno pomiędzy poszczególnymi elementami organizacji, jak również między organizacją a uczestnikami otoczenia[164].

Zarządzane w sposób nieprawidłowy kompetencje pracowników wpływają na obniżenie sprawności organizacyjnej przedsiębiorstwa. W takim ujęciu ważnym czynnikiem determinującym poziom potencjału sprawnościowego organizacji są kompetencje kadry zarządzającej.

Co do rozważań prowadzonych przez różnych badaczy, pracownicy powinni być wyposażeni w następujące interpersonalne walory: kreatywność wspartą działaniem ukierunkowanym na inicjatywę, przedsiębiorczość, zaradność, skuteczność w działaniu, samodzielność, odpowiedzialność, efektywność, umiejętność i chęć pracy w zespole, a także w zespołach interdyscyplinarnych[165].

W literaturze przedmiotu prezentowane są różne zestawy kompetencji, które można uznać za standardowe katalogi, pomocne przy projektowaniu zestawów kompetencji dla określonych konkretnych organizacji, stanowisk, zawodów, ról itp.

Autorzy postrzegają sprawność organizacyjną jako stan bycia w gotowości przedsiębiorstwa, czyli zasobu ludzkiego, infrastrukturalnego, finansowego oraz innych jego składowych w celu optymalnego wykorzystania szans pojawiających się w zmiennym otoczeniu, w którym organizacja funkcjonuje.

Menedżer w nowoczesnym przedsiębiorstwie zgodnie z przypisanymi funkcjami zarządzania jest nie tylko odpowiedzialny za planowanie czy organizowania, lecz również za politykę personalną, zarządzanie informacją i wiedzą, zarządzanie finansami organizacji, zarządzanie zadaniami, marketing i public relations, negocjacje, kontrolę czy też współdziałanie i wspomaganie merytorycznie, psychologicznie pracowników w realizowanych zadaniach[166].

Jedną z najczęściej przytaczanych klasyfikacji niezbędnych zdolności usprawniających pełnienie ról i funkcji menedżerskich w organizacjach jest typologia umiejętności kierowniczych zdefiniowana przez R.L Katza[167].

Od kadry zarządzającej wymaga się zespołu cech, które mają wspomagać, uskuteczniać i wdrażać pomysły wynikające z wiedzy i umiejętności menedżerskich w zarządzaniu organizacją.

Rozważania R. L. Katza są rozwinięciem klasyfikacji typologii umiejętności kierowniczych zaproponowanych przez H. Fayola, który jako pierwszy stwierdził, że pełnienie roli kierownika

---

[164] A. Mazurkiewicz, *Sprawność działania – interpretacja teoretyczna pojęcia*, [w:] Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy, Nr 20/2011, s. 47.

[165] M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 76-77.

[166] A. K. Koźmiński, D. Jemielniak, *Zarządzanie od podstaw*, Warszawa 2008.

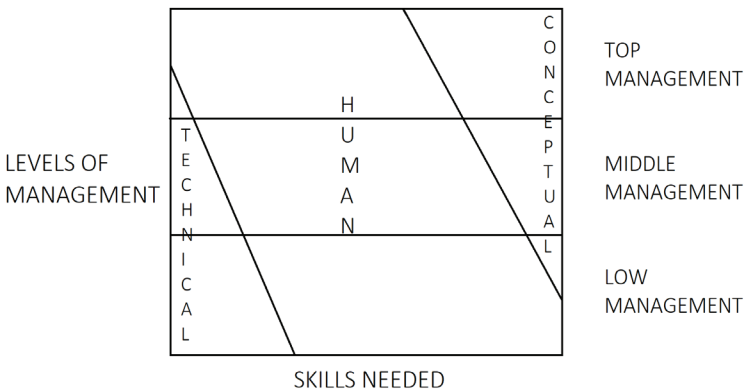
[167] R. L. Katz, *Skills of an effective administrator*, Harvard Business Review, 52 (5) 1974, s. 90-102.

można się nauczyć. Jego poprzednicy twierdzili, że jest to umiejętność wrodzona. Według H. Fayola kierownicy pracują z ludźmi i przez ludzi[168].

Warto dodać, że H. Fayol swoją koncepcję funkcji zarządzania powiązał z pożądanymi uzdolnieniami kierowniczymi na poszczególnych szczeblach hierarchii organizacyjnej i opracował na tej podstawie model wymagań i umiejętności kierowniczych w organizacji. Opracował również 14 zasad zarządzania, którymi sam skutecznie posługiwał się w praktyce kierowniczej[169].

R. L. Katz wyróżnił trzy podstawowe rodzaje umiejętności, które są potrzebne wszystkim kierownikom do skutecznego działania na różnych poziomach kierowania organizacją. Są to:

- Umiejętności techniczne, określające zdolność posługiwania się narzędziami, metodami i technologią w określonej specjalności Kierownikowi są one potrzebne w takim stopniu, aby poradził sobie z "mechaniką" zadania, za które odpowiada.
- Umiejętności społeczne, przejawiające się w zdolności do współpracy z innymi ludźmi, rozumienia ich i motywowania.
- Umiejętności koncepcyjne, określane jako umysłowe zdolności koordynacji oraz integrowania wszystkich interesów i działalności organizacji. Każdemu kierownikowi umiejętności koncepcyjne potrzebne są w stopniu umożliwiającym mu dostrzeżenie wzajemnych związków między różnymi czynnikami danej sytuacji, tak aby podjęte przez niego działania najlepiej służyły interesom całej organizacji[170].



Ilustracja 1. Zarządzanie umiejętnościami na trzech poziomach zarządzania
Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. L. Katz, Skills of an effective administrator, Harvard Business Review, 52 (5) 1974, s. 90-102; P. Hersey, K. H. Blanchard, Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1982.

[168] H. Fayol, *Critical Evaluations in Business and Management*, Routledge, London and New York 2002, s. 50-54.

[169] J.A.F. Stoner, C. Wankel, *Kierowanie*, PWN, Warszawa 1994, s. 55-56.

[170] M. Dołhacz, J. Fudaliński, M. Kosała, H. Smutek, *Podstawy zarządzania. Koncepcje – strategie – zastosowania*, PWN, Warszawa 2006.

W tym modelu w zależności od szczebla (poziomu) zarządzania zmienia się waga poszczególnych kompetencji. Na najniższym szczeblu hierarchii kierowniczej zwanych menedżerami pierwszej linii[171] najistotniejsze są kompetencje techniczne. Ich zakres odpowiednio ulega zmniejszeniu na wyższych poziomach zarządzania. Kompetencje społeczne oczywiście są istotne na każdym poziomie, natomiast największy zakres kompetencji konceptualnych wymagany jest u menedżerów kierujących organizacją. Na wyższych poziomach zarządzania, na stanowiskach menedżera najwyższego szczebla[172] zwanych również top management[173], istotnego znaczenia nabierają umiejętności dotyczące współpracy z otoczeniem, stosunków międzyludzkich, sprawności organizacyjnych, umiejętności szerokiego myślenia koncepcyjnego[174]. P. Drucker zmodyfikował definicję menedżera z podziałem na 3 poziomy zarządzania w 1950 roku[175]. Poziom menedżera średniego szczebla (middle management) jest formułą pośrednią dla menedżerów I i III szczebla organizacyjnego.

Zazwyczaj menedżerowie pełnią rolę reprezentacyjną, interpersonalną i decyzyjną[176]. Przedstawione role wymagają od menedżera odpowiednich umiejętności pozwalających na sprawną ich realizację. Menedżerowie muszą również dostosować się do sytuacji, umieć dawać sobie radę w różnych rolach. Role te ulegają ciągłemu poszerzeniu i wzbogaceniu, stają się bardziej aktywne i kreatywne. Oczywisty jest fakt, że najważniejsze są role decyzyjne. Najistotniejszą cechą kompetencji menedżera jest sztuka podejmowania trafnych decyzji[177].

Do kompetencji technicznych R. L. Katz zalicza przede wszystkim wiedzę specjalistyczną z własnej dziedziny, wiedzę o metodach pracy, procesach produkcyjnych, procedurach i technologiach. Dodatkowo włączał do tej kategorii wszelkie umiejętności związane z wykorzystaniem narzędzi i wyposażenia technicznego. Wiedza i umiejętności z tego zakresu są, zdaniem Katza, potrzebne do bieżącego działania, rozwiązywania technicznych problemów, wydawania specjalistycznych decyzji oraz wspierania mniej doświadczonych pracowników[178].

---

[171] R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2017, s. 14.

[172] Ibidem, s. 12.

[173] P. Drucker, *Management. Tasks, Responsibilities, Practices*. Routledge, London i New York 1974, s. 17-19.

[174] B. Hysa, P. Kowalczyk, *Kluczowe kompetencje kierowników średniego szczebla administracji samorządowej*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria: Organizacja i zarządzanie, Zeszyt Nr 69/2014, s. 77.

[175] P. Drucker, *Management. Tasks, Responsibilities, Practices*. Routledge, London i New York 1974, s. 17-19.

[176] A. F. Zakrzewska-Bielawska, *Podstawy zarządzania. Teoria i ćwiczenia*, Warszawa 2012.

[177] J. Penc, *Kreatywne kierowanie*, Warszawa 2000, s. 191.

[178] G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami: perspektywa firmowa i osobista*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 91.

Trzy zestawy kompetencji mają fundamentalne znaczenie dla skuteczności menedżera. Kompetencje emocjonalne mogą odpowiadać nawet za 75% skuteczności menedżera. Wiąże się to z zarządzaniem sobą i swoimi relacjami z innymi[179].

- Menedżerowie, którzy są kompetentni emocjonalnie są świadomi siebie, zarządzają własnymi emocjami i wpływem, jaki mają na innych, jak również wywierają wpływ na innych. Tworzą pozytywne, pełne energii środowisko pracy, w którym zarówno oni sami, jak i ludzie, z którymi pracują, są zainspirowani, aby wnieść swój najlepszy wkład.
- Kompetencje konceptualne są niezbędne dla menedżerów, aby rozwijać perspektywę na to, co dzieje się wokół nich i dokąd chcą zmierzać. Pozwala im to dostrzec wzorce działania, wyłaniające się trendy i sposoby reagowania na nie. Kompetencje konceptualne są podstawowym wymogiem tworzenia kontekstu dla zmian.
- Natomiast kompetencje techniczne gwarantują, że menedżerowie stosują swoją wiedzę merytoryczną/techniczną w sposób, który przynosi korzyści ich grupie roboczej i organizacji jako całości. Wiąże się to z dzieleniem się wiedzą i budowaniem sieci wiedzy, a także rozwijanie siebie i innych.

Kompetencje społeczne (interpersonalne) określane są jako grupa umiejętności określonego zachowania się w relacjach wewnątrz organizacji (uwzględnia się kulturę organizacyjną) oraz w relacjach zewnętrznych z otoczeniem (w ujęciu indywidualnym oraz instytucjonalnym). Zakres tych umiejętności ukierunkowany był na: zdolność kreowania relacji, współdziałania, empatii, postaw i motywowania innych osób, jak również wrażliwości i umiejętności komunikowania się, a także umiejętności dyplomatyczno-negocjacyjnych.

Kompetencje społeczne to klucz do zarządzania relacjami z podwładnymi, współpracownikami, przełożonymi, czy też z klientami organizacji[180].

Wśród kompetencji koncepcyjnych R. L. Katz wymienił przede wszystkim zdolności poznawcze, które mają zastosowanie w syntezie i analizie danych oraz informacji, na fundamencie, których kreowana jest wiedza[181]. Dodatkowo umiejętności wyciągania wniosków, interpretowania z wykorzystaniem metod statystycznych oraz autorskich, jak również twórczego rozwiązywania problemów i podejmowania trafnych decyzji. Istotna była także zdolność antycypowania zmian, dostrzegania w otoczeniu szans na podbudowie stworzonych wcześniej mocnych stron przedsiębiorstwa i na ich fundamencie budowania planów działania. Umiejętności koncepcyjne

---

[179] *Profile of an effective manager for Managerial Excellence in the United Nations*, Office of Human Resources Management, 2018, s. 3.

[180] Ibidem.

[181] red. P. Reason, H. Bradbury, *Handbook of Action Research: Concise Paperback Edition*, SAGE Populations, London 2006, s. 195-198.

są niezbędne do formułowania strategii działania i jej wdrażania, zachodzą dwie funkcje zarządzania odpowiednio planowania i organizowania.

Do grupy kompetencji technicznych zalicza się:

- doskonalenie samoświadomości, umiejętność identyfikacji oraz formułowania własnych wartości i priorytetów, jak również umiejętność zastosowania tej wiedzy w praktyce, czyli nie liczyć się tylko to co wiesz, lecz również jak to wdrożyć,
- umiejętność kierowania stresem, określania czynników stresogennych i ich eliminowania, zdolność do kierowania czasem i delegowania uprawnień,
- umiejętność twórczego rozwiązywania problemów, myślenia kreatywnego, tworzenia napięcia innowacyjnego u innych.

Kompetencje społeczne (interpersonalne) składają się z następujących umiejętności:

- umiejętność podtrzymującego komunikowania się, efektywnego mówienia i słuchania, doskonalenia innych, czyli cech przydatnych w budowaniu sprawnego procesu komunikowania się,
- umiejętność posługiwania się wpływem społecznym, przekazywania swojego autorytetu innym,
- umiejętność motywowania innych,
- umiejętność kierowania konfliktem.

Powyższe grupy określa się jako umiejętności osobiste oraz umiejętności na poziomie taktyczno-funkcjonalnym. Oprócz tych dwóch grup istnieje jeszcze jeden typ, czyli umiejętności strategiczne.

Szczegółowy obraz kompetencji strategicznych określił H. H. Hinterhuber. Posłużył się on opracowanym przez siebie modelem zarządzania strategicznego, na który składa się siedem elementów: wizja, polityka, strategie, instrukcje funkcjonalne, organizacja, plan działania i strategicznej kontroli, kultura[182].

A. Pocztowski akcentuje trzy role naczelnego kierownictwa w zakresie strategicznego ZZL. Po pierwsze, wizjonera, kierownicy mają tak szeroką wizję rozwoju firmy jak nikt inny w organizacji. Po drugie, architekta, kierownicy transportują wizję na ciąg procesów i odpowiednie struktury. I po trzecie, promotora, związana z łatwością do inspirowania, inicjowania i forsowania określonej polityki kierunków zmian[183].

---

[182] H. H. Hinterhuber, *Strategische Unternehmensführung*, De Gruyter, Berlin-New York 2004, s.5-9.

[183] A. Pocztowski, *Rola naczelnego kierownictwa, kierownika ds. personalnych i kierowników liniowych w strategicznym zarządzaniu zasobami ludzkimi*, [w:] Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi, PFPK, Warszawa 2000.

C. McCauley wyposaża kadrę zarządzającą w zbiór kompetencji, na który składa się szesnaście cech. Pracownik piastujący funkcje kierownicze powinien:

- posiadać wiele zdolności w zakresie umiejętnego dostosowania się do zmieniających się i często niepewnych okoliczności czy też warunków bądź sytuacji; jednocześnie myśleć strategicznie i podejmować pod presją właściwe decyzje oraz organizować złożone systemy pracy i dobierać elastyczne sposoby rozwiązywania problemów, jak również sprawnie pracować z kadrami wysokiego szczebla w celu zajmowania się złożonymi problemami zarządzania;
- robić to, co należy, czyli mieć świadomość, umiejętność koncentrowania się na trudnościach, podejmować się tego, co konieczne, wiedzieć, co jest niezbędne w pierwszej kolejności, umieć pracować sam i potrafić nauczyć innych, jeśli zajdzie taka potrzeba;
- umieć kierować podwładnymi w ten sposób, aby skutecznie delegować na podwładnych zadania, uprawnienia i odpowiedzialność, zapewnić im szerokie możliwości działania i sprawiedliwie postępować wobec podwładnych;
- szybko się uczyć, czyli umieć w sposób ekspresowy opanowywać nowe umiejętności zawodowe, ale również edukować się w sposób ciągły i systematyczny;
- posiadać zdolności do podejmowania decyzji. W licznych złożonych sytuacjach zarządzana preferować raczej szybkie i przybliżone niż powolne i precyzyjne działania;
- tworzyć sprzyjający klimat dla rozwoju współpracowników poprzez podejmowanie różnych przedsięwzięć w celu ułatwiania rozwoju podwładnych;
- kierować uwagę podwładnych na problemy. W ramach tej kompetencji dyrektor powinien umieć działać w sposób zdecydowany i bezstronny, szczególnie gdy chodzi o powierzanie problemów podwładnym;
- być ukierunkowany na pracę zespołową, a więc wykonywać swoją pracę i równolegle kierować pracą podwładnych;
- rekrutować utalentowanych współpracowników poprzez pozyskiwanie zdolnych pracowników dla swojego zespołu;
- tworzyć lub przywracać dobre stosunki z innymi; cecha ta pozwala dostrzegać, w jaki sposób należy tworzyć i utrzymywać stosunki zawodowe ze współpracownikami i grupami zewnętrznymi; umieć rozmawiać i rozstrzygać problemy pracy bez zrażania ludzi oraz rozumieć innych i uzyskać ich współdziałanie w relacjach niehierarchicznych;
- być wyrozumiałym i wrażliwym szefem, który wykazuje szczere zainteresowanie innymi oraz wrażliwość na potrzeby podwładnych;

- stawiać czoło trudnościom i problemom z zimną krwią poprzez bycie zdecydowanym, liczyć się z opiniami opartymi na faktach i nie potępiać innych za ich błędy, jak również umieć wybrnąć z kłopotliwych sytuacji;
- utrzymywać równowagę między pracą a życiem prywatnym. Jest to cecha, która pozwala stworzyć i utrzymać równowagę między priorytetami zawodowymi a priorytetami życia osobistego, zależnymi od priorytetów rodzinnych. Żadne z nich nie powinny być zaniedbywane i nie przeważać, a stanowić jednolitą całość;
- znać samego siebie, czyli posiadać dokładne rozeznanie swoich silnych i słabych stron oraz być gotowym je doskonalić;
- pozostawiać ludziom swobodę działania poprzez bycie kierownikiem serdecznym i wykazywać się poczuciem humoru, aczkolwiek wymagającym;
- działać elastycznie, oprzeć się na akceptowaniu zachowań, które często są postrzegane jako odmienne od powszechnie przyjętych. Być osobą jednocześnie twardą i współczującą oraz umiejętnie kierować i umożliwiać kierowanie innym[184].

W kolejnych latach klasyfikacja R. L. Katza była uzupełniana przez innych badaczy w sferze zarządzania. Uzupełnili oni składowe umiejętności zarządzania o następujące formy: umiejętności komunikacyjne, umiejętności decyzyjne (odpowiedzialności za przedsiębiorstwo oraz ludzi). Należy podkreślić, że umiejętności techniczne skoncentrowane są na rzeczach, elementach materialnych, społeczne i komunikacyjne na ludziach, z kolei konceptualne i decyzyjne na ideach, czyli strategii działania organizacji[185].

Dodatkowo jeszcze R. W. Griffin oprócz komunikowania się i umiejętności decyzyjnych, wskazał na umiejętność gospodarowania czasem, związana z znajomością metod i ich wdrażaniu w praktyce, ustalaniem priorytetów, delegowania zadań i uprawnień w zespole[186]. Istotna była także zdolność przewidywania zmian, dostrzegania szans budowania planów działania.

I. H. Ansoff i E. J. McDonnell w grupie umiejętności kierowniczych wyodrębniają trzy podgrupy [187]:

- Umiejętności ogólnokierownicze odnoszące się do kierowania przedsiębiorstwem jako całym organizmem. Są one charakteryzowane za pomocą takich cech jak: sposób rozwiązywania problemów, cechy przywódcze, informacje osiągalne dla kierownictwa, struktura organizacyjna, sposoby analizowania otoczenia, system zarządzania, narzędzia usprawniające

[184] C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997, s. 97-99.

[185] R. N. Lussier, D. C. Kimball, *Applied Sport Management Skills*, Human Kinetics, Champaign, Illinois 2014, s. 8-9.

[186] R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2004, s. 19-22.

[187] D. Hussey, *Strategic Management form theory to implementation*, Butterworth, Oxford 1998, s. 459.

rozwiązywanie problemów, przy czym dla każdej z organizacji istnieje taka kombinacja cech kompetencji, która jest najbardziej skuteczna w osiąganiu celu organizacji.

- Kompetencje logistyczne rozumiane są jako zdolność wykonywania działań, w wyniku których realizowana jest "myśl przewodnia organizacji".
- Kompetencje strategiczne są ważne w określaniu skuteczności oraz efektywności działań organizacyjnych.

Według P. Druckera bycie menedżerem oznacza ponoszenie odpowiedzialności za wyniki przedsiębiorstwa[188].

Według Druckera bycie menedżerem oznacza ponoszenie odpowiedzialności za wyniki przedsiębiorstwa. Cele działania kierownika powinny być określane przez wkład, jaki musi on wnieść do organizacji, której jest częścią[189].

Diagnoza kompetencji pracownika ma na celu ustalenie obecnie posiadanych i/lub potencjalnie możliwych do osiągnięcia przez pracownika kompetencji niezbędnych do skutecznego, efektywnego i jakościowo odpowiedniego osiągania celów i realizacji zadań. Badanie kompetencji powinno się odbywać z wyraźnym wskazaniem i zdefiniowaniem poszczególnych komponentów kompetencji, a w szczególności:

- wiedzy w potocznym rozumieniu (wiedza deklaratywna, czyli wiem co);
- umiejętności (wiedza proceduralna, wiem jak i potrafię to wykonać);
- postaw zachowań (chcę i jestem gotów wykorzystać swoją wiedzę)[190].

Podobne badania były prowadzone w USA w 1996 roku w 126 organizacjach. Pozwoliło to na zidentyfikowanie 10 najbardziej typowych pożądanych zachowań oczekiwanych od pracowników na stanowiskach kierowniczych. Wyniki badań zostały przedstawione w czasopiśmie „Competency". Do cech zaliczono: komunikację, orientację na osiągnięcie wyniku, koncentrację na kliencie, pracę zespołową, przywództwo, planowanie i organizowanie, świadomość biznesową, elastyczność/umiejętność przystosowywania się, stymulowanie rozwoju innych ludzi, dostrzeganie i rozwiązywanie problemów[191].

A. B. Escrig-Tena oraz J. C. Bon-Llusar proponują listę uniwersalnych kompetencji dla kadry zarządzającej organizacjami. W skład wchodzą:

- przywództwo;
- właściwe wykorzystanie otoczenia organizacji;
- budowanie *know-how*;

---

[188] P. Drucker, *Praktyka zarządzania*, Wyd. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 1998, s. 146-147.

[189] P. Drucker, *Management. Tasks, Responsibilities, Practices*. Routledge, London i New York 1974, s. 17-19.

[190] M. Kossowska, I. Sołtysińska, *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 14.

[191] M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 248.

- rozwijanie umiejętności kooperacji zewnętrznej;
- tworzenie „zespołowego umysłu”;
- stymulowanie procesu uczenia się organizacji;
- zapewnianie szybkości i elastyczności w projektowaniu nowych produktów;
- budowanie reputacji firmy[192].

Inna przedstawiona propozycja, autorstwa M. Amstronga, zakłada, że kadra zarządzająca powinna być wyposażona w 12 cech przydatnych na wysokich stanowiskach kierowniczych. Są to:

- decyzyjność;
- przywództwo;
- integralność, tworzenie więzów w organizacji;
- entuzjazm;
- gotowość do ciężkiej pracy;
- umiejętności analityczne;
- umiejętność dostosowywania się do zmian;
- umiejętność wychodzenia z nieprzyjemnych sytuacji;
- gotowość do podejmowania ryzyka;
- umiejętność wychodzenia z trudnych sytuacji;
- wyobraźnia;
- empatia;
- umiejętność zażegnywania konfliktów[193].

Badania kompetencji interpersonalnych przeprowadzone przez N. Rankina w 2002 roku pozwoliły zidentyfikować najpopularniejsze kompetencje z tej grupy. Wykonana przez niego analiza systemów kompetencyjnych wykazała 443 kompetencje, spośród których wybrano najpopularniejsze (pojawiające się co najmniej w 18% badanych organizacji)[194].

Zgodnie z wynikami badań ustalono grupę umiejętności społecznych i interpersonalnych przypisanych dyrektorom przedsiębiorstw rynkowych. Są to: orientacja na pracę zespołową, komunikatywność, skupienie się na kliencie, zarządzanie ludźmi, orientacja na wyniki, umiejętność rozwiązywania problemów, świadomość biznesowa, podejmowanie decyzji, umiejętności techniczne, stymulowanie rozwoju innych ludzi, inicjatywa, kreatywność, umiejętność perswazji i wpływania na innych, ukierunkowanie na jakość, umiejętność nawiązania relacji, orientacja

---

[192] A. B. Escrig-Tena, J. C. Bon_Llusar, *A Model for Evaluating Organizational Competencies: An Application in Context of a Quality Management Initiative*, “Decision Sience”, 2005,Vol. 36, No. 2, s. 221-255.

[193] M. Armstrong, *A Handbook of Human Resorce Management*, Billings and SONS Limited, Worcester 1990, s. 85.

[194] N. Rankin, *Raising performance through people: the ninth competency survey*, “Competency and Emotional Intelligence”, January, s. 2-21.

na zmianę, zarządzanie informacjami, zdolności interpersonalne, orientacja strategiczna, samodoskonalenie (czyli ciągłe uczenie się), zaangażowanie, asertywność i wiara we własne możliwości[195].

M. Armstrong proponuje uniwersalną listę kompetencji w kontekście różnicowania skuteczności działania. Są to następujące umiejętności: myślenie twórcze (zdolność do innowacji), myślenie strategiczne, relacje interpersonalne, siła osobista, wpływ na wyniki, zarządzanie zespołem i przywództwo, zdecydowanie, zdolności analityczne, zdolności komunikowania się, zdolność przystosowywania się i radzenia sobie w obliczu zmian i pod presją, zmysł handlowy[196].

Według R. M. Epstein'a, E. Hundert'a do priorytetowych kompetencji należy zaliczyć następujące składowe: przywództwo, planowanie i organizowanie, świadomość biznesową, komunikację, pracę zespołową, przystosowanie się, orientację na osiągane wyniki, skupienie na kliencie, umiejętność stymulowania rozwoju innych ludzi, umiejętność rozwiązywania problemów[197].

Natomiast T. Oleksyn w kontekście pracowników wyższego szczebla wymienia następujący zestaw uniwersalnych kompetencji w każdej organizacji: decyzyjność, elastyczność i adaptacyjność, kulturę osobistą, odpowiedzialność, profesjonalizm merytoryczny (wiedza i umiejętności fachowe), jak i profesjonalizm formalny (dyspozycyjność, dyscyplina), samodzielność, siłę osobistą, ambicję, uczciwość, prawość i lojalność oraz zdolność do współpracy i komunikowania się[198].

V. Dulewicz prezentuje inne stanowisko, zestawia bowiem listę superkompetencji składających się z grupy umiejętności zaliczanych do kompetencji intelektualnych do których zaliczamy: z perspektywy strategicznej – myślenie strategiczne, analizę, ocenę, syntezę – zdolności analityczne, umiejętność identyfikowania i rozwiązywania problemów, planowanie, organizowanie, kontrolowanie, otwartość umysłu, myślenie twórcze, kreatywność i innowacyjność. Do drugiej grupy należą kompetencje interpersonalne: kierowanie współpracownikami, umiejętność przekonywania, umiejętność decydowania, wrażliwość na sprawy dotyczące stosunków międzyludzkich, komunikacja werbalna. Do trzeciej grupy można zaliczyć: energię i inicjatywę, ambicję, pragnienie osiągnięcia sukcesu, zmysł przedsiębiorczości (określający osobę, która umie załatwić różnorodne sprawy i ma inicjatywę oraz energię, jest kreatywna, pomysłowa, zaradna czy też rzutka). Kolejną grupę umiejętności tworzą: orientacja biznesowa stanowiąca o zdolności i umiejętności do robienia interesów, nawiązywania kontaktów i takich relacji z innymi podmiotami, które prowadzą do osiągnięcia wymiernych korzyści biznesowych, koncentracja na kliencie i jego

---

[195] M. Armstrong, *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 155.
[196] Ibidem, s. 264.
[197] R. M. Epstein, E. Hundert, *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA, 2002.
[198] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 30.

potrzebach. Istotna jest także zdolność do adaptacji, czyli elastyczność związana z dostosowaniem się i rozwojem osobistym każdego pracownika[199].

Jeszcze inne składowe kompetencji wyróżniają G. C. Thornton i W. C. Byham. Do uniwersalnej listy kompetencji dla wyższych kadr kierowniczych zaliczane są według nich:

- zdolności analityczne i twórcze, w skład których wchodzą takie umiejętności, jak identyfikacja, analiza i rozwiązywanie problemów organizacyjnych, a także wykrywanie problemów organizacyjnych, zmysł analizy, kreatywność, wytrwałość, umiejętność oceniania oraz wiedza techniczna i zawodowa;
- zdolności kierownicze składające się z umiejętności planowania, organizowania, motywowania, kontrolowania, jak również delegowanie zadań, uprawnień, odpowiedzialności oraz umiejętności podejmowania decyzji i ryzyka;
- zdolności komunikacyjne, czyli takie cechy, jak: prezentacja werbalna, komunikacja werbalna oraz komunikacja pisemna;
- jedną z ważniejszych grup cech kadry zarządzającej są zdolności przywódcze, w skład których zalicza się: rozwój podwładnych, wrażliwość na problemy ludzi, wpływ na jednostkę i grupę, czyli dar przekonywania, umiejętność prowadzenia negocjacji, tolerancję, ufność, życzliwość, słuchanie innych, osobowość, autorytet, charyzmę, wzbudzanie zaufania[200].

Można spotkać się również z ogólnym a jakże prawdziwym stwierdzeniem. Wszyscy menedżerowie są liderami, ale to nie jest prawda, ponieważ niektórzy menedżerowie nie sprawują przywództwa, a niektórzy ludzie przewodzą, nie mając a niektórzy przewodzą, nie zajmując żadnych stanowisk kierowniczych. W związku z tym, istnieje ciągła kontrowersja dotycząca różnicy między liderami a menedżerami[201].

Kolejny zbiór umiejętności interpersonalnych, które powinny znaleźć się w profilu kompetencyjnym każdej osoby pełniącej funkcję kierowniczą zaproponował L. Coppee tworząc siatkę analityczną. Składają się na nią charakterystyczne cechy własne, które można określić jako tzw. siłę osobistą:

- podejście do problemów naznaczone zdolnością analizowania i syntetyzowania;
- umiejętności działania, czyli zdolności do podejmowania decyzji, doboru sposobów i środków dostosowanych do celów i ważności problemów;
- samoopanowanie nawiązujące do równowagi emocjonalnej i pewności siebie, odporności nerwowej i zdolności do wyciągania wniosków;

---

[199] V. Dulewicz, *Performance appraisal and counseling,* [w:] *Assessment and selection in organizations: methods and practices for recruitment and appraisal*, red. P. Herriot, John Wiley and Sons, New York 1989, s. 645-649.

[200] G. C. Thornton, W. C. Byham, *Assessment centers and managerial performance*, Academic Press, New York 1982.

[201] A. Algahtani, *Are Leadership and Management Different? A Review*, Journal of Management Policies and Practices, Published by American Research Institute for Policy Development, Vol. 2, No. 3, pp. 71-82, 2014.

- kolejną grupę stanowią charakterystyczne cechy w stosunkach z innymi pracownikami, polegające na umiejętności współpracy poziomej, a przede wszystkim pionowej. Do tej grupy cech zaliczamy: dyspozycyjność, otwartość na poglądy, opinie, pomysły innych, jak również elastyczność umysłu, przyjmowanie postaw, aby w inspirujący sposób oddziaływać na podwładnych;
- poczucie zespołowego działania związane z zrozumieniem i umiejętnością przekonywania swego zespołu do podjętych decyzji, sprawna koordynacja zespołowego działania;
- poczucie moralności - to cecha subiektywna wynikająca z wyznawanych reguł i zasad moralnych, które nie są uniwersalne. W tej grupie wyróżniamy poszanowanie i lojalność wobec drugiego człowieka, poczucie odpowiedzialności za podjęte zobowiązania i złożone przyrzeczenia;
- postawa, czyli umiejętność zachowania się w organizacji poprzez przyjęcie roli przywódczej;
- umiejętność integrowania z sobą pracowników i w celu realizacji określonego zadania przy wykorzystaniu do tych działań poszanowania organizacji, łatwość włączania się w sieci kompetencji, akceptację norm i systemu wartości organizacji;
- zdolność do przedstawiania propozycji opartych na uznawanych kompetencjach przez współpracowników i przełożonych, świadomość swojej roli i odpowiedzialności wobec organizacji;
- zdolność do reprezentowania przedsiębiorstwa w otoczeniu zewnętrznym oparta na umiejętnościach negocjowania i przedstawiania swojej organizacji na zewnątrz[202].

Kolejna z propozycji zawiera uniwersalne kompetencje kadr kierowniczych opracowane w ramach modelu EDF/GDF. W jego skład wchodzą następujące cechy: zdolność do adaptacji, ambicja, samodzielność, autorytet, zdolność do koncentracji, zdolność do kierowania innymi, zdolność do uogólniania (syntezowania), zaufanie do samego siebie, samokontrola, koordynacja, kreatywność, dyscyplina, energiczność, pisemny sposób wyrażania swoich myśli (ekspresja pisemna), słowny sposób wyrażania swoich myśli (ekspresja werbalna), umiejętność identyfikowania i rozwiązywania problemów, otwartość umysłu, dar przekonywania, umiejętność rozumowania i rozwiązywania problemów, zmysł negocjacyjny, wrażliwość społeczna, zdolność do współdziałania w grupie, tolerancja[203].

Na podstawie przytoczonych rozważań przy uwzględnieniu specyfiki funkcji kierowniczej pełnionej przez personel medyczny autorzy zaproponowali uzupełnić wcześniejszą zbiorowość

---

[202] F. Lenglart, *L'essentiel du Management par les meilleurs professeurs,* [w:] *Management et risque juridique du dirigeant,* Editions d'Organisation, MBA, Paris 2005, s. 473-492.

[203] C. Levy-Leboyer , *Kierowanie kompetencjami*, Poltext, Warszawa 1997, s. 33-34.

kompetencji o tzw. *leadership skills*, czyli zdolności przywódcze, jako cechę spajającą szeroki zakres umiejętności menedżerskich wymaganych od kadry zarządzającej.

1.6. Wieloaspektowość kompetencji w systemie ochrony zdrowia

W ramach systemu ochrony zdrowia funkcjonuje wiele zróżnicowanych podmiotów usługowych, należą do nich m.in. gabinety, praktyki lekarskie, kliniki, apteki czy też szpitale.

Pracownicy zatrudnieni w podmiotach leczniczych doskonalą swoje kompetencje zawodowe ze względu na przyrost wiedzy zawodowej w naukach medycznych, rozwój technologiczny w zakresie sprzętu medycznego, rosnące oczekiwania pacjentów i, co ważniejsze, wymogi formalno-prawne określane przez Ministerstwo Zdrowia. Czynniki te wymuszają innowacyjne działania personelu medycznego na płaszczyźnie szkoleniowej.

Głównym zadaniem zarządzania kompetencjami w organizacji jest zapewnienie potrzebnych *portfeli kompetencji*, pozwalających osiągnąć cele, do których ona dąży[204]. Odwołując się do rozwoju kompetencji, wielu specjalistów od zarządzania zachęca, aby traktować ten proces jako element strategii oddziaływania na całe otoczenie wewnętrzne podmiotu leczniczego w koherencji z otoczeniem zewnętrznym.

Przedsiębiorstwo stanowi jednostkę gospodarczą będącą m.in. określoną formą aktywności ludzkiej. W odbywających się w nim procesach wytwórczych bądź też usługowych uczestniczą – oprócz zasobów rzeczowych, finansowych i informacyjnych – członkowie organizacji, zespoły ludzkie, a zatem człowiek ze swoją osobowością, wiedzą i umiejętnościami, hierarchią wartości oraz motywami do działania[205].

Już wcześniej autorzy wspomnieli o rosnących wymaganiach kompetencyjnych w stosunku do personelu medycznego. Grupę tę określa się mianem specjalistów z wiedzą wysoce zaawansowaną i umiejętnościami znacznie rozwiniętymi. Wymusiło to wzrost wymagań kwalifikacyjnych wobec personelu pielęgniarskiego. Jednakże w ślad za tym również wzrosły wymagania co do wiedzy i umiejętności. W przypadku tego drugiego czynnika są to wymagania w dużej mierze o charakterze interpersonalnym, społecznym oraz organizacyjnym.

Brak doskonalenia wiedzy w dłuższym czasie prowadzi do dezaktualizowania się wiedzy u każdego pracownika, tym bardziej u specjalistów z zakresu ochrony zdrowia, lekarzy i pielęgniarek. Wysoki poziom świadomości i chęci doskonalenia wiedzy i umiejętności zawodowych u pracowników z obu grup zawodowych, a w szczególności w grupie lekarskiej, może skutkować odpływem niezadowolonej kadry medycznej do innych podmiotów leczniczych w kraju

---

[204] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 205.

[205] M. Gableta, *Istota i znaczenie potencjału pracy w przedsiębiorstwie,* [w:] *Potencjał pracy przedsiębiorstwa*, red. M. Gableta, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 11.

bądź ulokowanych poza granicami Polski. Z badań przeprowadzonych przez zespół badawczy z Instytutu Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk wynika, że lekarze są zainteresowani pogłębianiem kompetencji zawodowych, aczkolwiek w zależności od wieku mają różne podejście do form doskonalenia kompetencji zawodowych[206].

Oprócz kompetencji zawodowych, specyficznych dla funkcji i zajmowanego stanowiska pracy, związanych z działalnością medyczną, nie można pominąć działań zarządczych dotyczących planowania, organizowania, motywowania oraz kontrolowania pracowników czy też zasobów materialnych organizacji szpitalnej. Ujęcie klasyczne jest formułą najbardziej odpowiednią dla szpitali, w których nowoczesne metody zarządzania przelatane są tradycyjnymi mechanizmami organizacji pracy.

* * * * *

Autorzy w pierwszym rozdziale przeprowadzili teoretyczne rozważania w obszarze zarządzania kompetencjami, przybliżając zagadnienie poprzez ukazanie ewolucji pojęcia na przestrzeni kilkudziesięciu lat. W drugim rozdziale rozważania ukierunkowane zostały na przedstawienie i przeanalizowanie wymagań kompetencyjnych od personelu medycznego w organizacjach szpitalnych, zarówno na płaszczyźnie zawodu medycznego, jak również menedżerskiej.

[206] *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje,* Warszawa 2012.

ROZDZIAŁ II
ZARZĄDZANIE KOMPETENCJAMI W SZPITALACH

Pojęcie systemu ochrony zdrowia jest różnorodnie interpretowane. Definicja zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia precyzuje zagadnienie systemu ochrony zdrowia obejmującego wszystkie organizacje, instytucje i zasoby, których podstawowym zadaniem jest podejmowanie działań skierowanych na poprawę, utrzymanie i odbudowę zdrowia społeczeństwa207. W tym pojęciu uwzględniono kluczowe składniki systemu ochrony zdrowia, którymi są: współzależne od siebie składniki, cele realizowane w ramach systemu oraz funkcje wynikające z reguł i zasad.

Tak opisany system ochrony zdrowia odnosi się do ogółu istniejących podmiotów leczniczych[208,209]. Zgodnie z prezentowaną powyżej definicją podstawowym czynnikiem identyfikującym system ochrony zdrowia jest ustalenie jego celu, który jest ukierunkowany na poprawę zdrowia społeczeństwa polskiego[210]. Misją wszystkich podmiotów opieki zdrowotnej jest kompleksowe dbanie o zdrowie poprzez zorganizowany, ciągły proces świadczenia usług. Centralnym elementem funkcjonowania systemu jest pacjent, a służenie ludziom to najważniejsza funkcja każdej organizacji[211].

Oprócz celów zdrowotnych przed systemem ochrony zdrowia stawiane są też inne cele. Są one ważne z punktu widzenia funkcjonowania systemu. Należą do nich: zapewnienie równego dostępu do świadczeń zdrowotnych, uporządkowanie relacji pomiędzy podmiotami prywatnymi i publicznymi, zmniejszenie udziału pacjentów w kosztach leczenia, poprawa infrastruktury ochrony zdrowia oraz wprowadzenie ładu informacyjnego w systemie[212].

Jakość jest ważnym zagadnieniem we współczesnym konkurencyjnym świecie. Wielu świadczeniodawców jednak nadal sobie tego nie uświadamia. Podmioty lecznicze są organizacjami, które powinny być zainteresowane jakością świadczonych usług – gra toczy się o największą z możliwych stawek: życie i zdrowie człowieka. Wiele osób twierdzi, że trudno jest precyzyjnie określić, jaka powinna być jakość świadczonych usług zdrowotnych. Świadczeniodawcy często tłumaczą się skomplikowanym przypadkiem chorobowym, brakiem środków finansowych,

---

[207] Światowa Organizacja Zdrowia, http://www.who.un.org.pl/files/431/WHO%2060%20lat%20broszura.pdf.

[208] Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654.

[209] Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 roku, Dz.U. 2011 Nr 113 poz. 657.

[210] Ministerstwo Zdrowia, Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 roku.

[211] red. M. Kautsch, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 23.

[212] Ministerstwo Zdrowia, Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013.

brakiem motywacji, zmęczeniem. Często jako powód ogólnie panującego bezładu w organizacjach świadczących usługi zdrowotne podaje się „dobro pacjenta”[213].

Zachodzące zmiany w systemie opieki zdrowotnej wymusiły na szpitalach przyjęcie rozwiązań zapożyczonych z przedsiębiorstw komercyjnych. W ten sposób wszystkie nowoczesne rozwiązania, czy to w zakresie struktur organizacyjnych, czy też metod zarządzania sukcesywnie wdrażane są w kolejnych podmiotach leczniczych.

Dopełnieniem tych zmian jest obsada stanowisk kadry menedżerskiej w szpitalach. W podmiotach leczniczych w większości mamy do czynienia ze specjalistami reprezentującymi profesję medyczną. Zarządzanie specjalistami determinuje inne zadania stawiane przed menedżerami w szpitalach, którzy ani nie muszą kontrolować procesu leczenia, czy też nie organizować pracy. Bardziej wskazane jest planowanie i wspomaganie procesu pracy przez kadrę zarządzającą. I właśnie dobór kadry ze względu na pożądane kompetencje, jest najbardziej problematycznym aspektem w organizacji działań wewnętrznych w szpitalach. W niniejszym rozdziale autorzy zaprezentowali szpital na płaszczyźnie organizacyjno-zarządczej, w celu przybliżenia uwarunkowań wewnętrznych, które stanowią fundament sprawnego funkcjonowania podmiotu leczniczego.

Organizacja szpitalna jest przedsiębiorstwem, w którym najważniejszą składową są ludzie a w szczególności przejawiane przez nich kompetencje. Charakter działalności warunkuje zatrudnianie specjalistów z zakresu medycyny oraz z innych obszarów wiedzy.

Zarządzanie kompetencjami w szpitalach wymusza uwzględnienie różnorakich uwarunkowań, zarówno na poziomie systemowym ze względu na ograniczoną „produktywność” systemu kształcenia kadry medycznej, co skutkuje rosnącym deficytem w zawodach medycznych. Kulturę organizacyjną ze względu na tożsamą dla wszystkich podmiotów leczniczych strukturę zatrudnienia i aspekt społeczny, należy również rozważać na poziomie systemowym, a nie organizacyjnym. Składają się na nią normy społeczne i wartości wyznawane w szpitalach, co przekłada się na zachowania oraz relacje intergrupowe i interpersonalne zachodzące pomiędzy pracownikami, w szczególności personelem medycznym a pomocniczym czy też zarządem a pozostałymi pracownikami szpitali.

Na poziomie uwarunkowań organizacyjnych należy wziąć pod uwagę potrzeby ilościowo-jakościowe organizacji w zakresie podaży i popytu pracy, optymalizację struktury organizacyjnej z uwzględnieniem szczebla menedżerskiego.

Szczególnie rola menedżerów w szpitalach jest niedoceniana i często niezauważalna, a przecież kompetencje kadry menedżerskiej skutkują optymalizacją zasobów organizacji oraz procesów zachodzących w organizacjach. Szczególnie jest to ważne dla podmiotów leczniczych,

---

[213] Zob. K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, Zarz*ądzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo fachowe CeDeWu.pl, Warszawa 2005, s. 17-19.

przez które posiadane zasoby organizacji są niewystarczające, aby jednostka sprawnie funkcjonowała.

Istotne jest dostosowanie kompetencji menedżerów na poszczególnych szczeblach organizacji do potrzeb organizacji, przy uwzględnieniu potencjału kompetencyjnego personelu medycznego.

2.1. Organizacje służby zdrowia w systemie zdrowotnym

Istnieje wiele różnych odmian organizacji, tyle ile funkcjonuje przedsiębiorstw na świecie[214]. Dowodzi to różnorodności organizacji i ich odmienności wynikającej z różnych czynników wewnętrznych a przede wszystkim zewnętrznych.

Każdy z nas należy powiązany jest z wieloma instytucjami, z których czerpiemy różne wartości. Mogą to być podmioty, w których pracujemy, uczymy się, niesiemy pomoc (organizacje wolontariacie) czy też rozwijamy się (biblioteka). Niewątpliwie przez całe życie pozostajemy w relacjach z instytucjami ochrony zdrowia, takich jak gabinety lekarskie czy szpitale[215].

Szpital jest systemem pozycji i ról, podzielonych według wyuczonej i uprawianej profesji. Poszczególne pozycje zajmują pracownicy szpitala, a także całe grupy zawodowe, zróżnicowane zależnie od: rodzaju wykonywanych czynności, stopnia odpowiedzialności za wykonywane zadanie, zakresu wymaganej lub dozwolonej inicjatywy w miejscu pracy, stopnia wymaganych kwalifikacji na danym stanowisku, łatwości wymiany pracownika zajmującego dane stanowisko[216].

Szpital jest organizacją oferującą swoim pacjentom wiele usług. Obejmują one całodobową, profesjonalną opiekę medyczną oraz wyżywienie i dach nad głową[217].

Organizacje szpitalne są grupą jednostek organizacyjnych zaliczanych do systemu ochrony zdrowia jako podmioty lecznicze świadczące usługi medyczne, które są zróżnicowane pod względem charakteru, zakresu oraz czasu jej trwania.

Stąd wniosek, że w celu prawidłowego funkcjonowania jednostki, ważne jest maksymalne wykorzystanie potencjału kompetencyjnego pracowników, aby osiągnąć maksymalizację wyniku strategii organizacji szpitalnej.

Każda organizacja jest ustrukturalizowanym systemem społeczno-technicznym[218], w takim wymiarze działają również szpitale, w skład których wchodzą powiązane ze sobą elementy społeczne oraz techniczne.

---

[214] Zob. G. Dessler, *Managing Organization in an era of change*, The Dryden Press, Orlando 1995, s. 206.

[215] Zob. D. L. Anderson, *Organization Development. The process of leading organizational change*, Sage Publications, Thousand Oaks (California) 1999, s. 1.

[216] B. Moskalewicz, *Medycyna jako system społeczny* [w:] Wstęp do socjologii medycyny, red. Antonina Ostrowska, Warszawa 1990, s. 89.

[217] Zob. S. M. Shortell, A. D. Kaluzny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną,* Vesalius, Kraków 2001, s. 379.

[218] Zob. F. Kast, J. Rosenzweig, *Organization and Management*, *A Systems Approach*, Mc Graw Hill, New York 1970, s. 120-121.

Do elementów społecznych zalicza się: pracowników, ich kompetencje, czyli cechy indywidualne (w szczególności wiedzę, umiejętności społeczne, interpersonalne) oraz powiązania pomiędzy nimi. Natomiast wśród elementów technicznych szczególną uwagę należy zwrócić na energię oraz infrastrukturę medyczną szpitali. Każdą organizację skategoryzować można pod względem podsystemów.

L. Krzyżanowski oraz M. Bielski wymieniają pięć podsystemów organizacji:

1. podsystem celów i wartości;
2. podsystem psychospołeczny;
3. podsystem struktury;
4. podsystem techniczny;
5. podsystem zarządzania[219,220].

W organizacjach szpitalnych podsystemy celów oraz wartości są to elementy, na które składają się społeczne misje oraz aksjologiczne uznania tej misji w postaci zidentyfikowanych celów. Mają one służyć nakreśleniu strategicznego wymiaru płaszczyzny na podstawie celów oraz kierunków działań, budując przy tym wartości interpersonalne, takie jak komunikatywność, otwartość, empatię, odpowiedzialność, zaangażowanie, współpracę czy też zaufanie. Podsystem psychospołeczny obejmuje zasięgiem zarówno uczestników organizacji, sieci powiązań między nimi oraz ich postawy, jak i motywację do działania oraz kulturę organizacyjną panującą w instytucji. Kolejny podsystem dotyczący struktury obejmuje swoim oddziaływaniem zasady podziału zadań oraz uprawnień w placówkach. W tym zakresie ważne jest ustalenie struktury organizacyjnej szpitala na podstawie kryterium kompetencyjnego, podziału i pogrupowania stanowisk organizacyjnych i sformalizowanego podziału zadań oraz uprawnień przypisanych do stanowisk pracy. Najważniejsza powinna być odpowiedzialność organizacji szpitalnej zarówno przed jednostką nadrzędną, jak również przed pracownikami oraz pacjentami. Natomiast podsystem techniczny skupiony jest na przygotowaniu jak najlepszych zasobów materialnych oraz kompetencji technicznych pracowników na potrzeby pacjentów. Zwraca się tu szczególną uwagę na: sprzęt medyczny, dostosowanie do świadczenia usług medycznych pomieszczeń oraz całego budynku, jak również zaopatrzenie medyczne i umiejętności techniczne personelu medycznego potrzebne do obsługi zaawansowanych urządzeń przy realizacji świadczeń zdrowotnych. Podsystem zarządzania skupione jest na koordynowaniu pozostałych czterech podsystemów w celu realizacji działań powiązanych ze strategią przyjętą przez szpital.

---

[219] Zob. L. Krzyżanowski, *O podstawach kierowania organizacjami inaczej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1999, s. 28-39.

[220] Zob. M. Bielski, *Organizacje: istota, struktury, procesy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992, s. 86.

We współczesnych systemach zdrowotnych występują więzi o bardzo zróżnicowanym charakterze[221]. Organizację stanowią ludzie oraz kapitał trwały, jeden bez drugiego nie mogą funkcjonować. Tak samo jest w przypadku szpitali, w ramach których tworzone są stanowiska pracy, komórki, działy czy też piony organizacyjne, które są od siebie wzajemnie zależne i pozostają w relacjach bezpośrednich bądź pośrednich.

Relacje warunkujące sprawność organizacyjną nazywane są więzami organizacyjnymi. Najczęściej spotykane więzy organizacyjne to: więzy typu służbowego, funkcjonalnego, technologicznego, informacyjnego[222]. W przypadku systemów zdrowotnych najbardziej powszechne są więzi techniczne[223]. Analizując poszczególne więzi, najpierw poddano diagnozie więź służbową, która ma charakter hierarchiczny wynikający z jednostronnej zależności pracowników od przełożonych, łączy kierowników z ich pracownikami, ma przebieg z góry w dół szczebli organizacyjnych. Więź ta dotyczy przekazywania wytycznych, zadań oraz decyzji na zasadzie bezkrytycznego wywiązywania się z nich przez pracowników szpitala. Natomiast więź funkcjonalna w organizacjach szpitalnych jest odmianą więzi służbowej w ramach funkcji usługowej, finansowej czy też personalnej. Pracownik w tego typu więzi może udzielić drugiemu rady czy też wskazówki, nie jest to równoznaczne z obowiązkowym skorzystaniem z niej, a jedynie podpowiedzią pracownika bardziej doświadczonego.

Natomiast więź techniczna polega na usankcjonowaniu zależności członków zespołu wynikającej z technicznego podziału pracy. Praca zespołu operacyjnego może stanowić przykład takiej więzi. Przed podjęciem się operacji pacjenta zespół musi przygotować salę oraz odpowiednie narzędzia do zabiegu operacyjnego[224]. W ramach tej więzi realizowane są konsultacje szczególnie trudnego przypadku, ale też udział w realizacji celu na przykład bardziej pośredniego, np. organizowanie wyżywienia hospitalizowanych chorych[225].

Szpital to specyficzna organizacja, która funkcjonuje w otoczeniu zdefiniowanym w ramach systemu opieki zdrowotnej, w której znajdują się również inne podmioty lecznicze, stanowiące grupę świadczeniodawców (w założeniu nie stanowią dla siebie konkurencji, lecz sytuacja się zmienia w tym zakresie), podmioty nadrzędne dla szpitali (podległość pod starostwa powiatowe, urzędy marszałkowskie, urzędy miejskie), organy kontroli i nadzoru (m.in. Rzecznika Praw Pacjenta, Państwową Inspekcję Pracy), oraz podmioty określające kierunki polityki zdrowotnej (na poziomie kraju - Ministerstwo Zdrowia, na poziomie województw – urzędy marszałkowskie), instytucję

---

[221] C. Włodarczyk, S. Poździoch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 60.

[222] A. Ksykiewicz-Dorota, *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 20.

[223] L. F. Wolter, J. J. Pena, *Health Care Administration. Principles and Practices*, Aspen Publishers, Rockville 1987.

[224] Zob. A. Ksykiewicz-Dorota, *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 20.

[225] L. F. Wolter, J. J. Pena, *Health Care Administration. Principles and Practices*, Aspen Publishers, Rockville 1987.

ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) a przede wszystkim pacjentów (świadczeniobiorców)[226]. Jednakże nie jest to otoczenie o charakterze stałym, lecz zmiennym, które podlega tym samym regułom i zasadom zarządzania, jak inne przedsiębiorstwa. W związku z tym ważną składową zarządzania jest, aby osoby zarządzające w szpitalach były osobami posiadającymi konkretne kompetencje menedżerskie, m.in. wiedzę, umiejętności, doświadczenie oraz cechy osobowościowe, wszystkie te cechy określa się jako tzw. zmysł organizacyjny menedżera.

Częstym zjawiskiem w szpitalach jest powoływanie na stanowiska kierownicze osób będących autorytetem medycznym, nie posiadających jednak wiedzy na temat podstawowych zasad i praw zarządzania organizacją, czy też czynników ekonomicznych determinujących funkcjonowanie szpitali. Analogiczna sytuacja dotyczy kadry zarządzającej poszczególnymi jednostkami szpitali, tj. oddziałami, zarządzanymi przez ordynatorów, których ogromna wiedza merytoryczna z zakresu medycyny, nie zawsze idzie w parze z kompetencjami menedżerskimi[227], która zbudowana jest na indywidualnym potencjale tych osób, a nie przyjętych rozwiązań systemowych. Taka sama sytuacja zachodzi na niższym poziomie zarządzania, w laboratoriach, pracowniach, czy blokach operacyjnych.

Idealna sytuacja w szpitalu wiąże się z powoływaniem osób do roli kadry menedżerskiej, które łączą wysokie kompetencje medyczne oraz menedżerskie, łatwiej takim osobom budować autorytet w środowisku pracy oraz egzekwować realizację zadań jako bezpośredniemu przełożonemu. Niestety, nie zawsze kompromis jest łatwy do osiągnięcia, dlatego wiele zachodnich szpitali stosuje dwa rodzaje stanowisk kierowniczych: Ordynator ds. merytorycznych i menedżer ds. administracyjnych. Równie istotny, jak omawiane zagadnienie, jest podział pracy[228]. Prawidłowy podział pracy zwiększa po pierwsze sprawność zespołu, co za tym idzie również wydajność pracy w oparciu o kompetencje pracownika realizującego zadania zgodnie z jego potencjałem rozwojowym.

Jednakże rozwiązania przyjęte w systemach opieki zdrowotnej w Europie Zachodniej nie muszą być pozytywnie przyjęte przez środowiska pracy w polskich szpitalach. Kilka lat temu próbowano wdrożyć rozwiązania zewnętrzne poprzez ich implementację w wybranych szpitalach. Polegało to na umieszczeniu stanowiska menedżerskiego na II szczeblu organizacyjnym. Po 2 latach zarządzający pomiotami leczniczymi musieli wycofać się z tych zmian ze względu na konflikt między ordynatorami a menedżerami oddziałów. Zawsze przy tego typu działaniach należy uwzględnić

---

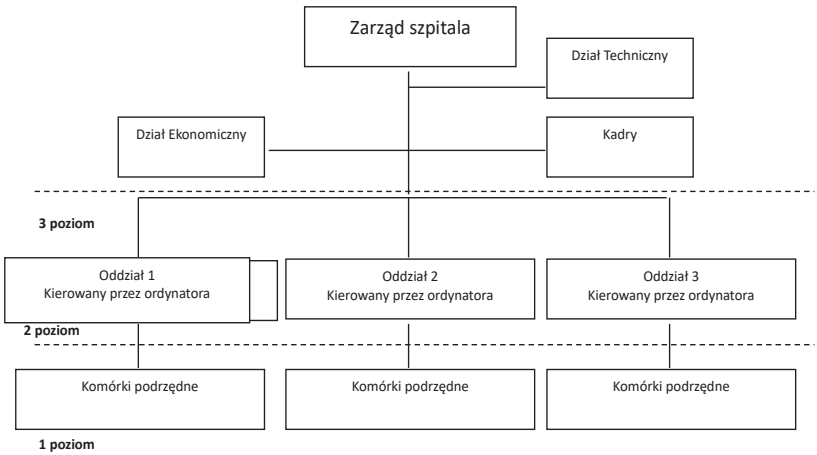
[226] red. T. Mróz, *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce – aspekty prawne i socjologiczne*, Wyd. Temida 2, Białystok 2012, s. 131-173.

[227] K. Dajczak, S. Hille-Jarząbek, *Koncepcja zarządzania wiedzą w polskim szpitalu*, [w:] Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management, Tom 27, Bydgoszcz 2010, s. 109-110.

[228] Ibidem, s. 106-115.

kulturę organizacyjną, przyjęte nawyki pracy a przede wszystkim w przypadku szpitali zakorzenione stereotypy w środowisku medycznym.

Autorzy, odnosząc się do jednego ze wcześniejszych stwierdzeń, potwierdzili, że pracownicy bez względu na przynależność do określonej komórki organizacyjnej czy też stanowiska pracy w hierarchii organizacji, powiązani są ze sobą na różnych polach i w różnym stopniu. Zależności te stanowią strukturę organizacyjną, która jest układem części elementów organizacji oraz ich wzajemnych powiązań. Środkiem prezentowania struktur organizacyjnych są schematy organizacyjne.



Ilustracja 2. Struktura dywizjonalna preferowana w szpitalach
Źródło: Schemat wykonany na podstawie A. Peszko, Podstawy zarządzania organizacjami, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Kraków 2002, s. 83-91.

Do struktur organicznych zalicza się strukturę dywizjonalną i macierzową[229]. Szpitale funkcjonują zgodnie z zasadami przyjętymi w ramach struktury dywizjonalnej[230], w której głównym kryterium podziału organizacyjnego jest rodzaj świadczonych usług.

Struktura dywizjonalna zakłada podział organizacji na względnie samodzielne pod względem ekonomicznym centra odpowiedzialności. Kierownik centrum (ośrodka odpowiedzialności) dysponuje środkami umożliwiającymi mu działania operacyjne. Podstawowym efektem wprowadzenia dywizjonalnej struktury organizacyjnej jest zmniejszenie liczby poziomów hierarchii organizacyjnej oraz decentralizacja zarządzania[231].

---

[229] red. M. Łuczak, Ł. Małys, *Współczesne koncepcje i trendy w branży motoryzacyjnej*, Wyd. Advertiva, Poznań 2016, s. 156.

[230] Zob. A. Peszko, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Kraków 2002, s. 83-91.

[231] red. J. Stępniewski, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 242.

Każdy z oddziałów ma swoją wewnętrzną strukturę, uzupełnieniem struktury są jednostki centralne świadczące usługi pomocnicze, takie jak zadania księgowe, kadrowe, informatyczne czy też żywieniowe. Najważniejszym typem komórek w organizacjach szpitalnych są oddziały, które stanowią podstawowy szczebel organizacyjny, na którym realizowany jest proces leczenia, organizowane są świadczenia medyczne dla pacjentów realizowane przez pracowników medycznych.

Struktura dywizjonalna prowadzi do zmniejszenia się elastyczności i efektywności szpitala ze względu na podział organizacyjny szpitala, który wzmacnia i tak istniejące różnice i podziały między personelem medycznym i pomocniczym (uzupełniającym). Rozróżnienie tych dwóch grup pracowniczych wzmacnia nie tylko różnice, ale ma wpływ na jakość funkcjonowania organizacji szpitalnych. Taki podział powoduje, że pracownicy szpitala nie są z sobą zintegrowani, a funkcjonująca struktura organizacyjna nie ułatwia „zbliżenia się" oraz nawiązania pozytywnych relacji w szpitalu.

Dokonany podział organizacyjny szpitala na oddziały według usług jest prawidłowym działaniem, lecz należy dodatkowo stworzyć w ramach organizacji zespoły o charakterze interdyscyplinarnym oraz przenieść część działań administracyjnych na najniższy poziom w celu integracji pracowników z różnych grup zawodowych. Należy podjąć działania polegające na zintegrowaniu dwóch sfer, medycznej i administracyjnej. W tym celu niektórzy spośród pracowników medycznych, predysponowanych do pełnienia funkcji kierowniczych, powinni zostać wyposażeniu w kompetencje menedżerskie. Oczywiście takie działanie musi zostać poprzedzone określeniem profilu stanowiska i dokonaniem oceny stanu rzeczywistych kompetencji.

Struktura macierzowa jest strukturą dwumiarową, rozczłonkowanie następuje według kryteriów, zwanych wymiarami, jak: celowy obszar działania (funkcje), grupa produktów, grupa odbiorców, region geograficzny, projekt. Charakteryzuje się tym, że komórki organizacyjne będące najczęściej doraźnymi zespołami roboczymi ułożone są w macierzy, która określona jest na zasadzie dwuwymiarowego grupowania. Kolumny macierzy są zazwyczaj odpowiednikami funkcji stale powtarzalnych, natomiast wiersze określają zadania, które wykonywane są doraźnie. W takiej macierzy każda komórka skupia się na wykonywaniu jednego zadania, co umożliwia lepsze wykorzystanie energii twórczej członków organizacji oraz właściwy przydział specjalistów do zadań[232].

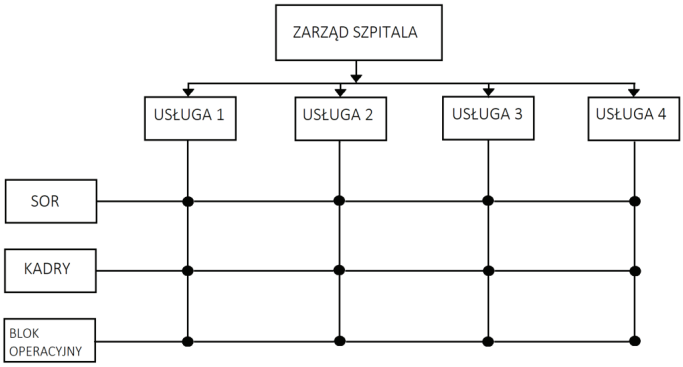
Podstawą macierzy jest zestaw działów funkcjonalnych (np. marketing. administracja, informatyka itd.), a następnie na te działy nakłada się zestaw grup wyodrębnionych według

[232] red. M. Łuczak, Ł. Małys, *Współczesne koncepcje i trendy w branży motoryzacyjnej*, Wyd. Advertiva, Poznań 2016, s. 156.

określonego kryterium, np. klinicznego, z podziałem na interię, pediatrię, chirurgię itd. alternatywnie mogą być wyróżnione określone projekty lub linie produktowe/usługowe[233].

Podstawowym uzasadnieniem dla zastosowania tego rodzaju struktury jest zorganizowanie organizacji wokół problemów, które należy rozwiązać, zamiast na funkcjach, produktach czy rynku. Struktura sprzyja kreatywności i innowacyjności w organizacji i jest szczególnie efektywna dla szybkiego rozwoju produktów oraz umożliwia realizację szerokiego wachlarza działań projektowych[234].

Zadaniem menedżerów jest motywowanie i informowanie pracowników odpowiedzialnych za wykonanie poszczególnych zadań[235].



Ilustracja 3. Struktura macierzowa w organizacjach
Źródło: opracowanie własne na podstawie H. Steinmann, G. Schreyogg, Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje funkcje, przykłady, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1998, s. 49.

W szpitalach na poziomie operacyjnym pojawiają się nowoczesne rozwiązania w zakresie metod zarządzania. Przykładem może być blok operacyjny, w którym zespoły operacyjne organizowane są w ramach struktury zespołowej lub projektowej, szczególnie w szpitalach uniwersyteckich.

Struktura zespołowa (zadaniowa) składa się ze stałej części organizacji, zbudowanej w klasyczny sposób i części zmiennej, składającej się z zespołu wyodrębnianego z tejże struktury do wykonania określonego zadania. Zespoły składają się z pracowników zatrudnionych

[233] R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2004, s. 392.

[234] L. E. Swayne, W. J. Duncan, P. M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 462.

[235] red. B. Pietrzak, T. Karkowski, *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 43.

w organizacji i są powoływane tylko na czas trwania zadania, po którego zakończeniu są rozwiązywane[236].

Sens zespołów zadaniowych w medycynie znany jest od lat. Zespoły chirurgii zabiegowej przyjmują strukturę elastyczną dostosowaną do poziomu kompilacji operowanego przypadku. W zespołach organizowanych w ten sposób zachodzi mechanizm uczenia się nawyków pracy i tzw. „rozumienia się bez słów", polegającego na ukształtowaniu mechanizmów powtarzalnych, tzw. pozytywnych nawyków.

Tak skonstruowane struktury zespołowe złożone są z osób o zróżnicowanym profilu zawodowym, należących formalnie do różnych pionów organizacyjnych[237].

Struktura projektowa polega na powiązaniu wykonawców w celu wykonania określonych grup zadań, wydzielonych w ramach przedsięwzięcia z punktu widzenia jego celu końcowego. Struktura zapewnia jedność kierownictwa całego przedsięwzięcia, wszystkie środki niezbędne do realizacji konkretnych zamierzeń przydziela się do dyspozycji jednej osobie – kierownikowi projektu. Ta forma pozwala na dotrzymanie spójności faz realizacji prac z uwzględnieniem celu końcowego. Korzystniej jest wykorzystywać strukturę projektową do planowania i kierowania wzajemnie powiązanych przedsięwzięć badawczo-rozwojowo-wdrożeniowych, mniej natomiast dla prac w zakresie badań podstawowych[238].

V. Verma podkreśla, że najczęściej spotykanymi strukturami są:

- struktura funkcjonalna, której odmianą jest struktura macierzowa,
- struktura macierzowa
- i właśnie struktura projektowa[239].

Dziś bowiem w coraz większym stopniu wykorzystuje się metodologię zarządzania projektami w organizacjach. Niektóre z nich zaszły nawet tak daleko, że nie mają już tradycyjnej struktury organizacyjnej – zastąpiła ją struktura projektowa. To podejście w niezmiernie szybko zmieniającej się dziś rzeczywistości sprawdza się coraz częściej, szczególnie w działaniach bieżących, z kolei w coraz mniejszym stopniu sprawdzają się typowe, klasyczne struktury organizacyjne. Ten nowy sposób myślenia o organizacji – myślenie projektowe – wymaga także zmian w myśleniu o zarządzaniu. Owszem, wciąż mamy do czynienia z zespołami, jednakże wymagają one zupełnie

---

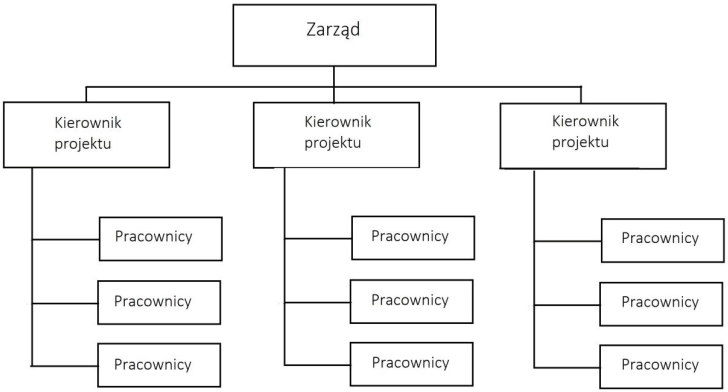
[236] R. Rutka, *Organizacja zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, red. B. Nogalski, J. M. Rybicki, Wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2002, s. 54.

[237] red. B. Pietrzak, T. Karkowski, *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 38.

[238] R. Żuber, *Zarządzanie rozwojem przedsiębiorstwa. Teoria i praktyka*, Wyd. Difin, Warszawa 2008, s. 112.

[239] V. K. Verma, *Organizing Projects for Success*, [w:] *The Human Aspects of Project Management,* Project Management Institute, Newtown Square, Pennsylvania 1995, Volume 1.

innego podejścia niż do tradycyjnych, chociażby ze względu na stosunkowo niedługą trwałość takiego zespołu, który został przecież powołany do wykonania bardzo konkretnego zadania[240].



Ilustracja 4. Struktura projektowa
Źródło: red. C. Berg, A Guide to the Project Management Body of Knowledge, Project Management Institute, Newtown Square, Pennsylvania 2000, s. 29-32.

W strukturze projektowej organizacja stara się wprowadzić w życie koncepcję zarządzania przez projekty. W strukturze takiej pracowników musi charakteryzować duża elastyczność zatrudnienia, gdyż nie tworzy się stałych stanowisk pracy. Wszystkie osoby są zatrudniane na czas trwania konkretnego projektu i mają w nim ścisłe określone zadania do wykonania. Stanowi to niejednokrotnie duży problem, dlatego też koncepcja ta napotyka szereg trudności związanych z doborem pracowników[241]. W przypadku podmiotów leczniczych w tego typu strukturach zatrudnione są i coraz częściej funkcjonują przedstawiciele personelu medycznego, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki. Większość działań szpitali można opisać jako działania zadaniowo-projektowe, szczególnie ze względu na roczne planowanie zleconych zadań ze strony NFZ.

2.2. Struktura zatrudnienia w szpitalach

Zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi, które wyznaczają organizację służby zdrowia w Polsce, do zatrudnionych w podmiotach leczniczych należy zaliczyć:

– pracowników działalności podstawowej, to znaczy personel medyczny, który zwyczajowo można podzielić na podstawowy personel medyczny oraz pomocniczy personel medyczny,

[240] Z. Brzeziński, *Dobór uczestników i zarządzanie zespołem projektowym*, [w:] Zarządzanie projektami współfinansowanymi z funduszy publicznych: Planowanie i realizacja, red. M. Szwabe, Wyd. Wolters Kluwer, Kraków 2007, s. 142.

[241] S. Spałek, *Krytyczne czynniki sukcesu w zarządzaniu projektami*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2004, Monografia nr 76, s. 45.

– pracowników technicznych, ekonomicznych i administracyjnych, stanowiących personel szpitala, który realizuje zadania niezwiązane z procesem leczenia i nie świadczy usług medycznych. Ich główne zadania dotyczą spraw organizacyjnych, ekonomicznych, finansowych i innych,
– pracowników gospodarczych i obsługi[242].

Żaden akt prawny nie zawiera wykazu zawodów medycznych. Przepisy prawa nie określają również, co należy rozumieć pod pojęciem „zawodu medycznego". Jest to pojęcie przyjęte w żargonie ochrony zdrowia, lecz nie jest zdefiniowane. Przyjmuje się, że za zawód medyczny uznaje się te profesje, które są związane z działaniami medycznymi, w tym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, mających na celu ochronę zdrowia pacjenta, zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawę zdrowia. Zgodnie z treścią art. 4 Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 roku Nr 14, poz. 89 z późn. zm.; dalej jako: u.z.o.z.), świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

Ustawa o działalności leczniczej zniosła wcześniejszy akt prawny i również nie zdefiniowała pojęcia zawodu medycznego, a jedynie opisuje człowieka wykonującego zawód medyczny jako osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny[243].

Głównymi zawodami medycznymi są następujące profesje:

– lekarz i lekarz dentysta – zasady i warunki wykonywania tych zawodów uregulowane są w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 roku Nr 136, poz. 857)[244];
– pielęgniarka i położna – zasady i warunki wykonywania tych zawodów uregulowane są w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039)[245];
– farmaceuta – zasady i warunki wykonywania tego zawodu uregulowane są w Ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 roku o izbach aptekarskich (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 roku Nr 136, poz. 856.)[246];

---

[242] Zob. U. Erfurt, *Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej*, http://www.emedyk.pl/artykul.php?Idartykul_rodzaj=10&idartykul=545.

[243] Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 roku, Art. 2. 1. i 2. 2.

[244] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 roku (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 roku Nr 136, poz. 857), ze zmianami z dnia 28.04.2011 roku.

[245] Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15.07.2011 roku (Dz.U.2011 roku 174.1039).

– diagnosta laboratoryjny – zasady i warunki wykonywania tego zawodu uregulowane są w Ustawie z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 roku Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.)[247];
– ratownika medycznego – nowelizacja Ustawy z dnia z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, weszła w życie z dniem 31.12.2012 roku (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.)[248].

Podstawową grupę pracowników medycznych tworzą lekarze oraz pielęgniarki i położne. Ci pierwsi reprezentowani są przez szerokie grono lekarzy o różnorodnych specjalnościach (w strukturze klasyfikacji zawodów i specjalności znajdują się pod oznaczeniem 2231) oraz pielęgniarki i położne (pod pojęciem pielęgniarki rozumie się również profesję położnej), które jako pracowników świadczących usługi medyczne (odpowiednio 2241 i 2242) zaliczamy do specjalistów ochrony zdrowia[249].

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia kryzys dotyczący personelu medycznego będzie się nasilał we wszystkich krajach – zarówno wysoko, jak i słabo rozwiniętych. Skutki tego zjawiska nie ominął również Polski. Szacuje się, że na świecie brakuje przeszło 4,25 mln pracowników medycznych, szczególnie z podstawowej grupy zawodów, lekarzy i pielęgniarek[250,251]. Tylko w Stanach Zjednoczonych Ameryki do 2020 roku niedobór kadry pielęgniarskiej wyniesie 800.000 osób[252]. Są to wielkości, których nie uda się uzupełnić korzystając z własnych zasobów kadrowych, będą one uzupełniane na zasadzie emigracji zarobkowej z innych państw na świecie.

Nadmierny odpływ personelu medycznego może mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia także ze względu na pogarszającą się niekorzystną strukturę demograficzną w tej grupie zawodowej.

Według J. Friedigera, który pełni funkcję przewodniczącego Krakowskiej Izby Lekarskiej, Polska zaczyna się borykać z problemem luki pokoleniowej wśród pracowników ochrony zdrowia[253]. Wśród 126 337 lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu ponad 23 000 przekroczyło wiek emerytalny, co stanowi 18,21 proc. wszystkich lekarzy, a w przedziale wiekowym między 55. a 64.

---

[246] Ustawa o izbach aptekarskich z dnia 19.04.1991 roku (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 roku Nr 136, poz. 856.).

[247] Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 roku (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 roku Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.).

[248] Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia z dnia 8 września 2006 roku, nowelizacja Ustawy weszła w życie z dniem 31.12.2012 roku (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

[249] Klasyfikacja zawodów i specjalności, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 listopada 2012 r. zmieniająca rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania (Dz.U. z dnia 19 listopada 2012 r., poz. 1268).

[250] Zob. J. Wojteczek, *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia" Nr 5, 2009, s. 23-27.

[251] Zob. *Working together for heath*. The World Health Raport, Geneva 2006.

[252] P. Pittman, L.H. Aiken, J. Buchan, *International Migration of Nurses: Introduction*, "Health Services Research", 2007, 42 (3).

[253] J. Wojteczek, *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia", 2009, Nr 5, s. 23-27.

rokiem życia jest około 18 000 specjalistów (14,25 proc.). Łącznie lekarze mający więcej niż 55 lat stanowią 32,46 proc. specjalistów w zawodzie lekarza. Lekarzy, którzy nie ukończyli 35 lat, jest niespełna 12 000[254], czyli 9,5 proc. wszystkich przedstawicieli tej profesji. Jednocześnie od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej w maju 2004 r. prawie 5 proc. personelu medycznego wystąpiło o zaświadczenia z izby lekarskiej uprawniające do pracy za granicą[255].

Zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz izby diagnostów laboratoryjnych, w roku 2016 prawo wykonywania zawodu posiadało prawie 145 tys. lekarzy, 41,2 tys. lekarzy dentystów, 288 tys. pielęgniarek, 37 tys. położnych, 34 tys. farmaceutów i 15 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich z wymienionych zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy przyrost w 2016 r., zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 3 proc.), farmaceutów – podobnie jak przed rokiem (wzrost o 2,4 proc.) oraz lekarzy dentystów (wzrost o 1,8 proc.)[256].

System opieki zdrowotnej nie tylko cierpi na deficyt w zawodach medycznych, jednakże trendy związane z latami późniejszymi nie napawają optymizmem i wzrostem podaży na rynku zawodów medycznych. Dane GUS z 2016 roku potwierdzają, że przyrasta grupa lekarzy w wieku 55 lat i więcej (do 2005 roku jest to wzrost na poziomie 20-25 proc.), pozytywnym zjawiskiem jest co prawda minimalny wzrost osób z uprawnieniami do wykonywania zawodu w grupie wiekowej do 35 roku życia[257]. Jednakże przyrost jest na poziomie ok. 15 proc. i w najbliższych 5-10 latach nie zbilansuje liczby osób, które ze względu na wieku opuszczą rynek pracy.

Należy zwrócić uwagę, na zjawisko starzenia się polskiego społeczeństwa, co wpływa na wzrost popytu na usługi medyczne różnych specjalizacji a szczególnie w zakresie geriatrii. Równolegle podaż w zawodach medycznych spada, a możliwości „produkcyjne" na kierunkach medycznych są ograniczone i niewystraczające na wyrównanie deficytu w zawodach medycznych. Skutkuje to zachwianiem równowagi na rynku usług zdrowotnych, na którym popyt znacznie przewyższa podaż usług. Badacze stwierdzili, że jesteśmy na początku kryzysu wydolności organizacyjnej systemu opieki zdrowotnej. Najgorsze jest, że to nie jest apogeum tego negatywnego zjawiska, a dopiero początek.

Równie niekorzystna jest struktura wiekowa pielęgniarek. Według danych Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, w ostatnich kilku latach z pracy odeszło

---

[254] *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008*, Warszawa 2008.

[255] H. Jędrkiewicz, *Problematyka migracji lekarzy specjalistów w wybranych czasopismach i na internetowych forach medyków*, 'Probl Hig Epidemio", 2012, 93 (1), s. 216-222.

[256] Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017, s. 70.

[257] Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017, s. 71.

1800 pielęgniarek, a przybyło jedynie 400[258], czyli różnica jest 4,5-krotna. Rządowe Centrum Studiów Strategicznych prognozuje, że w 2010 roku niedobór pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia wyniesie około 61 000 osób[259].

Zmiany w strukturze wiekowej wśród widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. W roku 2016 najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45-54 lata – 98,3 tys. Istotną zmianą w 2016 r. był fakt, że najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat, w 2016 r. było ich 26 tys. (w 2015 r. najmniejsza grupa to pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej – 21 tys.). Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej. W 2016 r. wzrost ten był znaczny – o ponad 6 tys. Podobna sytuacja wystąpiła także w grupie wieku 55-64, gdzie liczba pielęgniarek wzrosła o ponad 2 tys. Sytuacje w tej grupie zawodowej jest jeszcze mniej optymistyczna niż w przypadku grupy lekarskiej, problemy dotyczące potrzeb szpitali w zakresie popytu na pielęgniarki i położne są odczuwalne obecnie, stan ten jeszcze pogorszy się w najbliższych 5 latach.

W roku 2016 liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwo spadła niemal o połowę w porównaniu z rokiem poprzednim. Spadek ten dotyczył w całości liczby absolwentów studiów niestacjonarnych i może być konsekwencją zmniejszającej się systematyczne roli studiów pomostowych przeznaczonych dla osób z wykształceniem pielęgniarskim[260].

Na 1 tysiąc mieszkańców Polski statystycznie przypada 5,4 pielęgniarki, co plasuje nas na ostatnim miejscu w rankingu OECD[261]. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej czynnych zawodowo lekarzy w Polsce jest 134.865, z czego 33.683 osób osiągnęło już wiek emerytalny[262]. Stanowią one 25 proc. ogólnej liczby lekarzy. Można stwierdzić, że natychmiastowy odpływ tak dużej grupy medyków, spowodowałby niewydolność organizacyjną systemu opieki zdrowia.

Co można już dzisiaj zrobić aby poprawić sytuację podaży lekarzy i pielęgniarek oraz położnych. Po pierwsze stworzyć nowych miejsca kształcenia w zawodach medycznych, przy ścisłej kontroli jakości kształcenia, jednym z rozwiązań może być wprowadzenie egzaminów państwowych w zawodzie lekarza. Jednakże wzrost podaży lekarzy przy sprawnym systemie edukacyjnym będzie miał swoje pozytywne skutki najszybciej za 5 lat. W skali systemu opieki zdrowotnej wpłynie na zmianę trendu w grupie lekarzy za 10-15 lat. Zbyt długi jest to okres lecz zmiany są konieczne już dziś. Jedynym rozwiązaniem jest pozyskanie osób z uprawnieniami lekarzy zza wschodniej granicy, głównie z Ukrainy. Jest to kierunek najwłaściwszy ze względu

---

[258] A. Domagała, *Problemy płacowe i emigracja zarobkowa polskich lekarzy i pielęgniarek*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, Instytut Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia UJ CM, 2006, 4 (2).

[259] J. Wojteczek, *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia" , 2009, Nr 5, s. 23-27.

[260] Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017, s. 74.

[261] Minister zdrowia o deficycie wśród położnych i pielęgniarek, Rynek zdrowia Nr 1 (149), 26.01.2018.

[262] *Lekarze emeryci ratują system przed kadrową katastrofą*, Rynek zdrowia Nr 5 (153), 8.11.2018.

na brak bariery kulturowej, minimalną barierę językową, osoba dysponująca dyplomem tamtejszej uczelni, musi nostryfikować dyplom w Polsce.

Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego z wnioskiem, aby lekarze, którzy ukończyli studia na Ukrainie, mogli leczyć w Polsce bez konieczności przechodzenia długiego procesu nostryfikacji dyplomu i powtórnego zdawania egzaminu wiedzy lekarskiej. Obecnie jest niedostatek 50 tysięcy lekarzy oraz kilkadziesiąt tysięcy pielęgniarek[263].

Przedłożone dane pokazują negatywną tendencję w polskim systemie ochrony zdrowia, wynikającą z ograniczonej podaży kształconych przyszłych lekarzy i pielęgniarek ze względu na ograniczoną liczbę osób przyjmowanych na kierunki medyczne w polskich uczelniach wyższych, jak również wysoki koszt wykształcenia personelu medycznego, w szczególności lekarzy specjalistów, oraz emigrację zarobkową przedstawicieli tych grup zawodowych.

Opisane negatywne zjawisko wzmocnione jest poprzez odpływ lekarzy i pielęgniarek na emeryturę, który jest większy od dopływu nowej kadry medycznej na rynek pracy. Wskutek tego może nastąpić zachwianie pokoleniowe w podstawowych zawodach z grupy pracowników medycznych, szczególnie jest to groźne w zawodach specjalistycznych, w których wymagana jest duża wiedza, umiejętności oraz doświadczenie zawodowe[264]. Są to kompetencje, które można doskonalić nie tylko w trakcie procesu edukacyjnego, lecz przede wszystkim w okresie pracy zawodowej pod kierunkiem lekarza – mistrza w swojej profesji. W ten sposób przekazywana jest ulotna wiedza i umiejętności, których nie da się doskonalić w procesie kształcenia zawodowego.

W organizacjach szpitalnych zatrudniani są m.in. lekarze i pielęgniarki. Obie grupy zawodowe realizują podstawowe zadanie jednostek, związane z dostarczaniem usług zdrowotnych. Z kolei obsługą pomocniczą wspomagającą podstawową działalność zajmują się pracownicy administracyjni oraz techniczni. Tak zróżnicowana grupa pracownicza jest trudna w zarządzaniu ze względu na dzielące je różnice[265] mające charakter formalny, jak i nieformalny. Dysonans swój początek ma już na etapie procesu kształcenia na poziomie studiów wyższych, później pogłębia się w miejscu zatrudnienia poprzez tzw. artefakty fizyczne, np. występujące w formie nakrycia wierzchniego, bądź też stetoskopu przewieszonego na szyi lekarza lub czepka i chodaków w przypadku grupy pielęgniarskiej.

Należy zwrócić na zauważalną tendencję ukierunkowaną na zwiększenie udziału personelu medycznego na poziomie średnim (pielęgniarki) oraz wyższym (lekarze) w stosunku do ogółu zatrudnionych.

---

[263] *Emisja programu Pomoc ze wschodu*, Fakty TVN, 29.03.2018r.

[264] M. Kęsy, *Wpływ kompetencji na zatrudnienie pracowników w opiece psychiatrycznej*, [w:] Zdrowie psychiczne. Organizacja – zarządzanie – standardy, red. I. Mazur, P. Karniej, J. Jończyk, Wyd. CEdu, Wrocław 2015, s. 85-96.

[265] Wnioski zostały oparte na rozważaniach przeprowadzonych w książce: M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

Wyraźny spadek odnotowano w przypadku pracowników technicznych oraz niższego personelu medycznego. Wynika to z dynamicznego przyrostu wiedzy medycznej przy równoczesnej ewolucji w sektorze zdrowia. Wskutek wzrostu popytu na kompetencje zmniejsza się podaż niższego personelu medycznego oraz personelu technicznego. Prowadzone pomiary w podmiotach leczniczych wykazały, że zwiększył się procentowy udział pracowników medycznych i okołomedycznych w stosunku do ogólnej liczby zatrudnionych osób z 82,66 proc. w 2002, 84,27 proc. w 2003 roku do 83,46 proc. w 2004 roku. W ciągu dwóch lat odnotowano wzrost udziału ogółu personelu medycznego, który może wynikać z restrukturyzacji przeprowadzanych w szpitalach, polegających na „ekonomizacji zatrudnienia" poprzez wzrost zatrudnienia pracowników podstawowych kosztem pracowników pomocniczych ze względu na rosnące potrzeby i oczekiwania pacjentów oraz zamówione usługi medyczne przez NFZ.

Struktura organizacyjna w szpitalach publicznych jest bardziej rozbudowana i złożona, w szpitalach prywatnych ma charakter prosty z wykorzystaniem mechanizmów outsourcingu oraz lean managementu. Celem szpitali jest koncentracja na zarządzaniu pracownikami podstawowymi, którzy są zaangażowani w proces realizacji podstawowych zadań stawianych przed jednostką a dotyczących świadczenia usług zdrowotnych, które generują część przychodową szpitali.

Z kolei pracownicy pomocniczy (administracja i personel techniczny) traktowani są jako tzw. pracownicy nieproduktywni, którzy nie przynoszą bezpośredniego zysku, a wspomagają „jedynie" proces dystrybucji i kontroli świadczenia usług zdrowotnych.

W organizacjach kompetencjami zarządzają w następującej kolejności: naczelne kierownictwo organizacji, następnie menedżerowie średniego szczebla i specjaliści personalni, kolejne miejsce zajmują pozostałe osoby pełniące funkcje kierownicze. Ostatnią grupą decyzyjną są wszyscy pracownicy organizacji[266] w zależności od pełnionych funkcji i zadań wykonywanych w ramach zajmowanego stanowiska pracy. W zarządzaniu funkcjonuje wiele struktur organizacyjnych, które można podzielić na struktury tradycyjne i współczesne.

Ustalenie profilu kompetencyjnego pozwala określić obraz potrzeb kompetencyjnych, które są wymagane na określonym stanowisku pracy, jak również relatywna ocena ważności dla ponadprzeciętnej efektywności[267]. Podobnie dzieje się w systemie ochrony zdrowia we Francji. Pracownicy medyczni, zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, po przeszkoleniu mogą wypełniać zadania administracyjne, zarządzając zespołami pracowniczymi. Jednakże równolegle nie mogą wypełniać zadań wynikających z kwalifikacji medycznych, czyli nie funkcjonują jako czynni lekarze czy pielęgniarki. Na czas pełnienia funkcji kierowniczej zawieszają działalność medyczną. W innym zakresie i w innej roli służą pacjentom oraz pracownikom w szpitalu, przy czym korzystają

[266] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 202.
[267] A. Gick, M. Tarczyńska, *Motywowanie pracowników*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1999, s. 47.

z wiedzy specyficznej dla zawodu medycznego przy jednoczesnym wykorzystaniu kompetencji menedżerskich.

Organizacja pracy oddziałów w szpitalach jest zróżnicowana w zależności od charakteru działań, w związku z tym zróżnicowanych regulaminów oddziału czy szpitali. Do ogólnych, najważniejszych ustaleń zaliczamy: po pierwsze, oddziałami kierują ordynatorzy lub kierownicy działów (np. laboratoriów); po drugie, w części oddziałów nie ma powołanych na stałe zastępców ordynatorów - jest to rzadka praktyka, w razie potrzeby ordynator wyznacza w sposób nieformalny swojego zastępcę; po trzecie, w niektórych szpitalach funkcjonują oddziały oparte na systemie konsultanckim; po czwarte, oddziałami albo pododdziałami kierują koordynatorzy.

Grupę definiuje się jako zbiór dwóch lub więcej pracowników, którzy ze sobą współdziałają w celu zrealizowania konkretnego działania; wszystkie osoby muszą na siebie oddziaływać (i współoddziaływać), zachodzi między nimi interakcja, im jest skuteczniejsza, tym grupa jest sprawniejsza w działaniu. W ujęciu psychologicznym grupę, w której skład wchodzi co najmniej 20 osób lub więcej, uważa się za małą, zazwyczaj grupy na poziomie operacyjnym powinny liczyć 5 - 6 pracowników[268], aby ich bezpośredni przełożony potrafił nimi sprawnie i efektywnie zarządzać.

Ordynatorzy, którzy zarządzają oddziałami mogą być zatrudnieni na podstawie umowy o pracę (pełny lub część etatu) bądź umowy cywilnoprawnej (zlecenie lub tzw. kontrakt). Należy przyjąć, iż rola ordynatora powinna być w każdym szpitalu szczegółowo określona i może się różnić. Każde stanowisko powinno być opisane, a w szczególności stanowiska pracy specjalistów czy też kierownicze, a taką posadą jest stanowisko ordynatora.

Jaka jest rola ordynatora w świetle ustawy o zakładach opieki zdrowotnej? Regulacja ta bowiem nie zawierała przepisu ustalającego zasadę kierowania oddziałem przez ordynatora, ale jednocześnie regulowała kwalifikacje wyłącznie ordynatora, pomijając kwalifikacje innych osób, które mogłyby kierować oddziałem, co stanowiło przeszkodę prawną w powierzeniu kierowania oddziałem innej osobie niż wskazanej w ustawie[269].

Obecnie zazwyczaj przypisuje się ordynatorom obowiązki, jakie były zawarte w nieobowiązującym już załączniku do instrukcji nr 35/61 MZiOS z dnia 9 czerwca 1961 roku, a sprowadzające się do zasady „ordynator kieruje, asystenci asystują". Stanowią one podstawę funkcjonowania na stanowisku kierownika średniego szczebla.

W powyższym dokumencie autorzy znaleźli następujące uregulowania, które stanowiły podstawę do działań realizowanych przez ordynatora:

– ordynator odpowiada za sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem lekarskim, administracyjnym i gospodarczym oraz za właściwe leczenie chorych (paragraf 2);

---

[268] M. E. Shaw, *Group Dynamice: The psychology of small group behavior*, McGraw-Hill, New York 1976, s. 11.

[269] Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku (Dz. U. 1991 Nr 91 poz. 408).

- ordynator jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu zatrudnionego na oddziale (paragraf 6);
- ordynator kieruje pracą lekarzy zatrudnionych na oddziale (paragraf 7);
- ordynator kieruje pracą lekarzy specjalizujących się na jego oddziale, dopilnowuje, aby we właściwym czasie opanowali program specjalizacji, oraz zapewnia im właściwe warunki pracy (paragraf 8).

Według Prof. Z. Kubota, profesora prawa Uniwersytetu Wrocławskiego, kierowanie odziałem szpitalnym wyłącznie przez ordynatora stanowiło rozwiązanie typowe i zrozumiałe dla szpitali funkcjonujących w państwowej służbie zdrowia, w których podstawowym zadaniem było prowadzenie działalności leczniczej, a nie administracyjnej, a tym bardziej gospodarczej[270]. Zmiany w otoczeniu wymuszają zmianę podejścia do stanowisk kierowniczych w systemie ochrony zdrowia, tak aby ich funkcje i realizowane zadania dostosowane były do otoczenia, a pracownicy sprawujący te funkcje byli kompetentnymi kierownikami. W tym względzie należy zwrócić uwagę nie tylko na kwalifikacje zawodowe, lecz przede wszystkim kompetencje społeczne, menedżerskie, które nie powinni wynikać z cech indywidualnych osobnika, lecz z zaplanowanych działań systemowych.

Nadal jednakże w ramach obowiązków przyjętych na stanowisku ordynatora realizuje się następujące zadania:

- organizacja pracy nie tylko lekarzy, lecz także całego oddziału; podział jest zazwyczaj następujący: ordynator zajmuje się organizowaniem pracy lekarzy, natomiast przed ordynatorem za pracę pielęgniarek odpowiedzialna jest pielęgniarka oddziałowa;
- nadzór nad pracą lekarzy i odpowiedzialność za przebieg leczenia, często mające charakter bezpośredni, ciągły;
- prowadzenie leczenia pacjentów na oddziale i konsultacje na innych oddziałach;
- nadzorowanie doskonalenia kompetencji zawodowych lekarzy i pielęgniarek;
- odpowiedzialność za koszty funkcjonowania oddziału i realizację kontraktu z NFZ;
- utrzymanie oddziału na odpowiednim poziomie: remonty, zakup wyposażenia, zaopatrzenie w leki;
- odpowiedzialność materialna za wyposażenie oddziału.

Aktualne przepisy prawa nie nakładają już takich obowiązków na ordynatorów, ale i status ordynatora nie jest w nich dokładnie określony. W ostatnich latach podejmowane są próby powierzania kierowania oddziałem szpitalnym w drodze konkursu innej osobie niż ordynator, posiadającej wykształcenie niemedyczne.

---

[270] Z. Kubot, *Status ordynatora*, ABACUS Biuro Promocji Medycznej, 2001, Nr 2/2001 (10 Vol. 3).

Finalizację tych działań dostrzega się w ustawie o działalności leczniczej, w której ustalono nowe zasady doboru na stanowiska kierownicze na pierwszym i drugim szczeblu organizacji[271].

Rolą położnej – kierownika oddziału (dawniej oddziałowej) jest zapewnienie wysokiej jakości usług świadczonych przez położne w opiece nad matką i dzieckiem, racjonalne wykorzystanie zasobów materialnych i ludzkich, doskonalenie zawodowe pracowników, samokształcenie, pozyskiwanie szerszego kręgu odbiorców usług, wprowadzanie zmian w organizacji pracy[272].

Profesjonalny kierownik musi posiadać liczne umiejętności i cechy. Zbadanie tych danych założyły sobie badaczki M. Sobczak i K. Rakowska, które na podstawie uzyskanych danych stwierdziły, że wykształcenie wyższe kierownika wpływa znacząco na jego umiejętności komunikacyjne, a posiadanie takich cech, jak otwartość, łatwość w nawiązywaniu kontaktów z innymi, odpowiedzialność i zorganizowanie, pomagają każdemu pracownikowi w pełnieniu funkcji kierowniczej. Z kolei nadmierna wrażliwość i impulsywność są przeszkodą w pełnieniu funkcji kierowniczej[273]. Te dwie cechy mają charakter emocjonalny i zazwyczaj na każdym stanowisku pracy w szpitalu powinno się je neutralizować. Ich występowanie może mieć wpływ na zjawisko wypalenia zawodowego bądź niższą efektywność funkcjonowania organizacji szpitalnych.

Autorzy przytoczyli zapis zaczerpnięte z Ustawy o działalności leczniczej, art. 42, w którym określono, że „ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w ustawie określa statut" [podmiotu leczniczego – M. K.], natomiast art. 23 tejże ustawy zawiera zapis, że „sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika".

Regulamin porządkowy podmiotu leczniczego, zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 6-8, 10 i 13 powyższej ustawy o działalności leczniczej, określa w szczególności następujące działania:

1. przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;
2. organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem

[271] Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku, Dz. U. 2011 Nr 112 poz. 654.

[272] Zob. A. Saracen, *Planowanie i organizacja pracy w oddziałach organizacyjnych i położniczych jakość opieki pielęgniarskiej*, Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej", Kraków 2000, s. 214, 214–117.

[273] M. Sobczak, K. Rakowska, *Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu*, „Problemy Pielęgniarstwa", „VIA MEDICA", Gdańsk 2008, tom 16, zeszyt Nr 1, 2, 24.

diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;

3. warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych;
4. organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat;
5. sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi przedsiębiorstwa podmiotu[274].

W większości przypadków ordynator skupiony jest faktycznie na kierowaniu pracą oddziału, lecz odbywa się to wyłącznie w czasie jego „fizycznej" obecności na oddziale. W godzinach popołudniowych, nocnych, w dni świąteczne pracą oddziału faktycznie kieruje lekarz dyżurujący, niezależnie od tego, czy jest to dyżur medyczny czy dyżur tzw. kontraktowy. Ze względu na zakres czasowy kierowanie oddziałem przez ordynatora jest ograniczone. Przez zdecydowanie większą część czasu pracy oddziału decyzje w sprawie jego funkcjonowania podejmują specjaliści, nie ordynator.

Faktyczna zależność w relacji ordynator - asystenci dotyczy tylko pewnego wycinka czasu pracy oddziału. Zależność ta nie występuje w czasie godzin dyżurowych pełnionych na podstawie umowy cywilnoprawnej w postaci tzw. Kontraktu.

Do obowiązków ordynatora należy okresowa kontrola i ocena prowadzonej dokumentacji, która musi być realizowana zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania z dnia 21 grudnia 2010 roku. Na podstawie treści ww. rozporządzenia można wnioskować, iż nadzór ordynatora nie dotyczy prowadzenia leczenia pacjentów. Za dokumentację procesu leczenia odpowiada lekarz prowadzący lub inny wyznaczony lekarz, a wpisy do historii choroby wprowadza personel medyczny szpitala. Kontrola ordynatora jest ograniczona do okresowej kontroli wpisów do historii choroby dotyczących przebiegu hospitalizacji, oceny zakończonej historii choroby i wystawionej karty informacyjnej.

Na zakończenie należy wspomnieć o innych obowiązkach administracyjnych spoczywających na ordynatorze:

- ordynator ma uprawnienia do wyrażania zgody na okresowe przebywanie poza szpitalem bez wypisywania z zakładu osoby z zaburzeniami psychicznymi leczonej w szpitalu psychiatrycznym, jeżeli nie zagraża to życiu tej osoby albo życiu i zdrowiu innych osób;
- na wniosek ordynatora kierownik zakładu opieki zdrowotnej zarządza dokonanie lub zaniechanie sekcji zwłok;

[274] Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. 2011 Nr 112, poz. 654).

– orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy wydaje ordynator właściwego oddziału na okres po wypisaniu pacjenta ze szpitala.

Z uwagi na to, iż oddziały w szpitalach są komórkami działalności medycznej nie jest konieczne, aby na poziomie oddziału koncentrować funkcje administracyjne i gospodarcze. Ma to istotne znaczenie dla kształtowania statusu i funkcji osoby prowadzącej oddział i oznacza, że działalność osoby prowadzącej oddział może się ograniczać do spraw jedynie lecznictwa. Brak koordynacji między leczeniem a sprawami kadrowymi czy też finansowymi powoduje jednakże, że kadra zarządzająca oddziałami nie w pełni wykorzystuje posiadane zasoby.

2.3. Kompetencje zawodowe pracowników zatrudnionych w szpitalach

Pracownicy pod względem wymagań kompetencyjnych w większości organizacji stanowią bardzo niejednorodną grupę zasobu kadrowego. Wydaje się, że ze względu zakres obowiązków realizowanych na stanowisku menedżera w służbie zdrowia można przyjąć, że muszą być oni wyposażeni w te same kompetencje. Czy jest to prawda? I tak, i nie. Wpływ na dobór pożądanych kompetencji na każdym stanowisku ma, w pierwszej kolejności, wielkość firmy, charakter działalności oraz zatrudniona kadra. Po drugie, otoczenie, czyli branża, rodzaj rynku (w przypadku podmiotów służby zdrowia można mówić o monopsonie, lecz również o konkurencji niedoskonałej) a to ma swoje źródło w postrzeganiu konkurencji, klientów, dostawców medykamentów czy też usług. Autorzy jednakże na cele analizy badawczej, w celu stworzenia modelu „idealnego" menedżera służby zdrowia przyjęli, że można stworzyć uniwersalny obraz takiego stanowiska pracy z podziałem na płaszczyzny zarządzania w samej organizacji.

Kapitał intelektualny przez T.A. Stewart'a[275,276], K.E. Sveiby'ego[277] określany był jako „bogactwo organizacji". Natomiast dla R. Dzinkowskiego[278] synonimem kapitału intelektualnego jest „skarb organizacji". Powszechnie kapitał organizacji jest postrzegany jako czynnik napędzający globalną gospodarkę przyszłości i jednocześnie klucz do sukcesu w XXI wieku. Przyglądając się rynkowi pracy, można dojść do wniosku, że najcenniejszym kapitałem pracowników medycznych są właśnie ich kompetencje[279].

E. E. Lawler i G. Ledford uważają, że w ramach zarządzania zasobami ludzkimi wyodrębniają dwa ujęcia. Pierwsze skoncentrowane jest na pracy (ang. *job-based approaches*), z kolei drugie

---

[275] T. A. Stewart, *Intellectual capital: The New Wealth of Organizations*, Nicholas Brealey, London 1997.

[276] T. A. Stewart, *The Wealth of Knowledge: Intellectual Capital and the Twenty-first Century Organization*, Currency, New York 2001.

[277] Zob. K. E. Sveiby, *The New Organizational Wealth: Managing and Measuring knowledge-based assets*, Berret-Koehler Publishers, San Francisco 1997, s. 3-50.

[278] R. Dzinkowski, *Buried Treasure*, World Accounting Report Financial Times, Issue 2:4, May 1999, *Revealed Treasure*, World Accounting Report Financial Time, Issue 2:5, June 1999.

[279] M. D. Głowacka, E. Mojs, *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 42.

na umiejętnościach (ang. *skill-based approaches*)[280]. Pierwsze z nich jest mało elastyczne i wymaga zabezpieczenia podaży rynku pracy w specjalistów. Ze względu na wysoki rzeczywisty stan niedoboru personelu medycznego na rynku pracy jest to ujęcie nierealistyczne w realizacji. Natomiast w drugim przypadku, działania skupione są na podnoszeniu kompetencji kadry zatrudnionej w organizacji i w ten sposób wzrasta poziom kompetencji organizacji. Jest to nurt, który jest korzystny dla *organizacji,* szczególnie *dla uczących się*[281], nastawionych na rozwój kompetencji indywidualnych pracowników, szczególnie w zakresie kształcenia pozytywnych nawyków pracy realizowanych w małych, stałych zespołach.

W przypadku pracowników służby zdrowia sytuacja ta jest jeszcze bardziej skomplikowana. Największy kontrast dotyczy grupy zawodów medycznych i występuje w zakresie wiedzy, umiejętności i doświadczenia zawodowego. Różnice występują po pierwsze, w zakresie wymaganej wiedzy zawodowej związanej z wykonywanym zawodem lekarza czy pielęgniarki, jak również między lekarzami różnych specjalizacji. A po drugie, w poziomie oczekiwanej wiedzy zawodowej od przedstawicieli zawodów medycznych zależnej od zajmowanego stanowiska pracy w organizacji. Co z kolei determinuje ścieżkę awansu zawodowego a co za tym idzie kompetencje pożądane w zawodzie medycznym.

W przypadku osób zajmujących stanowiska z grupy administracyjnej oraz technicznej sytuacja jest bardziej zróżnicowana od strony kompetencji i kwalifikacji aniżeli w grupie medycznej. Większość osób zatrudnionych na stanowiskach administracyjnych posiada wykształcenie wyższe zawodowe, często o profilu ekonomicznym, zarządzania, finansów czy też prawa. Spotkać można również osoby o dalece odległym wykształceniu od przyjętego w profilu kwalifikacyjnym w organizacjach służby zdrowia z zakresu m.in. politologii, historii, czy też fizyki.

W przypadku grupy pracowników technicznych według kryterium kwalifikacyjnego dzieli się na dwie grupy. Do pierwszej, zaliczamy osoby z wykształceniem średnim lub zawodowym technicznym, przygotowanych pod względem wiedzy i umiejętności do wykonywania obowiązków w ramach opisów stanowisk pracy. Drugą grupę stanowią osoby nie posiadający wykształcenia technicznego, często bez żadnych kwalifikacji zawodowych.

Uwzględniając kompetencje pożądane oraz kwalifikacje, w które są wyposażeni przedstawiciele poszczególnych grup zawodowych, w dalszych rozważaniach należy uwzględniać personel medyczny (lekarzy i pielęgniarki) oraz pracowników administracyjnych posiadających wykształcenie z dziedzin ekonomicznej i społecznej.

---

[280] Zob. E. E. Lawer, G. Ledford, *A skill-based approach to human resources management*, "European Management Journal", 1992, Nr 10 (4), s. 383-391.

[281] P. M. Senge, *The Fifth Discipline: The Art and Practice of The Learning Organization*, Crown Publishing Group, New York 2006.

Natomiast kompetencje społeczne[282] i kompetencje interpersonalne[283] wymagane są od lekarzy i pielęgniarek na takim samym poziomie. Wynika to głównie ze świadczonych usług medycznych ukierunkowanych na relacje z pacjentami.

Takie zmiany zachodzą również w sferze zdrowia, w której zaawansowane technologie urządzeń diagnostycznych wymagają coraz większej wiedzy specjalistycznej. W wyniku tych przemian personel z wykształceniem średnim medycznym zastępowany jest przez pracowników posiadających wykształcenie wyższe zawodowe[284,285].

Do przydatnych umiejętności w kontekście wykonywania obowiązków personelu medycznego zalicza się: emocjonalny i empatyczny kontakt z pacjentem, utrzymanie równowagi w sytuacjach stresu i działania pod presją, zapobieganie powstawaniu niepożądanych reakcji na negatywne sytuacje, radzenie sobie z krytyką lekarzy, udzielanie pacjentowi emocjonalnego wsparcia. Przykładowo higienistki mogą motywować do konieczności codziennych zabiegów higienicznych i systematycznych wizyt kontrolnych. Asystentki współpracują z lekarzem podczas wizyty pacjenta i poprzez swoje profesjonalne zachowanie wpływają na jej rezultat końcowy (zdrowie pacjenta), w tym na stosowanie się do zaleceń lekarza.

Ze względu na wykonywane obowiązki na stanowisku pracy pracownik medyczny powinien być wyposażony w takie kompetencje interpersonalne i społeczne, które posłużą mu nie tylko w relacjach z pacjentami, lecz również w profesjonalnym podejściu do procesu leczenia. Potwierdzają to wcześniejsze badania empiryczne, które Zespół do Badań nad Organizacją i Zarządzaniem Szpitalami „Avicenna" przy Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego przeprowadził w kilkunastu szpitalach, realizując projekt dotyczący relacji i cech komunikowania się posiadanych przez pracowników organizacji szpitalnych, tak w grupie medycznej, jak i okołomedycznej oraz pomocniczej. W trakcie zrealizowanych badań w terenie, uzupełnionych studiowaniem zwyczajów panujących w szpitalach oraz na podstawie literatury przedmiotu zaproponowano grupę trzynastu umiejętności najbardziej związanych ze stanowiskiem pracownika medycznego.

Cechy te podzielono na trzy grupy kompetencji interpersonalnych i społecznych, czyli kompetencje progowe, pożądane oraz oczekiwane. Każdego pracownika medycznego powinny charakteryzować następujące cechy:

– komunikatywność;

---

[282] A. Tomorowicz, *Struktura kompetencji społecznych w ujęciu interakcyjnym*, Psychiatria, Tom 8, nr 3, 91-96, www.psychiatia.viamedica.pl, 2011.

[283] G. S. Becker, *The Oxford Handbook of Human Capital*, Oxford Univeristy Press, Oxford 2011.

[284] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 roku.

[285] Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039, 2012-01-01 zm. Dz.U.2011.291.1707 art. 16).

- odporność na stres;
- empatyczność;
- asertywność;
- optymizm;
- dyspozycyjność;
- odpowiedzialność;
- systematyczność;
- dokładność;
- otwartość;
- kreatywność;
- wytrwałość;
- chęć i motywacja do ciągłego doskonalenia wiedzy i umiejętności.

Ze względu na fakt, że lekarze i pielęgniarki udzielają porad pacjentom mającym różną wiedzę oraz umiejętności poznawcze i umysłowe, pracownicy medyczni muszą porozumiewać się w sposób prosty, jasny, nie korzystając z zasobów słów pochodzących ze słownika medycznego, lecz budować komunikaty ze słownictwa bardziej uniwersalnego, zrozumiałego dla większości pacjentów.

Oprócz komunikatywności każdy pracownik musi również wczuwać się w potrzeby i rozumieć pacjentów, aby lepiej im służyć, dostrzegając różnorodne odczucia towarzyszące pacjentom związane z wizytą u lekarza bądź przechodzoną chorobą. Chodzi tu o empatię, która jest niezbędną cechę na stanowisku lekarza oraz pielęgniarki. Dodatkowymi cechami są systematyczność i otwartość. Są to kompetencje interpersonalne ułatwiające pracę w zawodzie. Umiejętność systematyczności stanowi nie tylko podłoże do ciągłego doskonalenia się w pracy, lecz również w zakresie wiedzy medycznej. Taką cechę określamy jako chęć ciągłego uczenia się, która pozwala na samokształcenie i wymaga wysokiej świadomości zawodowej. Natomiast otwartość pozwala skrócić dystans w leczeniu, dzięki czemu pacjent jest mniej zestresowany w trakcie wizyty, jak i osiągnąć pozytywne nastawienie personelu medycznego do obsługiwanych pacjentów.

Pozostałe umiejętności noszą znamiona cech pożądanych, przydatnych i ułatwiających wykonywanie obowiązków na zajmowanym stanowisku pracownika medycznego. Jednakże personel medyczny nie musi być w nie wyposażony od samego początku zatrudnienia w systemie ochrony zdrowia. Do tej grupy zaliczamy odpowiedzialność za wykonywany zawód, za pacjenta, za profesjonalne sprawowanie funkcji lekarza, pielęgniarki. Następną cechą jest asertywność, ukierunkowana na działania związane z umiejętnością argumentowania, uzasadniania diagnozy lekarskiej bądź panowanie nad pacjentami, „kolejką" do gabinetu przez pielęgniarki obsługujące i organizujące proces leczenia w szpitalach. Kolejne umiejętności mają istotne znaczenie i są od siebie zależne. Na przykład pracownik optymistyczny jest bardziej odporny na sytuacje

wywołujące stres, natomiast osoba zestresowana oprócz negatywnego oddziaływania na pracownika poprzez obniżenie uczucia pewności siebie czy też pojawiania się symptomów depresyjnych, a co najmniej wycofania się w stosunku do otoczenia, wywołuje również skutki o charakterze organizacyjnym obejmującym całą organizację poprzez obniżenie efektywności pracy, odpływ pacjentów do innych organizacji ochrony zdrowia (np. w przypadku przychodni zdrowia, w których przyjmują lekarze nieodporni na stres, może wywołać negatywny stosunek do pacjenta, co w konsekwencji spowoduje przeniesienie się pacjentów do innych, konkurencyjnych przychodni). Dodatkową umiejętnością jest dokładność, tak potrzebna przy stawianiu diagnoz w trakcie leczenia. Każdy lekarz, jak i pielęgniarka muszą postępować zgodnie z procedurą. Na podstawie symptomów oraz badań szczegółowych eliminują poszczególne schorzenia, aby uzyskać najbardziej prawdopodobną diagnozę choroby i zaproponować środki lecznicze.

Do kompetencji oczekiwanych, które poprawią jakość pracy, lecz nie są konieczne w wypełnianiu obowiązków pracy na stanowisku pracownika medycznego, należą: kreatywność, dyspozycyjność oraz wytrwałość. W przypadku pierwszej z cech jest ona bardziej przydatna u lekarzy niż u pielęgniarek ze względu na proces leczenia, w którego trakcie lekarze muszą podejmować nie tylko działania określone procedurami, lecz również wykraczające poza określone ramy i na tym etapie wymagana jest kreatywność. Dyspozycyjność to umiejętność przypisana do wykonywanego zawodu w związku z charakterem pracy oraz służbą społeczeństwu. Z kolei wytrwałość w pracy lekarza i pielęgniarki polega na ciągłym szukaniu rozwiązań w procesie leczenia, chęci pogłębiania wiedzy zawodowej poprzez samokształcenie, uczestnictwo w szkoleniach itd.

Powyższe umiejętności stanowią podwaliny pod cechy charakteryzujące profesjonalnego lekarza i pielęgniarkę. Rzecz jasna można dyskutować nad zaproponowanym podziałem na kategorie kompetencji interpersonalnych i społecznych. Jednakże z pewnością są to jedne z najważniejszych cech u pracowników medycznych.

Pracownicy zaliczani do podstawowego personelu medycznego stanowią najliczniejszą i najważniejszą pod względem liczebności oraz istotności dla funkcjonowania szpitala. Aby zakwalifikować osobę do podstawowego personelu medycznego, musi ona spełnić następujące warunki:

- ukończyć wyższe studia medyczne, w przypadku czynnych pielęgniarek muszą uzupełnić wykształcenie wyższe na studiach pierwszego lub drugiego stopnia do 31 grudnia 2020 roku, po tym okresie nie będą posiadały kwalifikacji uprawniających do pełnienia funkcji pielęgniarki bądź położnej;
- uzyskać medyczne kwalifikacje zawodowe w trybie przejściowym lub na podstawie odbytego szkolenia zawodowego;

- posiadać wykształcenie wyższe lub średnie, inne niż określone wyżej, gdy posiadane kwalifikacje zawodowe mają zastosowanie przy udzielaniu świadczeń w działalności podstawowej, jeżeli jest się zatrudnionym na stanowiskach, na których te kwalifikacje są wymagane;
- w innych przypadkach, w których praca pozostaje w związku z udzielaniem świadczeń zapobiegawczo- leczniczych, rehabilitacyjnych bądź diagnostycznych[286,287].

Szczególną grupę pracowników podmiotów leczniczych stanowią właśnie lekarze i pielęgniarki, którzy są pracownikami pierwszego kontaktu i najczęściej mają do czynienia z pacjentami, a ich świadczenia medyczne realizowane są przy bezpośrednim kontakcie z pacjentem, inaczej niż w przypadku diagnostów laboratoryjnych czy farmaceutów.

Zawód lekarza charakteryzuje się pewnymi cechami, które w sposób zasadniczy odróżniają go od innych zawodów. Są to w szczególności:

- czas kształcenia lekarza, który jest wyjątkowo długi, jednakże ostatnie zmiany działają niekorzystnie likwidując staż podyplomowy - studenci odbędą praktykę na szóstym roku studiów[288];
- lekarze na płaszczyźnie prawnej są zmuszeni do uzupełniania kwalifikacji zawodowych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 6 października 2004 roku[289];
- po ukończeniu wydziału lekarskiego uczelni medycznej absolwent jest przygotowany jedynie do pracy w zawodzie lekarza. Należy zwrócić uwagę na koszt wykształcenia jednego lekarza. Szacuje się, że w Polsce koszt wykształcenia lekarza specjalisty wynosi 310 000 zł[290], a w Wielkiej Brytanii ponad 250 000 funtów[291]. Kwoty te świadczą o dużych nakładach na wykształcenie kadry medycznej, jednakże nie dają one gwarancji, że młodzi lekarze czy też pielęgniarki zostaną w kraju. Mogą podjąć decyzję o emigracji zarobkowej do kraju, w którym więcej zarobią. Przykładem jest zjawisko zachodzące w Zambii, w której na 600 lekarzy kończących naukę tylko 50 praktykuje w kraju. Równie dramatyczna sytuacja

---

[286] Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U.2011.174.1039).

[287] Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 roku (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 roku Nr 136, poz. 857), ze zmianami z dnia 28 kwietnia 2011 roku.

[288] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty z dnia 26 września 2012 roku (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 1082) i Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty z dnia 20 grudnia 2012 roku (Dz.U. 2012 Nr 0 poz. 1543).

[289] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 6 października 2004 roku.

[290] *Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski*, red. K. Krajewski-Siuda, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom 2008.

[291] S. Bach, *International migration of health Workers: Labor and social issues*, International Labor Office, Geneva, July 2003.

jest w Zimbabwe, skąd wyjechało ponad 80% lekarzy, pielęgniarek i terapeutów, którzy ukończyli wydział medyczny Uniwersytetu Zimbabwe po 1980 roku[292];

– utrzymanie stanowiska pracy jednego lekarza przy zachowaniu należytego standardu jest niezwykle drogie[293].

Oprócz wymagań kwalifikacyjnych przedstawiciele zawodów medycznych muszą działać na podstawie aktów prawnych, które narzucają odpowiedzialność zawodową w ramach wykonywanych zadań. Artykuł 41 i nast. Ustawy z dnia 17 maja 1989 roku o izbach lekarskich (Dz. U. 89.30.158 ze zm.) mówi, że lekarze podlegają odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi, a nie przed innym lekarzem, pełniącym nawet funkcję kierowniczą, ponieważ to samorząd lekarski zgodnie z art. 4 tejże ustawy sprawuje pieczę i nadzór nad należytym i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza: sądy lekarskie rozpatrują sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej lekarzy, rzecznicy zaś prowadzą postępowanie w sprawach odpowiedzialności zawodowej (art. 28 i 29 tejże ustawy).

Natomiast w art. 35 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 05.226.1943 ze zm.) podkreśla się, że „jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia […] lekarz ma obowiązek zasięgnąć opinii lekarza […] tej samej specjalności", natomiast w art. 37, że „w razie wątpliwości diagnostycznych lub terapeutycznych lekarz […] powinien zasięgnąć opinii właściwego lekarza specjalisty lub zorganizować konsylium lekarskie".

Nieco inaczej przedstawia się sytuacja w przypadku pracy pielęgniarek. Z jednej strony realizują one polecenia lekarzy, z drugiej przełożonej pielęgniarek[294]. Mając to na uwadze, przyjmuje się, że do podstawowych obowiązków pielęgniarek zalicza się:

– wykonywanie zabiegów;
– pomoc pacjentom;
– czynności ogólnoporządkowe, utrzymywanie w czystości instrumentów, troskę o zaopatrzenie;
– czynności administracyjno-organizacyjne, dotyczące opracowania dokumentów procesu leczenia;

---

[292] S. Webster, L. Morgantini, *Wspólne zgromadzenie parlamentarne AKPUE*, Sprawozdanie w sprawie migracji wykwalifikowanych pracowników i jej konsekwencji dla rozwoju krajowego, Komisja Spraw Społecznych i Środowiska, 8.03.2007.

[293] Zob. J. Obmach, W. Słomczynski, *Planowanie rozwoju kadry lekarskiej, ekspertyza*, Uniwersytet Jagiellonski, Kraków, XII 2000, Internet, http://www.im.uj.edu.pl/JerzyOmbach/MZ2000.pdf.

[294] Zob. A. Koper, L. Wdowiak, I. Wronska, *Służbowe więzi organizacyjne w szpitalu*, „Zdrowie Publiczne" 2003, Nr 1/2, s. 15.

– uczestnictwo w naradach, odprawach i instruktażach;
– opiekę psychiczną nad pacjentami[295].

Zgodnie z definicją brytyjskiej Rady Pielęgniarek i Położnych (NMC) pod pojęciem kompetencji pielęgniarki należy rozumieć zdolności i umiejętności wykonywania praktyki zawodowej w sposób bezpieczny, efektywny, bez konieczności nadzoru innej osoby[296].

W odniesieniu do pracowników działalności podstawowej procedury podnoszenia kwalifikacji są ściśle określone przepisami prawnymi, które w sposób szczegółowy wskazują ramowy program specjalizacji w poszczególnych dziedzinach medycyny i zawierają następujące elementy: po pierwsze, zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych, które powinny być zrealizowane w ramach określonej specjalności; po drugie, formy zdobywania wiedzy teoretycznej i nabywania umiejętności praktycznych (kursy wprowadzające, kursy szkoleniowe, samokształcenie, staże kierunkowe, szkolenie i uczestniczenie w wykonywaniu określonych zabiegów, pełnienie dyżurów lekarskich); po trzecie, okres trwania specjalizacji; po czwarte, sposób sprawdzania wiedzy teoretycznej i nabytych umiejętności; po piąte, wykazanie się praktyczną znajomością przynajmniej jednego z języków (angielskiego, francuskiego, niemieckiego) [297].

Specjalizacja może być prowadzona przez odpowiednie jednostki organizacyjne, określone w ustawie o zawodzie lekarza, po uzyskaniu wpisu na listę prowadzoną przez ministra zdrowia i opieki społecznej oraz po spełnieniu określonych warunków. Lekarz odbywa specjalizację pod kierunkiem wybranego przez siebie specjalisty, wyznaczonego przez kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację. Kierownikiem specjalizacji musi być lekarz specjalista z określonej dziedziny medycyny.

Zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami lekarze muszą zdobywać jednostopniową specjalizację. Natomiast dotychczas obowiązujące specjalizacje I i II stopnia w poszczególnych dziedzinach medycyny pozostaną ważne, ale uzyskane w nowym trybie będą równoznaczne z II stopniem specjalizacji uzyskanej wcześniej. Oznacza to, że nie będzie specjalizacji I stopnia.

Personel pielęgniarski może również uzyskiwać specjalizację na podstawie dwuletniego kursu, prowadzonego przez szpitale wyznaczone do kształcenia w ramach określonych specjalności, np. pediatrii, anestezjologii, instrumentowania, położnictwa itp.

Opieka medyczno-pielęgniarska może przebiegać zadowalająco tylko wtedy, kiedy wszystkie jednostki organizacyjne szpitala – każda z osobna i wszystkie razem – funkcjonują właściwie. Tymczasem – jak można zauważyć – tylko wysoka jakość świadczeń medycznych

---

[295] Zob. M. Gramlewicz, *Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia*, „Śląsk" Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2007, s. 240.

[296] *Midwifery and Health Visiting,* United Kingdom Central Council for Nursing, 1999, Nr 35.

[297] Por. Erfurt U., *Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej*, http://www.emedyk.pl/artykul.php?idartykul_rodzaj=10&idartykul=545.

i pozamedycznych zapewni jakościowo dobrą opiekę nad pacjentem. Ponadto warto podkreślić, że wszyscy pracownicy zakładu opieki zdrowotnej, szczególnie w szpitalu akredytowanym, zobowiązani są do odbycia przynajmniej raz w roku szkolenia doskonalącego bądź przypominającego, związanego z wykonywanym zakresem obowiązków. Zgodnie z przepisami prawa oraz standardami akredytacyjnymi istnieje obowiązek dokumentowania wszystkich szkoleń załogi.

W procesie świadczenia usług praca ludzka jest podstawowym czynnikiem wytwórczym. W jednostce gospodarującej, jaką jest zakład opieki zdrowotnej, pacjent, czyli jego klient, ma ciągły kontakt z wieloma osobami z personelu. Poziom jego zadowolenia zależny jest od sposobu, w jaki jest traktowany, od fachowości, uprzejmości i szybkości świadczonej mu pomocy. Z kolei na zachowanie pracowników ma wpływ satysfakcja, jaką czerpią oni z wykonywanego zawodu. Praca w zakładach opieki zdrowotnej wymaga dużego poświęcenia, a także wiąże się z odpowiedzialnością za stan zdrowia i często też życie innych ludzi. Wszystko to powoduje, że w tych podmiotach organizacyjnych należy położyć duży nacisk na racjonalne gospodarowanie czynnikiem ludzkim oraz motywowanie pracowników do jak najlepszego wykonywania obowiązków[298].

Ze względu na trudności z określeniem potencjału kompetencji zawodowych personelu medycznego autorzy zaproponowali wzór na zmierzenie globalnego poziomu wykształcenia pracowników medycznych szpitali, który jest składnikiem łatwo mierzalnym. Ocenę kompetencji należy przeprowadzić korzystając z bardziej zaawansowanych oraz złożonych narzędzi (wiedza, umiejętności).

W celu wyznaczenia wskaźnika ogólnego potencjału wykształcenia personelu medycznego w całej organizacji szpitalnej należy liczbę pracowników poszczególnych poziomów wykształcenia na koniec badanego okresu pomnożyć przez mnożnik odpowiadający danemu poziomowi wykształcenia i dodać otrzymane iloczyny.

$$Pow = \Sigma Ppw * Lp$$

gdzie:

Pow - ogólny potencjał wykształcenia na koniec badanego okresu w szpitalu bądź oddziale,

Ppw – liczba pracowników o danym poziomie wykształcenia na koniec badanego okresu,

Lp – mnożnik odpowiadający danemu poziomowi wykształcenia[299].

---

[298] M. Majewski, J. Nowomiejski, *Analiza zatrudnienia w zakładzie opieki zdrowotnej,* [w:] *Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja. Edukacja. Terapia. Zarządzanie*, red. M. D. Głowacka, Wyd. Baskat Marek Baumgart, Poznań 2006, s. 345-357.

[299] Ibidem, s. 350-351.

Do obliczania wskaźnika potencjału wykształcenia personelu medycznego przyjmuje się następujące wartości mnożników, odpowiadające liczbie lat nauki szkolnej na poszczególnych poziomach wykształcenia: wyższe specjalistyczne – 19 lat (autorzy przyjęli pod uwagę najkrótszy okres trwania specjalizacji)[300], wyższe – 17 lat, wyższe niepełne zawodowe – 15 lat, policealne i średnie zawodowe pełne – 12-13 lat oraz średnie ogólnokształcące pełne – 12 lat. Można badania podzielić na dwie grupy zawodowe (lekarzy i pielęgniarki) i na tej podstawie określić potencjał kwalifikacji zawodowych, a nawet menedżerskich. Na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych w 21 szpitalach autorzy stwierdzili, że w przypadku kwalifikacji menedżerskich potencjał personelu medycznego nie osiąga wysokiego poziomu, wręcz przeciwnie stanowi słabą stronę podmiotów leczniczych i wpływa na obniżenie sprawności oraz skuteczności organizacyjnej szpitali.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 04. 231. 2326 ze zm.), na każdym z lekarzy spoczywa obowiązek doskonalenia zawodowego obejmującego stałą aktywność zawodową w ramach samokształcenia lub w zorganizowanych formach kształcenia podyplomowego; dopełnienie obowiązku doskonalenia zawodowego lekarza potwierdza wyłącznie okręgowa rada lekarska.

W art. 19 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 05. 226. 1943 ze zm.), między innymi, stwierdza się, iż kształcenie podyplomowe lekarzy mogą prowadzić podmioty uprawnione do prowadzenia stażu podyplomowego, specjalizacji, medyczne szkoły wyższe, szkoły prowadzące działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, medyczne jednostki badawczo – rozwojowe oraz inne podmioty, po uzyskaniu wpisu w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów.

Ustawodawca w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 05. 213. 1779) w paragrafie 25 zapisał, iż „kierownikiem specjalizacji jest lekarz specjalista w dziedzinie medycyny będącej przedmiotem specjalizacji" (paragraf 25 ust.1), jak również, że „lekarz odbywa specjalizację pod kierunkiem wybranego przez siebie lekarza spośród lekarzy wykonujących swój zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby w danej jednostce organizacyjnej albo spośród lekarzy, o których mowa w paragrafie 11 ust. 2 pkt 6 i 7, wyznaczonych przez kierownika tej jednostki [...]" (paragraf 25 ust.2), a w paragrafie 26 wyznacza kierownikowi specjalizacji szereg obowiązków dotyczących całości przebiegu specjalizacji. Odpowiedzialność za szkolenie lekarza specjalizującego się w całości ponosi kierownik specjalizacji, a nie ordynator.

[300] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 20 października 2005 roku (Dz.U.05.213.1779).

Podobnie rozwiązana jest sprawa stażu podyplomowego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 04. 57. 553 ze zm.). Paragraf 6 określa sytuację, w której odbywany staż nadzoruje koordynator wyznaczony przez kierownika zakładu spośród lekarzy zatrudnionych w zakładzie. Natomiast w paragrafie 7 tego samego rozporządzenia stwierdzono że, odbywanie stażu cząstkowego na oddziale szpitalnym nadzoruje opiekun, którego wyznacza ordynator spośród zatrudnionych na oddziale lekarzy.

Koordynator planuje i nadzoruje przebieg realizacji stażu oraz decyduje o sprawach związanych ze szkoleniem stażystów, w szczególności:

- dokonuje okresowych ocen przebiegu stażu z udziałem m.in. ordynatorów;
- wystawia stażystom opinie zawodowe po zapoznaniu się ze stanowiskiem m.in. ordynatorów.

Pracownik pełniący funkcję ordynatora w szpitalu zgodnie z paragrafem 12 powyższego rozporządzenia jest odpowiedzialny za przeprowadzenie kolokwium na zakończenie stażu cząstkowego lekarza stażysty.

Zapewnienie społeczeństwu odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych jest wyzwaniem dla współczesnego systemu ochrony zdrowia. Przesłankami przemawiającymi za poprawą jakości są nie tylko aspekty etyczne, ale również względy ekonomiczne. Jakość w systemie ochrony zdrowia można definiować jako uzyskiwanie maksymalnie skutecznych działań przy danych nakładach oraz przy zachowaniu wysokiego poziomu bezpieczeństwa. Nie jest to jedyna definicja tego pojęcia, gdyż jest ono wielowymiarowe i trudne do uchwycenia. Większość definicji jakości świadczeń zdrowotnych koncentruje się na dwóch kwestiach: optymalizacji wysiłków zdrowotnych przy posiadanym poziomie wiedzy oraz konieczności spełnienia oczekiwań społecznych dotyczących funkcji opieki zdrowotnej[301].

Akty prawne precyzują liczbę punktów edukacyjnych, które należy uzyskać w określonym czasie. Przykładowo lekarze i lekarze dentyści w ciągu czterech lat muszą wykazać się otrzymaniem co najmniej 200 punktów edukacyjnych, aby uzyskać specjalizację w określonej dziedzinie[302]. Tym samym lekarze realizujący zadania związane z awansem zawodowym nie mają czasu na realizowanie równolegle dwóch ścieżek rozwoju, zarówno medycznej, jak i menedżerskiej. Wynikiem tego są pracownicy medyczni o wysokich kompetencjach medycznych, wiedzy i umiejętności zawodowych, z mniejszym zasobem umiejętności interpersonalnych. Stąd wniosek, że aby lekarz mógł pełnić funkcję menedżerską, nie może być kształtowany w tym zakresie przed albo w trakcie zdobywania specjalizacji w wykonywanym, podstawowym zawodzie. W trakcie stażu

[301] red. R. Lewandowski, R. Walkowiak, *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Problemy wybrane*, Wydawnictwo Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2011, s. 107-114.

[302] Załącznik Nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 6 października 2004 r. (Dz. U. z 2004 r., nr 231, poz. 2326).

specjalizacyjnego lekarze mogą kreować umiejętności interpersonalne, tak potrzebne zarówno na zajmowanym stanowisku pracy, jak i na stanowisku kierowniczym. Dopiero po uzyskaniu awansu zawodowego pracownicy medyczni powinni być ocenieni pod względem predyspozycji do pełnienia funkcji kierowniczych, a następnie doskonalić wiedzę menedżerską w celu wykorzystania doskonalonych kompetencji na pierwszym bądź drugim poziomie zarządzania przez ordynatorów oddziałów szpitalnych.

Rozwój zawodowy pielęgniarek i położnych odbywa się na wniosek pracodawcy lub ze względu na własne potrzeby. Ramowe programy kształcenia podyplomowego dla specjalizacji opracowywane są przez Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, po konsultacji z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia. Pielęgniarki i położne mogą korzystać również z kursów dokształcających, specjalistycznych i kwalifikacyjnych.

Sposób doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych określa Nowa Ustawa *o zawodach pielęgniarki i położnej* z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz. U. 2011 nr 174 poz. 1039). Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku, z wyjątkiem art. 95 i art. 99 ustawy, które weszły w życie z dniem 23 sierpnia 2011 roku. Kształcenie farmaceutów zapisane jest w Ustawie z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne (Dz. U. Nr 126 poz. 1381), które stanowi, iż każdy „farmaceuta zatrudniony w aptece lub hurtowni farmaceutycznej zobowiązany jest do podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez uczestnictwo w ciągłym szkoleniu, celem aktualizacji posiadanego zasobu wiedzy oraz stałego dokształcania się w zakresie nowych osiągnięć nauk farmaceutycznych. Szczegóły tego kształcenia reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 roku w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych" (Dz. U. Nr 132, poz. 1238, z późn. zm.). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2007 roku *w* sprawie doskonalenia zawodowego ratowników medycznych (Dz. U. Nr 191, poz. 1410) reguluje powyższe kwestie w zakresie pracowników będących ratownikami medycznymi.

Efektywność zawodowa pielęgniarki to jej sprawność, skuteczność i profesjonalizm w realizacji zadań zawodowych, mierzone m.in. poziomem jakości wykonywanych usług oraz poziomem urzeczywistnienia sprecyzowanych celów[303] personalnych i organizacyjnych.

Pielęgniarki i położne mogą uzyskać następujące wykształcenie w ramach szkół pielęgniarskich: tytuł zawodowy pielęgniarki (położnej) po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej (położnych) o randze szkoły pomaturalnej, tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa (położnictwa) po studiach wyższych zawodowych oraz tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa (położnictwa) po ukończeniu studiów

[303] M.D. Głowacka, *Czynniki inspirujące zmiany w procesie doskonalenia kadr szpitala,* [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno - praktyczne*, red. M. D. Głowacka, Wydawnictwo Termedia, Poznań 2004, s. 226.

magisterskich jednolitych lub uzupełniających po studiach pierwszego stopnia zgodnie z przyjętym nazewnictwem w procesie bolońskim[304].

W przypadku pracowników administracyjnych wymogi nie są tak sformalizowane od strony systemowej, bez zapisów w ustawach lecz wynikają z przyjętych obowiązków na stanowiskach pracy i wytycznych pracodawcy. Skutkiem tego kompetencje na stanowiskach administracyjnych nie są sprecyzowane tak dalece, jak w przypadku personelu medycznego przez co pracownicy administracyjni posiadają mniej sprecyzowane i ukierunkowane kompetencje. Natomiast osoby z grupy pracowników technicznych stanowią tzw. grupę pomocniczą, działającą niejako w tle pracowników medycznych a nawet administracji. Pracownicy techniczni ze względu na niskie kompetencje, kwalifikacje oraz bardzo wąskie umiejętności nie są brani pod uwagę w przypadku ścieżki awansu menedżerskiego. Ewentualny awans ma bardziej charakter poziomy aniżeli pionowy, co rzadko ma miejsce. Z tego powodu w dalszej części pracy w zakresie badania potencjału kompetencji menedżerskich pod uwagę brani będą przedstawiciele personelu medycznego (szczególnie lekarze i pielęgniarki) oraz pracownicy administracyjni.

2.4. Typologia menedżerów w organizacji

Każda organizacja składa się z pracowników oraz kierownictwa. Pracownicy stanowią fundament organizacji, tkankę, którą należy umiejętnie zarządzać. Sferą zarządzania zajmują się menedżerowie, których kompetencje wpływają na skuteczność i efektywność zarządzania organizacjami służby zdrowia.

Za R. W. Griffin dzielimy menedżerów na 3 poziomy zarządzania[305,306], zgodnie z dominującymi trendami w zakresie typów struktur organizacyjnych. Pierwszy poziom stanowią menedżerowie niższego szczebla (supervisory manager). Drugi poziom menedżerowie średniego szczebla (middle manager). Trzeci to menedżerowie wyższego szczebla (top management).

Kierownictwo średniego szczebla pełni w organizacjach wiele funkcji. Na podstawie przeglądu literatury stwierdziliśmy, że menedżerowie średniego szczebla pełnią 5 istotnych ról strategicznych, administracyjne, przywództwo, komunikacja i współpraca oraz podejmowanie decyzji [307].

Jest to typowy przykład tradycyjnej piramidy przedstawiający typologię kadry menedżerskiej, w której istnieje hierarchia oraz zachodzi mechanizm polegający na delegowaniu uprawnień na dół. Kultura organizacyjna oraz wartości przedsiębiorstwa są ważniejsze niż formalna strategia.

---

[304] Deklaracja Bolońska. Szkolnictwo wyższe w Europie, wspólna Deklaracja Europejskich Ministrów Edukacji, zebranych w Bolonii w dniu 19 czerwca 1999.

[305] R.W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2004, s. 12-16.

[306] S.P. Robbins, D. A. DeCenzo, *Podstawy zarządzania*, PWN, Warszawa 2002, s. 31-32.

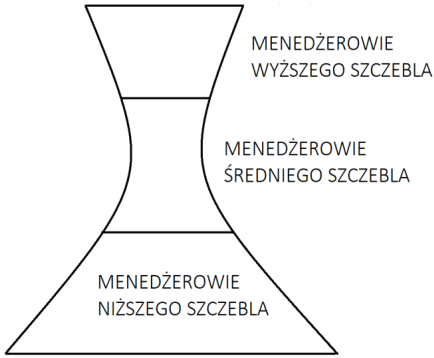
[307] Z. Rezvani, *Who is a Middle Manager: A literature Review*, International Journal of Family Business and Management, 2017, s. 7.



Ilustracja 5. Model tradycyjnej piramidy dla menedżerów w organizacji
Źródło: opracowanie własne na podstawie R.W. Griffin, Podstawy zarządzania organizacjami, PWN, Warszawa 2004, s. 12-16.

Zmienność otoczenia zewnętrznego wpływa na organizacje, które muszą być elastyczne i szybciej reagować na zachodzące zmiany, muszą bezzwłocznie dostosowywać się do nowych warunków w skali mikro a nawet makro. Jaki jest tego skutek dla organizacji? Przedsiębiorstwa skupiają się na doskonaleniu kompetencji pracowników w oparciu o kulturę organizacyjną, skutkuje to zmianami zachodzącymi w zakresie typów struktur organizacyjnych, co z kolei wpływa na ewolucję w zakresie modelu stanowisk menedżerskich w organizacjach.

Najbardziej rozpowszechnionym modelem jest tradycyjna piramida, jednakże coraz częściej pojawiają się firmy, w których zastosowano model klepsydry, w której zminimalizowano liczebność menedżerów średniego szczebla. Wynika to z faktu, że menedżerowie średniego szczebla muszą wykazywać się kompetencjami profesjonalnego menedżera. Nie muszą być specjalistami w wykonywanym zawodzie, tak jak jest to wymagane od menedżerów operacyjnych, lecz przede wszystkim muszą umieć stosować nowoczesne metody zarządzania organizacją bądź jej częścią. W modelu klepsydry menedżerowie średniego szczebla przejmują część obowiązków menedżerów wyższego szczebla ze względu na podobne kompetencje, którymi muszą wykazywać się menedżerowie na obu szczeblach organizacyjnych. W firmach, w których zastosowano model klepsydry, personel rozumie, co należy zrobić, może działać samodzielnie i jest odpowiedzialny za swoje działania.



Ilustracja 6. Model klepsydry dla menedżerów w organizacji
Źródło: opracowanie własne na podstawie T. Oleksyn, Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 177-179.

Model klepsydry dla menedżerów stosuje się w organizacjach, w których zatrudnieni są specjaliści. Z tego względu menedżer na pierwszym szczeblu organizacyjnym skupiony jest na budowaniu autorytetu na podbudowie kompetencji zawodowych oraz pełni rolę mentora bądź coacha dla podwładnych. Z kolei menedżerowie na drugim i trzecim szczeblu organizacyjnym skupieni są na planowaniu i wdrażaniu strategii przedsiębiorstwa. Menedżerowie na tych szczeblach w sposób ciągły uczą się i rozwijają w obszarze kompetencji menedżerskich. Stanowią zasób kadrowy profesjonalnych menedżerów, którzy mogą funkcjonować w każdej branży, ponieważ nie ma znaczenia wiedza techniczna (zawodowa), przydatna na pierwszym szczeblu menedżerskim.

2.5. Kompetencje menedżerskie

Organizacja opieki musi uwzględniać przede wszystkim bezpieczeństwo pacjenta oraz sprzyjać wszechstronnemu rozwojowi zespołu terapeutycznego. Jest to proces złożony i realizowany w kilku zakresach: komunikacji, współpracy i kierowania[308].

Szpital jest organizacją tożsamą z przedsiębiorstwem komercyjnym, jeden, jak i drugi organizm można postrzegać w ujęciu zasobowym, procesowym czy też systemowym. W każdej z nich ważnym czynnikiem jest kapitał ludzki w właściwie kapitał intelektualny podmiotu leczniczego. Elementem, który ma istotny wpływ na wartość kapitału ludzkiego są kompetencje pracowników oraz kadry zarządzającej nimi.

Ważnym pojęciem przy rozważaniach nad zarządzaniem kompetencjami zajmuje pojęcie sprawności organizacyjnej. Według autorów publikacji jest to najważniejsza kategoria w przypadku

[308] S. Kirk, D. Parker, T. Claridge, A. Esmail, M. Marshall, *Patient safety culture in primary care: developing a theoretical frame-work for practical use*, "Quality & Safety in Health Care", 2007, August 16(4), s. 313–320.

zarządzania przedsiębiorstwem, oddziałująca na pozostałe pojęcia ekonomiczne, takie jak: wydajność, skuteczność czy efektywność.

Sprawdzenie rezultatów takich szkoleń może się odbyć poprzez badanie jakości obsługi i satysfakcji pacjentów lub za pomocą tzw. tajemniczego pacjenta. Wtedy to oceniane są zwyczajowe zachowania pracowników podczas rutynowych czynności, gdyż nie mają oni świadomości, że są obserwowani (sprawdza się zachowanie w kontakcie z pacjentem, radzenie sobie z dokumentacją). Można również wziąć pod uwagę rekomendacje pacjentów, poddać analizie dane statystyczne związane np. z liczbą nowych osób zgłaszających potrzebę leczenia, jak również wykorzystać wynik oceny okresowej pracowników.

Do problemów powiązanych z praktyką lekarską i pracą z ludźmi należy wypalenie zawodowe. Dodatkowo nie wszyscy lekarze potrafią komunikować się z pacjentem w sposób dla niego. zrozumiały Stąd potrzeba doskonalenia kompetencji komunikacji (umiejętności przeprowadzenia trudnej rozmowy, radzenia sobie z pacjentem przestraszonym, manipulującym, umierającym).

Zmiany w europejskim systemie kształcenia studentów mają swoje następstwa również dla kształcenia na kierunkach medycznych i pokrewnych w polskich uczelniach. W przypadku przyszłych lekarzy zwraca się uwagę na konieczność posiadania i rozwijania przez nich kompetencji społecznych, tak potrzebnych podczas kontaktu z pacjentem oraz kierowania instytucją medyczną. Należą do nich m.in.:

- umiejętność zarządzania (prowadzenia organizacji medycznej: praktyki lekarskiej, gabinetu, oddziału, przychodni, kliniki, szpitala, apteki itd. oraz budowania przewagi konkurencyjnej na rynku usług zdrowotnych, motywowania pracowników itd.);
- zachowania organizacyjne (współpraca z pracownikami i pacjentami, w tym komunikacja interpersonalna, umiejętność przekazywania trudnych informacji, współpraca z pacjentem przewlekle chorym, odpowiednie przeprowadzenie wywiadu z pacjentem, a także zmiana nawyków w procesie leczenia);
- świadome kierowanie karierą (kompetencjami zawodowymi).

Na podstawie przytoczonych list kompetencji stanowiących zbiór uniwersalnych cech interpersonalnych standardowego kierownika autorzy określili cechy, które powinna posiadać kadra zarządzająca. Przy budowie listy kompetencji interpersonalnych trzeba uwzględniać specyfikę organizacji szpitalnych, których charakter działalności oraz forma usług narzucają określone cechy interpersonalne. Każdy pracownik medyczny powinien skutecznie komunikować się, być empatyczny, asertywny, optymistyczny, dyspozycyjny, odporny na stres, odpowiedzialny, systematyczny, dokładny, otwarty, kreatywny, wytrwały oraz chętnym i umotywowany do ciągłego doskonalenia swojej wiedzy i umiejętności.

Każdy z pracowników medycznych może sprawować funkcje kierownicze i dlatego należy wyposażyć ich w dodatkowe cechy wzmacniające umiejętności menedżerskie. W przypadku lekarzy czy pielęgniarek jest to łatwiejsze, bo nie wymaga dużych nakładów czasowych i finansowych. Wystarczy, że każdy pracownik medyczny będzie doskonalić zdolności przywódcze. Jest to cecha niepotrzebna na poziomie wykonywanego zawodu, lecz na stanowisku kierowniczym – niezbędna. Pozostałe umiejętności są wymagane od lekarzy i pielęgniarek bez względu na piastowanie bądź nie stanowiska kierowniczego. Różnice mogą występować w określeniu poziomu posiadanej cechy.

A. Potocki stwierdził, że komunikowanie się jest esencją zarządzania[309]. Należy zgodzić się z tym twierdzeniem, a potwierdzenie autorzy znaleźli w badaniach przeprowadzonych w 23 szpitalach, przedstawionych i przeanalizowanych w książce *Relacje i komunikacja w świecie medycznym* wydanej przez Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego w 2012 roku. Bez odpowiedniej komunikacji w organizacji różne zasoby firmy nie zostają w pełni i optymalnie wykorzystane.

Oprócz umiejętności interpersonalnych należy każdego menedżera opieki medycznej wyposażyć w wiedzę menedżerską, aby wiedział, jak planować, organizować, motywować i kontrolować na różnych płaszczyznach działalności organizacji szpitalnej z efektywnym wykorzystaniem zasobu ludzkiego oraz materialnego (sprzętu medycznego oraz budynków).

Na podstawie wiedzy literaturowej oraz pracy wykonanej przez zespół ekspertów przygotowano działy wiedzy, w którą należy wyposażyć każdego pracownika sprawującego funkcje kierownicze w szpitalach. Wyniki prac i dogłębnych analiz pozwoliły wydzielić 29 obszarów wiedzy, które pogrupowano w siedem zakresów tematycznych. Są to: psychologia zarządzania, marketing i jakość, zarządzanie zmianą, zarządzanie informacją, zarządzanie kadrami, zarządzanie finansami oraz nadzór nad infrastrukturą.

2.6. Metody doskonalenia kompetencji

W edukacji zawodowej istnieje prymat praktyki nad teorią. Celem edukacji zawodowej jest umiejętność[310], a dokładnie umiejętności uzupełnione o wiedzę, na podstawie których buduje się doświadczenie wynikające z zajmowanego stanowiska pracy i wykonywanych obowiązków pracy.

Myślenie o pracowniku przez pryzmat kompetencji zawodowych to w istocie nowy paradygmat myślenia o cechach współczesnego rynku pracy. W tym paradygmacie podkreśla się podmiotowość człowieka i jego zdolność do adaptacji w zmieniających się warunkach zatrudnienia, co jest najważniejszym źródłem pojęcia kompetencji zawodowych. Paradygmat ten wynika przede

---

[309] A. Potocki, *Instrumenty komunikacji wewnętrznej w przedsiębiorstwie*, Difin, Warszawa 2008, s. 8.

[310] M. Butkiewicz, *Struktura modelu polskich standardów kwalifikacji zawodowych,* [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych,* red. M. Butkiewicz, Wydawnictwo Edukacja i Praca i ITeE,Warszawa-Radom 1995, s. 26.

wszystkim ze strategii przedsiębiorstw podążających w kierunku zapewnienia im konkurencyjności na rynku, poprzez coraz lepsze wykorzystywanie potencjału zatrudnionych pracowników[311].

Rozwój pracowników, zwłaszcza będących bardzo wysoko kwalifikowanymi specjalistami, powinien być częścią spójnej strategii organizacji. Inwestycja, jaką jest rozwój pracowników, powinna być przemyślana w podobny sposób, jak każda inna w organizacji. Największe nakłady powinny zatem pochłaniać największe talenty[312].

Zadaniem procesów personalnych jest we współczesnej organizacji medycznej nie tylko pozyskanie samego pracownika, ale także doskonalenie jego kompetencji i ich wykorzystywanie na potrzeby organizacji w maksymalny sposób[313].

Potrzeby szkoleniowe powinno się określać na poziomie organizacji (szkolenia na zamówienie firm – tzw. zamknięte) lub pracownika (najczęściej dołącza on do grupy szkoleniowej organizowanej przez firmę zewnętrzną). Potrzeby szkoleniowe mogą być pochodną celów organizacji lub wynikiem ocen okresowych. Zwracają uwagę na niewłaściwą obsługę pacjenta, zażalenia pacjentów, potrzebę podniesienia jakości pracy oraz zmiany w przepisach prawnych (i w wewnętrznych procedurach). Na kształtowanie potrzeb szkoleniowych mają wpływ także takie czynniki, jak starzejące się społeczeństwo, drożejące leki i nowe technologie medyczne, rosnąca świadomość pacjentów i ich oczekiwań terapeutycznych.

Forma doskonalenia kompetencji musi być dostosowana do preferencji pracowników, do których są one kierowane. Stąd wniosek, że takie działania muszą zostać przedyskutowane z pracownikami, tak aby zaproponowali najkorzystniejsze metody dokształcania, jak również termin, miejsce i czas realizacji procesu doskonalenia wiedzy i umiejętności.

Ze względu na dynamiczny w ostatnim czasie (początek XXI wieku) rozwój tych organizacji i sprzyjające warunki ekonomiczno - polityczne odnotowuje się konieczność kształcenia menedżerów ochrony zdrowia. Przykładowo Stowarzyszenie Menedżerów Opieki Zdrowotnej we współpracy z Polsko-Amerykańską Fundacją Wolności w latach 2000–2004 prowadziło program QAS (ang. *Quality Accreditation Scholarships*), dzięki któremu w edukację menedżerów zdrowia w Polsce zainwestowano ponad 500 tys. dolarów. W ramach tego projektu przeszkolono ponad 6 tys. studentów, a 22 uczelnie uzyskały dotacje na poprawę bazy dydaktycznej i stworzenie oferty edukacyjnej specjalnie dla menedżerów zdrowia[314]. Popyt na lekarzy specjalistów, również

---

[311] S. M. Kwiatkowski, K. Symela, *Standardy kwalifikacji zawodowych. Teoria, metodologia, projekty*, Wydawnictwo Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001, s. 95.

[312] G. Doman, J. Doman, *How To Teach Your Baby To Read. The gentle revolution*. Square One Publishers, New York 2006.

[313] R. M. Epstein, E. Hundert, *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA 2002, s. 287.

[314] Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności, http://www.pafw.pl/programy/.

z dodatkowym wykształceniem menedżerskim, rośnie w Polsce i za granicą, co w połączeniu z atrakcyjnym wynagrodzeniem sprzyja motywacji do dalszego kształcenia się[315].

Szpitale są typem takich organizacji, w których powinno się dążyć do zmniejszenia ruchu ogólnego pracowników, gdyż ich często niepotrzebna wymiana utrudnia wdrażanie właściwych nawyków, kształtowanie pożądanych postaw i tworzenie zwartych kolektywów pracowniczych[316]. Kompetencje zawodowe doskonalone są na podbudowie wiedzy, jak i doświadczenia zawodowego, w ten sposób tworzymy umiejętności[317], wzbogacające repertuar zawodowy lekarzy i pielęgniarek. Dzięki temu można takich pracowników nazywać profesjonalistami i mistrzami w swojej profesji.

Stąd na rynku pojawia się coraz więcej ofert szkoleniowych związanych z zarządzaniem placówkami medycznymi skierowanych do lekarzy. Do sprawnego zarządzania placówką medyczną konieczne jest poznanie:

- podstaw zarządzania, zasad kierowania zespołem (motywowanie, dyscyplinowanie, zatrudnianie i zwalnianie), zarządzania relacjami z pacjentami, współpracy z innymi placówkami medycznymi, NFZ, firmami ubezpieczeniowymi;
- podstaw marketingu w usługach medycznych (w tym opracowanie strategii marketingowych, przygotowanie oferty usług, pozycjonowanie firmy, promocja i budowanie wizerunku);
- systemów wspomagających zarządzanie placówką medyczną.

Metoda 360 stopni może wydawać się mało przydatna dla oceny pracy lekarzy, czy pielęgniarek. Jednak praktyka wykazuje, że można ją z powodzeniem stosować w służbie zdrowia[318], szczególnie w analizie wewnętrznej organizacji, w celu zbadania jej sprawności oraz wskazania mocnych i słabych stron. Ocena taka, jeżeli jest przeprowadzana zgodnie z wszelkimi zasadami, może poprawić jakość pracy grupowej (gdyż angażuje większość pracowników, wzmacnia komunikację, integruje). Oceny mogą dokonywać: sami lekarze (samoocena), zewnętrzni konsultanci, koledzy specjaliści (ocena typu *peer*), młodsi lekarze, inni medyczni specjaliści (np. diagności medyczni), menedżerowie opieki zdrowia. Przedmiotem oceny są: wiedza zawodowa, umiejętności medyczne, jakość interakcji z pacjentami, spełnianie standardów medycznych, przestrzeganie procedur (i ich doskonalenie), relacje koleżeńskie itp. Pełniejszą ocenę, uwzględniającą potrzeby otoczenia bliższego podmiotu leczniczego, uzyska się przy zastosowaniu metod 450 lub 540 stopni, mających szerszy zakres analityczny.

Ciekawym rozwiązaniem byłoby połączenie wiedzy medycznej z menedżerską i wyposażenie w nią kadry zarządzającej szpitalami. W ten sposób spełnione zostaną dwa warunki dobrego

---

[315] I. Kwaśna, M. Sacewicz-Górska, Jakie zawody są poszukiwane naprawdę?, Informator Kariera 2008/2009.

[316] K. Lockyer, A. Muhlemann, J. Oakland, *Production and Operations Management*, Pitman, London 1992.

[317] A. Rakowska, A. Sitko-Lutek, *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, PWN, Warszawa 2000, s. 9-14.

[318] H. Bennett, J. Gatrell, R. Packham, *Medical appraisal: collecting evidence of performance through 360˚ feedback*, "Clinician in Management" 2004, 12 (4), s. 65-171.

zarządzania szpitalami na różnych szczeblach organizacyjnych. Po pierwsze, kierownicy ze względu na znajomość profesji będą mogli kontrolować pracowników medycznych im podległych, a po drugie, wykorzystując kompetencje menedżerskie, kierownik wyższego, średniego bądź niskiego szczebla potrafi planować, organizować działania w szpitalu oraz motywować swoich podwładnych.

* * * * *

W pierwszych dwóch rozdziałach autorzy zaprezentowali podłoże teoretyczne, które stanowi płaszczyznę do podjęcia rozważań empirycznych w zakresie określenia kompetencji pożądanych na stanowiskach menedżerskich wszystkich szczebli oraz modelu awansu personelu medycznego na ścieżce menedżerskiej.

ROZDZIAŁ III
METODOLOGIA BADANIA EMPIRYCZNEGO

Podjęta problematyka badawcza jest ważnym aspektem zarządzania, który determinuje skuteczność i efektywność kadrowo-organizacyjną w przedsiębiorstwach, nieodosobnione od tego zjawiska są organizacje służby zdrowia. Metodologia badawcza przyjęta w pracy jest oparta na źródłach wtórnych, jak i pierwotnych. Wynika to z faktu, że nikt w Polsce nie poddał analizie kompetencji menedżerskich personelu medycznego w szpitalach, jedynie prowadzone były w pojedynczych jednostkach. Wśród praktyków oraz uczestników systemu temat jest poruszany i stanowi ważny wątek rozmów oraz wątpliwości dotyczących mocnych i słabych stron w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi.

Punktem wyjścia w rozważaniach było przyjęcie założenia badawczego zwanego paradygmatem, które to pojęcie zostało spopularyzowane przez T. Kuhn'a. Zaproponował ścieżkę badawczą w zakresie określenia „drogowskazu" badania lub badań w zależności od złożoności przyjętego problemu.

Przytoczony związek przyczynowo-skutkowy, pozwala w sposób logiczny na podstawie przyjętych założeń badawczych, zwanych paradygmatami, określić kolejne działania[319]. Po pierwsze zbudować metodologię badania, w oparciu o którą należy sprecyzować metody badawcze, co z kolei skutkuje doborem metodyki badawczej, w konsekwencji wpływa na dobór technik badawczych, zwanych również narzędziami pomiarowymi.

3.1. Geneza problemu badawczego

Bez „służby zdrowia" świadczącej usługi medyczne na wysokim poziomie większa część obywateli naszego kraju odczuwa niezadowolenie, a to z kolei wpływa na ich egzystencję zarówno zawodową (przerwy w pracy), jak i osobistą (złe samopoczucie, depresja). Można mówić o tzw. alternatywnym koszcie wynikającym ze spadku jakości usług zdrowotnych w skali makroekonomicznym. Przy tym deficyt personelu medycznego, wymusza na systemie optymalne wykorzystanie zasobu ludzkiego, tak aby maksymalizować podaż usług zdrowotnych i jednocześnie uwzględniając kulturę w systemie ochrony zdrowia.

Następstwem tego procesu jest zmniejszenie efektywności pracy ogółu społeczeństwa, przez co zadania operacyjne realizowane przez pracowników dostarczają mniejszej wartości dodanej aniżeli w sytuacji, gdy stworzone są optymalne warunki do prawidłowej pracy. W rezultacie polskie

[319] T. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, PWN, Warszawa 1968, s. 195.

przedsiębiorstwa są mniej konkurencyjne, niż mogą być w przypadku chociażby prawidłowo funkcjonującej ochrony zdrowia.

Istotny wpływ na organizowanie czasu pracy w szpitalach mają menedżerowie opieki zdrowia, szczególnie na średnim szczeblu zarządzania, czyli na oddziałach szpitalnych. W placówkach tego typu menedżerowie dobierani są spośród osób do tego nieprzygotowanych.

Jednostkami sektora ochrony zdrowia, według nowej ustawy o działalności leczniczej, nazywamy podmioty lecznicze[320], które zabezpieczają i stanowią ważną część w życiu całego społeczeństwa związaną z ratowaniem oraz utrzymaniem dobrego stanu zdrowia. Jednakże autorzy używali również synonimów pojęcia podmiot leczniczy, czyli szpital, podmiot szpitalny lub organizacja szpitalna.

Na każdym szczeblu zarządzania szpitalami (wysokim, średnim, czy też niskim) istotny jest dobór personelu menedżerskiego, tak aby sprostał stawianym przed nim zadaniom. Odwołując się do rozważań T. Oleksyna, menedżerowie powinni posiadać z różnym natężeniem kompetencje o charakterze: strategicznym (koncepcyjnym), społecznym oraz zawodowym[321].

W szpitalach najważniejszym szczeblem zarządzania jest poziom oddziału, na którym zachodzą najistotniejsze procesy i który ma wpływ na zasoby niematerialne (pracownicze) oraz materialne. Odpowiada to średniemu poziomowi zarządzania przyjętemu w literaturze specjalistycznej, średnim personelem kierowniczym w szpitalach są ordynatorzy.

Największym problemem jest nabór na stanowiska ordynatorów oraz na tzw. pierwszy szczebel kierowniczy. Wnioski z badań obcych ukazują sytuację, w której występuje luka kompetencyjna na stanowisku ordynatora. Spośród całej kadry zarządzającej to właśnie ordynatorów charakteryzuje największy deficyt kompetencji menedżerskich. Kandydaci są rekrutowani spośród grupy lekarskiej, której przedstawiciele przygotowani są do realizowania zadań stricte zawodowych, wynikających z wykształcenia medycznego. Kompetencje menedżerskie mają wykształcone na minimalnym poziomie bądź ich wcale nie posiadają. Przeprowadzona analiza materiałów obcych związanych z procesem kształcenia personelu medycznego, potwierdza, że lekarze i pielęgniarki doskonalą kompetencje techniczne (zawodowe) z minimalnym uwzględnieniem potrzeb społecznych w zawodzie. Ma bezpośredni wpływ na deficyt w obszarze kompetencji społecznych, które są niezbędne do sprawnego wykonywania roli menedżera na wszystkich szczeblach organizacji szpitalnej. Kolejnym powodem rozważań na ten temat jest przyjmowanie innej roli przez osoby kierujące oddziałem, aniżeli wynika to z obowiązków przypisanych do zajmowanego przez nich stanowiska kierowniczego. Zazwyczaj lekarze pełniący funkcję ordynatora nie wypełniają

[320] Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011, art. 5.

[321] Zob. T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 158 – 173.

powierzonych im zadań kierowniczych. Najczęściej jednak pełnią rolę mentora, czyli osoby pomagającej młodych lekarzy wchodzących do zawodu. Stąd wniosek, że lekarze pełniący funkcje kierownicze wypełniają zadania, które powinny być realizowane na najniższym szczeblu zarządzania przez kierowników najniższego szczebla organizacyjnego[322]. Głównym zadaniem kierowników operacyjnych zarządzających specjalistami powinno opierać się na zaufaniu do ich umiejętności oraz wykorzystywać metodę coachingu postrzeganego jako przywódczego stylu zarządzania[323].

Analizie poddano trzy grupy zawodowe – lekarzy, pielęgniarki oraz pracowników administracyjnych. Dobór jest wynikiem oceny potencjału w/w przedstawicieli grup ze względu na posiadane kompetencje i kwalifikacje, jak również znaczenie i wpływ pracowników na sprawne funkcjonowanie organizacje służby zdrowia. Zostały już omówione możliwości obsadzenia stanowisk przez pierwszą z grup. Spośród przedstawicielek grupy pielęgniarskiej wybierane są kandydatki na stanowisko pielęgniarki oddziałowej. Również one nie posiadają wiedzy menedżerskiej (aczkolwiek część osób z grupy pielęgniarskiej uzupełnia kwalifikacje, studiując na kierunku zarządzanie, czy też zdrowie publiczne, jednakże nie są to częste przypadki), jak również nie wypełniają w sposób należyty powierzonych im zadań. Zazwyczaj służą pomocą i radą koleżankom wprowadzanym na stanowiska pracy.

Na średnim poziomie zarządzania największe znaczenie mają kompetencje ukierunkowane na aspekty zawodowe oraz społeczne.

Biorąc pod uwagę powyższe względy, autorzy podjęli się budowy profilu kompetencji wymaganych na stanowisku menedżera opieki zdrowia na średnim poziomie zarządzania.

3.2. Koncepcja badania

System ochrony zdrowia, obok takich systemów co edukacja czy sprawiedliwość, jest systemem, który daje podwaliny pod prawidłowe funkcjonowanie każdego społeczeństwa.

W tym celu przeanalizowane zostały projekty badawcze dotyczące systemu ochrony zdrowia. Na tej podstawie badacze doszli do przekonania, że tylko kilka przedsięwzięć badawczych było zrealizowanych w ostatnich kilku latach a dotyczących oceny kompetencji pracowników medycznych w systemie ochrony zdrowia.

Z grupy kilkudziesięciu badań autorzy wybrali sześć najbliższych tematyce poruszonej w książce. W przypadku projektu pierwszego i drugiego były one skupione na badaniu w zakresie doskonalenia oraz potrzeb kompetencyjnych „białego personelu" w zakresie potrzeb zawodowych. Z kolei trzecie przedsięwzięcie dotyczyło aspektu behawioralnego, lecz nie można tego badania

[322] S. Przytuła, Pozyskiwanie menedżerów do przedsiębiorstw międzynarodowych, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 53.

[323] O. Rzycka, Menedżer coachem. Jak rozmawiać, by osiągnąć sukces, Wydawnictwo Woltes Kluwer, Warszawa 2010, s. 53 -54.

określić jako reprezentatywne. Wynika to ze zbyt małej liczby przebadanych kierowników, jak i obszaru badań, ograniczenia go do dosłownie jednego szpitala. W następnych trzech projektach badawczych uwaga skupiona była na kompetencjach menedżerskich z uwzględnieniem kryterium stanowiska, statusu właścicielskiego, jednakże nie wzięto pod uwagę udziału personelu medycznego w zarządzaniu podmiotami leczniczymi. Najbliższe w zakresie przedmiotu analizy oraz wielkości badanej próby badawczej jest badanie przeprowadzone w 50 podmiotach leczniczych, na grupie ponad 8.500 respondentów w 2015 roku.

Poniżej autorzy zaprezentowali trzy projekty badawcze opisane poniżej:

1. Temat badania: *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów. Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje*, realizowany przez Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk i wydanej w Warszawie w 2012 roku.
2. Temat badania: *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, realizowany przez IBC Group Central Europe Holding S.A. na zlecenie Ministerstwa Zdrowia (badanie ewaluacyjne) i wydanej w październiku 2011 roku.
3. Temat badania: *Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu*, realizowanym przez Marzenę Sobczak, Krystynę Rakowską i wydanej w 2008 roku.
4. Temat badania: Kompetencje zarządcze, autorstwa Deepak Khadka, Nepal, w zakresie ocena posiadanych kompetencji menedżerskich kadry oraz luki kompetencyjnej, zrealizowane w 2014 roku.
5. Temat badania: *Kompetencje menedżerów szpitali sektora publicznego i prywatneg*o, autorstwa Rubin Pillay, RPA, badanie dotyczyło różnicy w posiadanych kompetencjach menedżerów zatrudnionych w obu sektorach, zrealizowane w 2008 roku.
6. Temat badania: *Test kompetencji kierowniczych kadry polskich szpitali*, realizowany przez Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, Edumetriq Akademia Ochrony Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Polską Federacją Szpitali, Instytutem Ochrony Zdrowia i Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, zrealizowane w okresie od lipca do września 2015 roku.
7. Temat badania: *Kompetencje kierownicze w organizacjach publicznych: perspektywa pracowników służby zdrowia*[324], realizowany był przez Zespół pod kierownictwem Simone Fanelli, przebadanych zostało 1500 pracowników służby zdrowia we Włoszech, zastosowano

[324] S. Fanelli, G. Lanza, C. Enna, A. Zangrandi, *Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspectiv*e, BMC Health Serv Res., 15; 20 (1), 2020.

metody mieszane: analizę literatury, metodę focusową oraz metodę ankietową, projekt przeprowadzony był w okresie od kwietnia do września 2018 roku.

8. Temat badania: *The effects of leadership competencies and quality of work on the perceived readiness for organizational change among nurse managers*[325], realizowany był przez Zespół pod kierownictwem Mahmouda Al-Hussami, do badania wykorzystano metodę focusową, w której udział wzięło 61 pielęgniarek spełniające kryteria badania. Realizacja badania nastąpiła w 2017 roku.
9. Temat badania: *Leadership and Management Competencies for Hospital Managers: A Systematic Review and Best-Fit Framework Synthesis*[326]. Projekt realizowany był przez Zespół w składzie: E. Kakemam, Z. Liang, A. Janati, M. Arab-Zozani, B. Mohaghegh, M. Gholizadeh. Badanie polegało na analizie badań obcych zrealizowanych w okresie 2000-2020 i na tej podstawie przeprowadzenie walidacji w oparciu o MCAP. Realizacja badania nastąpiła w 2020 roku.
10. Temat badania: *Efektywność przywództwa w służbie zdrowia i pomocy społecznej – projekt*[327], realizowany przez Zespół kierowany przez Pirjo Kaakinena, w ramach projektu finansowanego przez Ministra Edukacji i Kultury. Celem projektu było zbadanie zdiagnozowanie posiadanych kompetencji oraz opracowanie metodyki doskonalenia ich przez personel pielęgniarski. Badanie realizowane było okresie od stycznia 2019 do grudnia 2021 roku.

Podjęta analiza literatury oraz badań obcych, uświadomiła autorom istnienie luki publikacyjnej, jak również badawczej w zakresie zarządzania szpitalami przez personel medyczny. Żadne z przytoczonych badań nie analizuje kompetencji menedżerskich personelu medycznego. Badania te dotyczą kompetencji kadry zarządzającej szpitalami bez podziału na personel medyczny i niemedyczny. Zazwyczaj badania dotyczące szpitali mają ograniczony charakter, często noszą znamiona pilotażu badawczego, ze względu na ich ograniczony charakter, a nie badań na dużej grupie podmiotów. Pochylenie się na problemem zarządzania szpitalami, wymaga od badaczy uwzględnienia uwarunkowań systemowych oraz organizacyjnych, niezbędnych do diagnozy przedmiotu analizy. Co przełoży się na systemowe podejście do analizowanego przedmiotu badania.

---

[325] M. Al-Hussami, S. Hamad, M. Darawad, M. Maharmeh, *The effects of leadership competencies and quality of work on the perceived readiness for organizational change among nurse managers,* Leadersh Health Serv, 2; 30 (4), p. 443-456, 2017.

[326] E. Kakemam, Z. Liang, A. Janati, M. Arab-Zozani, B. Mohaghegh, M. Gholizadeh, *Leadership and Management Competencies for Hospital Managers: A Systematic Review and Best-Fit Framework Synthesis,* Journal of Healthcare Leadership, No 12, pp. 59-68, 2020.

[327] M. Hökkä, H. Melender, J. T. Lehto, P. Kaakinen, *Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives*, PublMed.gov, National Library of Medicine, 24 (10), pp. 1516-1524, 2021.

W tym celu badaczr przystąpili do zbudowania celów badawczych oraz opracowania na tej podstawie hipotez, które w konsekwencji miały skutecznie zrealizować założony cel badawczy, polegający na zbudowaniu struktury kompetencji menedżerów wszystkich szczebli organizacyjnych oraz opracowanie profesjogramu stanowiska menedżera opieki zdrowotnej.

Tabela 3. Cele i hipotezy szczegółowe przyjęte w badaniach empirycznych

L.p.	Cele szczegółowe	Hipotezy
1	Analiza stanu wiedzy w zakresie zarządzania kompetencjami.	Zarządzanie kompetencjami jest wciąż istotnym elementem zarządzania z punktu postrzegania organizacji a w szczególności w budowaniu efektywnie funkcjonującej organizacji służby zdrowia.
2	Analiza kompetencji menedżerskich z uwzględnieniem szczebli organizacyjnych w organizacji służby zdrowia.	Kompetencje menedżerskie w układzie klepsydry różnią się od kompetencji na stanowiskach menedżerskich w układzie piramidy.
3	Zdiagnozowanie struktury i stanu kompetencji menedżerskich w organizacji służby zdrowia.	Pracownicy nie są wyposażeni w niezbędne kompetencje, które są pożądane na stanowiskach menedżerskich.

Źródło: opracowanie własne na podstawie koncepcji badawczej.

Badacze założyli, że na podbudowie uzyskanych informacji chce zaproponować rozwiązania dotyczących stanowisk kierowniczych zajmowanych przez lekarzy i pielęgniarki oraz pracowników administracyjnych.

3.3. Opis procesu badawczego

Ze względu na złożoność zarówno horyzontalną, jak i wertykalną badania autorzy przybliżyli strukturę procesu badawczego. Szczególnie ważne jest ze względu na przyjęcie rozwiązania badawczego opartego na metodzie triangulacji badań oraz danych wg Denzin'a, ponieważ badanie wykorzystuje metody ilościowe i jakościowe, jak również autorzy przeprowadzili ewaluację danych w odstępie kilku lat.

W tym miejscu przytoczę argumenty za zastosowaniem w/w metody w dowodzeniu hipotezy badawczej oraz zrealizowaniu przyjętego celu badawczego. Po pierwsze do pozyskania danych z otoczenia autorzy posłużyli się metodą ewaluacji badania ilościowego z uwzględnieniem kryterium czasu, pierwsze etap badania zrealizowano w latach 2011-2012, był on poprzedzony badaniem pilotażowym ze względu na zastosowanie metody ankietowej, drugi etap przeprowadzono w 2019 roku. Po drugie metodę wywiadu sformalizowanego, w którym wykorzystano narzędzie pomiarowe w formie formularza wywiadu, skierowanego do menedżerów opieki zdrowia, podzieloną na dwa etapy, pierwszy zrealizowany w okresie 2011-2012, drugi, w którym przebadano liderów kadry zarządzającej na I i II poziomie struktury organizacyjnej w szpitalach, które zaliczane są do pierwszej setki jednostek z najwyższym przychodem.

Zanim osiągnięto ten etap procesu badawczego, autorzy dokonali wstępnej analizy literatury krajowej i zagranicznej, jak również badań obcych zrealizowanych m.in. w Europie, Ameryce

Północnej, Azji, Afryce czy Australii. Uzupełnieniem metody literatury, była analiza informacji wewnętrznych z wybranych nielosowo szpitali oraz strategicznych danych z podmiotów nadzorujących podmioty lecznicze. W ten sposób przeprowadzona diagnoza podmiotowa i przedmiotowa badania pozwoliła na sformułowanie przez autorów cele i hipotezy badawcze.

Dalsza część procesu badawczego została poprzedzona stworzeniem zespołu ekspertów naukowców oraz menedżerów praktyków. W skład tej grupy weszło trzech profesorów tytularnych, dwóch doktorów habilitowanych, pięciu doktorów z obszaru zarządzaniu lub psychologii, jak również trzech dyrektorów podmiotów leczniczych z wieloletnim doświadczeniem zawodowym.

W oparciu o wiedzę specjalistów, skonstruowano panel ekspercki (metoda delficka), którego członkowie opierając się na swojej specjalistycznej wiedzy oraz doświadczeniu zawodowym sporządzili zbiór zakresów wiedzy menedżerskiej oraz cech umiejętności interpersonalnych, które według nich są wykorzystywane i pożądane na stanowisku menedżera opieki zdrowia.

Następnie na podstawie tak przygotowanych danych wstępnych zespół badawczy skonstruował pierwszy z kwestionariuszy badań[328]. Ze względu na dużą próbę badawczą na tym etapie badań ograniczono się do zastosowania jednej metody badawczej (metody ankietowej), która była zastosowana w sposób bezpośredni. W kwestionariuszu ankiety uwagę skupiono na analizie stanu oraz samoświadomości doskonalenia wiedzy, kwalifikacji oraz umiejętności w zakresie kompetencji menedżerskich. Badanie było przeprowadzone w dwóch okresach badawczych, celem uzyskania materiału porównawczego.

Kolejny etap ukierunkowany był na określenie liczebności grup, tak aby dokonać wyboru, czy badanie będzie miało charakter pełny, czy też częściowy. Ze względu na fakt, że w systemie opieki zdrowotnej zatrudnionych jest około 0,5-0,7 mln personelu medycznego, z czego około 3-5% wykonuje obowiązki kierownicze, szacunkowa wielkość grupy lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych na stanowiskach kierowniczych i menedżerskich wynosi w przybliżeniu 15.000-49.000 osób, z czego co najmniej 2/3 zatrudnione są w szpitalach. Stąd wniosek, że szacunkowa wartość populacji badawczej wynosi 7.500-24.500 przedstawicieli personelu medycznego. Z tego powodu przyjęto, że badanie będzie miało formę cząstkową i zostanie przeprowadzone w dużych jednostkach szpitalnych na terenie Polski.

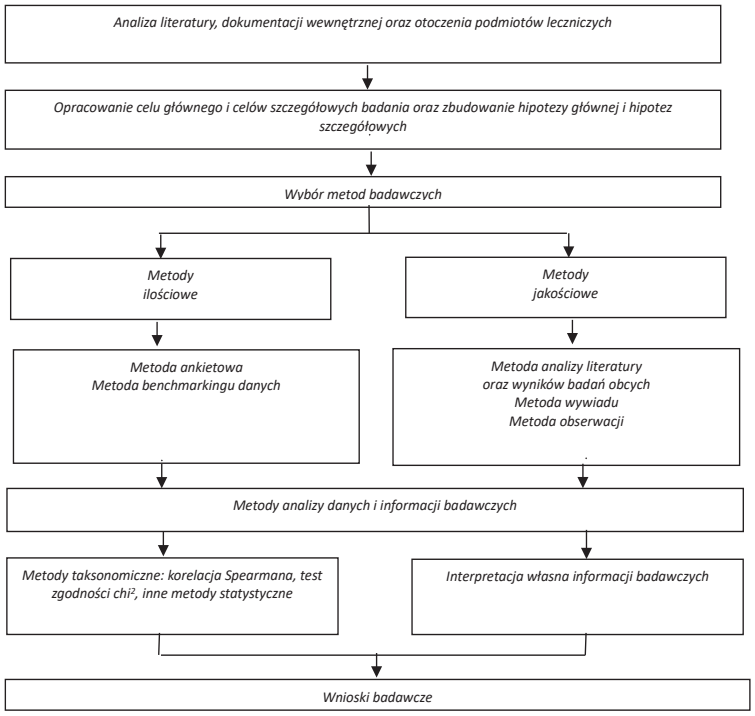
Następnie wyznaczono wielkości próby badawczej za pomocą wybranego wzoru używanego w częściowych badaniach ilościowych.

Na kolejnym etapie badań empirycznych wykorzystano kilka metod badawczych, które się wzajemnie uzupełniały.

---

[328] *Zespół badawczy realizujący badania w ramach projektu „Badanie zapotrzebowania na wiedzę menedżerską personelu medycznego w polskich szpitalach", umowa z Ministrem Nauki i Szkolnictwa Wyższego nr NN115 011839; kierownik projektu: prof. dr hab. Zbigniew Nęcki.*

Autorzy powołując się na ogólnie panującą tendencję w naukach o zarządzaniu dotyczącą wykorzystania w badaniach empirycznych nie tylko metod ilościowych (m.in. metoda ankietowa), lecz również tych słabiej rozpowszechnionych metod jakościowych[329], badania własne oparli dodatkowo na następujących metodach: obserwacji oraz wywiadu. Przygotowano również drugi kwestionariusz wywiadu, narzędzie do przeanalizowania wiedzy oraz umiejętności interpersonalnych przydatnych na stanowisku menedżera. Dodatkowo uzyskano wiedzę o samoświadomości respondentów na temat doskonalenia kompetencji w omawianym zakresie wiedzy i umiejętności. Ten sam kwestionariusz wywiadu stanowił podstawę badania przedstawicieli z grupy osób zarządzających szpitalami.



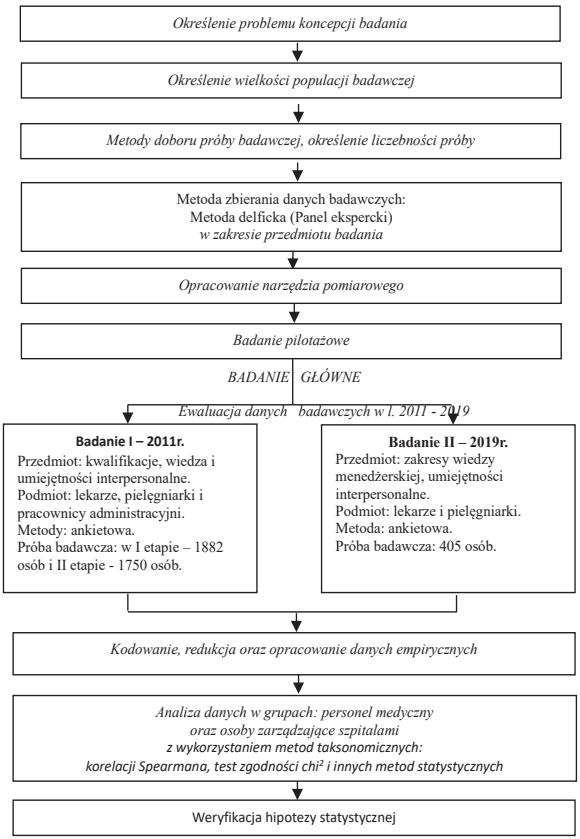
Ilustracja 7. Metodologia badawcza
Źródło: Opracowanie własne.

Należy przypomnieć, że badanie metodą ankietową zgodnie z przyjętymi zasadami, zostało poprzedzone badaniem pilotażowym, które ma na celu sprawdzić narzędzie pomiarowe pod względem poprawności, zrozumiałości oraz przydatności badawczej.

[329] W. Czakon**,** *Mity o badaniach jakościowych w naukach o zarządzaniu*, „Przegląd organizacji" 2009, Nr 9, s. 13.

Po badaniu głównym przeprowadzonym w terenie, przyszedł czas na pracę badaczy na wypełnionych ankietach. Wykonano następujące działania: po pierwsze, zakodowano ankiety, po drugie, dokonano redukcji danych empirycznych i dopiero tak przygotowane ankiety badawcze były wprowadzane do formularza kalkulacyjnego w celu przeprowadzenia pogłębionej analizy.

Analizę danych empirycznych przeprowadzono z podziałem na dwie grupy, po pierwsze, personel medyczny (wewnątrz grupy dokonano rozróżnienia między lekarzami oraz pielęgniarkami), po drugie, osoby zarządzające szpitalami. Analizy dokonano przy wykorzystaniu metod taksonomicznych, na którą składały się zbiorowość statystyczna oraz skala pomiaru, wykorzystano następujące techniki: metoda chi^2, korelacji Spearmana i analizę wartości statystycznych.

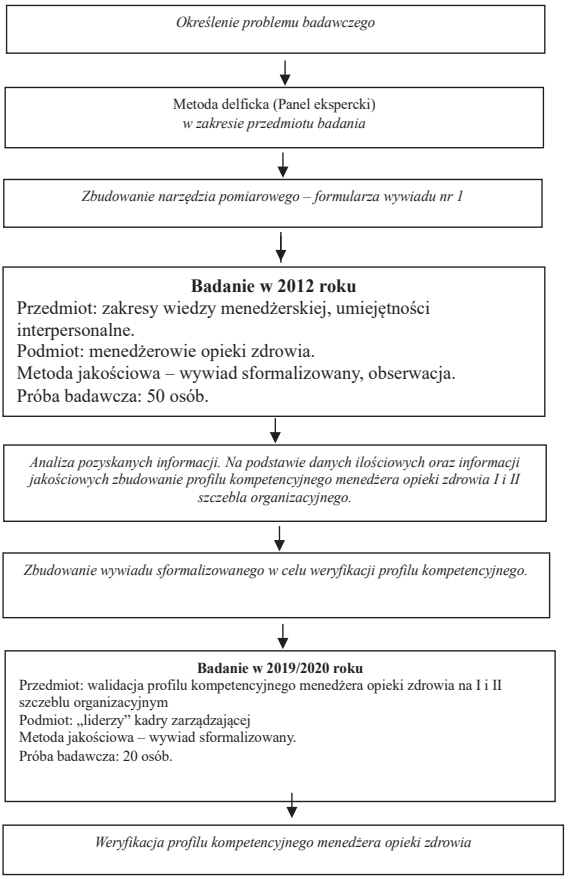


Ilustracja 8. Metodyka badania ilościowego
Źródło: Opracowanie własne.

Wzbogacając sferę poznawczą, badacze wykorzystali metodę benchmarkingu, celem porównania kompetencji personelu medycznego i menedżerów. Konkluzją działań analitycznych

było opracowanie wizji wymagań kompetencji na stanowisko kadry zarządzającej średniego szczebla w szpitalu związanych z innowacyjnym postrzeganiem struktury organizacyjnej szpitali. Wartość dodaną pracy stanowi propozycja profilu kompetencyjnego kadry zarządzającej szpitalami z kwalifikacjami personelu medycznego. Poniżej zaprezentowany jest uproszczony przebieg procesu badawczego, z podziałem na poszczególne etapy, z uwzględnieniem podziału na badanie ilościowe i jakościowe.

Uzupełnieniem schematu przedstawionego powyżej są struktury badawcze, które prezentują metodę ilościową (ilustracja 8) i metodę jakościową (ilustracja 9).



Ilustracja 9. Metodyka badania jakościowego
Źródło: Opracowanie własne.

Badanie metodą ilościową pozwala na zweryfikowanie hipotezy badawczej, jak również potwierdzenie, czy problem sformułowany w celu badania jest rzeczywisty. Z kolei badanie metodą jakościową pozwala badaczom na pogłębienie wiedzy w obszarze analizy badawczej.

3.4. Metody doboru próby w badaniu ilościowym oraz opis badania jakościowego

Każdy proces badawczy rozpoczyna się od określenia celów badań, aby na tej podstawie zbudować hipotezy badawcze. Następnie ze względu na przeprowadzenie badań ilościowych należy zidentyfikować badane grupy. Wielkość grupy determinuje dalsze działania badawcze, związane chociażby z dobraniem narzędzi pomiaru.

Ważne jest określenie, czy badaniem można objąć całą populację badawczą, czy należy dokonać częściowego pomiaru. W tym przypadku ze względu na liczebność grupy badawczej oraz rozproszenie na terenie całego kraju badacze wybrali tę drugą możliwość, czyli częściowego badania pierwotnego.

Polega to na przeanalizowaniu wybranej części populacji ogólnej (tzw. próby). Tak uzyskane wyniki na wybranej próbie mogą być uogólniane na całą populację badawczą[330,331].

Z danych statystycznych wynika, że w Polsce funkcjonują 754 szpitale, w tym 526 publicznych i 228 niepublicznych, które łącznie dysponują 183.040 łóżkami. Warto zwrócić uwagę, że rok wcześniej funkcjonowały ogółem 732 lecznice, przy czym w porównaniu do 2009r. o 20 zmniejszyła się liczba szpitali publicznych, natomiast o 42 wzrosła liczba placówek niepublicznych[332].

Nie posiadając danych globalnych dotyczących wielkości zatrudnienia we wszystkich szpitalach na terenie Polski, z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe, badacze przeanalizowali strukturę zatrudnienia (w sierpniu 2010 roku) w szpitalach z województwa dolnośląskiego. Na tej podstawie została określona średnia liczba osób zatrudnionych w szpitalach i dodatkowo odsetek lekarzy i pielęgniarek. I tak, w szpitalach publicznych średnio jest zatrudnionych 465 pracowników, z czego 48 proc. stanowią pielęgniarki oraz 10 proc. lekarze. Z kolei szpitale typu niepublicznego zatrudniają średnio 240 pracowników, z czego 70 proc. pielęgniarek, 18 proc. lekarzy, około 5-6 proc. pracowników administracyjnych.

Na podstawie założonych danych populację pracowników medycznych w szpitalach oszacowano na około 700.000 osób (maksymalna szacunkowa liczebność personelu medycznego w systemie opieki zdrowia). Do wyznaczenia próby badawczej przyjęto poziom ufności 0,99, błąd pomiaru 1,96 oraz błąd maksymalny wyniku + / - 0,03. Na podstawie tych danych, korzystając

---

330 S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985, s. 302.

331 T. Michalski, *Statystyka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2004, s. 20 - 24.

332 *Więcej o raporcie GUS: ochrona zdrowia w liczbach*, „Rynek Zdrowia" 2011, Nr 1/ (66), www.rynekzdrowia.pl/.../Wiecej-o-raporcie-GUS-ochrona-zdrowia-w-liczbach,105289,1.html.

z poniższego wzoru[333], należy przyjąć, że badaniu trzeba poddać 544 przedstawicieli pracowników organizacji służby zdrowia, jednakże ze względu na dużą liczbę jednostek szpitalnych, autory przyjęli, że badaniu poddanych zostanie minimum 3 krotnie więcej osób, czyli około 1632 pracowników służby zdrowia.

$$n \quad \frac{0,25 \quad z^2_{\alpha/2} \quad N}{0,25 \quad z^2_{\alpha/2} \; + \; (N-1) \quad d^2}$$ [334]

Ze względu na dużą liczbę szpitali w Polsce oraz możliwości finansowe badaczy, został ograniczony teren badań do obszaru północno-zachodniej, zachodniej, południowej i południowo-wschodniej Polski. Charakter badań oraz rozbudowane narzędzie badawcze wymusiły na badaczu obecność na miejscu badania, aby służyć pomocą przy wypełnianiu ankiet przez respondentów. Był to czas na prowadzenie obserwacji i wywiadów z wybranymi pracownikami szpitali.

W trakcie badań autorzy napotkali wiele trudności i problemów natury organizacyjnej, a także po prostu niechęci osób objętych badaniami do jakiejkolwiek pomocy, czy też nawet uczestnictwa w badaniu. Usprawiedliwieniem okazał się brak czasu części zatrudnionych osób, przy ogólnym negatywnym stosunku do badań. Dominowało przeświadczenie o bezcelowości badań .

Ze względu na ograniczenia organizacyjno-finansowe pierwsze badanie przeprowadzono w 23 szpitalach zlokalizowanych na obszarze 10 województw: dolnośląskiego, lubelskiego, lubuskiego, małopolskiego, mazowieckiego, opolskiego, podkarpackiego, śląskiego, zachodniopomorskiego, wielkopolskiego. Typowanie szpitali polegało na kontakcie z dyrekcją szpitala i prośbie o przeprowadzenie badania. Reakcja oraz poziom współpracy z zarządami i później z pracownikami szpitali były różne. W sumie, aby przeprowadzić badania w 23 szpitalach, autorzy monografii musieli się skontaktować z przedstawicielami 56 podmiotów leczniczych na wybranym obszarze badań.

Badacze założyli, że w wyselekcjonowanych szpitalach zbada co piątą osobę z grupy personelu medycznego z uwzględnieniem podziału na grupę lekarską i pielęgniarską. Ze względu na przyjętą wartość największą grupę badawczą stanowią pielęgniarki (wliczono również położne), której udział wynosi zazwyczaj od 50 do 60% stanu osobowego szpitala (bez względu na typ szpitala). Do grupy lekarzy zalicza się wszystkie osoby pracujące w swoim zawodzie bądź wykształcone w tym kierunku, a w trakcie badania pełniące inną funkcję. Natomiast grupę pracowników

[333] M. Szreder, *Metody statystyczne*, PWE, Warszawa 2004, s. 121.
[334] Ibidem, s. 113.

administracyjnych stanowią wszystkie osoby zatrudnione w pionie administracyjnym, bez względu na zajmowane stanowisko na wszystkich poziomach organizacyjnych w szpitalach.

Drugie badanie uzupełniające zostało przeprowadzone w celu uszczegółowienia informacji uzyskanych w trakcie badania pierwszego. Badacze zwrócili uwagę, że żaden ze szpitali nie uczestniczył w obu badaniach. Szpitale już przebadane nie były brane pod uwagę w drugim badaniu pierwotnym. Charakter celowy tego badania, związany był z możliwością prowadzenia badania w szpitalach podległych marszałkom województw: dolnośląskiego, wielkopolskiego, małopolskiego oraz lubelskiego. W ten sposób badaniem objęto 8 szpitali, w których poddano analizie 10% przedstawicieli grupy lekarskiej oraz pielęgniarskiej, czyli interwał losowania wyniósł 10. W wyznaczeniu osób do badań dużą pomoc badacze otrzymali ze strony działu kadrowego, który wspomagał i pośredniczył w badaniach. W sumie badaniem objęto 405 osób, z czego 221 pracowników oddało wypełnione kwestionariusze ankiety, z czego 207 w sposób prawidłowy. I tak zebrane dane były podstawą autorskiej analizy badawczej.

W celu pogłębienia wiedzy w obszarze badania, wymusiło na autorach przeprowadzenia dodatkowego, trzeciego badania, w którym analizowano kompetencje personelu kierowniczego. Autorzy, chcąc zbudować profil kompetencji wymaganych od menedżerów opieki zdrowia, musieli wybrać z tej grupy osoby, które można tytułować ekspertami - charakteryzujące się doświadczeniem w pełnieniu funkcji kierowniczych w szpitalach. Przyjęte zostały następujące założenia: po pierwsze, typowany kierownik w momencie badania piastował funkcję kierowniczą co najmniej przez 10 lat. Po drugie, dodatkowym warunkiem było ukończenie studiów z zakresu ekonomii lub zarządzania bądź studiów podyplomowych albo kursów doskonalących wiedzę i umiejętności z tego zakresu. Badacze założyli, że w każdym ze szpitali przebadana zostanie jedna osoba.

Według kryteriów doboru spośród wstępnie wyselekcjonowanej grupy 50 osób zarządzających szpitalami w czterech województwach (dolnośląskim, wielkopolskim, lubuskim oraz opolskim) w badaniu uczestniczyło 20 dyrektorów z różnych podmiotów leczniczych, którzy wyrazili zgodę na przeprowadzenie analizy ich kompetencji.

Powyższy opis stanowi informację badawczą w zakresie doboru próby badawczej do badań realizowanych w latach 2011-2012.

W perspektywie kilku lat, autorzy podjęli się zadania przeprowadzenia ewaluacji uzyskanych wyników, poprzez powtórzenie badania głównego, podczas którego badaniem objęto 1750 przedstawicieli pracowników organizacji służby zdrowia, którzy są zatrudnieni w podmiotach leczniczych, które objęto badaniem w latach 2011-2012. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od marca do września 2019 roku.

Zastosowana w zbieraniu informacji badawczych metoda jakościowa, polegała na przeprowadzeniu wywiadów sformalizowanych z menedżerami opieki zdrowia. Uzyskane wyniki

przedstawione zostały w rozdziale 5 w formie pytań badaczy oraz odpowiedzi uczestników badania. Uzyskane odpowiedzi posłużyły autorom do przeprowadzenia weryfikacji profilu kompetencyjnego menedżera opieki zdrowotnej z kwalifikacjami medycznymi. Badaniu poddano 15 osób, które w środowisku kadry zarządzającej szpitalami uważane są za wiodące osoby oraz szefów z rozbudowanymi kompetencjami menedżerskimi.

3.5. Utylitarność metod i technik badawczych

Badanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego wymogło na badaczach przeprowadzenie złożonych badań, którymi w sumie objęto 3.995 pracowników zatrudnionych w szpitalach. Autorzy publikacji w zależności od wielkości próby badawczej dobrali metody badań, uwzględniając koszt, czas badania oraz możliwości organizacyjne związane z dotarciem do analizowanego szpitala.

Pierwsze badanie polegało na zdiagnozowaniu predyspozycji menedżerskich personelu medycznego w zakresie kwalifikacji, wiedzy oraz umiejętności. Dodatkowo zbadano preferencje dotyczące form oraz metod szkoleniowych. Badanie przeprowadzono w dwóch etapach, które dzieli 8 lat.

Badanie ilościowe, ewaluacyjne przeprowadzone przy użyciu narzędzia pomiarowego miało charakter ogólny, stanowiło pierwszy etap badawczy. Badacze przed tym etapem badań założyli zidentyfikowanie składników kompetencji menedżerskich posiadanych przez personel medyczny. Na tym etapie badania autorzy ograniczyli się do jednej metody zbierania danych, czyli metody ankietowej ze względu na dużą liczebność populacji badawczej, co z kolei determinuje wielkość próby badawczej, dodatkowym ograniczeniem jest sumaryczny koszt oraz rozległość terenu, na którym prowadzono badania.

Narzędziem pomiarowym był kwestionariusz ankiety. Pytania zawarte w głównej części kwestionariusza można podzielić na pytania półotwarte, zamknięte oraz filtrujące[335,336]. Między pierwszym i drugim rodzajem pytań występuje powiązanie wynikające z określenia nie tylko potrzeb, lecz również preferencji badanych pracowników. Ze względu na możliwość niezachowania obiektywizmu przy samoocenie w kwestionariuszu zamieszczono pytania sprawdzające prawdziwość odpowiedzi. Była to podstawa do wyciągnięcia ostatecznych wniosków.

Kwestionariusz ankiety składa się z czterdziestu trzech pytań podstawowych, z czego dziesięć ma charakter kafeterii koniunktywnej, kolejnych pięć pytań zbudowanych jest w formie kafeterii dysjunktywnej. Pytań alternatywnych w kwestionariuszu badawczym jest trzynaście, stanowią one

---

[335] Zob. S. Kaczmarczyk, *Badania marketingowe. Metody i techniki*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2003, s. 100 - 111.

[336] Zob. G. A. Churchill, *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 350 - 391.

najliczniejszą grupę pytań. Dziesięć pytań jest w postaci skali, rozbudowanych w formie pytań szczegółowych, złożonych z kilku części stanowiących całość analizowanego aspektu. Ze względu na potrzebę sprawdzenia poziomu akceptacji grup zawodowych zamieszczono w kwestionariuszu dwa pytania otwarte. Część spośród sformułowanych pytań ma formę półotwartą, wynika to z wcześniej przeprowadzonego badania pilotażowego, dzięki któremu udoskonalono ostateczną strukturę kwestionariusza ankiety.

Oprócz pytań podstawowych w kwestionariuszu badawczym zamieszczono część identyfikacyjną respondenta. Ukierunkowano w ten sposób opis tendencji i relacji z podziałem na różne podgrupy. W badaniu wzięto pod uwagę zajmowane stanowisko pracy, wiek, płeć oraz staż pracy, z podziałem na staż całkowity, jak i u obecnego pracodawcy.

Najważniejszym narzędziem pomiarowym był kwestionariusz ankiety, który składał się z trzech części. Wprowadzenie zawierało kilkuzdaniową charakterystykę badań, część właściwa składała się z pytań i odpowiedzi, do tego dołączono metryczkę respondentów.

Najważniejszy element kwestionariusza stanowi drugi składnik. W tej części badacze zawarli dwadzieścia pytań podstawowych, z czego trzy o charakterze kafeterii koniunktywnej, kolejne dwa pytania przyjęły formę wyboru alternatywnego. W postaci skali jest w sumie siedem pytań, rozbudowanych w formie pytań szczegółowych, rozbudowanych i złożonych z kilku części. Stanowią one najpowszechniej występujący rodzaj pytań i wynikają z badania poziomu wybranych kompetencji menedżerskich pracowników szpitala. Ze względu na potrzebę sprawdzenia poziomu akceptacji grup zawodowych zamieszczono w kwestionariuszu osiem pytań otwartych. Część spośród sformułowanych pytań ma formę półotwartą, jest to wynik wcześniej przeprowadzonego badania pilotażowego, dzięki któremu udoskonalono ostateczną strukturę kwestionariusza ankiety.

Badanie metodą ankietową zostało uzupełnione innymi formami badań, wywiadem, przeprowadzanym na terenie szpitala z osobami na stanowiskach kierowniczych różnego szczebla, jak również ze zwykłymi pracownikami operacyjnymi zakwalifikowanymi do dwóch grup zawodowych – lekarskiej i pielęgniarskiej.

Dodatkowo w trakcie badań ankieterzy dokonywali obserwacji respondentów pod względem chęci dzielenia się spostrzeżeniami, uwagami oraz oceną własnych kompetencji. W rezultacie badacze zyskali dodatkowe informacje, które wykorzystał przy wnioskach z badań.

Badanie drugie miało charakter uzupełniający, pogłębiający informacje do badania pierwszego. Dotyczyło ono pozyskania wiedzy w zakresie oceny posiadanej oraz oczekiwanej wiedzy i umiejętności interpersonalnych przez personel medyczny. Badanie było realizowane w okresie od października 2011 do maja 2012 roku.

Metodę jakościową zastosowano w badaniu trzecim, w którym zbadano 20 wybranych przedstawicieli z kadry zarządzającej. Badanie polegało na pogłębieniu wiedzy przez badaczy w zakresie cech pożądanych oraz posiadanych w zakresie kompetencji menedżerskich przez pracowników wyższego i średniego personelu medycznego.

Kolejne, czwarte badanie oparte zostało na metodzie jakościowej, stanowiło weryfikację zaproponowanego autorskiego opisu zbioru cech kompetencji pożądanych na stanowisku menedżera opieki zdrowia, który powstał na podstawie analizy danych i informacji badawczych w przedmiocie badania.

3.6. Zastosowanie badania pilotażowego w procesie badawczym

Badacze dokonali sprawdzenia narzędzi pomiarowych z grupy metod ilościowych pod względem poprawności merytorycznej, zgodności z celem badań, poprawności technicznej oraz zrozumienia zamieszczonych pytań przez ankietowane osoby.

Badanie próbne, dotyczące pierwszego z kwestionariuszy ankiety, przeprowadzono w jednym ze szpitali powiatowych w województwie wielkopolskim. Badaniem objęto 35 pielęgniarek oraz 15 lekarzy, czas trwania badania wyniósł 21 dni. Wynikiem badania pilotażowego były nie tylko wnioski dotyczące samego narzędzia, lecz również potwierdzenie oporu personelu medycznego co do udziału w badaniach. Do badaczy wróciło 20 wypełnionych ankiet na 50 rozdanych.

Z kolei badanie próbne względem drugiego z kwestionariuszy ankiety przeprowadzono w szpitalu zlokalizowanym w województwie dolnośląskim. W tym badaniu analizą objęto wyniki uzyskane od dziesięciu osób (pięciu lekarzy oraz pięciu pielęgniarek). Czas badania w odróżnieniu od pierwszego badania próbnego był dużo krótszy i wyniósł 3 dni.

Skutkiem badań pilotażowych były zmiany oraz udoskonalenia wprowadzone do narzędzi pomiaru.

Poniżej wnioski z badań, które badacze wysunęli na podstawie zebranych danych:

1) należy unikać pytań otwartych, z tego powodu drugie narzędzie było o ponad połowę krótsze, zwiększając tym samym skuteczność badania;
2) odpowiedzi na pytania wyboru nie może być więcej niż 5;
3) badanie w szpitalu należy przeprowadzić w okresie maksymalnie 14 dni, ponieważ po tym terminie odsetek zwrotów ankiet jest niewielki;
4) wywiad należy przeprowadzić z jednym z członków zarządu szpitala oraz przedstawicielami grup zawodowych;
5) ze względu na ograniczenie czasowe obserwację należy ograniczyć do analizy nastawienia respondenta do badania oraz ankietera;

6) kafeterie nie muszą mieć charakteru półotwartego, ponieważ tylko raz wybrano tego typu odpowiedź;
7) w kwestionariuszu jak najczęściej należy stosować pytania skali, szczególnie w przypadku stopniowania kompetencji;
8) istnieje duże ryzyko niskich zwrotów ankiet ze względu na jego rozbudowaną formę;
9) wynik badań będzie czytelniejszy, gdy część pytań wyboru przeformułuje się do skali.

Tak opracowane narzędzie badawcze stanowiło podstawę badań w zakresie potwierdzenia istnienia problemu z poziomem kompetencji menedżerskich personelu medycznego.

* * * * *

Niniejszy rozdział posłużył autorom do przedstawienia metodologii badawczej wraz z metodami i narzędziami pomiarowymi, w celu przybliżenia całego procesu badawczego. Tak aby zarówno specjalista, jak i osoba bez wiedzy merytorycznej mogli w sposób jasny i klarowny zrozumieć treść zawartą w rozdziale. Autorzy w dalszej części pracy przedstawili wyniki badania ilościowego oraz jakościowego, odpowiednio w rozdziale 4 i 5.

ROZDZIAŁ IV
BADANIE METODAMI ILOŚCIOWYMI W ZAKRESIE POTENCJAŁU KOMPETENCJI MENEDŻERSKICH W SZPITALACH

Szpitale są organizacjami o charakterze usługowym, które przez to są wyjątkowe ze względu na świadczone usługi zdrowotne, czy też wysoką wiedzę pracowników służby zdrowia, którą można określić mianem „kominów wiedzy" czy też istotnością działalności w celu budowania sprawnego i zdrowego społeczeństwa. Z tego względu każdy z pracowników, niezależnie od wieku, wykształcenia i zajmowanego stanowiska, uczestniczy w procesie pozyskiwania nowych umiejętności i upowszechniania wiedzy, szczególnie dotyczy to zawodów medycznych. Dlatego w kontekście szpitali zastosować można pojęcie organizacji uczącej się.

Uczenie się organizacji jest procesem, w wyniku którego wiedza ukryta i niejawna przekształca się w wiedzę jawna, a wiedza jednostek i grup staje się wiedzą całej organizacji. Aby taki proces mógł mieć miejsce, organizacja musi wspierać jednostki twórcze i kreatywne, umożliwiać im zdobywanie i rozszerzanie swojej wiedzy i zachęcać je do przekazywaniu wiedzy innym[337].

W niniejszym rozdziale badacze przedstawili dane i informacje oraz wnioski z nich wynikające na podstawie badania pierwszego, przeprowadzonego w dwóch okresach badawczych 2011 oraz 2019, za pomocą tego samego narzędzia pomiarowego. Dodatkową wiedzę uzupełnił na podstawie danych z badania ilościowego na mniejszej, wyselekcjonowanej grupie respondentów. Wszystkie badania dzielił interwał czasowy, większe badania pod względem liczebności próby badawczej (odpowiednio I etap -1882, II etap 1750 osób) miały na celu uzyskanie wstępnych danych empirycznych, z kolei drugie badanie zostało ukierunkowane na uszczegółowienie danych do analizy badawczej (328 osób). Analiza przeprowadzona w rozdziale piątym dotycząca wiedzy posiadanej oraz pożądanej przez personel medyczny została uzupełniona o zdiagnozowanie stanu rzeczywistego oraz oczekiwanego umiejętności interpersonalnych w tej samej grupie pracowników. Interpretacje danych dotyczących umiejętności przeprowadzono w kolejnym rozdziale.

4.1. Stan i doskonalenie wiedzy menedżerskiej w szpitalach

Wiedza jest wypadkową kwalifikacji oraz (…) jedną ze składowych kompetencji występującą we wszystkich rozważaniach dotyczących opisu i definiowania pojęcia kompetencji[338]. Powstaje ona

[337] B. Elkjaer, *In search of a social learning theory* [w:] *Organizational Learning and the Learning Organization. Developments in theory and practice*, red. M. Easterby-Smith, J. Burgoyne, L. Araujo, SAGE Publications, London 1999, s. 75-91.

[338] *autorzy definicji kompetencji: R. L. Katz 1974; D. McClelland, 1973; J. Raven, 1984; R. E. Boyatzis 1982.*

na skutek sformalizowanego procesu kształcenia, jak również niesformalizowanego, przyjmującego formę samokształcenia tzw. uzupełniania wiedzy „na własną rękę".

Równolegle wiedzę można wzbogacić poprzez posiadanie bądź doskonalone umiejętności oraz doświadczenie zawodowe[339].

Wiedza menedżerska jest wyspecjalizowaną wiedzą, dzięki której osoba rozumie zmiany zachodzące w otoczeniu, jak również potrafi przełożyć na specyfikę organizacji, w której funkcjonuje, jak również wie jak zarządzać systemowo, procesowo czy też w ujęciu zasobowym. Potrafi zaplanować, wdrożyć, wzmacniać i współrealizować zadania, jak to powinni robić nowocześni menedżerowie.

Tabela 4. Zakres tematyczny uzupełnianej wiedzy menedżerskiej przez pracowników organizacji służby zdrowia

Odpowiedź	Odpowiedzi ogółem [%]		Lekarze		Pielęgniarki		Pracownicy administracyjni	
			%		%		%	
Rok badania	2011	2019	2011	2019	2011	2019	2011	2019
Finanse ochrony zdrowia	11,9	11,8	14,1	9,9	11,0	12,8	34,3	22,5
Marketing	16,4	12,0	18,0	9,9	15,8	13,2	35,3	20,7
Prawo	18,3	26,9	16,4	29,8	19,2	25,6	15,7	35,1
Rachunkowość	10,5	6,4	13,3	6,0	9,2	6,6	25,5	28,8
Zarządzanie szpitalem	14,8	13,5	16,4	21,2	14,0	8,9	15,7	31,5
Zarządzanie zasobami ludzkimi	28,1	29,4	21,8	23,2	30,8	32,9	34,3	45,9
Suma	N=522	N=520	N=128	N=151	N=292	N=258	N=102	N=111

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

W tabeli 3 przedstawiono sumaryczne wyniki badania dotyczące lekarzy oraz pielęgniarki. Pierwsza z grup doskonali wiedzę menedżerską w sposób wybiórczy, ukierunkowany. Lekarze ukierunkowani są na 4 z 6 wymienionych obszarów wiedzy. Średnio na jednego lekarza przypada 3,5 zakresów wiedzy spośród 29 zaproponowanych przez zespół badawczy. Zazwyczaj ci lekarze, którzy doskonalą się z zarządzania zasobami ludzkimi, są zainteresowani uzupełnianiem wiedzy z marketingu, tak było w 2011 roku. Po ośmiu latach, zachodzi inna zależność osoby doskonalące wiedzę z obszaru zzl, uzupełniają wiedzę z obszaru prawa lub/i zarządzania szpitalem. Są to trzy najczęściej wymieniane płaszczyzny wiedzy.

W badaniu z 2011 roku, osoby, które uzupełniają wiedzę z rachunkowości dodatkowo kształcą się z zakresu zarządzania finansami. Na tej podstawie można wysnuć wniosek, że ta grupa przedstawicieli personelu medycznego, która chce podnosić swoją wiedzę menedżerską, skupia się na aspektach finansowych, ze względu na funkcjonowanie w ramach systemu i wymóg rozliczania się jednostki z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach rozliczania świadczeń.

[339] Zob. A. Pocztowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie-procesy-metody*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2007, s. 25-42.

W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek najczęściej doskonalona jest wiedza z zakresu zarządzania pracownikami oraz prawa, tak było 2011 roku, lecz również i obecnie, w 2019 roku, utrzymało się zainteresowanie obszarem wiedzy w grupie pielęgniarskiej. Najmniejszym zainteresowaniem wśród pielęgniarek cieszą się te same zagadnienia, co w przypadku grupy lekarskiej. Są to rachunkowość oraz finanse. W mniemaniu personelu medycznego (zarówno piastującego funkcje kierownicze, jak i pracowników) są to zagadnienia przypisane pracownikom księgowości, głównej księgowej oraz dyrektorowi ekonomicznemu. Ze względu na ewentualność awansu zawodowego w grupie personelu medycznego przydatna jest wiedza związana z zarządzaniem zasobami ludzkimi, szpitalem, marketingiem, czy też prawem.

Natomiast wśród pracowników administracyjnych aspekt doskonalenia wiedzy menedżerskiej jest najbardziej rozwinięty spośród wszystkich trzech grup. Głównymi przyczynami mogą być, po pierwsze, wyższa świadomość potrzeby wiedzy w tym zakresie, ze względu na posiadane wykształcenie oraz pełnione obowiązki na stanowiskach pracy. Po drugie, kwalifikacje są niezbędne do awansu zawodowego, zarówno w układzie pionowym, jak i poziomym.

Autorzy na podstawie danych z dwóch okresów badawczych doszli do następujących wniosków szczegółowych:

- Personel medyczny częściej doskonali wiedzę menedżerską w 2019 roku aniżeli 8 lat wcześniej.
- Lekarze uzupełniają wiedzę z obszaru zzl, prawa oraz zarządzania szpitalami. Jest to wiedza niezbędna do zarządzania na II i III szczeblu organizacji szpitalnej.
- Pielęgniarki doskonalą wiedzę z obszaru zzl i prawa, które przydatne są na stanowiskach kierowniczych I i II szczebla organizacji podmiotu leczniczego.
- Występuje tendencja spadkowa w zakresie zainteresowania personelu medycznego obszarami wiedzy z zakresu marketingu i rachunkowości.
- Pracownicy administracyjni są w większym stopniu zainteresowani podnoszeniem kwalifikacji z obszaru menedżerskiego w obu okresach badawczych, z tendencją rosnącą w porównaniu danych z 2019 do tych z 2011 roku.
- Pracownicy administracyjni w 2011 roku zainteresowani byli podnoszeniem kwalifikacji z obszarów związanych z wykonywanymi obowiązkami w ramach zajmowanego stanowiska pracy, np. finanse ochrony zdrowia, marketing czy zzl.
- 8 lat później, podejmowane studia podyplomowe przez administrację, ukierunkowane były w większym stopniu na obszary wiedzy, które mogą pracownikom przydać się w przyszłości, aniżeli są niezbędne do wykonywania obowiązków na zajmowanym stanowisku pracy, np. prawo, zzl i zarządzanie szpitalami.

- Pracownicy administracyjni wykazują większe zaangażowanie w zakresie doskonalenia wiedzy menedżerskiej, jedynie w zakresie zzl i prawa, podobne wyniki mają odpowiednio, pielęgniarki i lekarze. W pozostałych obszarach wiedzy, większy odsetek pracowników administracji doskonali wiedzę menedżerską.

Tabela 5. Działy wiedzy doskonalone przez pracowników organizacji służby zdrowia

Odpowiedź	Średnia ogólna	Średnia w grupie lekarskiej	Średnia w grupie pielęgniarskiej	Średnia w grupie administracji	Różnica W =(Max – Min)
Komunikacja z pacjentami	3,95	4,05	3,88	4,05	0,17
Komunikacja ze współpracownikami	3,61	3,63	3,57	3,87	0,30
Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi	3,49	3,49	3,48	3,46	0,03
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	3,37	3,40	3,33	3,45	0,12
Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych	3,41	3,38	3,34	3,85	0,51
Jakość leczenia	3,34	3,24	3,40	brak	0,16
Wizerunek zewnętrzny szpitala	3,33	3,30	3,35	3,32	0,05
Znajomość procedur obiegu dokumentów	3,33	3,27	3,37	3,30	0,10
Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny)	3,34	3,17	3,42	3,45	0,28
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	3,36	3,38	3,24	3,95	0,71
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	3,28	3,19	3,30	3,45	0,26
Umiejętność negocjacji	3,24	3,30	3,19	3,25	0,11
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych)	3,34	3,24	3,18	3,75	0,57
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	3,20	3,29	3,15	brak	0,14
Zarządzanie pracownikiem	3,28	3,08	3,17	3,65	0,57
Ocena pracowników	3,10	3,02	3,07	3,21	0,19
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	3,01	3,00	3,01	3,01	0,01
Kreowanie szkoleń	3,06	2,90	3,03	3,22	0,33
Motywowanie pracowników	3,12	2,92	2,87	3,42	0,50
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	2,95	2,87	2,78	3,55	0,77
Awanse i zwolnienia	2,86	2,71	2,78	3,22	0,51
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	2,71	2,60	2,70	2,86	0,26
System wynagradzania	2,74	2,68	2,60	3,00	0,40
Znajomość zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiąganiu sukcesu)	2,81	2,60	2,66	3,12	0,52
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	2,84	2,46	2,70	3,20	0,74
Rekrutacja	2,79	2,57	2,64	3,06	0,49
Rozliczenia z NFZ	2,42	2,29	2,34	2,65	0,36
Kontrola przychodów i kosztów	2,51	2,33	2,30	3,26	0,96
Budżetowanie	2,42	2,33	2,26	3,00	0,74
Razem	N=207	N=63	N=99	N=45	

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Badacze wskazali cztery spośród siedmiu kategorii, które dla personelu medycznego stanowią ważny zakres wiedzy i które zamierzają doskonalić. Są to: zarządzanie kadrami, zarządzanie zmianą, marketing i jakość oraz psychologię zarządzania. Wszystkie te zagadnienia zaliczamy do „miękkich" aspektów wiedzy, którą można wykorzystać w codziennej pracy na płaszczyźnie współpracy w relacjach poziomych i pionowych[340,341] oraz świadczeń medycznych (obsługi pacjentów).

Analiza porównawcza między badaniami z 2011 i 2019 roku pokazuje, że większy odsetek lekarzy uzupełnia wiedzę z obszaru zarządzania. Jest to wynikiem dwóch zjawisk zachodzących w służbie zdrowia, po pierwsze wzrostem świadomości kadry zarządzającej, która „sama z siebie" chce podnosić kompetencje menedżerskie. Po drugie większa liczba lekarzy piastuje funkcje kierownicze w podmiotach leczniczych, co wpływa na wzrost zainteresowania tą tematyką.

Dane pozyskane w badaniu pielęgniarek pokazują, że jest to grupa osób, która rzadziej zdobywa wiedzę aniżeli lekarze. Jedynie 5,6 proc. spośród nich co najmniej często doskonaliły wiedzę menedżerską. W przypadku lekarzy jest to dwukrotnie większy odsetek badanych, którzy z własnej inicjatywy w niesformalizowanym procesie doskonalą wiedzę z zakresu zarządzania. W przypadku grupy pielęgniarskiej porównanie danych pokazuje na inny trend w służbie zdrowia. Po pierwsze większość pielęgniarek nie jest zainteresowana tematyką zarządzania, wynikać to może z tzw. „wąskiego gardła", większość pielęgniarek nie ma możliwości pełnienia jakichkolwiek funkcji kierowniczych lub po prostu nie jest zainteresowana. Po drugie tworzy się wąska grupa pielęgniarek, które pełnią funkcje kierownicze i tym samym chcą doskonalić wiedzę z zakresu zarządzania.

Natomiast pracownicy administracyjni stanowią grupę, która wyróżnia się w zakresie doskonalenia kompetencji menedżerskich we wszystkich analizowanych obszarach, jedynie w dwóch stricte medycznych

Tabela 6. Stopień samouzupełniania wiedzy z obszaru zarządzania przez pracowników służby zdrowia

	Lekarze		Pielęgniarki		Pracownicy administracyjni	
Odpowiedź	%		%		%	
Rok badania	2011	2019	2011	2019	2011	2019
Nigdy	28,1	28,1	24,8	29,1	14,5	9,8
Rzadko	28,9	20,6	32,4	24,1	20,1	19,7
Czasami	13,8	15,8	12,9	12,4	25,8	24,3
Często	8,7	14,0	3,3	6,1	20,6	20,9
Bardzo często	0,0	7,5	0,9	2,3	9,5	14,3
Brak odpowiedzi	20,5	14,0	25,7	25,6	9,5	11,0
Razem	N=253	N = 228	N=697	N = 622	N= 102	N=91

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

[340] S. J. Peterson, T. S. Bredow, *Middle Range Theories. Application to nursing research*, Wolter Kluwer Health, Philadelphia 2009, s. 12-13.

[341] D. A. Hardcastle, P. R. Powers, S. Wenocur, *Community Practice. Theories and skills for social workers*, Oxford University Press, Oxford - New York 2011, s. 101-103.

Stąd wniosek, że pracownicy administracyjni są grupą, która w większym stopniu jest zainteresowana podnoszeniem wiedzy poprzez uczestnictwo nie tylko w tzw. Formach kształcenia sformalizowanego lecz również doskonalą kompetencję poprzez metody zaliczane do tzw. form samokształcenia.

Wyniki przedstawione w tabelach od 6 do 13 mają strukturę zsumowanych opinii respondentów i dotyczą samooceny poziomu wiedzy z określonego zakresu wiedzy menedżerskiej. Autorzy przyjęli następujące założenie: „1" oznacza najniższą ocenę, natomiast „5" ocenę najwyższą. Badacze zwracają uwagę, że respondenci dokonywali samooceny, czyli musi dokonać analizy jakościowej posiadanej wiedzy menedżerskiej. Należy zwrócić uwagę, że ocena ta zazwyczaj jest wyższa od stanu faktycznego, ponieważ chcemy samych siebie pozytywnie postrzegać, rzadko ocena samych siebie jest oceną obiektywną, nieobarczoną błędem analizy. Z tego względu w dalszej części przedstawione zostanie ocena pracowników organizacji służby zdrowia dokonana przez osoby pełniące role menedżerskie w szpitalach.

Powyższe kryterium przedstawia wzór, który został wykorzystany do zsumowania ocen dla poszczególnych zakresów wiedzy menedżerskiej.

Zgodnie z przyjętą zasadą wzór wygląda następująco:

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^{5} i * L_{WSK_i}$$

gdzie S_{LWSK} – suma poziomu wiedzy,

L_{WSKi} – liczba wskazań i-tej samooceny poziomu wiedzy.

Tabela 7. Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu zarządzania finansami

Odpowiedź	Średnia ocena	
	Personel medyczny	Pracownicy administracyjni
System wynagradzania	2,60	3,00
Budżetowanie	2,25	3,14
Rozliczenia z NFZ	2,27	2,84
Kontrola przychodów i kosztów	2,29	3,16
Średnia w grupie	**2,35**	**3,04**

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Poziom wiedzy personelu medycznego z zarządzania finansami na tle innych zagadnień z wiedzy menedżerskiej należy ocenić jako jeden z niższych, jeśli nie najniższy. Spośród czterech wymienionych podkategorii zarządzania finansami pracownicy ci najwyżej ocenili swoją wiedzę dotyczącą systemów wynagradzania. Wiedzę ukierunkowaną na budżetowanie najniżej. Analiza wiedzy z zakresu zarządzania finansami z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe zarówno wśród pielęgniarek, jak też lekarzy wskazuje, że jest powtórzeniem tego wyniku. Zsumowana samoocena pracowników medycznych dotycząca wiedzy z marketingu i jakości

badanych osób pokazuje, że najwyżej oceniają oni swoją wiedzę z zakresu jakości leczenia oraz kreowania wizerunku zewnętrznego szpitali. Ocena wiedzy z zakresu budżetowania dokonana przez personel medyczny unaocznia nam, że jest to cecha, na którą występuje bardzo niewielki popyt. Przebadane osoby w większości nie posiadają wysokich kompetencji w tym zakresie.

W przypadku pracowników administracyjnych, wykształcenie, doświadczenie oraz realizowane obowiązku na stanowisku pracy przyczyniają się do dużo lepszych wyników tzw. samooceny wiedzy z obszaru finansów.

Tabela 8. Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu marketingu i jakości

Odpowiedź	Średnia ocena	
	Personel medyczny	Pracownicy administracyjni
Jakość leczenia	3,34	brak
Wizerunek zewnętrzny szpitala	3,33	3,35
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	3,19	brak
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	3,01	3,45
Średnia w grupie	**3,22**	**3,40**

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Wysoka samoocena wiedzy z tych dwóch podkategorii może być skutkiem systemu leczenia występującego w formie procesu sformalizowanego. Przyjęte są procedury leczenia, które personel medyczny musi znać i zgodnie z którymi wykonywać usługi medyczne. W przypadku pracowników administracyjnych ze względu na inne obowiązki i kompetencje zawodowe, ocenie podlegały dwie z czterech cech, które w oczach ocenianych osób posiadają na co najmniej dobrym poziomie.

W tabeli 8 zaprezentowano zsumowane dane dotyczące samooceny wiedzy dotyczącej nadzoru nad infrastrukturą przez personel medyczny. Pracownicy wysoko ocenili własną wiedzę dotyczącą nadzoru nad mieniem powierzonym. Stan wiedzy jest skutkiem obowiązujących przepisów oraz wewnętrznych procedur funkcjonujących w szpitalach. Mniejsze zainteresowanie zagadnieniem planowania inwestycji infrastrukturalnych wśród personelu medycznego wynika z faktu, że zadanie to nie mieści się w ich podstawowych obowiązkach. Wysoką wiedzę odnotowano jedynie w przypadku pracowników piastujących funkcje kierownicze w szpitalu bądź osób funkcjonujących na stanowiskach, na których to zagadnienie znajduje się w obowiązkach pracownika.

W zestawieniu z wiedzą pracowników administracyjnych jest ona częściowa i można uznać za mniej rozległą, co oczywiście jest wynikiem obowiązków na stanowiskach pracy oraz uprzednio zdobytych kwalifikacjach zawodowych.

Tabela 9. Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu nadzoru nad infrastrukturą

Odpowiedź	Średnia ocena	
	Personel medyczny	Pracownicy administracyjni
Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny)	3,32	3,66
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	2,60	3,46
Średnia w grupie	**2,96**	**3,79**

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Personel medyczny, oceniając własną wiedzę z zakresu zarządzania kadrami, wystawił sobie wysoką ocenę. Najwyżej sklasyfikowano wiedzę dotyczącą oceny pracowniczej. Zainteresowanie nią jest skutkiem coraz częstszych ocen przeprowadzanych w miejscu zatrudnienia. Co ciekawe, badani pracownicy najniżej ocenili zasób wiadomości związanych z aspektem rekrutacji. Prawdopodobnie nie uczestniczyli w typowym procesie rekrutacyjnym ze względu na specyfikę funkcjonowania podmiotów leczniczych, reguły i zasady rekrutacji nie są w pełni wdrożone, a działania rekrutacyjne są niepełne. Samoocena pracowników administracyjnych jest wyższa, w niektórych obszarach wręcz dużo wyższa od oceny pracowników medycznych. Z pewnością wynika to z większej pewności siebie na tej płaszczyźnie wiedzy, która była realizowane chociażby w programie kształcenia na uczelniach wyższych lub podczas studiów podyplomowych.

Tabela 10. Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu zarządzania kadrami

Odpowiedź	Średnia ocena	
	Personel medyczny	Pracownicy administracyjni
Rekrutacja	2,60	3,15
Motywowanie pracowników	2,89	3,05
Ocena pracowników	3,04	3,02
Kreowanie szkoleń	2,96	2,98
Awanse i zwolnienia	2,73	2,85
Średnia w grupie	**2,84**	**3,01**

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Samoocena wiedzy personelu medycznego i pracowników administracyjnych dotycząca zarządzania informacją pokazuje, że jest ona na wysokim poziomie, lecz jak we wcześniejszych przypadkach. Wysoki wynik uzyskany przez obie grupy jest potwierdzeniem tego przeświadczenia. Jest to zapewne rezultatem obowiązujących procedur oraz przepisów wymuszających na pracownikach uczestnictwo i podnoszenie kompetencji w zakresie bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych, znajomości procedur obiegu dokumentów oraz obsługi wewnętrznych programów informatycznych.

W Polsce podstawowy, czyli najczęściej występujący, szpital, tzw. pierwszego poziomu referencyjnego, posiada oddział chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii oraz pediatrii. Zdarzenia medyczne, które mają z reguły miejsce w takich szpitalach są podobne i w miarę przewidywalne. Raczej sporadycznie występuje w nich zapotrzebowanie na gromadzenie

nietypowych danych medycznych lub zbieranie ich w sposób nieprzewidzialny przez typowy moduł oddziałowy. Dlatego też najczęściej zakres funkcjonalny oraz koncepcja działania różnych systemów szpitalnych (HIS) są podobne[342].

Najczęściej występują następujące systemy informatyczne: InfoMedica, Hipokrates, Solmed, Bank Krwi, Mmedica, CliniNET, NetRAAD, Eskulap, Charon, KS – grupa systemów służby zdrowia, KS-MEDIS, KS-SOLAB, KS-SOMED, KS-KST, OPTIMed oraz Medicus on-line (wcześniej Argus).

Tabela 11. Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu zarządzania informacją

Odpowiedź	Średnia ocena	
	Personel medyczny	Pracownicy administracyjni
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	3,29	3,48
Znajomość procedur obiegu dokumentów	3,33	3,65
Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych	3,36	3,86
Średnia w grupie	**3,33**	**3,66**

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Potrzeba korzystania i posiadana wiedzy z psychologii zarządzania jest bardzo duża. Jest ona pożądana przez pracowników służby zdrowia a w szczególności przez personel medyczny, który ma bezpośredni kontakt z pacjentem i często musi wykorzystywać wiedzę i umiejętności związane z przekazywaniem złych informacji o stanie zdrowia pacjenta.

Tabela 12. Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu psychologii zarządzania

Odpowiedź	Średnia ocena	
	Personel medyczny	Pracownicy administracyjni
Zarządzanie pracownikiem	3,12	3,32
Komunikacja ze współpracownikami	3,59	3,88
Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi	3,48	3,52
Komunikacja z pacjentami	3,94	3,70
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych)	3,19	3,54
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	3,36	3,22
Umiejętność negocjacji	3,23	3,46
Średnia w grupie	**3,42**	**3,52**

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Zdaniem przebadanych przedstawicieli personelu medycznego na najwyższą ocenę zasługuje wiedza dotycząca komunikowania się z pacjentami. Uwzględniając przy analizie kryterium grupy zawodowej, wysoką zsumowaną ocenę dotyczącą komunikacji ze współpracownikami uzyskali lekarze, gorzej wypadły pielęgniarki. W badaniach wskazały one, że nie posiadają zbyt dużej wiedzy

[342] R. Tadeusiewicz, *Informatyka medyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2010, s. 34-35.

dotyczącej zarządzania pracownikami oraz umiejętności negocjacyjnych. Z rozmów indywidualnych przeprowadzonych przez autorów, wynika również, że badani chcieliby poszerzać wiedzę oraz umiejętności z tych dwóch zakresów. Pracownicy administracyjni wysoko ocenili wiedzę (umiejętności) budowania kontaktu ze współpracownikami, pacjentami oraz tzw. kształtowanie relacji wewnętrznych.

Personel medyczny nisko ocenił posiadaną przez siebie wiedzę z zarządzania zmianami. Z kolei personel medyczny najwyżej ocenił wiedzę dotyczącą komunikacji z pacjentem, która może przyjąć następujące formy relacji:

1. naukowy skupiony na ustaleniu problemu i wydaniu zleceń do realizacji, pierwszy kontakt,
2. przewlekły, czyli trwały, systematyczny, ale bezosobowy, ukierunkowana na kontrolę badań,
3. patriarchalny, inaczej hierarchiczny, w którym personel najlepiej wie, czego trzeba choremu,
4. partnerski polegający na tym, że obie strony są równorzędne, a komunikacja staje się procesem dwukierunkowym[343,344].

Z danych zawartych w tabeli 13 wynika, że lekarze oraz pielęgniarki w sferze wiedzy menedżerskiej ukierunkowali się na zdobywanie wiadomości wykorzystywanych w działaniach operacyjnych, na najniższym poziomie zarządzania pracą i zadaniami. Jedynie w przypadku umiejętności radzenia sobie ze stresem ocena jest wyższa od pozostałych, lecz łączna ocena w zakresie zarządzania zmianą należy postrzegać ich wiedzę niejako na co najwyżej przeciętnym poziomie (w skali 1 - 5 średnia ocena tej umiejętności wynosi 2,83 na przebadaną osobę).

Tabela 13. Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu zarządzania zmianą

Odpowiedź	Średnia ocena	
	Personel medyczny	Pracownicy administracyjni
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	2,65	3,14
Znajomość zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiąganiu sukcesu)	2,63	2,78
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	2,81	3,05
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	3,25	3,05
Średnia w grupie	**2,83**	**3,00**

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Pracownicy służby zdrowia oprócz dokonania samooceny wiedzy z różnych dziedzin wiedzy menedżerskiej wskazał również swoje potrzeby w tym zakresie, jakie są ich cel do zrealizowania,

[343] Zob. D. Jeffrey, *Patient-centred Ethics and Communication at the End of Life*, Radcliffe Publishing, Oxford 2006, s. 129 – 137.

[344] Zob. R. Schiavo, *Health Communication from theory to practice*, Jossey-Bass, San Francisco, 2007, s. 91-101, 106-116.

aby móc określić się jako sprawny pracownik. Na tej podstawie autorzy rozdzielili zgłaszane potrzeby grup zawodowych.

W tabeli 14 zamieszczono dane opisujące globalne informacje o postrzeganiu wiedzy menedżerskiej przez personel medyczny. Badacze zaprezentowali wszystkie zakresy wiedzy od najbardziej do najmniej pożądanych przez lekarzy i pielęgniarki. Do dokonania wyliczeń i wskazania najistotniejszych cech autorzy posłużyli się następującym wzorem:

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^{5} i * L_{WSK_i}$$

gdzie:

S_{LWSK} – suma poziomu wiedzy,

L_{WSKi} – liczba wskazań i-tej samooceny poziomu wiedzy.

Analizując te informacje, autorzy zauważyli, że najistotniejszą grupą pożądanych cech jest psychologia zarządzania (PZ). Wśród pierwszych dziesięciu najczęściej wybieranych zakresów wiedzy aż sześć wchodzi w skład PZ. Kolejne miejsca zajmują takie działy wiedzy, jak: zarządzanie zmianą (ZZ), marketing i jakość (MiJ) oraz zarządzanie kadrami (ZK). Najmniejsze zapotrzebowanie personel medyczny zgłasza w stosunku do wiedzy, w której skład wchodzą zarządzanie informacją (ZI), nadzór nad infrastrukturą (NnI) oraz zarządzanie finansami (ZF).

Tabela 14 Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez pracowników służby zdrowia

Odpowiedź	Numer grupy zakresu	Suma	Suma
		Personel medyczny (x1)	Pracownicy administracyjni (x4,6)
Komunikacja z pacjentami	PZ	679	552
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	PZ	673	725
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	ZZ	670	600
Umiejętność negocjacji	PZ	668	642
Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi	PZ	667	725
Komunikacja ze współpracownikami	PZ	660	708
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziome i pionowe)	PZ	652	693
Jakość leczenia	MiJ	651	393
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	ZZ	639	797
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	MiJ	629	435
Wizerunek zewnętrzny szpitala	MiJ	627	621
Zarządzanie pracownikiem	PZ	615	745
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	ZI	613	621
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	MiJ	610	518
Motywowanie pracowników	ZK	609	621
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	ZZ	602	745
System wynagradzania	ZF	601	642
Kreowanie szkoleń	ZK	599	766
Ocena pracowników	ZK	593	662

Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych	ZI	585	580
Znajomość zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiąganiu sukcesu)	ZZ	585	725
Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny)	NnM	585	745
Awanse i zwolnienia	ZK	584	621
Znajomość procedur obiegu dokumentów	ZI	582	704
Rozliczenia z NFZ	ZF	571	683
Budżetowanie	ZF	553	745
Kontrola przychodów i kosztów	ZF	553	703
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	NnM	531	662
Rekrutacja	ZK	527	642

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Powyższe wyniki pokazują, że według personelu medycznego priorytetem doskonalenia wiedzy menedżerskiej jest kształcenie z zakresu psychologii zarządzania. W przypadku pracowników administracyjnych ich podejście do wiedzy menedżerskiej ma charakter horyzontalny, czyli wykazują potrzebę posiadania wiedzy z większej liczby obszarów zarządzania. Najmniejszy zainteresowaniem w tej grupie zawodowej cieszą się zagadnienia odnoszące się do spraw medycznych, związanych z leczeniem i obsługą pacjenta.

Analizując kompetencje posiadane oraz docelowe, które przedstawiciele trzech badanych grup zawodowych chcą wykazywać się. Zwraca uwagę fakt, że pracownicy administracyjni mają potencjał zawodowy oraz wiedzy branżowej do pełnienia ról menedżerskich w organizacji służby zdrowia. W przypadku personelu medycznego, grupą, która posiada potencjał rozwojowy, w mniejszym stopniu wiedzę posiadaną są lekarze. Grupa pielęgniarska jest skupiona bardziej na płaszczyźnie zarządzania operacyjnego, odnoszącego się do tzw. bieżącej, codziennej działalności organizacji służby zdrowia.

4.2. Poziom komunikacji wewnętrznej między pracownikami

Analiza literatury dokonana w pierwszych dwóch rozdziałach pracy pokazuje, że część definicji ma charakter bardzo ogólny i wskazuje jedynie na celowość zachowania jednostki czy też dążenia do oczekiwanych rezultatów. Natomiast autorzy zwrócili uwagę na te definicje, wskazują na komponenty kompetencji mająca zasadnicze znaczenie w rozwoju człowieka, takie jak: wiedza, umiejętności, doświadczenie czy postawy[345, 346].

[345] Zob. D. Thierry, Ch. Sauret, *Zarządzanie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Wydawnictwo Polext, Warszawa 1994, s. 6.

[346] Zob. G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne,Warszawa 2004, s. 25 - 31.

W jeszcze innych definicjach dotyczących kompetencji autorzy określili je jako zróżnicowanie i szczegółowe obszary funkcjonowania jednostki w miejscu pracy, jak chociażby, działania zespołowe czy też kultura osobista[347].

Na potrzeby dalszych rozważań przyjęto, że kompetencje stanowią wewnętrzny potencjał jednostki, na który wpływają wiedza i umiejętności (mylnie identyfikowane częstokroć jako kwalifikacje, które są podrzędne w stosunku do kompetencji348) wraz z cechami osobowościowymi, prezentowanymi postawami i wartościami jednostki[349]. Z koncepcją R. Boyatzisa o kompetencjami mówimy wówczas, gdy przejawiają się one w zewnętrznym zachowaniu, czyli gdy są utylitarne, wykorzystywane w procesie wykonywania pracy[350].

Z punktu widzenia zarządzania zasobami ludzkimi istotna staje się analiza relacji, jaka występuje między kompetencjami oczekiwanymi a kompetencjami dostępnymi w organizacji[351], ze szczególnym uwzględnieniem aspektu teoretycznego (wiedza) oraz praktycznego (umiejętności) w celu ich efektywnego wykorzystania w podmiotach leczniczych.

System komunikacji można porównać do krwiobiegu żywego organizmu, którym zgodnie z jedną z metafor organizacyjnych jest przedsiębiorstwo[352]. Komunikacja jest bowiem składnikiem wszystkich procesów zachodzących w przedsiębiorstwie oraz dostarczycielem niezbędnych do jego funkcjonowania elementów. Komunikacja wiąże i scala organizację. To właśnie w niej można odnaleźć wspólny mianownik wszystkich działów funkcjonalnych przedsiębiorstwa. Jest ona nie tylko obecna, lecz także niezbędna na każdym etapie tworzenia wartości[353]. Za najistotniejsze cechy kompetencji należy uznać umiejętności oraz wiedzę.

Uzupełnieniem rozważań dotyczących umiejętności interpersonalnych jest część dotycząca *Komunikacja wewnętrzna w podmiotach leczniczych*, który zawiera uszczegółowienie istotnego dla prawidłowego funkcjonowania organizacji czynnika, jakim jest proces komunikowania się na poziomie grup zawodowych czy też indywidualnej między pracownikami szpitala.

---

[347] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 30.

[348] R.N. Kanungo, S. Misra, Ma*nagerial resourcefulness: A reconceptualization of management skills*, "Human Relations", 1992, nr 12.

[349] M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001, s. 241-242.

[350] Zob. A. Springer, *Znaczenie postaw i kompetencji pracownika w zarządzaniu zasobami ludzkimi organizacji*, [w:] Komunikacja i jakość w zarządzaniu, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 75.

[351] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 200.

[352] G. Morgan, *Obrazy organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 56-65.

[353] A. Matczewski, A. Sławik, *Holistyczne podejście do zarządzania komunikacją korporacyjną*, [w:] *Komunikacja i jakość w zarządzaniu*, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2010, s. 214.

Nawiązanie relacji między podmiotami ma źródło w podejściu relacyjnym, które obejmuje wszystkie relacje nawiązywane między podmiotami w wymiarze treści, jakości i struktury[354].

W pierwszej części badacze podjęli się zdiagnozowania relacji między grupami pracowniczymi przy uwzględnieniu kilka założeń. Dane empiryczne zostały zapożyczone z wcześniejszych badań autorów, które zostały przeprowadzone w 23 szpitalach zlokalizowanych w dziewięciu województwach[355].

Uwzględniając w analizie danych empirycznych kryterium organizacyjne dotyczące oceny kontaktów międzyludzkich, można zauważyć, że najlepsze relacje odnotowano w przypadku grupy pielęgniarek, następnie lekarzy. Dodatkowo zwraca uwagę fakt, że lepsze są relacje między pracownikami w szpitalach jednospecjalistycznych aniżeli w jednostkach wielospecjalistycznych. Wynika to z mniejszych podziałów oraz większej jednolitości grup zawodowych. W szpitalach jednospecjalistycznych (w większości są to jednostki niepubliczne) zatrudnieni są lekarze, pielęgniarki i ze względów finansowych niewielkie grupy pracowników administracyjnych oraz technicznych.

Przedstawiciele grupy lekarskiej wskazali na pielęgniarki jako zbiorowość pracowniczą, z którą mają bardzo dobre relacje. Wynika to z przypisania obu grup do tzw. białego personelu, co stanowi nobilitację szczególnie dla pielęgniarek. Również przedstawiciele tych grup zawodowych intensyfikują kontakty między sobą w procesach pracy, z których z kolei wyeliminowani są pracownicy techniczni i administracyjni. Stąd lekarze mają najgorsze relacje z przedstawicielami grupy pracowników technicznych. Pielęgniarki, tak jak lekarze, mają bardzo dobre relacje z innymi przedstawicielami zaliczanymi do „białego personelu". Natomiast pracownicy administracyjni mają relacje na podobnym poziomie ze wszystkimi grupami zawodowymi zarówno w jedno-, jak i wielospecjalistycznych szpitalach.

Tabela 15. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego w 2011 roku

Forma organizacyjna	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
	z lekarzami									
Jednospecjalistyczne	1	0,5	7	3,8	50	27,0	109	59,0	18	9,7
Wielospecjalistyczne	7	0,9	36	4,8	289	38,9	366	49,2	46	6,2
Razem	8	0,9	43	4,6	339	36,5	475	51,1	64	6,9
	z pielęgniarkami									
Jednospecjalistyczne	2	1,0	7	3,8	18	9,8	112	60,5	46	24,9
Wielospecjalistyczne	5	0,7	11	1,5	188	25,2	432	58,1	108	14,5
Razem	7	0,8	18	2,0	206	22,2	544	58,5	154	16,5
	z personelem administracyjnym									
Jednospecjalistyczne	1	0,5	7	3,8	68	36,7	90	48,7	19	10,3

[354] R. Srivastava, *The healthcare professional's guide to clinical cultural competence*, Mosby Elsevier Canada, Toronto 2007, s. 38.

[355] red. Z. Nęcki, M. Kęsy, *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.

Wielospecjalistyczne	6	0,8	22	3,0	355	47,7	320	43,0	41	5,5
Razem	7	0,8	29	3,1	423	45,5	410	44,1	60	6,5
	z personelem technicznym									
Jednospecjalistyczne	1	0,5	8	4,3	77	41,6	84	45,5	15	8,1
Wielospecjalistyczne	12	1,6	32	4,3	378	50,9	292	39,2	30	4,0
Razem	13	1,4	40	4,3	455	49,0	376	40,5	45	4,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Badacze, porównując dane pozyskane w odstępie czasu 7 lat, w tych samych podmiotach leczniczych, stwierdzają, że ogół pracowników wskazuje na pogorszenie się relacji z przedstawicielami grupy lekarskiej, której oceny są niższe o 15-20 proc. w stosunku do roku bazowego. W jednostkach jednospecjalistycznych nastąpiło pogorszenie się jakościowych relacji z lekarzami. W rozmowach środowiskowymi jako główny czynnik tych zmian wskazuje się na dysproporcję w przychodach lekarzy w stosunku do pozostałych pracowników szpitali, co rodzi bariery w kontaktach między grupami zawodowymi. Z kolei, środowisko wewnętrzne w podmiotach wielospecjalistycznych wskazuje na tzw. zjawisko wykluczania zawodowego, wiąże się z sytuacją, w której lekarzy ograniczają kontakty z przedstawicielami innych grup zawodowych, budując głównie relacje wewnątrzgrupowe, w układzie lekarz-lekarz.

W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek zachodzi zjawisko izolacji grupowej, od kilku lat zauważa się, że średni personel medyczny nie jest grupą otwartą na budowanie relacji z pracownikami administracji oraz techników, jedyną grupą spoza swojej, z którą chcą utrzymywać relacje zawodowo-prywatne są lekarze. Jest to informacja potwierdzona w licznych rozmowach i obserwacjach poczynionych w miejscu badania.

Tabela 16. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego w 2019 roku

Forma organizacyjna	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
	z lekarzami									
Jednospecjalistyczne	10	4,3	32	13,6	73	31,1	108	45,9	12	5,1
Wielospecjalistyczne	29	4,7	121	19,7	311	50,6	150	24,4	4	0,6
Razem	39	4,6	153	18,0	384	45,2	258	30,4	16	1,9
	z pielęgniarkami									
Jednospecjalistyczne	2	0,8	5	2,1	42	17,9	133	56,6	53	22,6
Wielospecjalistyczne	9	1,5	49	8,0	242	39,3	275	44,7	40	6,5
Razem	11	1,3	54	6,4	284	33,4	408	48,0	93	10,9
	z personelem administracyjnym									
Jednospecjalistyczne	5	2,1	10	4,3	83	35,3	110	46,8	27	11,5
Wielospecjalistyczne	1	0,2	6	1,0	290	47,1	285	46,3	33	5,4
Razem	6	0,7	16	1,9	373	43,8	395	46,5	60	7,1
	z personelem technicznym									
Jednospecjalistyczne	5	2,1	11	4,7	123	52,3	87	37,0	9	3,8
Wielospecjalistyczne	26	4,2	58	9,4	371	60,4	142	23,1	18	2,9
Razem	31	3,6	69	8,1	494	58,2	229	26,9	27	3,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

W przypadku pracowników administracji szpitalnej relacje grupowe są na podobnym poziomie w badaniach z roku 2011 i 2019.

Personel techniczny jest grupą zawodową, której relacje międzygrupowe charakteryzuje zjawisko wykluczenia relacyjnego, szczególnie w przypadku szpitali wielospecjalizacyjnych, w których negatywnie odbiera się kiedy lekarz lub pielęgniarka buduje relacje towarzyskie z kimś z grupy pracowników technicznych. W ten sposób można stwierdzić, że personel techniczny stanowi tzw. podklasę zawodową w szpitalach.

Na podstawie przytoczonych informacji można stwierdzić, że w mniejszych jednostkach organizacyjnych pracownicy w nich zatrudnieni mają lepsze relacje między sobą na poziomie międzygrupowym. Sytuacja ta może wynikać z zatarcia podziałów na grupy zawodowe oraz małych zespołów pracowniczych. Dzięki temu pracownicy postrzegają siebie nie przez pryzmat stereotypów zawodowych, lecz poprzez indywidualne, bezpośrednie kontakty interpersonalne.

Tabela 17. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji w 2011 roku

Wielkość organizacji	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
	z lekarzami									
Duże	6	0,8	32	4,7	254	37,4	352	51,8	36	5,3
Średnie	2	1,3	9	6,0	52	34,7	65	43,3	22	14,7
Małe	0	0,0	2	2,0	33	33,3	58	58,6	6	6,1
Razem	8	0,9	43	4,6	339	36,5	475	51,1	64	6,9
	z pielęgniarkami									
Duże	6	0,9	12	1,8	171	25,1	394	57,9	97	14,3
Średnie	0	0,0	5	3,3	24	16,0	89	59,3	32	21,3
Małe	1	1,0	1	1,0	11	11,1	61	61,6	25	25,3
Razem	7	0,8	18	2,0	206	22,2	544	58,5	154	16,5
	z personelem administracyjnym									
Duże	6	0,9	17	2,5	307	45,1	310	45,6	40	5,9
Średnie	1	0,7	10	6,7	72	48,0	55	36,7	12	8,0
Małe	0	0,0	2	2,0	44	44,4	45	45,5	8	8,1
Razem	7	0,8	29	3,1	423	45,5	410	44,1	60	6,5
	z personelem technicznym									
Duże	10	1,5	28	4,1	344	50,6	273	40,1	25	3,7
Średnie	2	1,3	8	5,3	63	42,0	65	43,4	12	8,0
Małe	1	1,0	4	4,0	48	48,5	38	38,4	8	8,1
Razem	13	1,4	40	4,3	455	49,0	376	40,5	45	4,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Porównanie danych badawczych z 2011 i 2019 roku wskazuje na istnienie stereotypów grupowych, szczególnie w przypadku szpitali dużych. W jednostkach średnich a tym bardziej mniejszych na kreowanie relacji wpływ mają bezpośrednie doświadczenia respondenta.

W przypadku lekarzy pogorszeniu uległy relacje we wszystkich rodzajach szpitali wg kryterium wielkości jednostki. Potwierdza istnienie zjawiska wykluczania zawodowego, którego grupą inicjującą są lekarze.

Zmiany systemowe zainicjowane przez prawodawcę wprowadziły modyfikację nastawienia pielęgniarek do innych grup zawodowych, wymogło to na przedstawicielach tej grupy zjawisko izolacjonizmu grupy zawodowej w stosunku do pozostałych grup funkcjonujących w podmiotach leczniczych.

Relacje z innymi grupami zawodowymi w przypadku pracowników administracyjnych są minimalnie gorsze w 2019 roku w stosunku do danych uzyskanych w badaniu w 2011 roku. Czym jest to podyktowane? Na podstawie rozmów środowiskowych można wywnioskować, że na jakość relacji wpływ ma po pierwsze posiadanie wyższego wykształcenia przez przedstawicieli administracji, po drugie pozostałe grupy często są zależne od personelu administracyjnego w sprawach organizacyjno-kadrowo-finansowych.

Neutralna ocena relacji personelu technicznego występuje we wszystkich szpitalach bez względu na wielkość jednostki. W małych podmiotach ocena jest drastycznie wyższa niż w pozostałych rodzajach szpitali. Główną przyczyną jest minimalizacja sytuacji kreujących relacje międzygrupowych. Personel techniczny ze względu na koszty nie jest zatrudniany na etacie lecz pracują dla szpitali na zasadzie outsourcingu.

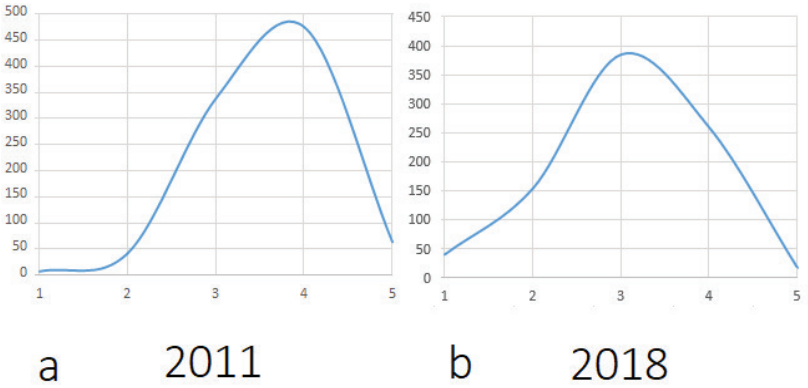
Tabela 18. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji w 2018 roku

Wielkość organizacji	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
	z lekarzami									
Duże	38	9,2	137	33,0	188	45,3	47	11,3	5	1,2
Średnie	1	0,5	15	8,3	100	55,6	59	32,8	5	2,8
Małe	0	0,0	1	0,4	96	37,6	152	59,6	6	2,4
Razem	39	4,6	153	18,0	384	45,2	258	30,4	16	1,9
	z pielęgniarkami									
Duże	8	1,9	28	6,7	153	36,9	191	46,0	35	8,4
Średnie	2	1,1	19	10,6	52	28,9	88	48,9	19	10,5
Małe	1	0,4	7	2,7	79	31,0	129	50,6	39	15,3
Razem	11	1,3	54	6,4	284	33,4	408	48,0	93	10,9
	z personelem administracyjnym									
Duże	5	1,2	11	2,7	171	41,2	202	48,7	26	6,2
Średnie	1	0,6	4	2,2	91	50,6	71	39,4	13	7,2
Małe	0	0,0	1	0,4	111	43,5	122	47,9	21	8,2
Razem	6	0,7	16	1,9	373	43,8	395	46,5	60	7,1
	z personelem technicznym									
Duże	29	7,0	59	14,2	224	54,0	97	23,4	6	1,4
Średnie	0	0,0	5	2,8	80	44,4	78	43,3	17	9,5
Małe	2	0,8	5	2,0	190	74,5	54	21,2	4	1,5
Razem	31	3,6	69	8,1	494	58,2	229	26,9	27	3,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

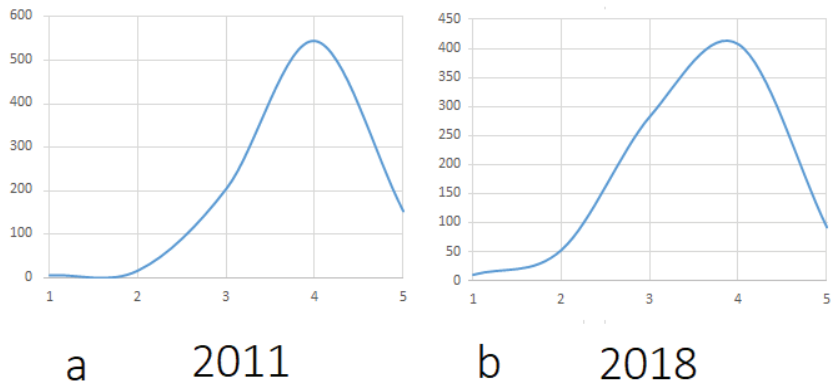
Autorzy zwrócili uwagę, że w przypadku ilustracji nr 10, na której zaprezentowane są rozkłady normalne dotyczące badań relacji interpersonalnych lekarzy w latach 2011 i 2019, szczególnie w drugim przypadku, wyniki rozłożone są w sposób prawidłowy. Zazwyczaj respondenci zaznaczali

odpowiedzi z zakresu od 2 do 4, ze wskazaniem na wyższą wartość . Obie krzywe Gaussa są spłaszczone, czyli odchylenia są większe, szczególnie w przypadku b.



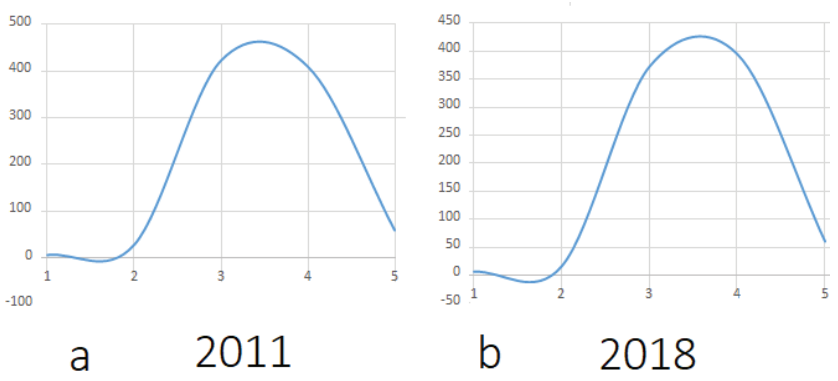
Ilustracja 10. Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych lekarzy w szpitalu
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Przy wzroście wartości oczekiwanej, zmiennej losowej, rozkład przesuwa się na osi w prawo. Taka sytuacja zachodzi zarówno na ilustracji 11 oraz 12. Uzyskane wyniki mogą być wypadkową przeprowadzonej samooceny relacji interpersonalnych w otoczeniu szpitalnym, najliczniejszą grupą są pielęgniarki.

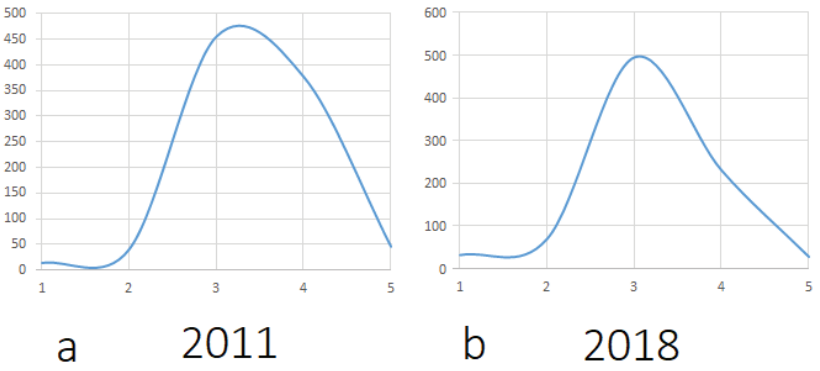


Ilustracja 11. Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pielęgniarek w szpitalu
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Z kolei im mniejsze jest odchylenie standardowe to rozkład jest bardziej wysmukły, i odwrotnie, im większe jest odchylenie tym standard jest bardziej spłaszczony. Pierwsza sytuacja zachodzi na ilustracji 11a. W przypadku ilustracji 12a i b oraz 11b występuje większe odchylenie.



Ilustracja 12. Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pracowników administracyjnych w szpitalu
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.



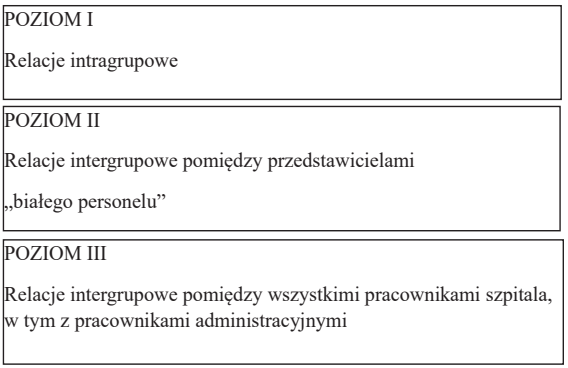
Ilustracja 13. Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pracowników technicznych w szpitalu
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Na ilustracji 13 przedstawione są wyniki badania poziomu relacji pracowników administracyjnych w układzie intragrupowym i intergrupowym. W przypadku ilustracji 13a wystąpiło przesunięcie osi w prawo, natomiast ilustracja 13b reprezentuje rozkład normalny krzywa jest wysmukła, czyli ma odchylenie standardowe.

Pracownicy medyczni stanowią skupisko osób, które najwyższy poziom komunikacji osiągają w relacjach intragrupowych, - wewnątrz swojej grupy. Kolejny poziom relacji są to kontakty

intergupowe między lekarzami i pielęgniarkami. Niżej znajdują się relacje, dotyczące więzi między przedstawicielami wszystkich grup zawodowych w sektorze ochrony zdrowia. Pracowników administracyjnych charakteryzują dobre relacje intragrupowe oraz ze wszystkimi przedstawicielami pozostałych grup zawodowych. Jest to pozytywny czynnik determinujący.

Ze względu na obowiązki na zajmowanych stanowiskach pracy, personel pielęgniarski nie podlega bezpośrednio lekarzom, jednak występuje między nimi bardzo ścisła współpraca, wręcz zależność i wymiana informacji związanych z sytuacją na oddziale, czy też leczeniem pacjentów (zalecenia lekarskie, zlecenia badań itp.).



Ilustracja 14. Poziom relacji między pracownikami zatrudnionymi w szpitalach
Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Zjawisko, które zachodzi nazwane jest „hands on management”[356,357], tłumacząc na język polski jako „zarządzanie „podręczne”. Polega ono na tym, że pielęgniarki nie podlegają bezpośrednio lekarzom, ale lekarze „rządzą” tymi pielęgniarkami, które mają „pod ręką” czyli „hands-on” w zależności od potrzeb związanych z działalnością leczniczą, czy ogólnie organizacyjną.

Najwyższy poziom relacji dotyczy kontaktów o charakterze intragrupowym. Może to wynikać z bardzo rozbudowanego poczucia przynależności do grupy każdej z osób. To zjawisko występuje w grupie lekarzy oraz wśród pielęgniarek. Przedstawiciele grup zawodowych ze względu na uzyskany poziom wykształcenia oraz wykonywany zawód posługują się jednolitym, można by rzec, standaryzowanym słownikiem pojęciowym.

Poziom drugi dotyczy relacji intergrupowych w przypadku zbiorowości zaliczanych do „białego personelu”. Są to osoby, których charakter pracy, ciągła współpraca oraz przypisanie do grupy

[356] Zob. S. Chandler, D. Black, *The Hands-off Manager: How to Mentor People and Allow Them to Be Successful*, Book-mart Press, New York 2007, s. 19-21, 36-40.

[357] Zob. L. J. Mullins, P. Dosser, *Hospitality management and organisational behaviour*, Pearson Education Limited, Harlow 2013, s. 145.

„białego personelu" nobilituje. Skutkuje to również tym, że ich relacje są dobre, a nawet bardzo dobre.

Poziom trzeci dotyczy pozostałych relacji zachodzących wewnątrz organizacji szpitalnych (bez uwzględnienia relacji z pacjentami). Charakteryzuje je znaczne oddziaływanie stereotypów, konflikty o charakterze emocjonalnym. W odróżnieniu od wcześniejszych poziomów na trzecim relacje mają charakter wybiórczy, czyli pracownicy mogą unikać bądź też redukować kontakty międzyludzkie ze względu na luźne powiązania w procesie operacyjnym.

Proces komunikacji indywidualnej jest zjawiskiem, na które oddziałują oprócz niezależnych od rozmówcy czynników zewnętrznych także czynniki powiązane w większym stopniu z indywidualnymi cechami rozmówcy. Szczególnie należy zwrócić uwagę na następujące zakłócenia w procesie komunikacji: błędy semantyczne, językowe bądź też aspekty emocjonalne.

Na podstawie danych empirycznych badacze stwierdzili, że w jednostkach jednospecjalistycznych przeważa wysoka jakość procesu komunikacyjnego na poziomie kontaktów indywidualnych między pracownikami. Z kolei w szpitalach wielospecjalistycznych ocena jakości jest zazwyczaj niższa niż w jednostkach jednospecjalistycznych. Jest to konsekwencja istniejących podziałów i stereotypów, z czego wynikają błędy i zakłócenia bezpośrednio oddziałujące na poziom relacji interpersonalnych.

Jakość komunikacji oceniana przez pracowników zarówno szpitali niepublicznych, jak i publicznych potwierdza istnienie zróżnicowanego poziomu w relacjach interpersonalnych w tych typach szpitali. Badani zatrudnieni w państwowych placówkach uważają, że poziom kontaktów jest dobry bądź średni, lecz aż 23,8 proc. respondentów zauważa złe aspekty komunikacji interpersonalnych w swoich placówkach. Z kolei w szpitalach niepublicznych większość kontaktów na poziomie indywidualnym ma pozytywny charakter aż 61,5 proc. i 61,1 proc. wskazań odpowiednio w 2011 i 2019 roku.

Tabela 19. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego w 2011 roku

Forma własności	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
Publiczne	58	5,3	202	18,5	379	34,6	385	35,2	70	6,4
Niepubliczne	3	3,8	8	10,3	19	24,4	41	52,5	7	9,0
Razem	61	5,2	210	17,9	398	34,0	426	36,3	77	6,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Tabela 20. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego w 2018 roku

Forma własności	Bardzo złe	(%)	Złe	(%)	Neutralne	(%)	Dobre	(%)	Bardzo dobre	(%)
Publiczne	57	7,9	180	25,0	294	41,0	159	22,1	29	4,0
Niepubliczne	2	1,5	8	6,1	41	31,3	63	48,1	17	13,0
Razem	59	6,9	188	22,1	335	39,5	222	26,1	46	5,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Z badań empirycznych przeprowadzonych przez R. Krupskiego, dotyczących oryginalności zasobów i ich znaczenia w wykorzystaniu okazji, wynika, że zasoby relacyjne są najważniejszymi zasobami w kontekście strategicznym przedsiębiorstwa[358].

Wszelkie formy współpracy albo są wynikiem wcześniejszych nieformalnych kontaktów między członkami, albo są punktem wyjścia do zacieśniania się stosunków i przełamywania anonimowości między członkami. Nieformalne relacje często idą w parze z relacjami formalnymi[359].

Autorzy, na podstawie przeprowadzonych analiz, w kontekście przyjętych celów badawczych, sformułowali następujące wnioski w obszarze kompetencji relacyjnych personelu medycznego:

- Skuteczność kreowania relacji przez personel medyczny często zależy nie od kompetencji, w które wyposażeni są osoby w procesie kształcenia zawodowego, lecz przede wszystkim z cech indywidualnych.
- Proces komunikacji w szpitalach jest sprawniejszy w mniejszych jednostkach aniżeli w większych.
- Zjawisko zdiagnozowane u lekarzy. Wykluczają zawodowo pozostałe grupy funkcjonujące w szpitalach.
- Pielęgniarki są grupą zawodową, które dotknęło zjawisko izolacji grupowej, przedstawiciele tej zbiorowości nastawieni są na kreowanie relacji intragrupowych.
- Pracownicy administracyjni chcą utrzymywać relacje z przedstawicielami wszystkich grup zawodowych, udaje im się to w przypadku pielęgniarek i pracowników technicznych, w mniejszym stopniu z lekarzami.
- W przypadku personelu technicznego zdiagnozowano zjawisko wykluczenia zawodowego.
- Najgorsze warunki środowiskowe w zakresie kreowania relacji oraz sprawności procesu komunikowania się, występują w szpitalach wielospecjalistycznych, dużych, będących jednostkami publicznymi.

4.3. Zachowania preferowane na stanowisku menedżerskim

We Francji co czwarty pacjent wybiera szpital ze względu na reputację[360]. I właśnie poprzez wykorzystanie zarówno wiedzy, jak i umiejętności lekarzy, pielęgniarek oraz pracowników administracyjnych, przy jednoczesnej kontroli reputacji i wizerunku oraz niedopuszczaniu

---

[358] Zob. R. Krupski, *Elastyczność zasobów organizacji* [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008, s. 87-93.

[359] R. Krupski, U. Bąkowska-Morawska, E. Piwoni-Krzeszowska, *Elastyczność zasobów relacyjnych* [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008, s. 152.

[360] Zob. Robillard L., "*Marketing hospitalier. Un oxymore qui prend sens*", in Revue Hospitaliere de France (dwumiesięcznik), Juillet/Aout 2007.

do zasilania kanału nieformalnego tzw. pocztą pantoflową czy też nieprzychylnymi komentarzami prasowymi, tworzy się reputację w bliższym otoczeniu szpitala.

Im bardziej szpital jest transparentny dla opinii publicznej, tym łatwiej jest budować wizerunek wzmocniony jego osiągnięciami. Ale w zamian za to szpital staje się wrażliwy na zdarzenia, które mogą zepsuć jego wizerunek. To staje się istotnym limitem w rozwijaniu komunikacji zewnętrznej[361].

W tej części publikacji zgromadzono oraz przeanalizowano wyniki badań, które zawierają samoocenę posiadanych umiejętności interpersonalnych przez pracowników organizacji służby zdrowia. Oczywiście należy założyć, że ocena ta nie jest obiektywna. W większości przypadków jest ona zawyżona. Na podstawie przyjętych przez badaczy wag można określić kolejność posiadanych cech interpersonalnych lekarzy i pielęgniarek.

Na podstawie specjalistycznej literatury i praktycznego oraz empirycznego doświadczenia członków zespół badawczy określił grupę 14 reprezentacyjnych cech dla menedżerów organizacji. Są to umiejętności praktyczne, tak ważne dla osób zarządzających instytucją.

Badacze podejmując się opisania istotności umiejętności interpersonalnych, przyjęli zasadę stopniowania ich w skali pięciostopniowej. Wskutek tego przyjęto następujący wzór sumy cechy interpersonalnej dla badanej grupy:

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^{5} i * L_{WSK_i}$$

gdzie:

S_{LWSK} – suma cechy interpersonalnej grupy,

L_{WSKi} – liczba wskazań i-tej samooceny cechy interpersonalnej.

W tabeli 21 zawarta jest analiza cech, przeprowadzona na grupie osób, które nie zajmują stanowisk kierowniczych. W tej grupie pracowniczej najwięcej osób wskazało następujące umiejętności: odporność na stres, systematyczność, komunikatywność oraz dokładność. Z kolei najniższy poziom umiejętności badani wykazują z zakresu kreatywności, asertywności, optymizmu oraz dyspozycyjności.

Personel medyczny powinien posiadać część spośród wymienionych powyżej umiejętności interpersonalnych. Zarówno postawę lekarzy, jak i pielęgniarek powinna charakteryzować cecha otwartości, odporność na stres, komunikatywność i empatia, przy asertywnym podejściu do pacjentów. Należy rozważyć jedynie poziom ich opanowania. W przypadku pracowników

[361] Zob. Dardouri N., Tomassella S., *Modeles dynamique de retroaction*, CEM, 2003.

administracyjnych ze względu an pełnione obowiązki wymaga się: otwartości, komunikatywności i empatii, pozostałe cechy interpersonalne są mniej utylitarne w codziennej pracy.

Z kolei w relacjach wewnętrznych ważne są: komunikatywność, wytrwałość, odporność na stres, optymizm i odpowiedzialność za wykonywaną pracę. Oprócz powyższych cech pracownicy organizacji służby zdrowia (w większym stopniu lekarze czy pracownicy administracyjni niż pielęgniarki) w celu podnoszenia wiedzy zawodowej powinien umieć samomotywować się i w sposób ciągły kształcić kompetencje. Osoby zajmujące się tą profesją muszą być wytrwałe.

Respondenci najwyżej ocenili następujące cechy: odporność na stres, odpowiedzialność, systematyczność, komunikatywność, dokładność, chęć ciągłego uczenia się czy też otwartość. Jeszcze kolejne pięć umiejętności uzyskało ocenę co najmniej dobrą. Najniższą ocenę uzyskała cecha wg mojej oceny najistotniejsza na stanowisku menedżerskim i są to tzw. zdolności przywódcze. Jednakże pozytywnie należy ocenić fakt, że około 20 proc. respondentów z grup lekarzy i pracowników administracyjnych ocenia wysoko lub bardzo wysoko kompetencje dotyczące umiejętności przywódczych.

Tabela 21. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach kierowniczych według pracowników organizacji służby zdrowia

Odpowiedź	Średnia ocena cechy		
	Lekarze	Pielęgniarki	Pracownicy administracyjni
Odporność na stres	4,65	4,32	4,18
Odpowiedzialność	4,53	4,39	4,34
Systematyczność	4,32	4,42	4,32
Komunikatywność	4,46	4,44	4,56
Dokładność	4,52	4,37	4,25
Chęć ciągłego uczenia się	4,45	3,86	4,26
Otwartość	4,13	4,22	4,32
Empatia	4,02	4,16	3,97
Wytrwałość	4,10	3,95	3,87
Kreatywność	4,10	3,86	4,02
Asertywność	4,00	3,90	3,98
Optymizm	3,94	3,94	3,87
Dyspozycyjność	3,75	3,92	3,76
Zdolności przywódcze	3,10	2,45	2,35
Średni wynik w grupie badawczej	**4,07**	**3,92**	**3,96**

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Stąd wniosek, że na dwanaście sugerowanych cech personelu medycznego w badaniu potwierdzono, że dziesięć spośród nich to umiejętności, które są ważne dla personelu medycznego, często nawet na bardzo wysokim poziomie.

Z danych zawartych w tabeli 21 wynika, że średnia ocena dla każdej z czternastu cech interpersonalnych jest na podobnym, dobrym poziomie u pielęgniarek i nieco wyższym u lekarzy, średnio 0,2 dla jednej umiejętności, pracownicy administracyjni 6 cech ocenia wyżej od lekarzy, lecz kolejne 6 cech w ich ocenie mają na niższym poziomie od lekarzy. Różnice między grupami

są minimalne ze wskazaniem w tych najważniejszych cechach na lekarzy. W ocenie badaczy przedstawiciele grupy lekarskiej mają większy potencjał menedżerski od pracowników administracyjnych.

Porównując oceny każdej z czternastu umiejętności dokonane przez badane osoby, można wyróżnić trzy zbiorowości tych cech ze względu na istotność dla pracowników szpitali. W pierwszej skupiono cechy wyżej ocenione przez pielęgniarki, są to systematyczność, odporność na stres, odpowiedzialność, komunikatywność oraz dokładność. Umiejętności te są związane oraz wynikają z wykonywanych obowiązków pracy na stanowisku pielęgniarki.

Do drugiej zbiorowości cech interpersonalnych zaliczono te umiejętności, które według lekarzy mają dobrze rozwinięte. Są to takie cechy tożsame z tymi co u pielęgniarek i dodatkowo chęć ciągłego uczenia się, czyli ciągłe doskonalenie kompetencji, wiedzy i umiejętności, co nieodzownie jest wpisane w zawód lekarza jakiejkolwiek specjalizacji. Część spośród wymienionych cech lekarzy i pielęgniarek stanowi zbiór umiejętności niezbędnych w kreowaniu relacji z pacjentami. Realizowane zadania wynikające z obowiązków personelu medycznego przyczyniają się do doskonalenia kompetencji przydatnych na stanowisku menedżera. Jest to tzw. wartość dodana z wykonywanego zawodu. W przypadku pracowników administracyjnych dobór cech różni się nieznacznie od dwóch pierwszych grup i oprócz cech wysoko ocenionych przez personel medyczny, czyli: odpowiedzialności, systematyczności, komunikatywności i dokładności. Wykazują, że wysoko rozwinięte mają dwie cechy: chęć ciągłego uczenia się (co jest potwierdzone zaangażowaniem pracowników administracyjnych w zakresie studiów podyplomowych) oraz otwartością (co również zostało wykazane w przeprowadzonych badaniach w zakresie relacji wewnątrz organizacji szpitalnej), jak i komunikatywność (co zostało również potwierdzone wynikami badań zamieszczonymi w podrozdziale 4.2.).

Szczególnie w ostatnich latach wzmacnia się znaczenia postawy współczucia inaczej empatii, charakteryzującej się empatycznymi reakcjami na cierpienie innych często wywołując poczucie troski o innych. Odczucia empatii często skłaniają do zachowań mających na celu niesienie pomocy innym osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej, czy też osobistej. Empatia wyraża także uczucia, które są w stanie hamować agresję i inne zachowania, które są szkodliwe dla innych ludzi[362].

Kreatywność jest to cecha mniej przydatna na stanowisku lekarskim, lecz bardzo ważna dla osób zajmujących stanowiska kierownicze. Chęć ciągłego uczenia się jest cechą ważną dla lekarzy w kontekście wykonywania wyuczonego zawodu oraz ciągłych zmian zachodzących w sferze pojęciowej i ewolucji medycyny.

---

[362] J. P. Tangney, J. Stuewig, D. J. Mashek, *Moral Emotions and Moral Behavior*, „Annual Review of Psychology", Nr 58/2007, s. 363.

Przedstawiciele wszystkich grup zawodowych nisko ocenili zdolności przywódcze. Stąd można sądzić, że personel medyczny uważa tę cechę za zbędną bądź w niewielkim stopniu przydatną w wypełnianiu obowiązków zawodowych na zajmowanym stanowisku pracy.

Tabela 22. Umiejętności menedżerskie przypisane personelowi medycznemu z uwzględnieniem grup wiekowych

Cecha	Poniżej 40 lat		41 - 49 lat		50 i więcej lat		Test	
	Mediana	Standardowe odchylenie	Mediana	Standardowe odchylenie	Mediana	Standardowe odchylenie	F	Poziom istotności
Asertywność	4,1	0,7	4,1	0,8	4,2	0,5	0,022	0,979
Komunikatywność	4,6	0,7	4,6	0,5	4,7	0,4	0,676	0,510
Empatia	4,3	0,9	4,4	0,9	4,5	0,5	0,431	0,651
Otwartość	4,3	0,9	4,4	0,7	4,5	0,6	0,948	0,390
Kreatywność	4,1	0,8	4,4	0,6	4,5	0,6	4,069	0,019
Systematyczność	4,4	0,8	4,6	0,7	4,7	0,5	1,737	0,180
Chęć ciągłego uczenia się	4,3	0,8	4,5	0,7	4,6	0,6	1,035	0,358
Odporność na stres	4,7	0,5	4,5	0,7	4,7	0,5	1,828	0,164
Dyspozycyjność	3,9	1,1	4,1	0,7	4,3	0,7	2,017	0,137
Wytrwałość	4,4	0,7	4,3	0,6	4,3	0,7	0,143	0,867
Optymizm	4,1	1,0	4,3	0,7	4,2	0,7	0,489	0,614
Odpowiedzialność	4,7	0,6	4,7	0,7	4,8	0,4	0,718	0,489
Dokładność	4,6	0,6	4,6	0,7	4,6	0,7	0,162	0,851
Zdolności przywódcze	3,0	1,1	3,2	1,0	3,2	1,0	0,835	0,436

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Dane dotyczące umiejętności interpersonalne personelu medycznego podzielone na grupy wiekowe pokazują, że starsze grupy badanych składają się z osób deklarujących zbliżone umiejętności. W przypadku takiej cechy jak komunikatywność różnica między najwyższą a najniższą oceną wynosi 0,4 przy medianie na poziomie 4,7. Część cech osiągnęła wynik na poziomie od 0,5 do 0,7.

Wykorzystując test t-Studenta, dokonano wyliczeń, które na podstawie informacji pomiarowych pokazują, że w przypadku jednej umiejętności – kreatywności wynik jest istotny statystycznie. W pozostałych przypadkach są w mniejszym bądź większym stopniu nieistotne statystycznie.

Natomiast mediana rośnie wraz z wiekiem respondenta, różnice wynoszą od 0,1 do 0,4, czyli 2 do 8 proc. na cechę interpersonalną.

Badacze podsumowując kompetencje menedżerskie pracowników służby zdrowia w zakresie umiejętności interpersonalnych stwierdza, że wszystkie przebadane grupy zawodowe mają potencjał, który w podobnym stopniu predysponuje pracowników do pełnienia funkcji menedżerskich na I szczeblu organizacyjnym w organizacjach służby zdrowia. W przypadku cech pożądanych na wyższych szczeblach zarządzania szpitalami istotne są takie cechy jak chociażby: zdolności przywódcze, dyspozycyjność, asertywność i optymizm, a w ich przypadku występuje deficyt

u pracowników, ze wskazaniem na pierwsze zachowanie. Jednakże w grupie lekarzy i pracowników administracyjnych aż 20 proc. wykazało się wysokim a nawet bardzo wysokimi kompetencjami w zakresie zdolności przywódczych. Uwzględniając wskazane cztery cechy jedynie lub aż 5 proc. osób stwierdziło, że ma je na co najmniej wysokim poziomie.

4.4. Ocena menedżerów w zakresie wiedzy pożądanej na stanowisku menedżerskim

Każdego pracownika można opisać za pośrednictwem posiadanych przez niego kompetencji, które są w dużej części powiązane bądź wynikające z wypełnianej roli, sprawowanej funkcji, zajmowanego stanowiska pracy. Analizując grupy pracownicze w szpitalu, ogólnie można wyróżnić zawody zaliczane do grupy technicznej, administracyjnej, medycznej oraz zarządczej. Wewnątrz tych grup występują również różnice w przypisanych kompetencjach zależnych od wypełnianych obowiązków czy też specjalizacji zawodowych, szczególnie w przypadku zawodów medycznych.

U osób zaliczanych do grupy zarządczej autorzy wyróżnili kompetencje[363], które można podzielić ze względu na szczebel zarządzania na najniższe (operacyjny), średnie i najwyższe[364]. W przypadku szpitali autor prowadził rozważania dwutorowo, zarówno na temat lekarzy, jak i pielęgniarek. Zgodnie z tym założeniem do pierwszej grupy zaliczył następujące stanowiska pracy: kierownicy komórek, np. pracowni, laboratoriów lub osoby wykonujące pracę w ramach samodzielnego stanowiska pracy. Do kierowników średniego szczebla zaliczono ordynatorów lub kierowników oddziałów oraz pielęgniarki oddziałowe. Szczebel top management stanowią osoby pełniące funkcję dyrektora, zastępcy dyrektora oraz pielęgniarki naczelnej.

Ze względu na charakter wykonywanej pracy związany z zajmowanym stanowiskiem autor przyjął, że badaniu zostali poddani kierownicy ze szczebla średniego i wyższego. Kompetencje tej grupy kierowniczej najlepiej będą odzwierciedlać potrzeby, jak i różnice pomiędzy szczeblami zarządzania profesjonalnego menedżera wyposażonego w wiedzę (pojęcie nietożsame z kwalifikacjami) oraz umiejętności.

Rozważania ukierunkowane zostały na poprawę rzeczywistych kompetencji u osób, których podstawowym zajęciem jest praca o charakterze medycznym. Chodzi o to, aby lekarzy i pielęgniarki wyposażyć w dodatkowe cechy przydatne na stanowiskach kierowniczych, które mogą potencjalnie zajmować, na przykład: kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, ordynatora, przełożonej pielęgniarek ,oddziałowej czy też naczelnej.

---

[363] M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 23.

[364] Zob. T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 165-172.

Autorzy, podobnie jak twórcy krajowych ram kwalifikacyjnych dla szkolnictwa wyższego, uznali, że najważniejszymi składowymi są: wiedza, umiejętności oraz kompetencje społeczne. Dwie ostatnie zostały skupione w jednej grupie określonej jako umiejętności interpersonalne. W sumie analizie poddano wiedzę menedżerską oraz umiejętności interpersonalne.

Do wyznaczenia wyniku posłużono się poniższym wzorem, w którym zliczano poszczególne odpowiedzi z uwzględnieniem ich poziomu, przemnażając liczbę respondentów w określonej grupie.

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^{5} i * L_{WSK_i}$$

gdzie:

S_{LWSK} – suma poziomu wiedzy,

L_{WSKi} – *liczba wskazań i-tej samooceny potrzeb wiedzy.*

Tabela 23. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez pracowników organizacji służby zdrowia

Charakter odpowiedzi	Numer grupy zakresu	Suma	Średnia
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	ZZ	97	4,85
Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych	ZI	96	4,80
Komunikacja ze współpracownikami	PZ	92	4,60
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziome i pionowe)	PZ	92	4,60
Wizerunek zewnętrzny szpitala	MiJ	92	4,60
Znajomość zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiąganiu sukcesu)	ZZ	92	4,60
Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi	PZ	91	4,55
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	ZZ	91	4,55
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	ZZ	90	4,50
Motywowanie pracowników	ZK	90	4,50
Zarządzanie pracownikiem	PZ	88	4,40
Komunikacja z pacjentami	PZ	88	4,40
Znajomość procedur obiegu dokumentów	ZI	87	4,35
Awanse i zwolnienia	ZK	86	4,30
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	PZ	85	4.25
Umiejętność negocjacji	PZ	85	4,25
Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę	MiJ	84	4,20
Kontrola przychodów i kosztów	ZF	83	4,15
Ocena pracowników	ZK	82	4,10
Nadzór nad mieniem powierzonym (np. Sprzęt medyczny)	NnM	82	4,10
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)	NnM	81	4,05
System wynagradzania	ZF	80	4,00
Rozliczenia z NFZ	ZF	79	3,95
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	ZI	78	3,90
Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne	MiJ	78	3,90
Budżetowanie	ZF	78	3,90
Rekrutacja	ZK	75	3,75
Jakość leczenia	MiJ	73	3,65
Kreowanie szkoleń	ZK	71	3,55

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

W tabeli 23 zaprezentowano dane zbiorcze ukazujące preferencje dyrektorów względem doskonalenia wiedzy menedżerskiej. Należy przy tym zauważyć, że 23 na 29 działów wiedzy ocenione zostały przez menedżerów bardzo wysoko. Świadczy to o dużej świadomości potrzeb u przebadanych osób, jak również wymogów wynikających z zajmowanego stanowiska kierowniczego. W pozostałych sześciu przypadkach dyrektorzy wycenili potrzeby na ponadprzeciętnym poziomie. Ogólnie autorzy stwierdzili, że dyrektorzy wskazali na przydatność wszystkich wymienionych działów wiedzy w zarządzaniu organizacją. Największym priorytetem oraz zainteresowaniem cieszą się zagadnienia z grupy zarządzania zmianą, psychologii zarządzania oraz zarządzania informacją. W pozostałych przypadkach należy skupić się na wybranych obszarach wiedzy.

Tabela 24. Współczynnik potrzeb oraz rzeczywistego stanu wiedzy menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Liczba działów w grupie wiedzy	Potrzeby wiedzy menedżerów opieki zdrowia			Samoocena wiedzy menedżerów opieki zdrowia			Różnica w ocenie (samoocena – potrzeby)
		Suma	Średnia ocena sumaryczna cechy	Średnia ocena na osobę	Suma	Średnia ocena sumaryczna cechy	Średnia ocena na osobę	
Zarządzanie zmianą	4	370	92,5	4,63	306	76,5	3,83	- 0,80
Psychologia zarządzania	7	621	88,7	4,44	570	81,4	4,07	- 0,37
Zarządzanie informacją	3	261	87,0	4,35	215	71,7	3,58	- 0,77
Marketing i jakość	4	327	81,8	4,09	337	84,3	4,21	+ 0,12
Nadzór nad infrastrukturą	2	163	81,5	4,08	158	79,0	3,95	- 0,13
Zarządzanie kadrami	5	404	80,8	4,04	400	80,0	4,00	- 0,04
Zarządzanie finansami	4	320	80,0	4,00	342	85,5	4,28	+ 0,28

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Zestawiając dane w tabeli 24, pokazujące zarówno samoocenę, jak i potrzeby doskonalenia wiedzy z zakresu zarządzania menedżerów opieki zdrowia, autorzy zaproponowali podział zakresów wiedzy na trzy grupy. Do pierwszej zalicza zagadnienie o dużej różnicy między potrzebami a rzeczywistymi kompetencjami wiedzy. Znajduje się tu zarządzanie zmianą, zarządzanie informacją oraz psychologia zarządzania. Szczególnie w dwóch pierwszych przypadkach tak duża dysproporcja nie wynika z niskiej samooceny badanych dyrektorów, lecz z ich dużych oczekiwań w zakresie tych działów wiedzy menedżerskiej. Drugą grupę stanowią następujące zakresy wiedzy: nadzór nad infrastrukturą oraz zarządzanie kadrami. W obu przypadkach różnice między stanem rzeczywistym a pożądanym są nieduże. Można uznać, że są to zagadnienia przydatne na stanowiskach

kierowniczych w szpitalach. Ostatnią grupę działów wiedzy stanowią te, w których przypadku poziom rzeczywistej wiedzy jest wyższy od oczekiwań menedżerów opieki zdrowia. Zaliczamy do nich marketing i jakość oraz zarządzanie finansami. Autorzy stwierdzili, że te zagadnienia wiedzy, z niewielkimi wyjątkami, nie są priorytetem. Wprowadzanie innowacji kompetencji na stanowiskach kierowniczych nie należy rozpoczynać od udoskonalania wiedzy z drugiej i trzeciej grupy. Priorytetem należy objąć wiedzę z działów zaliczonych do pierwszej grupy zagadnień.

Tabela 25. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy pracowników organizacji służby zdrowia w ocenie menedżerów opieki zdrowia

Charakter odpowiedzi	Liczba działów w grupie wiedzy	Potrzeby wiedzy menedżerów opieki zdrowia			Potrzeby wiedzy personelu medycznego			Różnica w ocenie potrzeb (menedżerowie – personel medyczny
		Suma	Średnia ocena sumaryczna cechy	Średnia ocena na osobę	Suma	Średnia ocena sumaryczna cechy	Średnia ocena na osobę	
Psychologia zarządzania	7	621	88,7	4,44	4614	659,1	4,07	+ 0,34
Marketing i jakość	4	327	81,8	4,09	2517	629,3	3,88	+ 0,21
Zarządzanie zmianą	4	370	92,5	4,63	2496	624	3,85	+ 0,78
Zarządzanie informacją	3	261	87,0	4,35	1780	593,3	3,66	+ 0,69
Zarządzanie kadrami	5	404	80,8	4,00	2912	582,4	3,60	+ 0,40
Zarządzanie finansami	4	320	80,0	4,00	2278	569,5	3,52	+ 0,48
Nadzór nad infrastrukturą	2	163	81,5	4,08	1116	558	3,44	+ 0,64

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

W powyższej, tabeli 25 zestawiono dane ukazujące potrzeby doskonalenia wiedzy menedżerskiej menedżerów opieki zdrowia oraz personelu medycznego. Na podstawie zebranych danych autorzy wywnioskowali, że występują istotne różnice w wymogach stawianych pracownikom zajmującym stanowisko kierownicze i medyczne.

Jest to związane z różnymi obowiązkami wynikającymi ze specyfiki tak różnych stanowisk. Osoby pełniące funkcję kierowniczą muszą być wyposażeni w kompetencje menedżerskie, z kolei ci zatrudnieni, których zalicza się do grupy zawodów medycznych muszą posiadać kompetencje zawodowe, uzupełnione o kompetencje relacyjne oraz wiedzę z zakresu procesów leczenia. W przypadku pozostałych działów wiedzy różnice w potrzebach obu grup są znaczne, szczególnie dotyczy to zagadnień z grupy zarządzania zmianą, zarządzania informacją oraz nadzoru nad infrastrukturą. W dalszej części autorzy przedstawili szczegółowe wyniki badań dotyczące wiedzy z zakresu zarządzania.

Tabela 26. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi [%]
System wynagradzania	80	4,00	25,0
Budżetowanie	78	3,90	24,4
Rozliczanie z NFZ	79	3,95	24,7
Kontrola przychodów i kosztów	83	4,15	25,9
Średni wynik na dział wiedzy		4,00	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Pierwszym działem wiedzy, jaki został poddany analizie, jest zarządzanie finansami. Zaliczono tu cztery zagadnienia wiedzy menedżerskiej. Żadna z cech nie osiągnęła bardzo wysokiego priorytetu u przebadanych dyrektorów. W przypadku dwóch cech oceniono potrzebę na poziomie wysokim - chodzi o kontrolę przychodów oraz system wynagradzania. Potrzeby w zakresie pozostałych dwóch zagadnień menedżerowie wycenili na poziomie ponadprzeciętnym. Zarządzanie finansami na tle pozostałych działów stanowi jednak wiedzę nie tak istotną w pełnieniu funkcji kierowniczej. Autorzy wskazali na optymalne rozwiązanie w procesie doskonalenia kompetencji, należy uwzględnić teorię z zakresu kontroli przychodów i kosztów.

Tabela 27. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	System wynagradzania [%]	Budżetowanie [%]	Rozliczanie z NFZ[%]	Kontrola przychodów i kosztów [%]
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	5,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	20,0	25,0	15,0	15,0
W znacznym stopniu	45,0	60,0	75,0	55,0
W pełni	30,0	15,0	10,0	30,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Tabela 28. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi [%]
Jakości leczenia	73	3,65	22,3
Wizerunek zewnętrzny szpitali	92	4,60	28,1
Proces świadczenia usług	84	4,20	25,7
Zarządzanie czasem związany z oczekiwaniem ...	78	3,90	23,9
Średni wynik na dział wiedzy		4,09	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Tabela 28 zawiera informacje obrazujące procentowy udział odpowiedzi respondentów. Na ich podstawie autorzy stwierdzili, że podobny odsetek osób chce uzupełnić wiedzę ze wszystkich zagadnień, różnice dotyczą jakościowej struktury odpowiedzi.

W przypadku personelu medycznego ten dział wiedzy był uznawany za jeden z istotniejszych. W przypadku menedżerów czy pracowników administracyjnych sytuacja wygląda inaczej ze względu na brak bezpośredniego zaangażowania w proces obsługi i leczenia pacjentów.

Zestawiając średnią ocen całej grupy wiedzy z zakresu marketingu i jakości z innymi zagadnieniami, autorzy zauważyli, że poziom potrzeb jest niższy. Porównując potrzeby menedżerów z personelem medycznym (tabela 29), wyższy stan wiedzy przydatny jest u osób na stanowiskach kierowniczych. Stąd wniosek, że przyszli dyrektorzy będący jednocześnie lekarzami bądź pielęgniarkami powinni uzupełnić wiedzę z tego zakresu, w szczególności zwrócić uwagę na budowę wizerunku zewnętrznego podmiotów leczniczych i procesu świadczenia usług ze strony wdrażanych procedur jakościowych.

Tabela 29. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Jakość leczenia [%]	Wizerunek zewnętrzny szpitali [%]	Proces świadczenia usług [%]	Zarządzanie czasem związanym z oczekiwaniem ... [%]
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	10,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	30,0	5,0	15,0	20,0
W znacznym stopniu	45,0	30,0	50,0	70,0
W pełni	15,0	65,0	35,0	10,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Udział procentowy w poszczególnych zagadnieniach pozwala sformułować tezę, że dla prawie wszystkich przebadanych osób bardzo ważna jest wiedza dotycząca wizerunku zewnętrznego szpitali. Z kolei najmniej osób pozytywnie odnosi się do potrzeby posiadania wiedzy związanej z jakością leczenia.

Tabela 30. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi [%]
Nadzór nad mieniem powierzonym	82	4,10	50,3
Planowanie inwestycji infrastrukturalnych	81	4,05	49,7
Średni wynik na dział wiedzy		4,08	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Według dyrektorów działania te są, po pierwsze, opisane w ramach procedur jakościowych, a po drugie, powinny zainteresować personel medyczny.

Tabela 31. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Nadzór nad mieniem powierzonym [%]	Planowanie inwestycji infrastrukturalnych [%]
Wcale	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	5,0	0,0
Częściowo	35,0	20,0
W znacznym stopniu	5,0	55,0
W pełni	55,0	25,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Ustalając priorytety potrzeb w ramach obszaru nadzoru nad mieniem, autorzy stwierdzili, że dyrektorzy większe znaczenie przypisują organizowaniu niż planowaniu działań związanych z mieniem ruchomym. Może to wynikać z problemów finansowych szpitali, w których osoby zarządzające nie myślą o ewentualnych nowych zakupach, lecz o utrzymaniu obecnego stanu posiadania.

Zarówno nadzór nad mieniem powierzonym, jak również planowanie inwestycji infrastrukturalnych są to zagadnienia, na których temat badani pracownicy nie mają jednolitego zdania. Owszem, w przypadku nadzoru dyrektorzy ocenili potrzebę wiedzy bardzo wysoko, jednakże wynik wypacza druga ocena na poziomie częściowej wiedzy. Wskazuje to, że nie jest to najważniejsze zagadnienie w pełnieniu funkcji kierowniczej. Z kolei w przypadku wiedzy z zakresu planowania inwestycji dyrektorzy ocenili potrzeby od częściowej do pełnej. Może się to wiązać z kilkoma czynnikami: wielkością jednostki organizacyjnej, podziałem kompetencyjnym czy stanem finansów szpitala.

Tabela 32. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi [%]
Rekrutacja	75	3,75	18,8
Motywowanie pracowników	90	4,50	22,5
Ocena pracowników	82	4,10	20,5
Kreowanie szkoleń	71	3,55	17,7
Awanse i zwolnienia	82	4,10	20,5
Średni wynik na dział wiedzy		4,00	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Zarządzanie kadrami stanowi dział wiedzy, który osobom pełniącym funkcje kierownicze powinien wydawać się ważny, ale tak nie jest. Tylko jedno zagadnienie spośród pięciu menedżerowie uznali za ważne. Jest nim motywowanie pracowników. Dyrektorzy uznali, że ta wiedza jest bardzo istotna w prawidłowym odgrywaniu roli kierowniczej. Niska ocena potrzeb względem rekrutacji czy też kreowania szkoleń może wynikać ze specyfiki szpitali. W większości badani dyrektorzy nie mają przygotowania *stricte* medycznego, lecz są z wykształcenia menedżerami. Wskutek tego nie zajmują się rekrutacją personelu medycznego (jeżeli w ogóle się ona odbywa, wciąż popyt na pracowników tego typu jest wyższy od podaży na rynku pracy) czy też opracowywaniem ścieżek karier zawodowych bądź doskonaleniem kompetencji specjalistycznych. Ocena pracownicza oraz awanse i zwolnienia stanowią natomiast te grupy potrzeb, które dla dyrektorów są pożądane, lecz nie priorytetowe. Ta ocena niewiele się różni od samooceny dyrektorów. Stąd wniosek, że tych dwóch zagadnień wiedzy z zakresu zarządzania kadrami nie trzeba doskonalić.

Tabela 33. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Rekrutacja [%]	Motywowanie pracowników [%]	Ocena pracowników [%]	Kreowanie szkoleń [%]	Awanse i zwolnienia [%]
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	5,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	45,0	0,0	20,0	45,0	25,0
W znacznym stopniu	20,0	50,0	50,0	55,0	20,0
W pełni	30,0	50,0	30,0	0,0	55,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Wcześniejsze wnioski są w pełni potwierdzone przez dane zamieszczone w tabeli 33, które pokazują odpowiedzi respondentów w układzie procentowym. Wysokie, a nawet bardzo wysokie potrzeby dyrektorów dotyczą zagadnienia motywowania pracowników.

Tabela 34. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi [%]
Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych	78	3,90	29,9
Znajomość procedur obiegu dokumentów	87	4,35	33,3
Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych	96	4,80	36,8
Średni wynik na dział wiedzy		4,35	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Jest to jeden z trzech najbardziej priorytetowych działów wiedzy menedżerskiej, wynikający z zebranych danych badawczych wśród kadry kierowniczej.

Tabela 35. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych [%]	Znajomość procedur obiegu dokumentów [%]	Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych [%]
Wcale	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0	0,0
Częściowo	35,0	20,0	5,0
W znacznym stopniu	40,0	25,0	10,0
W pełni	25,0	55,0	85,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Poziom potrzeb w tym zakresie jest bardzo wysoki. Informacje zamieszczone w tabeli pokazują, że zarządzanie informacją jest bardzo ważną wiedzą w zarządzaniu szpitalami. Jest to istotne stwierdzenie, ponieważ zarówno personel medyczny, jak i w mniejszym stopniu dyrektorzy zauważyli u siebie duże niedostatki wiedzy, które należy uzupełnić.

Autorzy uznali, że dwa działy wiedzy z zakresu zarządzania informacją należy zakwalifikować jako rodzaj wiedzy, która jest bardzo przydatna i potrzebna w wypełnianiu funkcji kierowniczej.

Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych autorzy zaliczyli do grupy „drugiej kategorii" pod względem przydatności na stanowisku kierowniczym.

Tabela 36. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi [%]
Zarządzanie pracownikiem	88	4,40	14,0
Komunikacja pozioma	92	4,60	14,6
Komunikacja pionowa	91	4,55	14,5
Umiejętność rozwiązywania konfliktów	85	4,25	13,5
Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu	92	4,60	14,6
Komunikacja z pacjentami	88	4,40	14,0
Umiejętność negocjacji	93	4,65	14,8
Średni wynik na dział wiedzy		4,49	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Psychologia zarządzania jest działem wiedzy, który wyróżnia się wysoką oceną oraz zapotrzebowaniem spośród wszystkich dziedzin wiedzy menedżerskiej zarówno wśród personelu medycznego, jak i menedżerów opieki zdrowia. Wyjątkowość opisywanej wiedzy wynika z faktu, że tworzące ją składowe są wiedzą uniwersalną przydatną na wszystkich stanowiskach bez względu na ich umiejscowienie w strukturze organizacyjnej. Wiedza ta pozwala budować wewnętrzne relacje międzyludzkie w układzie pionowym i poziomym oraz relacje pracowników z pacjentami szpitali.

Co ciekawe, najniżej spośród wszystkich zagadnień zaliczonych do psychologii zarządzania dyrektorzy sklasyfikowali wiedzę obejmującą rozwiązywanie konfliktów w miejscu pracy. Sądzę, że nie wynika to z niewystępowania takiego zjawiska (szerzej zagadnienie to omówiono w książce M. Kęsy *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*365, lecz z rzadszego występowania konfliktów międzyludzkich na wyższym szczeblu organizacyjnym.

Potrzeby doskonalenia wiedzy w sześciu na siedem zagadnień psychologii zarządzania dyrektorzy ocenili na bardzo wysokim poziomie. Najwyżej oceniono wiedzę dotyczącą umiejętności negocjacyjnych, komunikację poziomą, kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu i komunikację pionową.

W tabelach 37 i 38 zaprezentowano odpowiedzi respondentów w ujęciu procentowym. Dotyczą potrzeb wiedzy z zakresu psychologii zarządzania. W kolejnej tabeli zawarto składowe wiedzy, na które menedżerowie zgłaszają mniejsze zapotrzebowanie. Szczególnie dotyczy to umiejętności rozwiązywania konfliktów oraz zarządzania pracownikiem.

[365] M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

Tabela 37. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 1

Odpowiedź	Komunikacja pozioma [%]	Komunikacja pionowa [%]	Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu [%]	Umiejętność negocjacji [%]
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	0,0	5,0	0,0	5,0
W znacznym stopniu	40,0	35,0	40,0	25,0
W pełni	60,0	60,0	60,0	70,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Należy przytoczyć stwierdzenie, że przedsiębiorstwo stanowi system w dużej mierze sprzecznych interesów, co wymaga negocjowania i zapobiegania konfliktom między jego interesariuszami wewnętrznymi. W dążeniu do osiągnięcia wytyczonych celów konieczne staje się poszukiwanie kompromisu i konsensu[366]. Większość z przebadanej kadry zarządzającej ma takie same zdanie jak przedstawione powyżej, dostrzega potrzebę uzupełnienia wiedzy oraz umiejętności z zakresu rozwiązywania konfliktów w organizacji.

Tabela 38. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 2

Odpowiedź	Komunikacja z pacjentami [%]	Umiejętność rozwiązywania konfliktów [%]	Zarządzanie pracownikiem [%]
Wcale	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0	0,0
Częściowo	10,0	5,0	0,0
W znacznym stopniu	40,0	65,0	60,0
W pełni	50,0	30,0	40,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Zarządzanie zmianą jest działem wiedzy, który personel medyczny oraz dyrektorzy mają rozwinięty na poziomie ponadprzeciętnym. Natomiast wymagania wynikające ze stanowiska kierowniczego powodują, że potrzeby określone przez dyrektorów są bardzo wysokie. Świadczy to o dużej dysproporcji między rzeczywistą a pożądaną wiedzą u badanych osób. Tak wysoki poziom zapotrzebowania na wiedzę o zarządzaniu zmianą pokazuje, że kierowanie organizacjami wymaga ciągłej obserwacji, odczytywania oraz kontrolowania zmian zachodzących w bliższym oraz dalszym otoczeniu szpitali.

[366] M. Gableta, *Istota i znaczenie potencjału pracy w przedsiębiorstwie* [w:] *Potencjał pracy przedsiębiorstwa*, red. M. Gableta, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006, s. 14.

Tabela 39. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Liczbowa struktura odpowiedzi	Średnia ocena	Struktura odpowiedzi [%]
Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia	97	4,85	26,2
Znajomość zasad mentoringu i coachingu...	92	4,60	24,9
Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji	91	4,55	24,6
Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach	90	4,50	24,3
Średni wynik na dział wiedzy		4,63	100,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Zaprezentowane w tabeli 39 dane liczbowe z badań pozwalają autorom stwierdzić, że dla wszystkich dyrektorów najwyższy poziom zainteresowania związany jest ze znajomością zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia. W przypadku umiejętności wprowadzania zmian w organizacji przebadani menedżerowie również wskazali na potrzebę uzupełnienia wiedzy do wysokiego, a wręcz bardzo wysokiego poziomu. Z tą różnicą, że odpowiedzi są bardziej jednolite. Respondenci wybrali odpowiedź „w znacznym stopniu" bądź „w pełni".

Tabela 40. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia

Odpowiedź	Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia [%]	Znajomość zasad mentoringu i coachingu... [%]	Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji [%]	Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach [%]
Wcale	0,0	0,0	0,0	0,0
W niewielkim stopniu	0,0	0,0	0,0	0,0
Częściowo	0,0	5,0	0,0	15,0
W znacznym stopniu	15,0	30,0	45,0	20,0
W pełni	85,0	65,0	55,0	65,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

W dalszej części autorzy przedstawili wyniki związane z oczekiwaniami dyrektorów w zakresie zachowań interpersonalnych pożądanych na stanowisku menedżerskim, które m.in. dotyczyły ciągłego uczenie się, uzupełniania wiedzy oraz innych umiejętności. Respondentom zaproponowano kilka możliwości, które zostały podzielone na tradycyjne oraz innowacyjne, ukierunkowane na trening interpersonalny oraz bezpośrednią wymianę wiedzy. Dokonując pomiaru preferencji, autorzy jednocześnie sprawdzili świadomość i dostrzeganie potrzeb przez kadrę zarządzającą.

4.4. Umiejętności interpersonalne kadry zarządzającej

Każdy pracownik powinien posiadać kompetencje wymagane na zajmowanym przez niego stanowisku pracy. Określa się je kompetencjami specyficznymi dla funkcji. Jednakże ze względu na

określone przepisami możliwości awansu zawodowego należy szerzej, w sposób bardziej rozbudowany postrzegać kompetencje, jakie powinny być wymagane od niektórych grup pracowników.

W tej części publikacji autorzy podjęli się przeanalizowania danych empirycznych dotyczących umiejętności przebadanych kierowników średniego i wyższego szczebla. Na tej podstawie opisał umiejętności od najbardziej do najmniej przydatnych na stanowiskach kierowniczych w szpitalach.

Tabele 41 - 45 zawierają zsumowane dane mające na celu opisanie istotności umiejętności interpersonalnych. W tym celu autorzy przyjęli zasadę stopniowania cech w skali od 1 (najwyższa) do 5 (najniższa ocena). Stworzony został wzór, który wygląda następująco:

gdzie:

S_{LWSK} – suma cechy interpersonalnej,

L_{WSKi} – liczba wskazań i-tej samooceny cechy interpersonalnej.

Dodatkowo we wspomnianych tabelach zamieszczono średnie dla każdej z umiejętności interpersonalnych oraz różnice średnich ocen między menedżerami opieki zdrowia a personelem medycznym z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe.

Tabela 40 zawiera dane przedstawiające cechy interpersonalna pożądane na stanowisku menedżerski oczami menedżerów oraz lekarzy. Chodziło o sprawdzenie, jak osoby pełniące role menedżerskie postrzegają wymogi na stanowisku menedżerskim w zakresie zachowań, jak również, jak przez innych pracowników organizacji służby zdrowia postrzegana jest rola menedżera, obserwując dyrektorów, kierowników oddziałów, komórek organizacyjnych na co dzień w pracy.

Tabela 41. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną lekarzy (badania w 2011 roku)

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia	Lekarze	Różnica (lekarze - menedżerowie)
	Średnia ocena cechy	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	5,00	4,54	- 0,46
Odpowiedzialność	5,00	4,64	- 0,36
Kreatywność	4,75	4,65	- 0,10
Wytrwałość	4,55	4,40	- 0,15
Odporność na stres	4,45	4,69	+ 0,24
Zdolności przywódcze	4,45	4,70	+ 0,25
Optymizm	4,50	4,28	- 0,12
Otwartość	4,20	4,25	+ 0,05
Dyspozycyjność	4,40	4,42	+ 0,02
Systematyczność	4,25	4,34	+ 0,09
Chęć ciągłego uczenia się	4,30	4,41	+ 0,11
Dokładność	4,05	4,20	+ 0,15
Empatia	3,95	4,21	+ 0,26
Asertywność	3,85	4,37	+ 0,52

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Autorzy po analizie danych dotyczących 14 umiejętności podzielili je na trzy grupy.

Pierwszą stanowią cechy bardzo ważne dla dyrektorów. Są to: komunikatywność, odpowiedzialność, kreatywność, wytrwałość, optymizm, odporność na stres i zdolności przywódcze. Wymienione zachowania w oczach lekarzy również postrzegane są jako istotne i ważne dla osób pełniących funkcje menedżerów w organizacji służby zdrowia.

Do kolejnej grupy zaliczamy cechy wyceniane przez obie grupy na podobnym poziomie. Należą tu następujące umiejętności: otwartość, dyspozycyjność, systematyczność oraz chęć ciągłego uczenia się. Powyższe umiejętności stanowią grupę cech, którą określa podobny poziom oceny przez dyrektorów oraz lekarzy. Wskutek tego ewentualna korekta tych cech może się odbywać w dalszej perspektywie czasowej.

Trzecią grupę stanowią umiejętności interpersonalne, które personel medyczny ocenia przez pryzmat swoich potrzeb i ocena ta jest zawyżona względem potrzeb cech na stanowisku menedżerskim. Należą do tej grupy następujące zachowania: dokładność, empatia oraz asertywność.

Jak wspomniałem wyższy poziom oceny potrzeb w zakresie umiejętności interpersonalnym na stanowisku menedżera jest wynikiem specyfiki wyuczonego oraz wykonywanego zawodu przez lekarzy. Praca lekarzy polega na leczeniu, niesieniu pomocy pacjentom, muszą być w tzw. bezpośrednim kontakcie z pacjentem, a w modelu socjomedycznym czy socjoekologicznym, również w kontakcie z rodziną. Przez co wykształcili i uznają za ważne również dla innych zawodów te 3 cechy. Chęć ciągłego uczenia się jest cechą wyróżniającą lekarzy, którzy muszą uzupełniać wiedzę ze względu na dynamizm zmian w metodach leczenia, rozwój urządzeń leczniczych oraz zmiany na rynku leków.

Tabela 42. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną lekarzy (badania w 2019 roku)

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia	Lekarze	Różnica (lekarze - menedżerowie)
	Średnia ocena cechy	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	5,00	4,70	- 0,30
Odpowiedzialność	5,00	4,87	- 0,13
Kreatywność	4,80	4,68	- 0,12
Wytrwałość	4,55	4,48	- 0,07
Odporność na stres	4,55	4,75	+ 0,20
Zdolności przywódcze	4,75	4,84	+ 0,09
Optymizm	4,30	4,27	- 0,03
Otwartość	4,20	4,17	- 0,03
Dyspozycyjność	4,10	4,62	+ 0,52
Systematyczność	4,35	4,62	+ 0,27
Chęć ciągłego uczenia się	4,40	4,49	+ 0,09
Dokładność	4,05	4,43	+ 0,38
Empatia	3,80	4,14	+ 0,34
Asertywność	4,15	4,62	+ 0,47

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Po ośmiu latach badacze przeprowadzili badanie powtórne na wybranej grupie badawczej, celem

sprawdzenia, czy zmieniło się postrzeganie menedżerów przez lekarzy. Dane zostały zamieszczone w tabeli 42.

Każdy z badanych, oceniając potrzeby na stanowisku menedżera opieki zdrowia, opiera swoje osądy na własnych doświadczeniach, spostrzeżeniach wynikających z wykonywanej pracy, zasłyszanych informacjach. Lekarze, wyceniając ważność cech, budowali oceny na podstawie potrzeb na zajmowanych stanowiskach pracy. Stąd różnice w wynikach przedstawionych w ostatniej kolumnie w powyższej tabeli.

Zarówno menedżerowie, jak i lekarze bardzo wysoko oceniają zapotrzebowanie na następujące umiejętności: komunikatywność, odpowiedzialność, kreatywność, odporność na stres czy też zdolności przywódcze. Przebadani dyrektorzy wskazali na trzy pierwsze wymienione cechy jako te, które osoby zarządzające organizacjami bądź komórkami organizacyjnymi muszą posiadać w stopniu co najmniej bardzo wysokim (pow. 4,75). W przypadku trzech umiejętności wyniki były podobne w grupie menedżerskiej oraz lekarskiej, co może świadczyć o niewysokiej świadomości związanej z rolą, kompetencjami czy też obowiązkami wynikającymi z pełnienia funkcji kierowniczej.

Na podstawie zebranych danych można powiedzieć, że lekarze chcący piastować funkcje kierownicze powinni wzmocnić umiejętności związane z komunikatywnością oraz kreatywnością w stopniu doskonałym. Uzupełnieniem tych cech są optymizm oraz otwartość, jako cechy wspomagające i uzupełniające najważniejsze umiejętności interpersonalne.

G. Dessler swierdził, że zawsze dużo osób spośród menedżerów wykorzystuje proces komunikacji jako medium do uzyskania informacji z jednego miejsca lub osoby i przekazania jej do innego miejsca lub osoby[367].

Lekarze znacznie przeszacowali pięć cech związanych z potrzebami na stanowiskach kierowniczych. Dotyczy to dyspozycyjności, systematyczności, chęci ciągłego uczenia się, dokładności oraz asertywności. Są to umiejętności ściśle powiązane z obowiązkami oraz specyfiką zawodu lekarza. Bycie lekarzem wiąże się z systematycznym oraz ciągłym uczeniem się nowinek w medycynie. W pracy lekarze muszą być dyspozycyjni („służba innym") oraz dokładni („w wystawianiu diagnozy" bądź „w trakcie zabiegu lub operacji" będących procesami typu inwazyjnego). Natomiast w relacjach z pacjentem powinni zachować się w sposób otwarty, aczkolwiek asertywny, szczególnie w trudnych chwilach związanych z przekazaniem złej wiadomości.

Zestawiając średnią arytmetyczną oceny lekarzy wymagań zachowań na stanowiskach menedżerskich w 2011 i 2019 roku autorzy zwrócili uwagę, że pierwsze sześć cech niezmiennie jest wysoko ocenianych przez lekarzy z tendencją wzrostową. Może to być wynikiem rosnącej

[367] G. Dessler, *Managing Organization in an era of change*, The Dryden Press, Orlando, 1995, s. 450.

świadomości lekarzy, którzy w większym stopniu zajmują stanowiska menedżerskie w szpitalach. Co ciekawe takie cechy interpersonalne, przydatne w kontaktach interpersonalnych, jak empatia otwartość czy asertywność w oczach lekarzy nie są już tak istotne dla osób pełniących role menedżerskie.

W odniesieniu do tych cech obowiązki oraz rola wynikająca z zajmowania stanowiska menedżerskiego nie wymagają, według menedżerów, aby cechy te były na bardzo wysokim poziomie. Wystarczy, aby osiągnęły wysoki, a nawet ponadprzeciętny pułap, tak jak chociażby w przypadku asertywności.

W przypadku pielęgniarek sytuacja jest inna niż w przypadku lekarzy, którzy przeszacowali potrzeby umiejętności na stanowisku kierowniczym. Dane zawarte w tabeli 43 pokazują „obraz typowego menedżera" widziany oczyma pielęgniarek, które niedoszacowały pożądane cechy na ocenianym stanowisku pracy. Spośród 14 umiejętności cztery są znacznie przeszacowane, pięć podobnie ocenionych (w tym trzy cechy zostały prawie identycznie wycenione przez menedżerów oraz pielęgniarki – dyspozycyjność, kreatywność oraz dokładność). Natomiast w przypadku pięciu umiejętności ocena pielęgniarek została zaniżona, szczególnie dotyczy to optymizmu oraz komunikatywności.

Tabela 43. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną pielęgniarek (badania w 2011 roku)

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia	Pielęgniarki	Różnica (pielęgniarki - menedżerowie)
	Średnia ocena cechy	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	5,00	4,62	- 0,38
Odpowiedzialność	5,00	4,85	- 0,15
Kreatywność	4,75	4,74	- 0,01
Wytrwałość	4,55	4,50	- 0,05
Odporność na stres	4,45	4,65	+ 0,20
Zdolności przywódcze	4,45	4,75	+ 0,30
Optymizm	4,50	4,29	- 0,31
Otwartość	4,20	4,29	+ 0,09
Dyspozycyjność	4,40	4,39	- 0,01
Systematyczność	4,25	4,36	+ 0,11
Chęć ciągłego uczenia się	4,30	4,56	+ 0,26
Dokładność	4,05	4,05	+/- 0,00
Empatia	3,95	4,45	+ 0,50
Asertywność	3,85	4,21	+ 0,36

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Pielęgniarki podobnie jak lekarze przenoszą na ocenę, własne, subiektywne doświadczenia, które są wynikiem bieżących obowiązków na zajmowanym stanowisku pracy.

Kolejne badanie, zrealizowane w 2019 roku pokazuje, że pielęgniarki zmieniają postrzeganie roli menedżera w szpitalu. Można wywnioskować, że w ich mniemaniu rośnie znaczenie menedżera w funkcjonowaniu organizacji szpitalnej. W przypadku 8 na 14 zachowań, pielęgniarki wyżej

oceniają cechy pożądane na stanowisku menedżerskim w roku 2019 w porównaniu do wyników z 2011 roku. Rozłożenie grup jest podobne co w przypadku lekarzy.

Tabela 44. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną lekarzy (badania w 2019 roku)

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia	Lekarze	Różnica (lekarze - menedżerowie)
	Średnia ocena cechy	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	5,00	4,85	- 0,15
Odpowiedzialność	5,00	4,80	- 0,20
Kreatywność	4,80	4,85	+ 0,05
Wytrwałość	4,55	4,42	- 0,13
Odporność na stres	4,55	4,75	+ 0,20
Zdolności przywódcze	4,75	5,00	+ 0,25
Optymizm	4,30	4,34	+ 0,04
Otwartość	4,20	4,12	- 0,08
Dyspozycyjność	4,10	4,29	+ 0,19
Systematyczność	4,35	4,45	+ 0,10
Chęć ciągłego uczenia się	4,40	4,65	+ 0,25
Dokładność	4,05	4,00	- 0,05
Empatia	3,80	4,47	+ 0,67
Asertywność	4,15	4,35	+ 0,20

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Autorzy analizując dane doszli do wniosku, że szczególnie pielęgniarki przesadnie przeceniają zachowania, w które ma być wyposażony menedżer. Może to wynikać z niskiej świadomości co do zadań i obowiązków na tym stanowisku, jak również postrzegania menedżera jako swojego szefa a w takim przypadku zazwyczaj przypisujemy więcej pozytywnych cech niż jest w rzeczywistości.

Tabela 45. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną pracowników administracyjnych (badania w 2011 roku)

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia	Pracownicy administracyjni	Różnica (pracownicy administracyjni - menedżerowie)
	Średnia ocena cechy	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	5,00	4,95	- 0,05
Odpowiedzialność	5,00	4,90	- 0,10
Kreatywność	4,75	4,65	- 0,10
Wytrwałość	4,55	4,50	- 0,05
Odporność na stres	4,45	4,80	+ 0,35
Zdolności przywódcze	4,45	4,85	+ 0,40
Optymizm	4,50	4,35	- 0,15
Otwartość	4,20	4,25	+ 0,05
Dyspozycyjność	4,40	4,35	- 0,05
Systematyczność	4,25	4,30	+ 0,05
Chęć ciągłego uczenia się	4,30	4,50	+ 0,20
Dokładność	4,05	4,15	+ 0,10
Empatia	3,95	4,00	+ 0,05
Asertywność	3,85	4,20	+ 0,35

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Kolejną grupą, która wyceniła istotność cech pożądanych na stanowisku menedżera są pracownicy administracyjni. Co ciekawe co najmniej 9 na 14 cech przedstawiciele administracji wyceniają podobnie jak menedżerowie. Wskazuje to na wysoką świadomość co do wymagań na stanowisku menedżerskim. Może mieć to związek z częstymi relacjami z nie tylko bezpośrednimi przełożonymi lecz z innymi menedżerami w szpitalu. Tylko 4 zachowania zostały przeszacowane, są to: odporność na stres, zdolności przywódcze, chęć ciągłego uczenia się oraz dokładności. Jednakże może to być wynikiem idealizowania swojego szefa i przypisywania mu cech, których nawet nie posiada.

Tabela 46 zawiera dane z badań przeprowadzonych w 2019 roku. W pierwszej części autorzy dokonali analizy danych z 2019 roku, w drugiej części skonfrontował je z danymi z 2011 roku. Pracownicy administracyjni 8 zachowań wysoko oceniają, jedynie empatia i dokładność są umiejętnościami, które według nich na stanowisku menedżerskich nie są istotne. Takie zachowania, jak: komunikatywność, odpowiedzialność, kreatywność, wytrwałość, odporność na stres, zdolności przywódcze, optymizm oraz chęć ciągłego uczenia się.

Zestawiając dane z lat 2011 i 2019, aż 8 cech na 14 jest podobnie ocenianych przez pracowników w administracji i menedżerów (różnica wynosi +/- 0,05). Co charakteryzuje ocenę stanowisk menedżerskich przez pracowników administracyjnych to wysoki współczynnik zgodności z oceną menedżerów, jedynie trzy zachowania są równe lub przekraczają +/- 0,20 różnicy, są to: odporność na stres, optymizm oraz asertywność.

Tabela 46. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną pracowników administracyjnych (badania w 2019 roku)

Charakter odpowiedzi	Menedżerowie opieki zdrowia	Pracownicy administracyjni	Różnica (pracownicy administracyjni - menedżerowie)
	Średnia ocena cechy	Średnia ocena cechy	
Komunikatywność	5,00	4,92	- 0,08
Odpowiedzialność	5,00	4,90	- 0,10
Kreatywność	4,80	4,70	- 0,10
Wytrwałość	4,55	4,60	+ 0,05
Odporność na stres	4,55	4,77	+ 0,22
Zdolności przywódcze	4,75	4,90	+ 0,15
Optymizm	4,30	4,50	+ 0,20
Otwartość	4,20	4,15	- 0,05
Dyspozycyjność	4,10	4,10	+/- 0,00
Systematyczność	4,35	4,40	+ 0,05
Chęć ciągłego uczenia się	4,40	4,50	+ 0,10
Dokładność	4,05	4,10	+ 0,05
Empatia	3,80	3,95	+ 0,15
Asertywność	4,15	4,45	+ 0,30

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania metodą ankietową.

Respondenci ze wszystkich grup zawodowych wysoko oceniają menedżerów, w okresie od 2011 do 2019 roku podniosła się świadomość pracownicza w zakresie postrzegania menedżerów i ich roli. Często na ocenę cech pożądanych mają wpływ własne doświadczenia, częstotliwość kontaktu

z przedstawicielem ocenianej grupy zawodowej, jak również cechy osobowościowe. Z tego względu lekarze mają wysokie wymagania wobec menedżerów, z kolei pielęgniarki w większym stopniu idealizują rolę menedżerów, natomiast pracownicy administracyjni w ocenie wykazują się wysokim stopniem zgodności z oceną samych menedżerów. Personel medyczny wskazuje, że menedżerowie powinni być wyposażeni w cechy, które są niezbędne na ich stanowisku, czyli dokonują projekcji własnych doświadczeń na stanowisko menedżera w organizacji służby zdrowia.

* * * * *

Przedstawione w rozdziale czwartym wyniki i analizy danych pozyskanych w procesie badań pierwotnych pozwoliły określić potencjał kompetencji pracowników organizacji służby zdrowia w kontekście pełnienia ról menedżerskich w szpitalach. W drugiej części rozdziału płaszczyzna poznawcza została wzbogacona o wyniki badań metodą ankietową przeprowadzoną na grupie menedżerów służby zdrowia.

Kolejny, piąty rozdział zawiera opisy wywiadów przeprowadzonych z wybranymi przedstawicielami z kadry zarządzającej, którzy dokonali oceny zbioru kompetencji menedżerskich niezbędnych na stanowisku menedżerskim w szpitalu.

ROZDZIAŁ V
BADANIE METODAMI JAKOŚCIOWYMI W ZAKRESIE KOMPETENCJI POŻĄDANYCH NA STANOWISKACH MENEDŻERSKICH

Niniejszy rozdział w założeniu badaczy ma służyć pogłębieniu wiedzy w zakresie kompetencji pożądanych oraz niezbędnych od kadry zarządzającej szpitalami. Przeprowadzone badania są wynikiem wcześniejszych prac badawczych, prowadzonych zarówno metodami ilościowymi, jak i jakościowymi. Zastosowane w badaniu narzędzie wywiadu sformalizowanego według badaczy ma wtedy sens oraz szanse powodzenia, jeżeli zostanie oparte na metodzie delfickiej, czyli wywiad zostanie przeprowadzony wśród specjalistów a konkretnie liderów kadry zarządzającej na różnych szczeblach organizacyjnych szpitali.

Dzięki temu wzrośnie skuteczność badawcza w zakresie pozyskania informacji dotyczących kompetencji przejawianych (na podstawie samooceny respondenta), jak również kompetencji pożądanych (na podstawie doświadczenia badanej osoby). Badanie ze względu na jego czasochłonność oraz kosztochłonność ograniczone zostało do obszaru następujących województw: zachodniopomorskiego, lubuskiego, wielkopolskiego oraz dolnośląskiego.

Z tak ograniczonej obszarowo zbiorowości za pomocą metody nielosowej zostało wytypowanych 20 przedstawicieli kadry zarządzających ze wszystkich 3 szczebli organizacji. Kryteria w oparciu, o które badacze dokonali wyboru lidera badania są następujące: minimum 10 letnie doświadczenie kierownicze, bezpośrednie relacje zawodowo-służbowe z personelem medycznym, minimum ukończone studia podyplomowe z zarządzania służbą zdrowia.

Wywiad składa się z 10 otwartych pytań, po to aby każda z osób bez ograniczeń mogła odpowiedzieć na postawione pytania. Treść wywiadów nie była korygowana przez badawcza pod względem merytorycznym, jedynie modyfikacje dotyczyły strony stylistycznej zdań.

Wywiad został przeprowadzony z 20 przedstawicielami kadry zarządzającej, którzy pełnią role kierownicze w 16 podmiotach leczniczych zlokalizowanych w 4 wcześniej wymienionych województwach.

Rozdział podzielony jest na trzy części, w pierwszej zawarto opisy menedżerów liniowych, zwanych również operacyjnymi368, w drugim z tzw. menedżerami średniego szczebla, z kolei w trzecim podrozdziale znajdują się wywiady przeprowadzone z top managementem. Ze względu na

[368] pod red. T. Karkowski, B. Pietrzak, *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. Wolters Kluwer, Kraków 2013, s. 32.

ochronę danych osobowych, każda z osób, z którą został przeprowadzony wywiad została zakodowana w sposób losowy pod określonym numerem ewidencyjnym, od 1 do 20.

5.1. Wywiady przeprowadzone z lower management

W tej części znalazły się odpowiedzi 6 przedstawicieli kadry zarządzającej na I szczeblu organizacyjnym.

Wywiad z osobą nr 1.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Nie wiem, czy to kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś wyjątkowymi kompetencjami. Jako do kierownika laboratorium, głównie należy redystrybuowanie zasobów posiadanych w ramach komórki, jak również bieżącej działalności laboratorium. Czy osoba zarządzająca powinna mieć jakąś wiedzę, jak to robi się? Sądzę że do głównych kompetencji należy zaliczyć przede wszystkim wiedzę w obszarze zarządzania szpitalem, oprócz tego z pewnością przydadzą się umiejętności wykorzystania narzędzi finansowych.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Na zajmowanym przeze mnie stanowisku, przydają się wszystkim kompetencje z dwóch obszarów, po pierwsze, wiedza uzyskana w trakcie studiów wyższych i później doskonalona, po drugie, umiejętności kierowania ludźmi.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Od 12 lat realizuję się w roli kierownika laboratorium, w tym zakresie wymaga się ode mnie przede wszystkim wiedzy specjalistycznej oraz kierowanie i nadzorowanie zadań realizowanych w ramach jednostki, którą zarządzam przyjmując hierarchiczność poszczególnych zadań. Z wymienionych cech kierownika, stawiam na wiedzę specjalistyczna.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

W tak złożonej organizacji jaką jest szpital przyjęcie, że bezpośredni przełożony będzie dla pozostałych pracowników wzorem do naśladowania jest nieprawdziwym stwierdzeniem. Taka osoba, powinna posiadać kompetencje zawodowe oraz charakteryzować się grupą następujących cech własnych: odpowiedzialnością, zrozumieniem, otwartością oraz jasnym precyzowaniem treści.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Nie, nie ukończyłem ani ekonomii, czy też zarządzania bądź studiów podyplomowych w powyższych zakresach. Jeżeli chodzi o przebyte szkolenia, uczestniczyłem jedynie w szkoleniach dotyczących spraw, którymi zajmuje się od strony zawodowej.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Jak już wspomniałem, nie mam wykształcenia ekonomicznego. To co robię jako kierownik od kilkunastu lat skutkowało tym, że mam dużo większe doświadczenie, aniżeli uzyskałbym na studiach. To czy sprawdzam się jako kierownik, wynika z tego co robię każdego dnia. W takim składzie pracujemy już 6 lat i każdy z nas zna swoje obowiązki, swój zakres pracy, jak również są to osoby odpowiedzialne.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Z autopsji tego nie wiem, ponieważ jestem kierownikiem laboratorium, a nie ordynatorem, czy też dyrektorem szpitala. Z mojego rozeznania różnice występują, szczególnie co do wymogów dotyczących wiedzy specjalistycznej. Na przykład: osobiście muszę mieć wiedzę z obszaru chemii, a już dyrektor szpitala nie musi.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Jest to sprawa indywidualna, jak w każdym zawodzie. Jedyni są lepiej przygotowani, inni gorzej, jedyni mają predyspozycje, inni nie. Znam przykłady zarówno za tak, jak i za nie.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Jest to bardzo sfeminizowany zawód, zazwyczaj kobiety kierują kobietami. Jak dla mnie są one bardzo dobrymi pracownikami, realizują zadania w sposób właściwy, jednakże według mnie nie potrafią kierować pracami, nie powinny zajmować stanowisk menedżerskich.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Ze względu na swoje doświadczenie zawodowe, skupiam się na pracy stricte laboratoryjnej, mniej kontaktu mam chociażby z administracją. Jedno co mogę powiedzieć, dobrze mi z nimi się współpracuje.

Wywiad z osobą nr 2.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Sądzę, że tak. Do tej grupy zaliczam przygotowanie zawodowe, doświadczenie oraz umiejętności czysto relacyjne związane z zarządzaniem podwładnymi.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Są to: wiedza specjalistyczna wyniesiona ze studiów i kolejnych form kształcenia, umiejętności nabyte i nabywane w czasie sprawowania określonej roli i równolegle nabywane doświadczenie zawodowe.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Na pewno społeczne i zawodowe. Osobiście, nie muszę mieć wiedzy strategicznej, ponieważ tego nie mam w ramach obowiązków. Co do kompetencji społecznych, wymienię: komunikację, tolerancję, wyrozumiałość, umiejętność kierowania ludźmi, rozliczania z zadań oraz rozwiązywania konfliktów w pracy.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Przynajmniej powinien być osobą wspomagającą swoich podwładnych. W najlepszym przypadku mentorem a nawet liderem w pracy.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Tak, ukończyłem studia podyplomowe w zakresie zarządzanie podmiotami leczniczymi, co do kursów i szkoleń to mam kilka na koncie, zarówno z medycyny, jak z zarządzania.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Jest elementem wspomagającym, lecz nie najistotniejszym. Największy wpływ ma doświadczenie i cechy indywidualne osoby.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Z pewnością przedmiotem, skalą i istotnością dla organizacji. Dyrektor Generalny ma inne zadania, aniżeli kierownik biura, czy też lekarz naczelny.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Ci bardziej świadomi tak. Studia nas przygotowują do pracy w zawodzie lekarskim. Wraz z doświadczeniem w pracy w szpitalu, zyskujemy niezbędną wiedzę do pełnienia funkcji menedżerskich.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Z pewnością są przydatne, mają podstawową wiedzę z medycyny ogólnej, wiedzę proceduralną oraz umiejętności manualne. Co do pełnienia roli kierowniczej, pewnie również mogą być dobrymi szefowymi.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Osoby z tej grypy zawodowej są dobrze przygotowani pod względem merytorycznym, z moich obserwacji gorzej są przygotowani od strony relacyjnej, osobowościowej.

Wywiad z osobą nr 3.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Umiejętność postrzegania szpitala w ujęciu systemowym biorąc pod uwagę posiadaną infrastrukturę, ludzi oraz z tym generowane koszty. Dyrektor musi mieć analityczne podejście do bilansu finansowego, tak aby jednostka była sprawna, lecz również ekonomicznie opłacalna. Pozyskiwanie środków unijnych, jest ważną płaszczyzną działalności na poziomie dyrektorskim.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Dobry organizator, analityk, osoba czująca specyfikę służby zdrowia, z powołaniem – ideą działania.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Oczywiście stanowisko wymaga wiedzy oraz umiejętności analitycznych. Ważna w tej pracy jest umiejętność współpracy z innymi, zarówno z samej organizacji oraz z otoczenia szpitala.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Powinien integrować grupę ludzi, nie musi być z nich najlepszy. Co do drugiego pytania, zależy od zakresu obowiązków, jakie ma kierownik. Przy dużym obciążeniu powinien skupić się na zarządzaniu, aby utrzymać określony poziom sprawności jednostki.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Mam dyplom ukończenia studiów podyplomowych na Pomorskim Uniwersytecie Medycznym w Szczecinie, kierunek Prawo medyczne.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Jest przydatna, szczególnie w zakresie mikrobiologii medycznej.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Na stanowisku kierownika otrzymuję od bezpośredniego przełożonego plan tygodniowy, który realizuję, w przypadku zmian w nim, uzgadniam korekty z przełożonym.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Lekarze są niezbędni w szpitalu, ich wiedza oraz zapał jest wartością nie do przecenienia. Znają szpital „jak własną kieszeń". Oczywiście, że tak.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Podobnie jak lekarze, najliczniejsza grupa w szpitalu, najlepiej zorganizowane z nich powinny być naczelnymi bądź oddziałowymi.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, współpracuję z kilkoma osobami z tej grupy i mam bardzo dobre zdanie, wspomagają personel medyczny w bieżącej działalności jednostki.

Wywiad z osobą nr 4.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Określenie reguł i nadzór nad przestrzeganiem ich. Dbanie o stronę ekonomiczną szpitala.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Osobą, która zna i czuje specyfikę szpitala. Najlepiej aby wywodził się z grupy lekarskiej.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Zawodowe – lekarskie, jako pierwsze, następnie społeczne, w celu zarządzania grupą podległych ludzi.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Powinien mieć autorytet i zaufanie pracowników, bycie najlepszym może być pobocznym działaniem.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Nie uzyskałem, ukończyłem Wydział Lekarski na Wydziale Wojskowo-Lekarskim.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Realizuje zadania zgodnie z przyjętym zakresem i obowiązkami na stanowisku. Ocena moich dokonań realizowana jest systematycznie.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Nie wiem.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Podobnie, jak w przypadku pielęgniarek. Nie mam zdania w temacie.

Wywiad z osobą nr 5.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Należy zwrócić uwagę na integrację zespołu oraz przestrzeganie procedur i ram finansowych, które są określone dla szpitala.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Ważne są: kompetencje twórcze, wiedza zawodowa, kultura osobista, kształcenie ustawiczne, samodyscyplina, odpowiedzialność budżetowa, integracja zespołu i optymalne wykorzystanie zasobów pracy.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Wszystkie z nich, przedstawiciele kadry zarządzającej muszą posiadać kompetencje horyzontalne a część z nich powinny być kompetencjami wertykalnymi w zakresie wiedzy strategicznej, analitycznej, rachunkowości oraz finansów.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Nie, musi zarządzać, a nie rywalizować o miano bycia najlepszym pracownikiem szpitala.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Posiadam dyplom ekonomii oraz administracji. W zakresie ekonomii ukończyłem kilka studiów podyplomowych oraz kursów.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Praktyczność wiedzy i jej zastosowanie są ważne i wpływają na moją osobistą sprawność.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Zarząd szpitala skupia się na strategii oraz budżecie szpitala, wydziały działają w zakresie zasobów oraz zarządzania procesowego.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Lekarze są grupą charakteryzującą się wysokimi kompetencjami zawodowymi, i z tego powodu nie powinni zajmować stanowisk menedżerskich. W mojej ocenie mają potencjał do zarządzania, lecz ze względu na deficyt specjalistów powinni być wykorzystani do zasadniczych zadań związanych z procesem leczenia.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Kompetencje pielęgniarek wynikające z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 roku są szerokie, ze względu na horyzontalny ich charakter, pielęgniarki powinny skupić się na procesie pracy, a nie na zadaniach wynikających z roli kierowniczej.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Administracja, szczególnie osoby z dużym doświadczeniem w szpitalu, można w sposób otwarty uznawać za specjalistów, którzy rozumiejąc kulturę organizacyjną szpitala oraz mają wiedzę z księgowości, zzl czy finansów, mogą wzmacniać naszą firmę.

Wywiad z osobą nr 6.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Nasi lekarze pełnią podwójną rolę, zarówno specjalistów medycyny, posiadają stopnie i tytuły naukowe, jak również pełnią funkcje kierownicze, zawiadując wydziałami, katedrami, czy zakładami. Ważne jest, że spełniają się w tej roli a jednostki są sprawne i dobrze funkcjonują.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Wiedza z dziedziny nauk medycznych, praca zespołowa, mentoring, umiejętności manualne i intelektualne, samorozwój i ogólny rozwój osobisty i zawodowy poprzez uczestnictwo w sympozjach, konferencjach.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Najważniejsze są kompetencje zawodowe, które budują estymę i wzorce zachowań w grupie, elementem wspomagającym są budowane relacje i rozmowy w zespole.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Tak, bezapelacyjnie, jako najlepszy pracownik stanowi punkt odniesienia, podpatrywania przez pozostałe osoby.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Żadne, skupiony jestem na rozwoju w dziedzinie nauk medycznych.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Według mnie niczym nie różnią się.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, w pełni.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

W pionie pielęgniarskim jest to praktykowane rozwiązanie i w pełni zgadzam się z nim.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Pracownicy administracyjni wspomagają nas, czuwają nad stroną dokumentacyjną.

5.2. Wywiady przeprowadzone z middle management

W tej części znalazły się odpowiedzi 5 przedstawicieli kadry zarządzającej na II szczeblu organizacyjnym.

Wywiad z osobą nr 7.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Nie sądzę. Jestem ordynatorem oddziału. Proszę zauważyć, że nie ukończyłem studiów wyższych. Jedynie brałem udział w 1 czy 2 szkoleniach (nie pamiętam!) dotyczących zarządzaniem pracownikami. Na zajmowanym stanowisku równocześnie jestem ordynatorem, jak również lekarzem. Obowiązki jakie pełnię jako lekarz, nie przeszkadzają mi w kierowaniu oddziałem.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Szczególnie ważne jest słuchanie ludzi, zawsze mam czas na rozmowę, lecz co najważniejsze stworzenie grupy pracowniczej, która stanowi wspólnotę. Wiedza z zarządzania może jest ważna, lecz nie najważniejsza. Sądzę, że priorytetowe są cechy osobowe, które są w nas.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Jak już wspomniałem przede wszystkim cechy własne dotyczące rozumienia innych, wysłuchania, praca z innymi, dla innych osób.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Tak, powinien być przede wszystkim specjalistą jako lekarz i stanowić oparcie dla mniej doświadczonych lekarzy.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Brałem udział w szkoleniach, pewną wiedzę uzyskałem, lecz przede wszystkim liczy się praktyka, ta codzienna praca z ludźmi. Codziennie jest inna sytuacja, trudno przećwiczyć wszystkie możliwe scenariusze.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Nie dotyczy.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Sądzę, że są podobne. Wymogi nie powinny dużo odbiegać bez względu na pełnione stanowisko kierownicze.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, są to osoby, które posiadają wysokie kwalifikacje i tym samym są uprawnieni do pełnienia funkcji kierowniczych w szpitalach.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

W moim przypadku jest ok., lecz musiałem samemu określić ramy współpracy, co spowodowało, że personel pielęgniarski pracuje na dobrym poziomie. U innych kolegów jest różnie.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Pozytywnie oceniam własne kontakty z administracją, jeden z moich kolegów jest kierownikiem kadr i mogę o nim wypowiedzieć się tylko w pozytywnym kontekście.

Wywiad z osobą nr 8.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Systematycznie kształcę się i uzupełniam wykształcenie w zakresie ekonomii. Jest to niezbędne ze względu na zajmowane stanowisko pracy. Kierownik powinien być zobligowany do ustawicznego kształcenia się, przez co jest mentorem dla innych.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Pozwolę sobie wymienić: systematyczność, odpowiedzialność, otwartość, sprawność komunikacyjna, wiedza ekonomiczna, zarządzanie zespołem.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

j.w.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Powinien być profesjonalistą, w tym co robi, czy będzie najlepszy, zależy od pracowników, którzy są w szpitalu.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Jestem magistrem ekonomii na Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, obecnie Uniwersytet Ekonomiczny. Od kilkunastu lat funkcjonuję w szpitalu.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Oczywiście, że tak. Jest bardzo przydatna, w tym co robię, w obszarze finansów.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Tak, kompetencje dyrektora generalnego, jego zastępcy, czy ordynatora są różne. Często jest tak, że dobry ordynator, nie będzie dobrym dyrektorem szpitala. Inne obowiązki i kompetencje są przydatne na tych stanowiskach.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Mam w tym względzie dobre oraz złe doświadczenia. Lekarze często nie rozumieją aspektu ekonomicznego w swojej działalności. Skupieniu są na stronie zawodowej, nawet kiedy są osobami funkcyjnymi.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, w karierze spotkałam się z kilkoma pielęgniarkami, które sprawowały funkcję kierowniczą i dobrze wywiązywały się z zadań. Taka pielęgniarka powinna przede wszystkim być mentorką dla koleżanek z pracy.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Cenię pracowników za zaangażowanie i profesjonalizm w pracy. Szczególnie istotnym czynnikiem jest wykształcenie ekonomiczna czy prawnicze pracowników administracyjnych. Według mojej oceny są to osoby z dobrym przygotowaniem, jednakże specyfika szpitali powoduje, że awans na stanowiska II i III szczebla są wręcz niemożliwe.

Wywiad z osobą nr 9.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Personel medyczny stanowi podstawową wartość intelektualną szpitala. Ich kompetencje uprawniają do zajmowania stanowisk menedżerskich w służbie zdrowia.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Jako lekarz, przede wszystkim wiedzę medyczną oraz umiejętność rozmowy, budowy zespołu oraz rozmowy z pacjentami.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Kompetencje medyczne są podstawowymi kompetencjami w służbie zdrowia.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Oczywiście kompetencje zawodowe są podstawową prawidłowego funkcjonowania szpitali. Czy kierownik powinien być najlepszym pracownikiem? Może nie musi być to główny cel, lecz autorytet szefa jest wartością dodaną zarządzania.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Ukończyłem kurs „zarządzanie zakładami opieki zdrowotnej".

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak, zespół wyposażony w wiedzę specjalistyczną stanowi o wartości szpitala i jest ważny dla samych pacjentów.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Rolą szpitala jest umożliwić skutecznie leczyć z uwzględnieniem dobrostanu psychicznego pacjentów, stąd wnioskuję, że nie ma różnicy między stanowiskami. Po prostu, personel szpitala wraz z dyrekcją zaangażowani są w proces diagnozowania i leczenia pacjentów.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, w pełni

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Również tak uważam.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Są to osoby, które mają niewielki wpływ na funkcjonowanie szpitali. Zajmują się sprawami papierowymi i wspomagają nas, personel medyczny, który jest istotą działalności zdrowotnej.

Wywiad z osobą nr 10.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Dyrekcja bierze odpowiedzialność za zasoby szpitala, chodzi o pracowników oraz o zasoby materialne i finansowe będące w gestii podmiotu leczniczego.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Znajomość prawa, procedur oraz wiedza specjalistyczna oraz z obszaru zarządzania podmiotami leczniczymi, jak również motywowania pracowników i rozwiązywania konfliktów.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

j.w. W pierwszej kolejności stawiam na kompetencje zawodowe, następnie społeczne.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

To nie jest konkurs. Bezpośredni szef musi mieć dobry kontakt z podwładnymi i umieć ich w sposób ciągły motywować.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Nie ukończyłem studiów ekonomicznych.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Z wykształcenia jestem lekarzem i tę wiedzę wykorzystuję w pracy.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Tak, zakresem, przedmiotem oraz czasem realizacji.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak sądzę.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, w ramach ścieżki awansu zawodowego, pielęgniarki mogą pełnić funkcję pielęgniarki oddziałowej, czy naczelnej.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Często mają wykształcenie ekonomiczne czy zarządzania, jednakże nierzadko mają niewielką wiedzę o tym jak funkcjonuje szpital. Mam mieszane odczucia.

Wywiad z osobą nr 11.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Wszystko zależy od charakteru działalności podmiotu leczniczego, czy jest to oddział zamknięty, czy otwarty, wielooddziałowy, czy jednooddziałowy, można tak wymieniać i wymieniać. W moim konkretnym przypadku, muszę posiadać wiedzę zawodową oraz umiejętności analityczne oraz relacyjne.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Jak już wspomniałem, ważna jest wiedza specjalistyczna, analityczna i ich zastosowanie oraz umiejętność wykorzystania metod budowania i integrowania zespołu, system motywacyjny, rozwiązywanie konfliktów i dla samego siebie radzenia sobie ze stresem.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Wszystkie są ważne, lecz najważniejsze są kompetencje zawodowe i społeczne, które są niezbędne do pełnienia funkcji kierowniczych. Przynajmniej w moim przypadku.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Nie jest warunkiem obligatoryjnym, lecz ułatwia zarządzanie podwładnymi.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Ukończyłem studia podyplomowe oraz szkolenia z zakresu zarządzania.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Jest przydatna, lecz najważniejsza dla mnie jest praktyka i zastosowanie nabywanej wiedzy w praktyce.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Z pewnością obszarem, osobiście kieruję oddziałem, dyrektor – szpitalem, czyli wieloma oddziałami i musi integrować od strony finansowej i organizacyjnej te wszystkie jednostki.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, posiadają wiedzę zawodową, która wzbogacona, daje podstawę do zarządzania jednostką.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Są dobrymi wykonawczyniami zadań operacyjnych, ewentualna kontrola realizacji zadań powinna być po stronie pielęgniarek.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Nie wiem. W przeszłości doświadczyłem sytuacji, w której funkcjonował w szpitalu menedżer oddziału, musiałem z nim współpracować. Nie podobało mi się, że traktował szpital jako firmę, a przecież tak nie jest, szpital to szpital. Przecież pacjent nie jest odmianą klienta.

5.3. Wywiady przeprowadzone z top management

W tej części znalazły się odpowiedzi 9 przedstawicieli kadry zarządzającej na III szczeblu organizacyjnym.

Wywiad z osobą nr 12.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Z mojej pozycji dostrzegam, że najważniejszym aspektem w zawodzie jest doświadczenie, które osoba nabywa w trakcie funkcjonowania w organizacji poprzez poznawanie ludzi oraz specyfiki organizacji. Dobry szef musi wpierw być dobrym pracownikiem, dzięki samozaparciu, chęci poznawczych oraz obserwacji bezpośredniego przełożonego buduje swój potencjał przyszłego kierownika lub dyrektora. Proszę pamiętać, że nie rodzimy się kierownikami, lecz stajemy się nimi na drodze ewolucji. Najgorsi szefowie są ci odgórnie mianowani, rzec można w drodze rewolucji.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Postawiłbym na dwie grupy kompetencji. Po pierwsze, kompetencje strategiczne, w których wyróżniłbym wiedzę strategiczną, umiejętności analityczne oraz doświadczenie w opracowywaniu dokumentów strategicznych. Po drugie, kompetencje relacyjne, zwane przez pana społecznymi, wyróżniłbym budowę relacji, komunikowanie się, tworzenie zespołu, jawność treści komunikatu. Kompetencje strategiczne przydają się na etapie planowania, czyli w trakcie budowania koncepcji firmy, z kolei kompetencje społeczne są niezbędne na etapie organizowania zrębów zespołu.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Jak już wspomniałem wcześniej, w przypadku kompetencji strategicznych stawiam na wiedzę i umiejętności analityczne oraz doświadczenie w planowaniu. Z kompetencji społecznych wskażę przede wszystkim na zarządzanie zespołem, budowanie relacji wewnątrz zespołu, określanie zasad funkcjonowania zespołu oraz przyjęcie pewnej roli w ramach zespołu.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Szef nie musi być najlepszym członkiem zespołu, lecz powinien otaczać się osobami z potencjałem intelektualnym, organizacyjnym, które optymalnie są zagospodarowane, na potrzeby organizacji.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Nazwę się osobą o zainteresowaniach interdyscyplinarnych ponieważ z podstawowego wykształcenia jestem lekarzem, lecz również jestem ekonomistą. Obie te dziedziny są odległe od siebie, lecz nie są one niezależne. Często w działaniach nie nastawionych na ratowanie życia ludzkiego biorę pod uwagę aspekt ekonomiczny. Jednakże jako lekarz jestem zobowiązany do pomagania i jest to priorytetowy determinant moich działań.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak, lecz i tak najważniejsze jest doświadczenie zdobywane w trakcie pełnienia funkcji.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Jako dyrektor muszę brać pod uwagę wszystkich, a nie tylko osoby z wybranej komórki organizacyjnej. Na pierwszym miejscu stawiam dobro pacjenta, również dbam o dobro pracowników. Jeżeli byłbym kierownikiem lub szefem jednego z oddziałów to skupiłbym się jedynie na potrzebach i oczekiwaniach pracowników oraz komórki organizacyjnej.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Lekarze z pewnością znają specyfikę organizacji i wiedzą jakie są jej mocne i słabe strony, uzupełniając tę wiedzę o kwalifikacje ekonomiczne, budujemy osobę z dużym potencjałem rozwojowym na stanowisko kierownika bądź dyrektora.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Pielęgniarki są coraz lepiej wykształcone w swojej profesji i sądzę, że w oparciu o ustawę, która zwiększa zakres kompetencji pielęgniarek i położnych powinny one skupić się na pracy bezpośredniej z pacjentem.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Współpracuje z tą grupą pracowniczą, wcześniej nie miałem o nich dobrego zdania, jednakże doświadczenie z kilku lat spowodowały, że zmieniłem zdanie na plus. Są to osoby o dużej wiedzy ekonomicznej, prawniczej. Umiejętności i wiedza metodyczna pozwala aby mieli wpływ na zarządzanie na wszystkich szczeblach w szpitalu.

Wywiad z osobą nr 13.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Każdy powinien być ekspertem na swoim stanowisku. Lekarze powinni leczyć, księgowe dbać o finanse, dyrektorzy – zarządzać. W tym zakresie, oczywiście tak.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Słuchać pracowników, być jednym z nich, być otwartym i jawnym w swoich działaniach, rozmawiać z jednostką nadrzędną, zarządzać infrastrukturą oraz ludźmi.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Głównym celem funkcjonowania szpitali jest diagnostyka i leczenie pacjentów. Z tego względu najważniejsza jest wiedza medyczna. Inne elementy są tylko uzupełnieniem tej pierwszej.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Na oddziale taką rolę pełni ordynator, guru dla innych lekarzy, osoba ciesząca się szacunkiem i estymą ze względu na wiedzę oraz dokonania w profesji.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Odbyłem studia podyplomowe z zakresu zarządzania, kilka kursów doskonalących.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak, w obszarze medycyny.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Czasem realizacji, złożonością, źródłami finansowania oraz ilością osób zaangażowanych w działanie.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Są osobami z wyższym wykształceniem, które ukończyły trudne studia. Z pewnością mają potencjał do tego, aby być dobrymi kierownikami.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Najlepsze pielęgniarki powinny mieć możliwość kierowania koleżankami i podpowiadania im, jak lepiej pracować i wykonywać swoje obowiązki. Taki wzór do naśladowania.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, jak każdy, jednakże brak wiedzy medycznej obniża ich wartość jako dyrektora szpitala. Bez takiej wiedzy trudno w sprawny sposób zarządzać podmiotem leczniczym.

Wywiad z osobą nr 14.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Tak. Odpowiedzialność za szpital wymaga od dyrekcji szerokich kompetencji. Szpital postrzegam jako złożony organizm, który wymaga od zarządu strategicznej wiedzy i skrupulatnego przygotowania budżetu finansowego.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Wiedzę finansową, analityczną, ekonomiczną, umiejętność zarządzania pracownikami, szczególnie personelem medycznym.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Tak, strategiczne i społeczne. Przede wszystkim umiejętności analityczno-finansowe, prawne, komunikacyjne.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Powinien umieć integrować zespół, optymalizować zasoby organizacji w celu maksymalnego ich wykorzystania.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Ukończone studia magisterskie na kierunku ekonomia oraz studia podyplomowe z zarządzania podmiotami leczniczymi oraz liczne kursy i szkolenia.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak, lecz jeszcze istotniejsze jest doświadczenie i utylitaryzm wiedzy i wykorzystania jej w zarządzaniu szpitalem.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Na najwyższym szczeblu zarządza się systemowo, na średnim – zasobowo, na najniższym procesowo. Jest to moje subiektywne zdanie.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Sprawa indywidualna, rzadko wychodzą w kształceniu poza medycynę i stąd pojawiają się problemy w błędów lub zaniechań w zarządzaniu.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Dobrze zarządzają pracą na poziomie operacyjnym. Pielęgniarka z dużym doświadczeniem, wiedzą i umiejącą pracować zespołowo jest skarbem.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Oczywiście, jestem najlepszym przykładem. Jestem dowodem, że rozpoczynając od stanowiska pracowniczego, piąłem się po szczeblach, aż do stanowiska dyrektora.

Wywiad z osobą nr 15.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Jeżeli jest lekarzem, rozumie pozostałych pracowników, jeżeli jest z wykształcenia pozamedycznego, mogą być problemy ze zrozumieniem i kierowaniem szpitalem. Należy przede wszystkim rozumieć specyfikę służby zdrowia.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Analityczne, finansowe, prawne oraz odpowiedzialności, ciągłego uczenia się, wymiany wiedzy między dyrektorami szpitali.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Rzeczywiście, każdy z wymieniony obszarów jest ważny. W obszarze kompetencji społecznych wyróżnię wypowiadanie się, słuchanie, zrozumienie innych, lecz również odpowiedzialność i stanowczość. Co do kompetencji strategicznych, chodzi o zastosowanie metodologii badań oraz wyciąganie wniosków i wdrażanie zmian. Ostatnie, związane z wykształceniem, wciąż ma wpływ na podejmowane przeze mnie decyzje zawodowe.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Nie, musi umieć współpracować.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Dyplomy z obszaru zarządzania oraz biologii.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Większa odpowiedzialność, duży stres przy kluczowych decyzjach.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

I tak, i nie. Sprawa indywidualna.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

j.w.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Trudno przypisać cechy indywidualne do całej grupy. Jestem zdania, że każda osoba jest „kowalem swojego losu", po prostu decyduje za siebie.

Wywiad z osobą nr 16.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

   Długofalowym podejściem do zarządzania, próbą antycypowania oraz budowania zespołu pracowniczego.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Być szefem, aby podwładny wiedział co ma robić i jak, przekaz powinien być prosty i jasny, działania w zakresie prawa, w oparciu o wewnętrzne procedury.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?
   Wiedzieć co, czym i jak zarządzać. Wiedza strategiczna, tak, zawodowa – przydatna, społeczna – wspomagająca.
4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?
   Najlepszym wyborem na kierownika, a wśród podwładnych wybierajmy najlepszego pracownika.
5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?
   Wiedzę prawniczą niezbędną w funkcjonowaniu na zajmowanym stanowisku.
6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?
   Tak.
7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?
   Wpływem na innych. Plan budżetowy jest punktem odniesienia do funkcjonowania szpitala.
8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?
   Nie.
9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?
   Nie.
10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

I tak i nie. Merytorycznie część osób posiada odpowiednie cechy, umiejętności, jednakże brak im odpowiedniego doświadczenia. W Polsce nie kształcimy dyrektorów, tak jak jest to chociażby we Francji. Tych najzdolniejszych powinniśmy wysyłać na studia z zakresu dyrektor szpitala i tam uczyłby się od najlepszych, praktyki itd.

Wywiad z osobą nr 17.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Posiadam interdyscyplinarne wykształcenie, co mi nie przeszkadza, wręcz pomaga. Dobrze jest w sytuacji, że wiemy o czym lekarz mówi, z drugiej strony trzeba mieć wiedzę przydatną do zarządzania finansami, ludźmi, czy też infrastrukturą.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Z jednej strony dyrektor powinien mieć kompetencje zarządcze na zasadzie komina wiedzy, jednakże fakt, że zarządzam małą placówką powoduje, że również muszę posiadać umiejętności oraz wiedzę z innych obszarów, horyzontalne kompetencje. Sytuacja wymusza na mnie doskonalenie się z finansów, rachunkowości, ZZL.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Z każdej grupy „po trochu". Na pierwszym miejscu stawiam na kompetencje społeczne – przydatne w codziennej pracy, następnie strategiczne – rzadsze w użyciu i zawodowe.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Powinien być najbardziej odpowiedzialnym pracownikiem. Sprawowanie funkcji nie jest plebiscytem na popularność, czy też bycie najlepszym.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Mam ukończone studia II stopnia z ekonomii oraz studia podyplomowe zarządzanie podmiotami leczniczymi na Uniwersytecie Ekonomicznym we Wrocławiu, dodatkowo ukończyłam liczne kursy i szkolenia.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak, w pełni, wciąż ją aktualizuję i uzupełniam. Działanie jest procesem ciągłym.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Różnice są znaczne. Kierownik na poziomie operacyjnym skupiony jest na realizacji zadań, i z tego jest rozliczany. Jako dyrektor Ośrodka zajmuję się sprawami finansowymi, rozliczeniami oraz integracją zespołu.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Posiadają wiedzę zawodową, lecz do sprawnego zarządzania podmiotem leczniczym należy być przede wszystkim profesjonalnie przygotowanym menedżerem, a lekarze nie są menedżerami.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Są dobrym kierownikami na poziomie operacyjnym, zadaniowym.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Wiedzę mają, umiejętności również, gorzej jest ze znajomością specyfiki szpitala, czy z relacjami z białym personelem. To wg jest najtrudniejszą sprawą w ew. pełnieniu funkcji dyrektora szpitala.

Wywiad z osobą nr 18.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Podstawową kompetencją na poziomie organizacji szpitalnej jest wiedza, związana z zarządzaniem finansami, planowaniem oraz systemowym zarządzaniem posiadanymi zasobami materialny i niematerialnym w organizacji.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Na podstawie doświadczenia oraz wiedzy twierdzę, że ważna jest kompilacja różnych umiejętności oraz doświadczenia zawodowego. Z pewnością osoba, która ukończy studia posiada podstawową wiedzę, którą należy uzupełniać przez cały okres kariery zawodowej. Spośród najistotniejszych cech, które powinny charakteryzować dyrektora szpitala wymienię: kreatywność, dyscyplina finansowa, odpowiedzialność za organizację, umiejętność współpracy z jednostką nadrzędną oraz NFZ, poszukiwanie nowych źródeł inwestycyjnych, samorozwój.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Do najważniejszych zaliczam kompetencje z grupy strategicznej, związanej z planowaniem oraz organizowaniem kultury pracy i wewnętrznego prawa w oparciu o procedury funkcjonujące w systemie opieki zdrowia.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Powinien być najlepszy, w tym co robi. Zarządza całym szpitalem, jego zasobami, reprezentuje interesy jednostki na zewnątrz, powinien posiadać kompetencje zawodowe.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Jestem absolwentem Uniwersytetu Ekonomicznego na kierunku finanse i rachunkowość, dodatkowo ukończyłem 2 kierunki studiów podyplomowych oraz wiele szkoleń.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak, aby być skutecznym w swoim działaniu, należy przede wszystkim zadbać o sprawność organizacyjną, na którą składa się optymalizacja zasobów tej organizacji.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Na wyższym szczeblu organizacji, działania ukierunkowane są na ogół zasobów, na źródła przychodów oraz rozchodów od strony finansowej. Na niższych szczeblach działania kierowników, skupione są na operacyjnym podejściu, działaniach i realizacji poszczególnych zadań.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Mam różne doświadczenie w tym zakresie. Zarówno spotkałem skutecznych dyrektorów-lekarzy, jak również słabo przygotowanych do pełnienia funkcji kierowniczej. Głównym problemem jest niechęć lekarzy do uczestniczenia w szkoleniach dotyczących zarządzania ludźmi, finansami i organizacją, jak również braku przedmiotów z obszaru zarządzania w trakcie lekarskich studiów wyższych.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Podobna sytuacja, jak w przypadku lekarzy. Pielęgniarki potrafią pracować z ludźmi, lecz nie ma rozwiązań systemowych w tym zakresie.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Znam to środowisko, administracja jest przygotowana, przynajmniej jakaś część, lecz wiem, że aby być dyrektorem, po pierwsze trzeba umieć wpływać na ludzi, zarządzać nimi i umieć odnajdywać się w sytuacji, radzić sobie ze stresem. Dlatego nie znam, aż tyle osób, które spełniają warunki pełnienia w sposób profesjonalny rolę dyrektora.

Wywiad z osobą nr 19.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

Dyrektor musi umieć rozmawiać z ludźmi, mieć wiedzę o szpitalu, jego mocnych i słabych stronach, znać metody analizy zasobowej podmiotu. Pozostali pracownicy nie muszą tej wiedzy posiadać, czyli wniosek jest następujący, tak dyrektorzy muszą wyróżniać się specyfiką wiedzy na tle pracowników szpitala.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Z pewnością kompetencje ukierunkowane na podmiot leczniczy, związane z przygotowaniem dokumentów strategicznych, finansowych, opracowaniem procedur wewnętrznych.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Tak, społeczne i strategiczne są niezbędne w celu sprawnego zarządzania placówką.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Nie, musi być profesjonalistą i tyle, a może aż tyle.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Studia podyplomowe oraz kilka szkoleń.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak, na bieżąco aktualizuję wiedzę.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Przede wszystkim odpowiedzialnością za podejmowane decyzje. Na stanowisku dyrektora odpowiadasz za cały szpital, konsekwencje twoich decyzji ponoszą wszyscy pracownicy.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Potencjał jest, znam pozytywne przykłady. Sprawa ma charakter indywidualny.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, podobnie jak lekarze.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

To nie jest zależne od wykształcenia, czy doświadczenia. Po prostu niektóre osoby mogą być dyrektorami, to jest sprawa zachowania, cech wrodzony, a nie wyuczonych.

Wywiad z osobą nr 20.

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

U mnie awans jest wynikiem wieloletniej przy w placówce, wpierw byłam lekarzem internistą, później ordynatorem, obecnie dyrektorem. Tak, dzięki systematycznemu awansowi zyskałam doświadczenie, wiedzę, którą wykorzystuję dla dobra szpitala.

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku menedżerskim?

Wskażę to co już powiedziałam, czyli doświadczenie i wiedzę, jako najważniejsze cechy dobrego dyrektora.

3. Jakie kompetencje społeczne/strategiczne/zawodowe powinna posiadać osoba funkcyjna? Jeżeli tak, w jakim zakresie?

Oczywiście, wszystkie z nich, wpierw na mój status w organizacji wpływ miały kompetencje zawodowe, z czasem społeczne, obecnie najważniejsze dla mnie są kompetencje strategiczne.

4. Czy bezpośredni przełożony powinien być najlepszym pracownikiem w zespole? Czy powinien posiadać kompetencje zawodowe?

Nie, powinien być najbardziej zaangażowany, najbardziej zdeterminowany, otwarty na nowe, otwarty na ludzi. O, właśnie takie cechy.

5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?

Studiów ekonomicznych nie mam ukończonych, lecz szkolenia – tak.

6. Czy pozyskana wiedza w trakcie kształcenia formalnego wpłynęła na sprawność funkcjonowania na zajmowanym stanowisku?

Tak, jest fundamentem do dalszych działań. Najważniejsze jest, jak ta wiedza przyjmuje się w praktyce, czy jest użyteczna. I tak, najważniejszy jest rozsądek.

7. Czym różnią się zadania wykonywane przez zarządzającego na różnych szczeblach organizacji?

Tak, oczywiście podstawową różnicę stanowi przedmiot funkcjonowania, co skutkuje innymi zadaniami, co z kolei wymaga od osób innych kompetencji.

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Tak, jestem tego przykładem.

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji menedżerskich?

Współpracuję z pielęgniarkami, które pełnią funkcje kierownicze, z których wzorowo wywiązują się. Jestem za.

10. Czy pracownicy administracyjni są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich?

Każdy ma szansę, mają wiedzę, często umiejętności. Oczywiście problemem jest, że nie są lekarzami czy chociażby pielęgniarkami. Szpitalami rządzą lekarze, którym trudno będzie respektować kogoś spoza ich grupy.

5.4. Umiejętności interpersonalne menedżerów opieki zdrowia

Poniżej autorzy przedstawili częściowe wyniki ocenionych kompetencji interpersonalnych w tabelach 47 – 60, które pochodzą z badań przeprowadzonych na grupie menedżerów opieki zdrowia w formie wywiadów. Na ich podstawie dokonał oceny ich odpowiedzi i klasyfikował w przedziale od 1 do 5.

Tabela 47. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca komunikowania się

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	0	0,0
W pełni	20	100,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Komunikatywność jest ważną cechą osób piastujących stanowiska menedżerskie, ponieważ poziom zrozumienia wytycznych przełożonych przez podwładnych, jak i dekodowania informacji przez dyrektorów ma wpływ na skuteczność oraz jakość realizowanych zadań w ramach organizacji. Wszyscy przebadani menedżerowie opieki zdrowia ocenili potrzeby w tym zakresie na poziomie bardzo wysokim, wręcz doskonałym. Uznali tę cechę za jedną z dwóch najważniejszych spośród całej zbiorowości umiejętności.

Tabela 48. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca odpowiedzialności

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	0	0,0
W pełni	20	100,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Kolejną umiejętnością, którą dyrektorzy wskazali jako wysoce pożądaną na stanowisku menedżerskim, jest odpowiedzialność. Jest to rodzaj kompetencji interpersonalnych, dzięki którym menedżer potrafi podejmować decyzje oparte na wiedzy, alternatywnych wyborach oraz kalkulowaniu ryzyka inwestycyjnego. Należy pamiętać, że im istotniejsza decyzja, tym większa odpowiedzialność dyrektora za organizację, pracowników i samego siebie. Wszystkie przebadane osoby oceniły odpowiedzialność jako cechę, którą należy mieć rozwiniętą w pełni, w sposób doskonały.

Tabela 49. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca kreatywności

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	1	5,0
W pełni	19	95,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Kreatywność u dyrektorów jest to umiejętność, która charakteryzuje się tym, że osoby w sposób płynny, z własnej inicjatywy planują oraz wdrażają nowe rozwiązania organizacyjne. Cecha ta jest bardzo ważna szczególnie w zmieniającym się zewnętrznym, jak i wewnętrznym otoczeniu szpitali.

Z dwudziestu menedżerów opieki zdrowia dziewiętnaście osób bardzo wysoko oceniło tę umiejętność, a jedna osoba wysoko. Stąd wniosek, że jest to jedna z ważniejszych cech przydatnych na stanowisku menedżerskim.

Tabela 50. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca wytrwałości

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	5	25,0
W pełni	15	75,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Wytrwałość jest kolejną umiejętnością wskazaną przez piętnastu badanych jako ta, którą ocenili na bardzo wysokim poziomie, a przez pięciu dyrektorów na pułapie wysokim. Jest to cecha przydatna zarówno na niwie zawodowej, jak też osobistej. Dzięki wytrwałości jesteśmy w stanie zrealizować zamierzone cele indywidualne oraz organizacyjne.

Odporność na stres jest cechą, która ze względu na obowiązki, podejmowane decyzje oraz odpowiedzialność wynikającą z piastowania stanowiska kierowniczego, zdawało by się, najważniejszą wymaganą od zarządców. Przebadane osoby uznały ją dopiero za piątą umiejętność pod względem średniej oceny. Z dwudziestu przebadanych dyrektorów trzynastu oceniło potrzeby w tym względzie bardzo wysoko, z kolei siedem osób na poziomie wysokim.

Tabela 51. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca odporności na stres

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	7	35,0
W pełni	13	65,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Przywództwo jest kompleksową cechą, która decyduje o budowaniu sprawnego i skutecznego zespołu. Część spośród naukowców określa to pojęcie jako osobowość przywódcza inne określenie ukierunkowane jest na zarządzanie zespołem[369]. Ta druga działalność jest cechą przebadaną na pracownikach szpitali.

[369] A. G. Cowling, M. J. K. Stanworth, R. D. Bennett, J. Curran, P. Lyons, *Behawioural sicences for managers*, Hodder and Stoughton, London-Melborne, Auckland, 1988, s. 103.

Tabela 52. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca zdolności przywódczych

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	2	10,0
W znacznym stopniu	3	15,0
W pełni	15	75,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

W przypadku wcześniej analizowanych umiejętności grupa badawcza oceniła je na poziomie bardzo wysokim bądź wysokim. Inaczej jest w przypadku zdolności przywódczych, które dyrektorzy wycenili w sposób zróżnicowany. Dla piętnastu osób jest to cecha wymagana na stanowisku kierowniczym w stopniu bardzo wysokim. Pozostali badani wybrali wysoki bądź przeciętny poziom umiejętności.

Autorzy wskazali, że poziom wartościowania zdolności przywódczych dokonany przez kadrę zarządzającą daje podstawę do stwierdzenia, że jest to umiejętność istotna w sprawowaniu funkcji menedżerskich. Aby organizacja bądź mniejszy zespół pracowniczy dobrze funkcjonowały, oprócz wysokich kompetencji w zakresie wiedzy czy umiejętności kierownik musi być przywódcą, umieć dobierać styl kierowania, motywować pracowników czy też planować, organizować oraz kontrolować realizowane procesy pracy.

Tabela 53. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotyczących optymizmu

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	8	40,0
W pełni	12	60,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Na czele organizacji powinna stać osoba, która ma nie tylko wizję, ale jest osobą o optymistycznym podejściu do życia. Optymizm jest cechą, dzięki której wszelkie problemy są minimalizowane, a sukcesy stanowią argument do dalszych działań. Przez dyrektorów została ona uznana za umiejętność, którą należy mieć na wysokim bądź bardzo wysokim poziomie.

Tabela 54. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca otwartości

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	1	5,0
W znacznym stopniu	10	50,0
W pełni	9	45,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Kolejną opisaną cechą jest otwartość. Jest ona powiązana z umiejętnością komunikowania się. Przez fakt, że osoby otwarte mają ułatwioną komunikację interpersonalną, unikają chociażby barier komunikacyjnych[370] i wynikających z nich błędów o różnym charakterze[371] związanych z postawą wobec adwersarza. Przeanalizowane dane pozwalają stwierdzić, że połowa badanych wysoko ocenia tę cechę, 45% badanych wskazało na bardzo wysoki poziom, a jedna osoba oceniła zapotrzebowanie na tę cechę jako co najwyżej przeciętne.

Dyspozycyjność jest cechą wymaganą od wszystkich. Jednakże specyfika szpitali sprawia, aby specjaliści w swojej dziedzinie, których trudno zastąpić, byli gotowi na każdą ewentualność. Dyrektorzy, których pozycja w firmie wymaga nienormowanego czasu pracy, muszą wybrać udział w spotkaniach branżowych w jednostce nadrzędnej, w oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia w trakcie zakontraktowania usług, jak również w innych spotkaniach zawodowych.

Tabela 55. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca dyspozycyjności

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	1	5,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	11	55,0
W pełni	8	40,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Większość z przebadanej kadry zarządzającej oceniła w stopniu wysokim tę cechę jako pożądaną na stanowisku kierowniczym, kolejnych osiem w stopniu bardzo wysokim, a jeden poniżej przeciętnej.

Tabela 56. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca systematyczności

Odpowiedź	Liczbowa	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	1	5,0
W znacznym stopniu	13	65,0
W pełni	6	30,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Systematyczność jest cechą przydatną w każdej sferze życia. Osoba posiadająca tę umiejętność na płaszczyźnie zawodowej będzie w sposób ciągły, długofalowy dokształcała się, realizowała

[370] T. L. Means, *Business Communication*, South-Western Cengage Learning, Mason 2010,. s. 11-18.

[371] Akademia Bizensu, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Materiały szkoleniowe z tematu „Asertywna komunikacja w pracy urzędnika" Szkolenia miękkie dla członków korpusu służby cywilnej są realizowane w ramach projektu „Wdrożenie strategii szkoleniowej", Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Priorytet V, Działanie 5.1, Poddziałanie 5.1.1), s. 14-24.

z takim samym zaangażowaniem zadania w długiej perspektywie czasu, wykonując procedury lecznicze, będzie je powtarzała bez pominięcia jakiekolwiek etapu w sformalizowanym procesie. Przebadani dyrektorzy uznali, że nie muszą jej posiadać w pełnym zakresie, wystarczy poziom wysoki.

Tabela 57. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca chęci ciągłego uczenia się

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	1	5,0
W znacznym stopniu	16	80,0
W pełni	3	15,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Aspekt ciągłego uczenia się, czyli uczenia się przez całe życie[372], dotyczy szczególnie osób, dla których wiedza jest wartością w pracy, z niej żyją. Do takich osób zaliczają się pracownicy z grupy zawodów medycznych, jak również menedżerowie opieki zdrowia.

Kolejną uwzględnioną w rozważaniach umiejętnością dyrektorów jest dokładność. Jest to cecha nie w pełni wymagana na kierowniczych stanowiskach pracy. Cecha ta ma charakter umiejętności manualnych i jest przydatna w zawodach, w których liczą się precyzyjność w ruchach, na przykład u lekarzy chirurgów. Menedżerowie opieki zdrowia w przeważającej większości (95% przebadanych osób) wskazali na potrzebę posiadania cechy na wysokim poziomie.

Tabela 58. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca dokładności

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	19	95,0
W pełni	1	5,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Empatia polega na odczuwaniu stanów psychicznych, potrzeb innych. Jest to umiejętność przydatna w sytuacjach wymagających od pracowników dostosowania treści komunikatów do sytuacji odbiorcy procesu komunikacyjnego.

[372] red. P. Sutherland, J. Crowther, *Lifelong Learning. Concepts nad contexts*, Routledge, New York 2008, s. 4-10.

Tabela 59. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca empatii

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	0	0,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	6	30,0
W znacznym stopniu	9	45,0
W pełni	5	25,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Osoba nieposiadająca takiej umiejętności to człowiek, który nie potrafi dostrzegać żadnych emocji w drugim człowieku. Nie potrafi nigdy współczuć drugiej osobie, a tym samym nie jest w stanie jej pomóc. Empatia to bardzo silna umiejętność, którą można nazwać zdolnością współodczuwania[373]. Najwięcej dyrektorów wysoko oceniło potrzebę posiadania tej umiejętności. Jednakże podobne wskazania dotyczyły przeciętnego oraz bardzo wysokiego poziomu zapotrzebowania.

Ostatnią zdiagnozowaną cechą pod względem potrzeb na stanowiskach menedżerskich jest asertywność, która polega na posiadaniu i wyrażaniu własnego zdania oraz bezpośrednim wyrażaniu emocji i postaw w granicach nienaruszających praw innych osób oraz własnych, bez zachowań agresywnych, a także obronie własnych praw w sytuacjach społecznych[374]. Jest to umiejętność przydatna w bezpośrednich kontaktach, w których stan emocjonalny rozmówcy może mieć różny charakter, od bardzo pozytywnego, przez neutralny, po bardzo negatywny. Spośród przebadanych osób 75 proc. dyrektorów oceniło, że asertywność jest umiejętnością przydatną w szpitalach w stopniu wysokim, w większości w relacjach na poziomie personel medyczny a pacjent.

Tabela 60. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca asertywności

Odpowiedź	Liczbowe	Procentowe [%]
Wcale	2	10,0
W niewielkim stopniu	0	0,0
Częściowo	0	0,0
W znacznym stopniu	15	75,0
W pełni	3	15,0
Suma	N=20	100,0

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

5.4. Autorska interpretacja informacji badawczych

Rezultatem przeprowadzonych wywiadów sformalizowanych są powyższe odpowiedzi na 10 pytań podzielonych na 3 grupy, kadrę zarządzającą I, II i III szczebla.

[373] Zob. red. N. Eisenberg, J. Strayer, *Empathy and its development*, Cambridge University Press, Cambridge 1987, s. 17-34.

[374] Zob. A. Phillips, *Assertiveness and the Manager's Job*, Radcliffe Medical Press, Abingdon 2002, s. 3-16.

Respondenci na podstawie własnych doświadczeń opisali, w które kompetencje powinna być wyposażona osoba pełniąca funkcję menedżerską w szpitalu.

Autorzy badania przeprowadzili analizę interpretacyjną, którą oparł na metodzie ilościowo-jakościowej. Na tej podstawie doszedł do następujących wniosków:

- Kompetencje kadry zarządzającej są zróżnicowane na każdym ze szczebli organizacji.
- Kadra zarządzająca powinna posiadać kompetencje zawodowe oraz społeczne na I i II szczeblu organizacyjnym.
- Kompetencje strategiczne i społeczne wymagane są od kadry zarządzającej na III poziomie zarządzania.
- Kompetencje społeczne są niezbędne każdemu menedżerowi zatrudnionemu w szpitalu.
- Kwalifikacje ekonomiczne są ważne dla kadry zarządzającej na III szczeblu organizacyjnym.
- Na I i II szczeblu organizacyjnym kompetencje ekonomiczne należy doskonalić na szkoleniach i kursach uzupełniających wiedzę.
- Ważnym czynnikiem wzmacniającym potencjał kadry zarządzającej jest doświadczenie.
- Lekarze stanowią sprawną kadrę zarządzającą na I i II szczeblu organizacyjnym, na III poziomie muszą uzupełnić kompetencje o wiedzę i umiejętności ekonomiczne.
- Pielęgniarki stanowią sprawny zasób kadry kierowniczej w celu zarządzania grupą podległych pielęgniarek.
- Pracownicy administracyjni w większości są dobrze przygotowani od strony wiedzy czy umiejętności zarządzania, jednakże nie posiadają niezbędnych kompetencji społecznych czy osobowości do pełnienia roli menedżera w organizacji służby zdrowia. Proponowane stanowiska menedżerskie dotyczą pionu administracyjnego, najlepsi z tej grupy mogą stanowić zasób kadrowy na III szczebel zarządzania.
- Dobór kadry zarządzającej na I i II szczeblu organizacyjnym powinien być oparty na podstawie oceny cech osobowościowych, kompetencji społecznych, aby w dalszej kolejności doskonalić kompetencje strategiczne.
- Pod pojęciem kompetencje zawodowe w analizowanym przypadku chodzi o kompetencje z dziedziny nauk medycznych.
- Do kompetencji społecznych zalicza się: sprawne i skuteczne komunikowanie się, kreowanie relacji interpersonalnych i instytucjonalnych, umiejętność radzenia sobie ze stresem, rozwiązywanie konfliktów.
- Do kompetencji strategicznych zalicza się: wiedzę, umiejętności analityczne, wiedzę metodologiczną, umiejętność opracowywania dokumentów strategicznych.

- Do kompetencji menedżerskich (zawodowych na III szczeblu organizacyjnym) zalicza się: kompetencje strategiczne, finansowe, zarządcze, które są w posiadaniu pracowników administracyjnych.
- Jeden problem w osadzeniu przedstawicieli pracowników administracyjnych na stanowisku dyrektora szpitala czy menedżera oddziału jest kultura organizacyjna oraz stereotypy funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia.

* * * * *

W powyższym rozdziale autorzy zawarli skompilowaną treść wywiadów przeprowadzonych z kadrą zarządzającą w szpitalach na różnych jego szczeblach organizacyjnych. Na podstawie tak zebranych informacji, badacze doszli do ogólnych wniosków, które zostały zaprezentowane w podrozdziale 5.5. i posłużyły do zbudowania profesjogramu stanowisk menedżera opieki zdrowotnej dla I i II szczebla organizacyjnego oraz pogłębienia wiedzy w zakresie kompetencji pożądanych przez kadrę zarządzającą.

Badacze w kolejnym rozdziale zawarli autorskie propozycje innowacji organizacyjno-kompetencyjnych dla kadry menedżerskiej.

ROZDZIAŁ VI
MODEL KOMPETENCYJNO-ORGANIZACYJNY W PIONIE MENEDŻERSKIM

Każdy szpital funkcjonuje w zmieniającym się środowisku, na które oddziałują bodźce pochodzenia zewnętrznego, jak również wewnętrznego. Często zmiany pojawiają się w tym samym czasie, przez co ich oddziaływanie na organizację jest większe a skutki są bardziej eksponowane. Podobna sytuacja zachodzi w przypadku przemian o charakterze sekwencyjnym, które następują jedna po drugim, na zasadzie działań przyczynowo-skutkowych.

Ważnym czynnikiem wpływającym na funkcjonowanie organizacji są pracownicy a właściwie ich kompetencje zawodowe. Szpitale są organizacjami uczącymi i uczącymi się, co oznacza, że pod określeniem „jednostka ucząca się" kryje się sformułowanie określające zespół pracowników, którzy uczą się automatycznych zachowań, odruchów w procesie leczenia a w szczególności ta sytuacja jest eksponowana na oddziałach intensywnej terapii (OIOM) czy też w ratownictwie medycznym. Przykładem takiego działania są zespoły operacyjne składające się z lekarzy i pielęgniarek powtarzających swoje czynności w ramach zespołu, w taki sposób, aby zachowania realizowane były w sposób automatyczny, przy jednoczesnym zgraniu zespołu. Z kolei organizacje uczące są to takie jednostki, w których zarządza się pokładami wiedzy jakie odłożyły się w umysłach pracowników w procesie pracy i kształcenia przez długi okres czasu. Taka sytuacja jest najlepiej widoczna w przypadku stanowisk zajmowanych przez specjalistów wymagających od pracowników nie tylko kompetencji specjalistycznych, lecz również *okołozawodowych*[375]. Wyznaczają one poziom sprawności pracowników i wpływają na wzrost efektywności działania pojedynczego pracownika, co z kolei przenosi się na poziom efektywności komórki organizacyjnej a nawet całej organizacji.

6.1. Deficyt kompetencji pracowników w obszarze funkcji menedżerskich

W przypadku zawodów medycznych, zaliczamy do nich m.in. lekarzy czy pielęgniarki. Przedstawiciele z wymienionych zawodów są zobligowani od 2011 roku do posiadania wykształcenia wyższego zawodowego na poziomie co najmniej studiów pierwszego stopnia. W przypadku lekarzy doskonalenie zawodowe jest obowiązkiem każdego z nich, w celu uzyskania specjalizacji, muszą zdobyć 200 punktów edukacyjnych w okresie czterech lat376. W przypadku pielęgniarek (i położnych) również akty prawne wymuszają posiadanie określonych kwalifikacji

[375] K. Wenta, *Uczyć się przez całe życie, aby być i mieć nadzieję na dobrą pracę*, „Edukacja ustawiczna dorosłych" 2 (77)/ 2012 (Polish Journal of Continuing Education), Wydawnictwo Instytut Technologii Eksploatacji, s. 21.

[376] Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty z dnia 20 grudnia 2012 roku (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 1543).

zawodowych oraz stażu pracy377. Obie grupy mają określoną oraz sformalizowaną ścieżkę awansu zawodowego, która określa, jakie kompetencje muszą uzyskać, aby być zaszeregowanym do określonej grupy pracowniczej, co przekłada się na awans zawodowy na sformalizowanej ścieżce.

Z kolei ustawodawca nie nałożył dodatkowych wymogów na pracowników, którzy chcieliby pełnić funkcję ordynatora. Odnosząc się do zapisu dotyczącego stanowiska ordynatora z rozporządzenia378, musi on posiadać „*tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentysty i tytuł specjalisty lub specjalisty II stopnia w dziedzinie medycyny zgodnej z profilem oddziału lub w dziedzinie pokrewnej oraz potwierdzić ośmioletni okres pracy w podmiocie leczniczym*". Są to warunki konieczne, z kolei dodatkowe obostrzenia zależą od organizacji szpitalnej, w której ogłaszany jest konkurs na stanowisko ordynatora. Zazwyczaj nie stawia się dodatkowych wymagań, które można określić, jako czynniki niezbędne, przydatne, czy też oczekiwane od pracowników na stanowisku kierowniczym. Nie chodzi tylko o kwalifikacje, które określić można jako menedżerskie, np. ukończenie studiów podyplomowych z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia. Najważniejszymi czynnikami kompetencji są wiedza i umiejętności interpersonalne, które lekarze i pielęgniarki powinni doskonalić przed objęciem funkcji kierowniczej w szpitalu. Brak tych cech u kadry zarządzającej może skutkować negatywnie na komórkę organizacyjną czy też całą jednostkę. Główną konsekwencją jest skłócony zespół, niezgrany, w którym przełożony nieumiejętnie zarządza relacjami i kompetencjami podwładnych.

Na podstawie informacji przedstawionej i przeanalizowanej w dwóch rozdziałach empirycznych (IV i V), autorzy doszli do wniosku, że nie można analizować wiedzy i umiejętności personelu medycznego jako całości. Występujące różnice w wynikach są tak duże, że należy oddzielnie analizować sytuację w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek.

Wiedzę menedżerską przeanalizowano dokonując jej podziału na 29 dziedzin, sklasyfikowanych w siedmiu grupach. Lekarzy charakteryzuje ponadprzeciętna samoocena większości obszarów wiedzy, często jest wynikiem wysokiego poczucia własnej wartości przez przedstawicieli tej grupy zawodowej. Duże luki kompetencyjne zdiagnozowano u nich w przypadku takich umiejętności jak: rekrutacja, planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości), rozliczenia z NFZ, kontrola przychodów i kosztów, budżetowanie. Pielęgniarki oceniły swoją wiedzę również na poziomie ponadprzeciętnym. Połowę z ocenianych cech pielęgniarki mają lepiej rozwinięte, a drugą połowę lekarze. Ważne jest, że cechy posiadane przez lekarzy nie są domeną pielęgniarek i na odwrót, w tym czym są dobre pielęgniarki, dla lekarzy są to mniej interesujące cechy.

---

[377] Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 r.

[378] Tamże.

Przedstawiciele obu grup zawodowych we własnym odczuciu, najwyższy poziom osiągnęli w zakresie wiedzy dotyczącej psychologii zarządzania.

Zestawiając powyższe wnioski z wynikami osiągniętymi przez menedżerów opieki zdrowia można stwierdzić, że pielęgniarki, a w mniejszym stopniu lekarze muszą uzupełnić wiedzę menedżerską. Ponieważ obecny poziom jest niewystarczający do pełnienia funkcji kierowniczej. Jedną z przyczyn jest fakt, że lekarze są pochłonięci uzyskiwaniem punktów edukacyjnych w związku ze zdobywaną specjalizacją medyczną. Z kolei pielęgniarki skupiają się na pracy wykonawczej polegającej na: wypełnianiu zadań oraz realizowaniu wytycznych wyznaczonych przez pielęgniarki koordynujące, oddziałowe, czy też naczelne.

Z kolei pracownicy administracyjni w zakresie wiedzy menedżerskiej posiadają bardziej zaawansowane kompetencje od przedstawicieli obu grup medycznych, zarówno od lekarzy, jak i pielęgniarek. Duża grupa przebadanych osób posiada wykształcenie ekonomiczne, zarządzania, finansów lub prawa. Co stanowi mocny fundament w budowaniu wiedzy menedżerskiej. Czynnikiem wzmacniającym jest zaangażowanie pracowników administracyjnych w podnoszenie wiedzy z wybranych obszarów menedżerskich w procesie sformalizowanym, na szkoleniach czy studiach podyplomowych.

Kolejną składową kompetencji rozważaną w kontekście funkcji menedżerskiej są tzw. umiejętności interpersonalne czy zachowania interpersonalne, w ramach których wydzielono czternaście indywidualnych cech. Na tej płaszczyźnie lekarze wykazują się wysokimi a nawet bardzo wysokimi umiejętnościami interpersonalnymi. Biorąc pod uwagę ogół umiejętności można przyjąć, że kompetencje lekarzy w tym zakresie są na wysokim poziomie, a występujące niewielkie niedoskonałości na płaszczyźnie umiejętności, w łatwy sposób można udoskonalić. Natomiast pielęgniarki, postrzega się często jako pracowników, którzy wykonują zadania stanowiące uzupełnienie procesu leczenia. Pielęgniarki wyposażone są w umiejętności interpersonalne na niższym poziomie niż lekarze. Ogólnie przygotowanie pielęgniarek można postrzegać pozytywnie, w większości są na poziomie wysokim czy ponadprzeciętnym. Najniższą ocenę uzyskała, podobnie jak u lekarzy, cecha dotycząca zdolności przywódczych, wskazując duże braki w tym zakresie umiejętności. Oznacza to, że przeciętny lekarz jest sprawniejszy w obszarze kompetencji interpersonalnych.

Średnia ocena każdej cechy pielęgniarek w stosunku do lekarzy jest niższa o 0,2. W układzie procentowym średnio na cechę różnica wynosi 4 proc. na niekorzyść pielęgniarek, a w przypadku niektórych umiejętności różnica sięgać może nawet 7 proc., a najmniejsza różnica występuje przy ocenie dyspozycyjności i wynosi 1 proc. na korzyść lekarzy. Reasumując, wszystkie cechy są w samoocenie pozytywniej postrzegane przez lekarzy, niż przez pielęgniarki.

Przygotowanie obu grup zawodowych w zakresie analizowanej umiejętności ocenić można pozytywnie. Wynika to z faktu, że zarówno personel medyczny, tak i menedżerowie muszą być wyposażeni w umiejętności interpersonalne, na różnych poziomach. W przypadku pielęgniarek w obszarze kompetencji społecznych ważne są: umiejętności kreowania pierwszego kontaktu, budowania relacji interpersonalnych, empatii, czyli współodczuwania. Lekarzy charakteryzuje pewność siebie, posługiwanie się schematami rozmowy, tzw. wywiadami. Jednakże należy zaznaczyć, że jest to tzw. subiektywne odczucie samych zainteresowanych, a nie obiektywny obraz stanu kompetencji przedstawicieli obu grup zawodowych.

Pracownicy administracyjni w zakresie kreowania relacji międzyludzkich są grupą, która wyróżnia się na tle pozostałych pracowników. Na podstawie uzyskanych danych badawczych, autorzy stwierdzili, że są to osoby o otwartych horyzontach poznawczych, chcą kontaktować się z innymi pracownikami w układzie intragrupowym, czy też intergrupowym, nie stawiają granic. Problemem jest ewentualna blokada na kontakty zewnętrzne po stronie lekarzy, która jako grupa zawodowa nastawiona jest na budowanie relacji intragrupowych oraz otwarciem na pielęgniarki, który w większości odbywa się na płaszczyźnie zawodowej.

Poziom kompetencji pracowników administracyjnych w obszarze zachowań interpersonalnych jest niższy od kompetencji interpersonalnych reprezentowanych przez lekarzy, szczególnie widoczny jest deficyt w następujących zakresach: odporność na stres czy też zdolności przywódczych. Są to cechy, które pracownicy administracyjni mają na niższym poziomie nawet od pielęgniarek. Mocną stroną administracji jest z kolei komunikatywność, chęć ciągłego uczenia się czy też otwartość.

Analizując kompetencje interpersonalne autorzy stwierdzili, że lekarze są lepiej przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich. Największe różnice na niekorzyść pielęgniarek dotyczą umiejętności skupionych na komunikacji różnorakiego typu i charakteru. Natomiast umiejętności dotyczące zarządzania sprzętem oraz informacją, a konkretnie odpowiedzialność za powierzony sprzęt (rzadziej dotyczy to lekarzy) oraz procedura obiegu dokumentu, obsługi administracyjno-organizacyjnej procesu leczenia. Są to zadania realizowane przez pielęgniarki.

Jednakże to lekarze są najbardziej rozpoznawalną grupą zawodową. To oni leczą, stawiają diagnozy, czy też wystawiają recepty. Kryzys kompetencyjny funkcji menedżerskiej w szpitalach wynika z „pogoni" lekarzy za awansem zawodowym, zdobywaniem specjalizacji. Jednocześnie niedostatki w kadrze lekarskiej powodują, że wydłuża się czas oczekiwania pacjenta na usługę.

Spośród wszystkich grup pracowniczych w szpitalach najczęściej funkcje menedżerskie pełnią lekarze. Zazwyczaj jest to stanowisko ordynatora bądź kierownika komórki organizacyjnej. W niektórych szpitalach nawet co szósty zatrudniony lekarz pełni funkcję kierowniczą. W przypadku

pielęgniarek nie jest to już tak duży odsetek, spośród których co siedemdziesiąta piąta pielęgniarka pełni funkcję kierowniczą[379].

Badania pokazują, że 60-80 proc. podstawowej opieki świadczonej tradycyjnie przez lekarza z powodzeniem mogą wykonywać pielęgniarki380. Przy jednoczesnym wzroście wymagań kwalifikacyjnych dla zawodu pielęgniarki, w związku z tym, przyrost wiedzy medycznej personelu pielęgniarskiego, skutkuje tym, że lekarze mogą w większym stopniu być zastąpieni przez pielęgniarki i zajmować się zadaniami wynikającymi z roli im przypisanej w ramach kultury organizacyjnej. Wpłynie to na wzrost efektywności leczniczej jednostki. Wyposażeni w dodatkowe kompetencje lekarze będą mogli pełnić funkcje kierownicze bez zachwiania funkcjonowania szpitala na płaszczyźnie leczniczej. Alternatywnym rozwiązaniem jest zaangażowanie pracowników administracyjnych w proces awansu w pionie menedżerskim. Szczególnie, że ta grupa zawodowa posiada przygotowanie merytoryczne i metodyczne do pełnienia funkcji menedżerskich i z marszu może realizować zadania na poziomie I szczebla organizacyjnego. Jednakże deficyt w zakresie kompetencji społecznych, nieukształtowanych zachowań interpersonalnych istotnych na stanowisku menedżerskim u pracowników administracyjnych powoduje, że wyższe szczeble awansu menedżerskiego wymagają ich uzupełnienia, w szczególności dotyczy to zdolności przywódczych oraz odporności na stres. Doskonalenie kompetencji w ramach tych dwóch zachowań będzie stanowiło mocny fundament do zbudowania sprawnego menedżera opieki zdrowotnej.

Większe zaangażowanie i wzrost samodzielności pielęgniarek w procesie leczenia spowoduje, że wzrosną możliwości zaangażowania lekarzy w działania kierownicze. Większość spośród przebadanych lekarzy podnosi swoje kompetencje, ale tylko w zakresie medycznym, w związku z wykonywanym zawodem lekarza. Działania na płaszczyźnie menedżerskiej traktują oni jako dodatek do podstawowej profesji, jako tzw. zło konieczne. Polega to na obejmowaniu przez lekarzy stanowisk kierowniczych, do których nie są przygotowani, lecz również na wypełnianiu niektórych obowiązków oraz marginalizowaniu bądź odkładaniu w czasie pozostałych. Zmniejsza to efektywność wykorzystania zasobów materiałowych oraz ludzkich (kompetencji pracowniczych). Co wpływa na obniżenie sprawności organizacyjnej zespołu.

W ten sposób osoby awansowane na funkcję kierowniczą są to osoby, które można opisać jako „*kierowników niespodzianki*". Nie wiadomo czy podołają zadaniu, czy będą w stanie zarządzać podległemu zasobowi ludzkiemu, czy sprzętowemu. Są to dylematy, które z pewnością towarzyszą decydentom w chwili ogłoszenia wyniku konkursu na stanowisko zarządcze. Zwyczajowo lekarze pełniący funkcję ordynatora, skupieni są na obowiązkach zawodowych i pełnieniu roli mentora dla podległych mu młodszych adeptów medycyny. Zachodzi relacja o charakterze „mistrz-uczeń",

[379]*Dane zebrane w wybranych pięciu szpitalach z województwa dolnośląskiego.*
[380]*Pielęgniarki o swoich miejscach pracy*, „Rynek Zdrowia" Nr 76, listopad 2011.

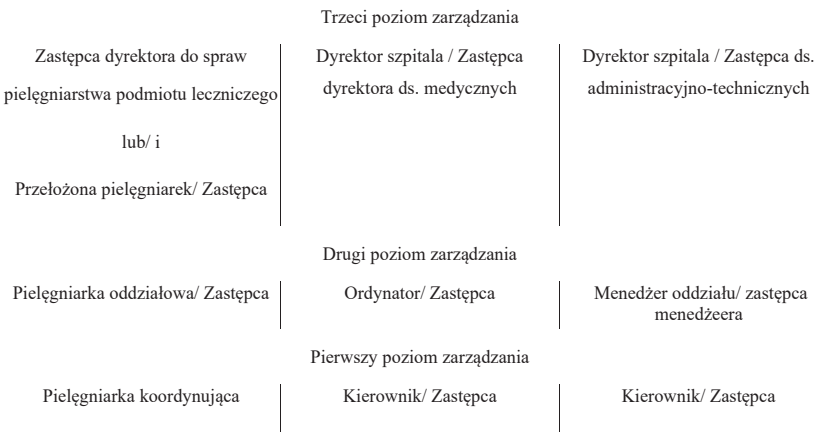
a powinna „przełożony-podwładny". Relacje te różnią się charakterem, zastosowaniem, czy też przedmiotem relacji.

Na ilustracjach 15 i 16 zaprezentowano ścieżki awansu zawodowego lekarzy i pielęgniarek ukazujące szczeble awansu pionowego z podziałem na stanowiska wykonawcze i kierownicze. W przypadku lekarzy można wyróżnić pięć szczebli dla pracowników operacyjnych oraz trzy szczeble dla kadry zarządzającej wywodzącej się spośród lekarzy (sformalizowane są wymogi kwalifikacyjne na II i III szczeblu organizacyjnym, na I szczeblu wymogi wobec lekarzy mają charakter fakultatywny). W pierwszej kolumnie przedstawiono kolejne wymogi, które stawiane są przy awansach pionowych. Analizując wymogi kompetencyjne, pracownicy z tytułem zawodowym mogą zajmować zarówno stanowisko stażysty lekarza, jak i lekarza, nie są stawiane inne wymagania. Tak samo jest w przypadku stanowisk kierowniczych (ordynatora, zastępcy dyrektora) są kwalifikowali ci lekarze, którzy spełniają dwa kryteria, po pierwsze, posiadają wykształcenie (II stopień specjalizacji, specjalizację), po drugie, ośmioletni staż pracy zawodowej.

W rozporządzeniu uwzględniono pielęgniarki nie posiadające zawodowego wykształcenia wyższego, w przypadku nowo zatrudnianych osób wymagane jest wykształcenie wyższe, z kolei pielęgniarki czynne zawodowo przed wejściem w życie rozporządzenia mogą wykonywać zawód na wcześniejszych warunkach kwalifikacyjnych do 31 grudnia 2020 roku, jest to okres przejściowy, w którym pielęgniarki muszą uzupełnić wykształcenie. Podobnie jest w grupie lekarskiej, ustawodawca określił wspólne warunki kwalifikacyjne dla wszystkich stanowisk kierowniczych zajmowanych przez pielęgniarki na wszystkich szczeblach organizacyjnych.

Z przeprowadzonej analizy stanowisk pracy, które są częścią ścieżki awansu zawodowego lekarzy oraz pielęgniarek zwraca uwagę brak operacyjnego stanowiska kierowniczego w części dotyczącej lekarzy. W wyniku braku takiego stanowiska kierowniczego obowiązki szczebla niższego przejmują ordynatorzy, którzy łączą funkcje kierownika drugiego poziomu z kompetencjami kierownika pierwszego poziomu.

Przez to ordynatorzy częściej pełnią opiekę merytoryczną nad funkcjonowaniem młodszych lekarzy, a nie wypełniają obowiązków związanych z planowaniem, organizowaniem oraz kontrolowaniem podległego im oddziału szpitalnego, czyli zadaniami wynikającymi z obowiązków kadry zarządzającej. Wskutek tego sprawność i efektywność działania nie jest zoptymalizowana i z całą pewnością kontrola jakości wykazałaby luki organizacyjne.



Ilustracja 15. Stanowiska menedżerskie na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną
Źródło: opracowanie własne na podstawie aktów prawnych

Wspomaganie i rozwój kadry menedżerskiej na poziomie operacyjnym napotykają na problemy dotyczące rekrutacji, absencji, zastępstw, zarządzania mobilnością pracowników paramedycznych. Są to kwestie, na które trzeba znaleźć rozwiązanie. W ten sposób tworzona jest „polityka menedżerska" w każdym szpitalu, w czasie kiedy wchodzi w życie ustawa381 o przekształceniu ich w spółki prawa handlowego.

Ta reforma zarządzania podmiotami leczniczymi głęboko modyfikuje podział zakresów kompetencji i środków przeznaczonych do realizacji celów oraz wpływu na istotę decyzji „coraz bardziej paradoksalnych", podejmowanych między wymogami opieki szpitalnej, a wymogami efektywności ekonomicznej organizacji mającej coraz bardziej charakter „sitkowy". Często prowadzi to do wielorakich kombinacji o wydźwięku pejoratywnym[382].

Operacyjny menedżer zdrowia zajmuje pozycje pomiędzy opieką medyczno-pielęgniarską a efektywnością ekonomiczną jednostki organizacyjnej, do której przynależy wraz ze swoim zespołem. Celem ustawy o przekształceniu szpitali publicznych w spółki prawa handlowego jest nadanie im wymiaru rynkowego poprzez antycypowanie w ewolucjach, ekonomicznej a także demograficznej (związanej ze starzeniem się społeczeństwa) i cywilizacyjnej (wzrost świadomości oraz pojawienie i rozpowszechnienie się nowych „chorób cywilizacyjnych"). Przemiany te odciskają piętno na zmianie kulturowej wpływającej na obszar działania pracowników medycznych szpitala bez względu na ich pozycje w hierarchii organizacyjnej. W tej sytuacji liniowi menedżerowie opieki medycznej znaleźli się w sytuacji dwuznacznej, dlatego ich funkcja zasługuje na dyskusję.

[381]Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).
[382] P. Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Editions Broché, 2008.

Niezadowolenie z pracy i wypalenie zawodowe to częste przypadki tej grupy menedżerów zdrowia. Wielu z nich nie ma wsparcia ze strony dyrekcji, która od nich dużo wymaga, czują się pozostawieni sami sobie i niezrozumiani przez zespoły, którymi kierują.

Autorzy odwołując się do studiowanej literatury wyróżnili dwa podejścia, pierwsze dotyczące zmian organizacyjnych (teoria O) i drugie, o charakterze ekonomicznym (teoria E). Oba są ukierunkowane na konieczność poprawy ogólnej efektywności organizacji[383].

Teorię E określa się jako działania nastawione na szybki wzrost wartości udziałów. Powodem wdrażania tej teorii w praktyce jest zwykle bardzo trudna sytuacja finansowa przedsiębiorstwa. Działania naprawcze podejmowane są odgórnie i głównie są ukierunkowane na redukcję kosztów, zmniejszenie rozmiarów spółki, czy też sprzedaż akcji. Teoria O nazywana jest również podejściem możliwości organizacyjnych. Charakteryzuje ją cel ukierunkowany na wzrost efektywności organizacji dzięki tworzeniu silnej kultury organizacyjnej i rozwojowi kompetencji pracowniczych. Taka zmiana nie nosi znamion stałej, trzeba ją powtarzać w sposób ciągły bądź w krótkich interwałach czasowych (do roku czasu)[384].

W dalszej części autorzy odnieśli swoje propozycje do przemian w zakresie organizacyjnym i kompetencyjnym pracowników. Badacze w analizie uwzględnili podejście amerykańskie, które zorientowane jest na osobę, jego kompetencje, przy zastosowaniu behawioralnych wywiadów środowiskowych, które różni się od podejścia brytyjskiego skoncentrowanego na technikach analizy pracy, które zorientowane są na zadania i opierają się na analizie funkcjonalnej, której celem jest zidentyfikowanie raczej niezbędnych ról, zadań oraz obowiązków związanych z wykonywaną pracą niż umiejętności tych osób, które odnoszą sukces[385].

6.2. Kompetencje pożądane na stanowisku menedżera I i II szczebla organizacyjnego

Trzeci cel badawczy zobligował autorów do opracowania profilu kompetencyjnego potrzeb na stanowisku menedżerskim w zakresie ścieżki awansu dedykowanej pracownikom organizacji służby zdrowia. Skutkiem tego badacze przystąpili do opracowania diagnozy kompetencji pożądanych na określonych stanowiskach pracy, która dotyczy menedżera pierwszej linii oraz menedżera średniego szczebla ds. lecznictwa.

Metodą, którą wykorzystano do opracowania profesjogramu stanowiska386 jest to metoda sprzężenia zwrotnego 270 stopni, która pozwala na uwzględnienie w badaniu punktów widzenia

---

[383] M. Beer, N. Nohria, *Breaking the Code of Change*, Harvard Business *Review*78, No. 3 (May–June) 2000, 133–141.

[384] Zob. S. P. Robbins, N. Langton, *Organizational Behaviour: Concepts, Controversies, Applications*, Prentice Hall, Toronto 2003.

[385] T. Kupczyk, M. Stor, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria, badania i praktyka biznesowa*, Wydawca Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu, Wrocław 2017, s. 13-14.

[386] T. Oleksyn, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 187-188, 601.

pracowników w trzech wymiarach: podwładnego, przełożonego oraz tzw. samooceny[387]. Powyższa metoda nie jest optymalnym rozwiązaniem od strony metodycznej, ze względu na brak holistycznego ujęcia informacji z otoczenia, na podstawie, których budowane są wnioski uwzględnione w profesjogramach stanowiska.

Najbardziej optymalną metodą budowy profilu kompetencyjnego jest metoda sprzężenia typu 360 stopni[388], którą jako pierwszy zastosował P. Ward w 1987 roku w pracy jako dyrektor ds. szkoleń grupowych w firmie Tesco. Powyższa metoda jest oparta na 4 źródłach pozyskiwania informacji z otoczenia stanowiska pracy.

Badacze z niej zrezygnowali, ze względu na charakter prowadzonego badania, które skupione jest na wnętrzu organizacji szpitalnej, z kolei metoda 360 stopni, oprócz trzech płaszczyzn z metody 270 stopni, uwzględnia jeszcze punkt widzenia pacjentów, którzy mogą oceniać kompetencje społeczne i odczucia dotyczące sprawności pracy na określonym stanowisku.

Jest to główny powód wyboru metody 270 stopni, a nie chociażby 360 stopni, czy innych jej odmian - 450, czy 540 stopni, które są jeszcze bardziej rozbudowane w zakresie horyzontalności badań. Z kolei metody 90 i 180 stopni zawężają postrzeganie przedmiotu analizy, co może wpłynąć na subiektywizm wniosków.

Badacze na podstawie doświadczenia stwierdzili, że wskazana metoda jest optymalnym rozwiązaniem przy uwzględnieniu charakteru i zakresu badania, czynników organizacyjnych i finansowych.

Autorzy do pozyskania informacji z otoczenia wewnętrznego posłużyli się wywiadem środowiskowym oraz kwestionariuszem ankiety, które zastosował do przebadania lekarzy i pielęgniarek oraz menedżerów wszystkich szczebli organizacyjnych. Na tej podstawie zbudowano profesjogramy stanowiska dla menedżera I i II szczebla organizacyjnego w szpitalach.

Przyjęto podział za M. Sidor-Rządkowską, B. Jamką, G. Filipowiczem oraz M. Kęsy[389, 390, 391, 392] na trzy grupy kompetencji: zawodowe, społeczne i firmowe. Wybór dwóch pierwszych zbiorów nie trzeba uzasadniać, ponieważ wymienione grupy kompetencji stanowią podstawę rozważań teoretyczno-empirycznych na wcześniejszych kartach niniejszej książki. W przypadku kompetencji

---

[387] P. Ward, *360 – degree feedback*, CIPD House, Londyn 1997, s. 20-27.

[388] Tamże.

[389] M. Sidor-Rządkowska, *Kompetencyjne systemy ocen pracowników. Przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 60-62.

[390] B. Jamka, *Czynnik ludzki we współczesnym przedsiębiorstwie: zasób czy kapitał? Od zarządzania kompetencjami do zarządzania różnorodnością*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 128.

[391] G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami: perspektywa firmowa i osobista*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 14, 117-118.

[392] M. Kęsy, *Kształtowanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego w szpitalach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013, s. 24.

firmowych pojawiają się jako trzecia grupa cech, która jest również istotna dla budowania profilu kompetencyjnego. Autorzy zwrócili uwagę, że kompetencje organizacji szpitalnej są ważne w celu budowania tożsamości organizacyjnej. W tę grupę kompetencji należy wyposażyć wszystkich pracowników szpitala, bez względu na pełnioną rolę w organizacji.

Menedżer pierwszej linii na podstawie uzyskanych informacji powinien wykazywać się następującymi cechami, które przedstawiono w tabeli 61.

Badacze nie przyjęli skali 5 stopniowej, lecz 6 stopniową, aby wykazać różnice w stanie zaawansowania określonej cechy na analizowanych stanowiskach pracy.

I tak, w skali 1-6, od poziomu podstawowego do wybitnego, świadczącego o najwyższym poziomie profesjonalizmu.

Poziom pożądanych kompetencji:

1 – poziom elementarny,

2 – poziom elementarny wzmocniony,

3 – poziom zawodowy,

4 – poziom wyższy,

5 – poziom wyższy profesjonalny,

6 – poziom wybitny, najwyższy profesjonalizm.

Tabela 61. Pożądane kompetencje na stanowisku menedżera pierwszej linii

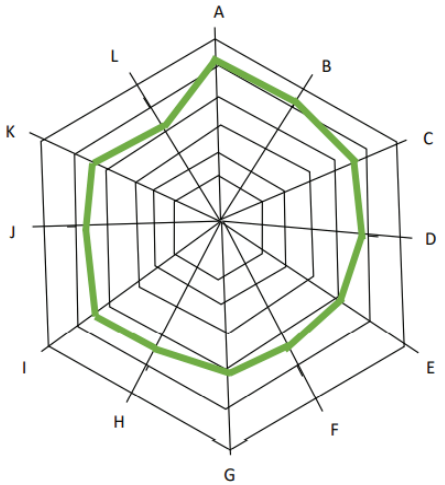
Kompetencje zawodowe		Średnia ocena
A	Wiedza merytoryczna	5,1
B	Umiejętności manualne	5,1
C	Znajomość procedur medycznych	4,5
D	Wiedza i umiejętność korzystania z nowoczesnej aparatury medycznej lub metod zarządzania	4,9
Kompetencje społeczne		Średnia ocena
E	Sprawne komunikowanie się	4,1
F	Odpowiedzialność	4,6
G	Umiejętność rozwiązywania konfliktów	4,2
H	Odporność na stres	4,5
Kompetencje organizacji szpitalnej		Średnia ocena
I	Znajomość prawa	4,6
J	Personalizacja opieki	4,7
K	Współpraca zespołowa	4,5
L	Znajomość kultury organizacyjnej	4,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wywiadu środowiskowego.

Analiza pozyskanych informacji wskazuje, że na stanowisku menedżera pierwszej linii najbardziej pożądane są następujące cechy: umiejętności manualne, wiedza merytoryczna, personalizacja opieki oraz wiedza i umiejętność korzystania z nowoczesnej aparatury medycznej. Wyniki potwierdzają, że przedstawiciele personelu medycznego, który „wchodzą" na ścieżkę menedżerską muszą doskonalić kompetencje zawodowe, aby być profesjonalnie przygotowanymi do wypełnienia obowiązków wynikających z wypełnienia zawodu lekarza lub pielęgniarki.

Cechami wspomagającymi są kompetencje z grupy społecznej i firmowej, które menedżer powinien doskonalić przynajmniej w procesie pracy (kultura organizacyjna, współpracę zespołową, personalizację opieki, znajomość prawa, odpowiedzialność) lub w procesie szkoleniowym (sprawne komunikowanie się, odporność na stres, umiejętność rozwiązywania konfliktów). Pracownicy administracyjni są lepiej przygotowani w obszarze kwalifikacji menedżerskich, jak i wiedzy przydatnej w pełnieniu roli menedżera pierwszego kontaktu w organizacji szpitalnej.

Na ilustracjach 16 i 17 odwzorowano obraz cech kompetencyjnych, które są pożądane na stanowiskach odpowiednio menedżerów pierwszej linii (odpowiednikiem w szpitalach są np. kierownicy laboratoriów oraz kierownicy bloków operacyjnych) i menedżerów średniego szczebla (odpowiednikiem są ordynatorzy czy tzw. menedżerowie oddziałów).



Ilustracja 16. Profesjogram kompetencji pożądanych na stanowisku menedżera pierwszej linii
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych i informacji pierwotnych.

Osoba na stanowisku menedżera liniowego musi być wyposażona na poziomie wyższym profesjonalnym w kompetencje zawodowe. Jest to zgodne z obecnie funkcjonującą ścieżką awansu kierowniczego dla personelu medycznego. Natomiast pozostałe kompetencje zarówno społeczne, jak i firmowe muszą być przejawiane przez osoby piastujące funkcję menedżera pierwszej linii na poziomie co najmniej wyższym, co jest zadaniem trudniejszym do wypełnienia ponieważ obecny system awansu zawodowego personelu medycznego nie przewiduje w tym zakresie działań. Należy założyć, że menedżerem I szczebla organizacyjnego powinna być osoba z wieloletnim doświadczeniem zawodowym, wyróżniająca się wiedzą oraz umiejętnościami zawodowymi, pracująca przez kilka lat w podmiocie celem poznania podmiotu leczniczego oraz kultury

organizacyjnej, w którym ma objąć stanowisko menedżerskie, jak również wykazująca się kompetencjami społecznymi, niezbędnymi dla sprawnego zarządzania zespołem pracowniczym.

Autorzy zaproponowali aby awanse menedżerskie na I szczeblu organizacyjnym zachodziły w ramach grup zawodowych. Organizacja szpitalna zyska podwójnie. Po pierwsze, rekrutacja wewnętrzna zawężona do przedstawiciela tej samej profesji co pracownicy, zniweluje ryzyko odrzucenia, asymilacji z zespołem. Po drugie, osoba zdobywa niezbędne doświadczenie, w praktyce buduje preferowane zachowania interpersonalne, kształtuje się osobowościowo. Okres funkcjonowania na stanowisku I szczebla organizacyjnego należy traktować jako okres przejściowy, w którym menedżerowie kształtują zachowania i ogólnie kompetencje, aby być sprawnym menedżerem operacyjnym a najlepsi otrzymają szansę awansu na II szczebel organizacyjny w szpitalu.

Tabela 62. Pożądane kompetencje na stanowisku menedżera średniego szczebla

Kompetencje zawodowe			
		Średnia ocena	Różnica tab. 61 – tab. 60
A	Wiedza merytoryczna	5,3	+0,2
B	Umiejętności manualne	5,2	+0,1
C	Ciągłe uczenie się	5,0	brak cechy
D	Wiedza i umiejętność korzystania z nowoczesnej aparatury medycznej lub metod zarządzania	4,9	+0,0
Kompetencje społeczne			
		Średnia ocena	Różnica tab. 61 – tab. 60
E	Sprawne komunikowanie się	5,4	+1,3
F	Odpowiedzialność	5,1	+0,5
G	Etyka i wartości zawodowe	5,1	brak cechy
H	Zarządzanie partycypacyjne	5,3	brak cechy
Kompetencje organizacji szpitalnej			
		Średnia ocena	Różnica tab. 61 – tab. 60
I	Znajomość prawa	5,1	+0,5
J	Personalizacja opieki	4,8	+0,1
K	Współpraca zespołowa	5,0	+0,5
L	Znajomość kultury organizacyjnej	5,3	+1,1

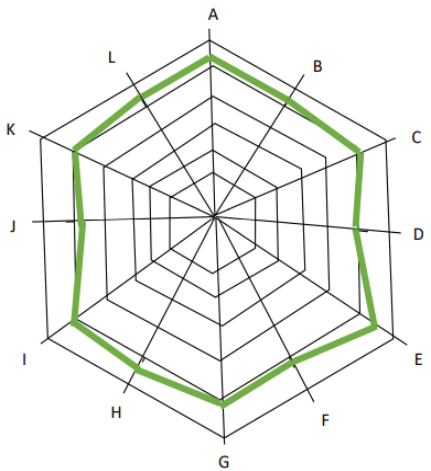
Źródło: Opracowanie własne na podstawie wywiadu środowiskowego.

Wyniki przedstawione w tabeli 62, wskazują na rosnące oczekiwania w zakresie cech kompetencyjnych wymaganych od osób, które chcą awansować na drugi szczebel menedżerski. Personel medyczny i pracownicy administracyjni, którzy chcą uzyskać awans w pionie kadry zarządzającej, muszą doskonalić wiedzę i umiejętności w obszarze kompetencji społecznych, które ulegają największym zmianom wraz z awansem pionowym z I na II szczebel menedżerski. W przypadku kompetencji zawodowych przyrost jest niewielki, ponieważ rola menedżera powinna być dedykowana osobom, które wyróżniają się wiedzą i umiejętnościami w zakresie wiedzy menedżerskiej.

Należy zwrócić uwagę, że osoby które mają awansować z poziomu stanowiska menedżerskiego I szczebla na średni szczebel menedżerski powinny doskonalić kompetencje z obszaru społecznych

i organizacji szpitalnej w zakresie sprawnego komunikowania się, odpowiedzialności, znajomości prawa oraz współpracy zespołowej. Dodatkowo należy skupić uwagę na etyce i wartościach zawodowych, które są podstawą kształtowania prawidłowych zasad kultury organizacyjnej budowanej w sposób czytelny, jasny i etyczny. Uzupełnieniem jest cecha ważna dla budowania odpowiedzialności zespołowej i indywidualnej pracowników, czyli zarządzanie partycypacyjne.

W przypadku kompetencji organizacji szpitalnej, wszystkie cechy przypisane do stanowiska menedżera pierwszej linii, powtarzają się na stanowisku menedżera średniego szczebla. Jest to grupa kompetencji, która powinna być istotnie wzmocniona na polu trzech cech, w szczególności znajomości firmy.



Ilustracja 17. Profesjogram kompetencji pożądanych na stanowisku menedżera średniego szczebla
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych i informacji pierwotnych.

Profesjogramy stanowisk menedżerskich, które dedykowane są personelowi medycznemu odwzorowują pożądane kompetencje. Na podstawie przeprowadzonej analizy, autorzy doszli do następujących wniosków:

1. lekarze i pielęgniarki w początkowej karierze powinni skupić się na awansie zawodowym i doskonaleniu kompetencji zawodowych,
2. od menedżerów pierwszej linii wymaga się przede wszystkim kompetencji zawodowych,
3. przedstawiciele personelu medycznego przed objęciem roli menedżera średniego szczebla muszą uzupełnić kompetencje społeczne oraz podnieść poziom znajomości firmy,
4. zarówno na I, jak i na II szczeblu organizacyjnym wymaga się od menedżera takich samych cech z grupy kompetencji firmowych,
5. Kompetencje firmowe (organizacji szpitalnej) doskonalone są w procesie pracy,

6. Kompetencje społeczne głównie należy doskonalić w procesie szkolenia i sukcesywnie wdrażać na piastowanym stanowisku menedżerskim.

6.3. Kompetencje pożądane na stanowisku menedżera top management

Opis stanowiska menedżera top management należy traktować rozdzielnie od stanowiska I szczebla organizacyjnego czy też od stanowiska średniego szczebla. Jak w przypadku awansu z I na II szczebel organizacyjna w pionie menedżerskim można mówić o tzw. ewolucji kompetencji menedżerskich, doskonaleniu ich w zamkniętym zakresie wymagań kompetencyjnych.

Jednakże na poziomie top management nie można mówić o ewolucji kompetencji, najprościej określić tę zmianę jako rewolucję kompetencyjną, której poszczególne obszary kompetencji znacznie różnią się od tych na poziomie lower management oraz middle management.

Na 12 zestawionych cech, aż 8 jest nowych, które nie występowały na niższych stanowiskach menedżerskich. Są to: w obszarze kompetencji strategicznych (wiedza strategiczna, kreatywność i innowacyjność, wiedza i umiejętności analityczne), kompetencji społecznych (zdolności przywódcze, umiejętności negocjacyjne), kompetencje organizacji szpitalnej (inteligencja emocjonalna, odporność na stres oraz odpowiedzialność).

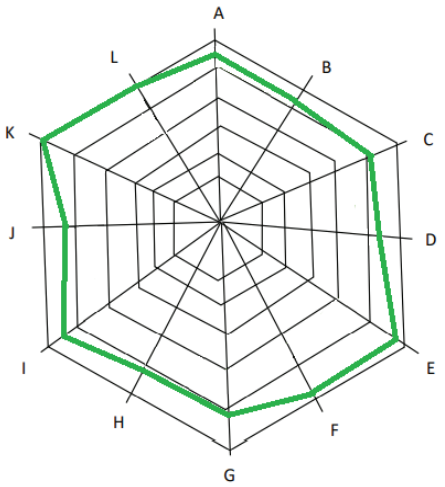
Zwraca uwagę, że 3 na 4 cechy kontynuowane od poprzedzającego go, II poziomu menedżerskiego wymagają minimalnych korekt, doskonalenia kompetencji. Jedynie w przypadku znajomości kultury organizacyjnej wymagana jest ta cecha w stopniu doskonałym (6,0). Wynika to z faktu, że dyrektor zarządzając szpitalem w ujęciu systemowym, musi robić to w symbiozie z kulturą organizacyjną organizacji, musi rozumieć potrzeby pracowników, pacjentów i dostosowywać infrastrukturę medyczną do potrzeb jednostki.

Tabela 63. Pożądane kompetencje na stanowisku menedżera top management

Kompetencje strategiczne			
		Średnia ocena	Różnica tab. 62 – tab. 61
A	Wiedza strategiczna	5,5	brak cechy
B	Kreatywność i innowacyjność	5,3	brak cechy
C	Ciągłe uczenie się	5,1	+0,1
D	Wiedza i umiejętności analityczne	5,3	brak cechy
Kompetencje społeczne			
		Średnia ocena	Różnica tab. 62 – tab. 61
E	Sprawne komunikowanie się	5,8	+0,4
F	Zdolności przywódcze	5,8	brak cechy
G	Etyka i wartości zawodowe	5,2	+0,1
H	Umiejętności negocjacyjne	5,2	brak cechy
Kompetencje organizacji szpitalnej			
		Średnia ocena	Różnica tab. 62 – tab. 61
I	Inteligencja emocjonalna	5,5	brak cechy
J	Odporność na stres	5,3	brak cechy
K	Odpowiedzialność	6,0	brak cechy
L	Znajomość kultury organizacyjnej	6,0	+0,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wywiadu środowiskowego.

Na ilustracji 18 pokazany został obraz kompetencji pożądanych na stanowisku menedżera top management. Zwraca uwagę, że poszczególne cechy muszą być na bardzo wysokim a nawet doskonałym poziomie zaawansowania. Szczególnie dotyczy to nowych cech, chociażby odpowiedzialność, inteligencja emocjonalna, zdolności przywódcze, sprawne komunikowanie się czy wiedza strategiczna.



Ilustracja 18. Profesjogram kompetencji pożądanych na stanowisku menedżera top management
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych i informacji pierwotnych.

Ze względu na istotne różnice między poziomem top management a middle i lower management powoduje, że inaczej należy podejść do rekrutacji na ten szczebel organizacyjny. Owszem spotkać możemy wyjątkowe przypadki, które sprawdzą się i szybko dostosują się do wymagań na najwyższym poziomie zarządzania w szpitalu.

Jednakże autorzy monografii są zdania, że w zakresie rekrutacji na poziomie III szczebla organizacyjnego należy zastosować tzw. rekrutację zewnętrzną, czyli szukania poza organizacją szpitalną. W przypadku I i II szczebla organizacyjnego wskazane jest zastosowanie mechanizmu rekrutacji wewnętrznej, który zbuduje trwałość zespołu i będzie podnosił poziom motywacji wśród pracowników.

6.4. Innowacje organizacyjne w oparciu o szczebel menedżerski w podmiotach leczniczych

Mianem innowacji organizacyjnej określa się zmianę polegającą na odejściu od tradycyjnych paradygmatów zarządzania w danej branży lub na danym rynku. W jej wyniku powstają nowe procesy, praktyki bądź struktury zarządzania, pozwalające organizacji działać w sposób bardziej sprawny i efektywny. Celem takich działań jest, aby po przekształceniach organizacja osiągnęła

znaczącą przewagę konkurencyjną nad innymi uczestnikami rynku[393].

Restrukturyzacja szpitali wzmacnia zjawisko odejścia od kumulowania środków i zastąpienia tego działania, racjonalnym podejściem do zasobów w celu polepszenia jakości opieki medycznej. Szpital zamienia się w "quasi-przedsiębiorstwo", którego przeobrażenie jest przedmiotem zmasowanej krytyki personelu medycznego, szczególnie z powodu osłabienia władzy medycznej na korzyść władzy dyrektorów szpitala[394], którzy okazują się być bezradni wobec głębokiego kryzysu moralnego[395]. Można rzec, że podejście medyczne przegrywa z podejściem ekonomicznym leczenia. Osobiście, autorzy są zwolennikami modelu mieszanego, w którym szpital funkcjonuje jako podmiot leczący, jednakże musi uwzględniać wskaźniki ekonomiczne przy każdym działaniu wykonawczym.

Zmiany w sposobie zarządzania i podziału kompetencji między pracownikami zostały przeprowadzone we francuskich szpitalach, i tam już są pozytywne skutki nowego podejścia do spraw zdrowotnych, w którym leczenie jest priorytetem, lecz musi zostać zoptymalizowane od strony ekonomicznej.

Jakiekolwiek zmiany wymagają zaangażowania się wszystkich pracowników i to niezależnie od tego na jakim szczeblu struktury organizacyjnej się znajdują, czy są członkami zarządu, menedżerami drugiego czy pierwszego szczebla, lekarzami, pielęgniarkami, czy też pracownikami pomocniczymi.

Od lat 80 XX wieku w literaturze anglo-saksońskiej badano stosunki między personelem medycznym a paramedycznym pod kątem dominacji pracowników z pierwszej grupy. W tej perspektywie socjologicznej[396] uwidocznił się podwójny interes pielęgniarek w przejściu z medycznych stanowisk operacyjnych na stanowiska związane z administrowaniem opieką pielęgniarską w ramach zadań na stanowiskach menedżerskich szczebla operacyjnego, co w konsekwencji skutkowało:

- ucieczką pielęgniarek spod kurateli lekarskiej, ponieważ na każdym szczeblu personel pielęgniarki jest podporządkowany kierownikom wywodzącym się spośród lekarzy,
- objęciem władzy i kontroli nad organizacją opieki pielęgniarskiej.

Na podstawie doświadczeń francuskich można stwierdzić, że w trakcie przemian kompetencyjno-organizacyjnych pojawiają się trudności, które stanowią podłoże do niepewności ze strony pracowników szpitali a dotyczą:

---

[393] M. Prudzienica, *Innowacje – podstawowe zagadnienia* [w:] *Zarządzanie wiedzą w kreowaniu innowacji zarządczych*, red. M. Morawski, M. Prudzienica, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 36.

[394] F. Pierru, *L'hôpital entreprise. Une self-fulfilling prophecy avortée*, Politix, Vol. 12, 1999, Nr 46, s. 7-47.

[395] R. Couanau, *Rapport sur I'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée Nationale, 2003.

[396] E. Freidson, *La profession médicale*, Payot, Paris 1984.

- palącej potrzeby refleksji nad problematyką szkolenia kadr menedżerskich na wszystkich poziomach systemu zarządzania szpitalem,
- przedefiniowania misji funkcji menedżerskich na wszystkich poziomach zarządzania szpitalem,
- brak odpowiedzi ze strony organów założycielskich oraz ministerstwa zdrowia odnośnie problematyki szkolenia menedżerów zdrowia.

Szpitale przekształcone w spółki prawa handlowego będą wymagały od swoich zarządzających, aby sprostali „nowym misjom menedżerskim" odpowiadającym zarządzaniu w warunkach quasi-rynkowych, a także z zakresu zarządzania pracownikami i to w kontekście ograniczania wydatków oraz zarządzania zmianami, jednocześnie będąc zdolnym zapewnić współdziałanie pięciu bardzo różnych grup, które współistnieją w ramach organizacji szpitalnej: udziałowców, zarządu, kadry administracyjnej, lekarzy, pielęgniarek, personelu paramedycznego i pomocniczego, uzupełnionych o pacjentów i ich rodziny.

Personel medyczny jest to grupa pracownicza, która ma duży wpływ na zarządzanie zasobami w szpitalach na wszystkich szczeblach organizacyjnych, w tym dwóch najistotniejszych od strony efektywnego zarządzania sprzętem medycznym oraz pracownikami. Badania kompetencji posiadanych przez lekarzy i pielęgniarki w zestawieniu z oczekiwaniami od pracowników pełniących funkcje kierownicze pozwalają przyjąć następujące założenia:

1. zarówno lekarze, jak i pielęgniarki są wyposażeni w umiejętności interpersonalne, które można udoskonalić poprzez uczestniczenie w szkoleniach wewnętrznych ukierunkowanych na trening interpersonalny oraz case-study,
2. ogólna wiedza menedżerska lekarzy jest na wyższym poziomie niż u pielęgniarek jednakże nie wystarczająca do „objęcia z marszu" stanowiska menedżerskiego w strukturze szpitalnej.
3. braki kadrowe personelu medycznego, w szczególności niedostatek lekarzy – różnych specjalizacji, powodują, że lekarze obejmujący funkcje menedżerskie i którzy chcą w sposób prawidłowy wypełniać obowiązki w roli kadry zarządzającej, nie mogą realizować się w zawodzie. Zuboża to ofertę medyczną podmiotu leczniczego i zwiększa deficyt lekarzy w podmiocie leczniczym,
4. skupienie się przedstawicieli personelu medycznego na działalności menedżerskiej przynosi kolejne negatywne zjawisko, „utraty kompetencji medycznych w organizacji" związanych z długotrwałą rezygnacją z pracy w zawodzie medycznym. Po prostu jeżeli osoba równolegle prowadzi działalność zawodową na dwóch płaszczyznach (medycznej i menedżerskiej) albo obie wykonuje nie w pełnym zaangażowaniu lub jedną z nich minimalizuje. W przypadku spadku aktywności na płaszczyźnie medycznej tracą na tym pacjenci, jak i młodsi adepci medycyny. Natomiast brak pełnego zaangażowania w sprawy menedżerskie skutkują spadkiem sprawności zespołu i pogorszeniem się wskaźników ekonomicznych. Oczywiście autorzy nie uwzględnili,

w tych rozważaniach kompetencji menedżerskich personelu medycznego.

Wszystkie spostrzeżenia wynikające z badań oraz studiów literatury skłoniły autorów do zaproponowania zmian mających na celu uchronienie personelu medycznego od utraty kompetencji zawodowych oraz racjonalnego zarządzania posiadanymi przez podmioty lecznicze zasobami ludzkimi a w szczególności kompetencji pracowniczymi.

W tym celu należy ewolucję systemu oprzeć na teorii „O" ukierunkowanej na zmiany kompetencyjno-organizacyjne w szpitalach.

Szpital, opierając się na standaryzacji zachowań pracowników, jest pewnego rodzaju biurokracją profesjonalną, której interes tkwi w jej demokratycznym funkcjonowaniu – „rozpraszając władzę bezpośrednio na personel wykonawczy, któremu przekazuje się znaczną niezależność uwalniając go nawet od potrzeby wąskiego koordynowania działań z sąsiadującymi stanowiskami pracy oraz od wszystkich presji i polityk, które z tego wynikają"[397].

W procesie zarządzania wiedzą według dwójki naukowców powinny być podejmowane działania polegające na gromadzeniu i uzyskiwaniu oraz wykorzystywaniu odpowiednich informacji. Przy równoczesnym zapewnieniu dostępu pracowników do tych wiadomości, tak aby przetwarzane one były w celu doskonalenia indywidualnej wiedzy oraz organizacji szpitalnej jako całości[398].

Rola organizacyjna to coś znacznie więcej niż zakres czynności. Pod tym pojęciem kryją się nie tylko zadania dedykowane stanowiskom, lecz również wymagane na nim wykształcenie, praktyczne umiejętności, postawy i zachowania, ale także uprawnienia i odpowiedzialność, miejsce w służbowej hierarchii, relacje z innymi stanowiskami i ludzkimi w środowisku pracy, a także szereg aspektów kulturowych[399].

W szpitalach francuskich korpus menedżerski rekrutowany jest spośród kadry pielęgniarskiej, który różni się od personelu pielęgniarskiego, tym że osoby wykonujące podstawową profesję są zarządzane przez osoby, które wiedzą na czym ta praca polega a przy tym są wyposażone w atrybuty menedżerskie. Współpracują z lekarzami w ramach procesu opieki pielęgniarskiej, jednakże lekarze uciekają pielęgniarką spod tzw. władzy administracyjnej. Z pewnością w przypadku zapożyczenia takich samych pomysłów i wdrożenia ich w polskich szpitalach spowodowałoby takie same zjawisko polegające na uciekaniu lekarzy spod kontroli ze strony pielęgniarek. Z tego względu autorzy zaproponowali rozdzielić zarządzanie personelem medycznym na dwie części: lekarską i pielęgniarską, w których kadra zarządzająca wybierana byłaby spośród pracowników tej samej grupy zawodowej. Trzecią grupę stanowią pracownicy administracyjni, dla których również

---

[397] H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisaions*, Editions d'organisation, 1982, s.329.

[398] C. Harman, S. Brelade, *Knowledge Management and the Role of HR*, London, Prentice Hall, Pearson Education Limited 2000, s. 5.

[399] T. Oleksyn, *Praca i płaca w zarządzaniu*, Wydawnictwo Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2001, s. 231.

przygotowana jest oddzielny pion menedżerski.

Lekarze i pielęgniarki ze względów na specyfikę wykonywanego zawodu wyposażeni są w większość cech interpersonalnych przydatnych na stanowisku kierowniczym. Inaczej jest w przypadku wiedzy menedżerskiej, niski jej poziom zmniejsza jakość zarządzania w przypadku objęcia stanowiska przez przedstawiciela zaliczanego do grupy pracowników medycznych. W przypadku pracowników administracyjnych sytuacja jest odwrotna, lepiej są przygotowani w obszarze merytorycznym, wiedzy i umiejętności zawodowych. Jednakże na niższym poziomie od lekarzy mają ukształtowane zachowania społeczne.

Propozycja rozkładu kompetencji na stanowiskach menedżerskich różnych szczebli proponowana przez R. L. Katza pozwala wyróżnić kompetencje koncepcyjne, społeczne i techniczne z różnym natężeniem dla menedżerów pierwszej linii, średniego szczebla oraz naczelnego kierownictwa. Menedżerowie liniowi są to głównie specjaliści w swojej profesji z określonymi umiejętnościami interpersonalnymi i społecznymi. Natomiast poziom drugi i trzeci szczebli zarządzania stawiają przed kadrą zarządzającą odmienne wymagania, dotyczące wiedzy menedżerskiej oraz zdolności do kierowania zespołami interdyscyplinarnymi. Jednakże w szpitalach poziom drugi, czyli w obszarze organizacji oddziałów, ma wręcz olbrzymi wpływ na funkcjonowanie całego szpitala. Są to podstawowe komórki organizacyjne szpitala, które łączą kompetencje poziomu drugiego i pierwszego.

Podobne szczeble podziału kierowników proponuje T. Oleksyn, który w prostszy sposób opisał zakres kompetencyjny menedżerów, których wyposażył w dwie grupy kompetencji: zawodowe i menedżerskie. Pracownicy pełniący funkcje menedżerów operacyjnych muszą mieć bardziej rozwinięte kompetencje zawodowe i w dużo mniejszym stopniu kompetencje menedżerskie, które autorzy zaproponowali ograniczyć do kompetencji społecznych, skupionych na zarządzaniu pracownikami. Menedżerowie drugiego szczebla organizacyjnego posiadają bardziej rozbudowane kompetencje menedżerskie ukierunkowane na różne płaszczyzny zarządzania zasobami ludzkimi, materialnymi oraz finansowymi. Z kolei wymagania kompetencyjne w zakresie przygotowania zawodowego już nie są tak istotne, jak u menedżerów pierwszej linii. Najwyższa kadra zarządzająca powinna być wyposażona w minimalne kompetencje zawodowe (w rozumieniu medyczne) obudowane rozwiniętymi kompetencjami menedżerskimi. Analizując oczekiwania wobec kierowników różnych szczebli badacze dzielą menedżerów na dwie grupy: menedżerów „mistrzów w swojej profesji" oraz menedżerów profesjonalistów, wykształconych w zakresie zarządzania organizacją, do których zalicza się kierowników poziomu drugiego i trzeciego.

Wnioski badawcze oraz przytoczone rozważania R. L. Katza i T. Oleksyna pozwalają autorom przyjąć, że pracownicy organizacji służby zdrowia, którzy są wyposażeni w wysokie kompetencje zawodowe, uzupełnione o umiejętności interpersonalne i społeczne spełniają wszelkie warunki,

aby pełnić funkcję kierowników pierwszej linii, którzy są odpowiednikiem mistrzów w swoim fachu w przedsiębiorstwach produkcyjnych.

Natomiast stanowiska menedżerskie mogą być obsadzane przez najlepszych pod względem kompetencji menedżerskich przedstawicieli personelu medycznego, lecz trzeba się zastanowić czy szpital może sobie pozwolić na stratę specjalistów z dziedziny medycyny.

Lekarzy, postrzega się jako pracowników dobrze wykształconych, z dużą wiedzą specjalistyczną. Jednocześnie przy potwierdzonych niedoborach kadrowych oraz wysokich kosztach wykształcenia specjalistów z zawodów medycznych, którzy co wynika z badań chcą doskonalić swoją wiedzę zawodową nie powinno się „tracić" ich kompetencji i umiejętności w związku z objęciem przez część spośród nich stanowisk menedżerskich. Przecież aby lekarz był profesjonalnym menedżerem musi zrezygnować z ciągłego doskonalenia kompetencji medycznych, a to z kolei w dłuższym okresie czasu pociągnęłoby utratę indywidualnych kompetencji zawodowych, co skutkowałoby trudnościami z powrotem do zawodu lekarza a tym samym powiększeniem deficytu specjalistów i odpływu kompetencji z organizacji szpitalnej.

Natomiast pielęgniarki są grupą pracowniczą, która zdobywa medyczne wykształcenie ukierunkowane na praktyczne jej użycie w procesie leczenia oraz wspomaganie lekarzy w świadczeniu usług medycznych. Ze względu na ich mniejsze znaczenie w procesie leczenia od lekarzy, a przede wszystkim na liczebność tej grupy zawodowej stanowiącej ponad 50 proc. ogółu pracowników szpitali, łatwiej można zastąpić pielęgniarki w miejscu pracy, które po uzupełnieniu wiedzy menedżerskiej i udoskonaleniu niektórych umiejętności interpersonalnych mogłoby stanowić potencjalny zasobów siły menedżerskiej.

Pracownicy administracyjni wykształceni są w zakresie przybliżonym a nawet w 100 proc. odpowiadający wymaganiom na stanowisku menedżera służby zdrowia. Często posiadają kwalifikacje z obszaru ekonomii, zarządzania, finansów czy prawa. Jednakże słabostką przedstawicieli tej grupy są cechy interpersonalne, które nie odpowiadają wymogom na stanowisku menedżerskim.

Autorzy na podstawie wniosków z badań pierwotnych oraz za T. Oleksynem[400], stwierdzili, że nie można przyjmować za R. L. Katz, że każdy szczebel menedżerski ma taką samą wartość sumaryczną wszystkich kompetencji, a różnice dotyczą jedynie udziału poszczególnych grup kompetencji w ogólnym profilu szczebla menedżerskiego.

Tak nie jest, przecież wraz z przyrostem wiedzy, umiejętności, doświadczenia, rośnie suma przejawianych kompetencji przez menedżera. Badacze przyjęli regułę, że im wyższe stanowisko w strukturze organizacyjnej, tym wyższe wymagania kompetencyjne wobec osoby piastującej stanowisko menedżerskie. Na podstawie przeprowadzonych wywiadów z przedstawicielami kadry

[400] T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna ekonomiczna, Kraków 2006, s. 168-177.

zarządzającej szpitalami oraz obserwacji w miejscu badania autorzy uśrednili przyrost sumaryczny kompetencji na poszczególnych szczeblach organizacyjnych. I tak, w przypadku menedżera operacyjnego suma kompetencji wynosi 100%, u menedżera średniego szczebla następuje przyrost kompetencji +20 proc. w stosunku do menedżera pierwszej linii. Przedstawiciele grupy top management posiadają kompetencje o wartości sumarycznej 140 proc., czyli wzrost o 40 proc. w stosunku do wartości bazowej, czyli kompetencji menedżera operacyjnego.

Należy założyć, że na ogół do najwyższych stanowisk „przebijają się" ludzie najzdolniejsi i najciężej pracujący[401], którzy pracą nad sobą ukształtowali zachowania interpersonalne oraz doskonalili wiedzę i umiejętności menedżerskie.

Struktura kompetencji menedżerów w szpitalach jest inna od tych proponowanych przez badawczy z obszaru zarządzania. Wynika to ze specyfiki systemu opieki zdrowotnej, deficytu w zawodach medycznych oraz kultury organizacyjnej dominującej w podmiotach leczniczej, opartej na „kulcie lekarza", kluczowym wpływie tej grupy zawodowej na życie szpitala oraz pielęgniarkach „uzurpujących uwagę pozostałych grup zawodowych" czy pracownikach administracyjnych „będących w cieniu", lecz którzy posiadają wysokie kwalifikacje menedżerskie.

Na podstawie zbudowanego profesjogramu dla stanowiska menedżerskiego na I i II szczeblu organizacyjnym (podrozdział 6.2.) czy III (podrozdział 6.3.) wynika, że struktura kompetencji w podmiotach leczniczych jest inna od uniwersalnych zaproponowanych przez R. L. Katz czy zmodyfikowanej wersji modelu, autorstwa T. Oleksyna.

Uwzględniając w rozważaniach „klepsydrową" strukturę organizacyjną na czoło wysuwają się stanowiska menedżerskie I i III szczebla organizacyjnego, z kolei na znaczeniu tracą stanowiska szczebla II, które są nakierowane na aspekty stricte zawodowe, skupione na działalności podstawowej w organizacji a w przypadku organizacji służby zdrowia jest to leczenie pacjentów. W przypadku I i III szczebla można mówić o systemie mieszanym, w którym menedżer łączy kompetencje menedżerskie z zawodowymi, albo są to kompetencje rozdzielone między dwie osoby, z których jedna odpowiada za aspekty zdrowotne, druga jest menedżerem odpowiedzialnym za aspekty kadrowo-organizacyjne.

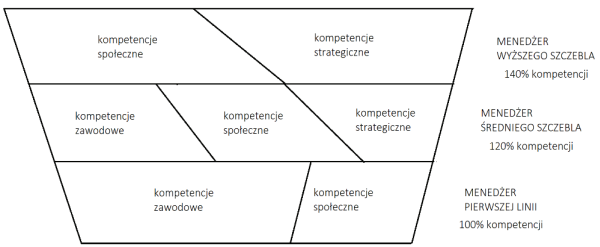
Na I szczeblu organizacyjnym, menedżer przyjmuje rolę mentora lub coacha, który przede wszystkim skupia się na uczeniu oraz wspomaganiu podwładnych w zakresie wyuczonej specjalizacji. Podległy mu zespół składa się ze specjalistów w swojej profesji, których zadania polegają głównie na sprawnym realizowaniu procesu leczenia. Kontrola ze strony przełożonego ma charakter incydentalny i korygujący. Stąd wniosek, że menedżer niższego szczebla tak naprawdę pełni rolę edukatora, a nie stricte menedżera. Stąd osoba pełniąca obowiązki na tym szczeblu powinna być mistrzem w swoim fachu (70 proc. kompetencji zawodowych), z rozwiniętymi

[401] Ibidem, s. 169.

umiejętnościami interpersonalnymi (30 proc. kompetencji społecznych), które mają charakter wspomagający pierwszą, najważniejszą grupę kompetencji na I szczeblu menedżerskim. Funkcje zarządzania na I szczeblu organizacyjnym ograniczone są do: edukacyjnej, kontrolnej, motywacyjnej. W ten sposób awans w pionie menedżerskim odbywa się w ramach każdej z grup, w ten sposób osoba, która zostaje menedżerem operacyjnym w sposób naturalny asymiluje się z zespołem, jest po prostu jednym z nich. Funkcja planowania i organizowania przeniesione są na II szczebel zarządzania.

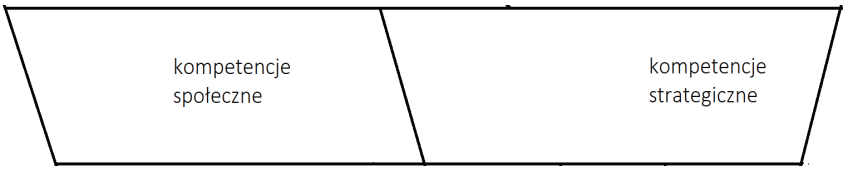
III szczebel menedżerski charakteryzuje się tym, że powinnien być obsadzany przez profesjonalnych menedżerów, którzy nie mają medycznego wykształcenia, lecz posiadają wykształcenie ekonomiczne i zarządcze z kompetencjami strategicznymi oraz społecznymi. Jednakże specyfika charakteru działalności szpitali oraz stan relacyjno-kulturowy oraz utarte stereotypy zawodowe powodują, że trudno będzie uniknąć obsady z pominięciem personelu medycznego na II szczeblu organizacyjnym. Badacze proponują model mieszany, w którym funkcja rozdzielona jest na dwóch menedżerów, jeden do spraw organizacyjno-administracyjnych z kompetencjami strategiczno-społecznymi, drugi ds. leczniczych z kompetencjami zawodowo-społecznymi. W ten sposób wzrośnie sprawność organizacyjna oraz poprawi się współczynnik optymalizacji zasobów pracy, przy jednoczesnym uwzględnieniu reguł i norm kulturowo-relacyjnych zakorzenionych w społeczności podmiotów leczniczych.

III szczebel menedżerski z założenia powinien być dedykowany profesjonalnie przygotowanym osobom z wykształceniem ekonomicznym w obszarze zarządzania podmiotami leczniczymi, z horyzontalnymi kompetencjami społecznymi oraz z wieloletnim doświadczeniem w zakresie zarządzania firmą bez względu na branżę, w której zdobył doświadczenie, lecz zna metody i narzędzia niezbędne do skutecznego zarządzania strategicznego. Po prostu szpital jest co prawda specyficznym przedsiębiorstwem, jednakże zarządzanie całym podmiotem leczniczym, wymaga od top management horyzontalno-wertykalnych kompetencji strategicznych (60 proc.), wspomaganych kompetencjami społecznymi (40 proc.).



Ilustracja 19. Struktura kompetencji na poszczególnych szczeblach menedżerskich
Źródło: Opracowanie własne.

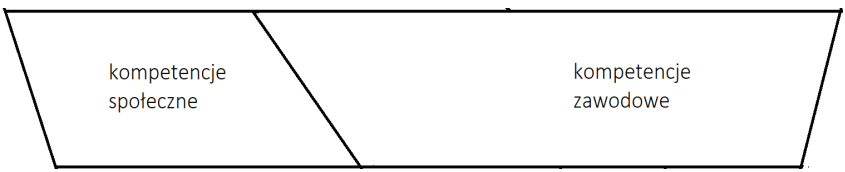
Poniżej zaprezentowane jest rozwiązanie zaproponowane przez autorów dla II szczebla menedżerskiego w szpitalach, na którym występują dwa stanowiska menedżerskie z podziałem funkcjonalnym, na organizacyjno-administracyjnego oraz leczniczego.



Ilustracja 20. Struktura kompetencji menedżera ds. organizacyjnych
i administracyjnych na II szczeblu organizacyjnym
Źródło: Opracowanie własne.

Na ilustracji 20 przedstawiona jest struktura kompetencji dla menedżera ds. organizacyjno-administracyjnych, dla którego najistotniejsze są kompetencje strategiczne (55 proc.), wzbogacone kompetencjami społecznymi (45 proc.).

Ilustracja 21 obrazuje strukturę kompetencji menedżera ds. lecznictwa. Stanowisko to z założenia ma być kolejnym etapem awansu kierowniczego personelu medycznego na poziomie II szczebla organizacyjnego. Menedżerowie powinni charakteryzować się tzw. kominem kompetencji zawodowych, wyższym od I szczebla menedżerskiego o 14 proc. w obszarze kompetencji medycznych. Natomiast kompetencje społeczne menedżerów II szczebla organizacyjnego w odniesieniu do I szczebla powinny być wyższe o 6 proc.



Ilustracja 21. Struktura kompetencji menedżera ds. leczniczych na II szczeblu organizacyjnym
Źródło: Opracowanie własne.

Propozycje badaczy są wynikiem przeprowadzonych analiz za pomocą metody triangulacji badań. Dyskurs autorów dotyczył dwóch ujęć: statycznego i dynamicznego. W ujęciu statycznym, skuteczne doskonalenie kompetencji wymaga opracowania profesjogramu kompetencji pożądanych na stanowisku menedżera pierwszej linii oraz menedżera średniego szczebla w ramach ścieżki kierowniczej personelu medycznego.

Proponowane przez autorów przekształcenie w strukturze zarządzania nawiązuje do wyeliminowania przedstawicieli zawodów medycznych na III szczeblu organizacyjnym oraz

wdrożeniu modelu mieszanego na II poziomie organizacji. Z badań przeprowadzonych w szpitalach wynika, że personel medyczny jest ukierunkowany na doskonalenie kompetencji zawodowych, a ewentualny awans na stanowisko kierownicze skutkuje utratą kompetencji specjalistycznych przez pracowników medycznych. Natomiast w sytuacji, w której lekarz bądź pielęgniarka będą cały czas doskonalili się zawodowo, równocześnie piastując stanowisko kierownicze, spowoduje to problemy organizacyjne w tej jednostce. Z tego względu trzeci poziom organizacyjny nie powinien być zarządzany przez pracowników, którzy łączą stanowiska kierownicze z działalnością medyczną bądź pielęgniarską.

W ten sposób uniknie się marnowania kompetencji zawodowych personelu medycznego, jak również spadku sprawności, w konsekwencji efektywności funkcjonowania komórki organizacyjnej w przypadku objęcia stanowiska przez osobę do tego nieprzygotowaną, bez potrzeby doskonalenia się w zakresie zarządzania.

Ścieżka awansu w pionie kadry zarządzającej dla pielęgniarek	Ścieżka awansu w pionie kadry zarządzającej dla lekarzy	Ścieżka awansu w pionie kadry zarządzającej dla pracowników administracyjnych
	Trzeci poziom zarządzania	
brak możliwości awansu	brak możliwości awansu	Dyrektor / zastepca dyrektora ds. administracyjno-techniczno
	Drugi poziom zarządzania	
Menedżer ds. pielęgniarstwa	Menedżer ds. lecznictwa	brak możliwości awansu
	Pierwszy poziom zarządzania	
Menedżer Zespołu X	Menedżer Zespołu Y	Menedżer Zespołu Z

Ilustracja 22. Propozycja stanowisk menedżerskich na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną
Źródło: opracowanie własne na podstawie aktów prawnych.

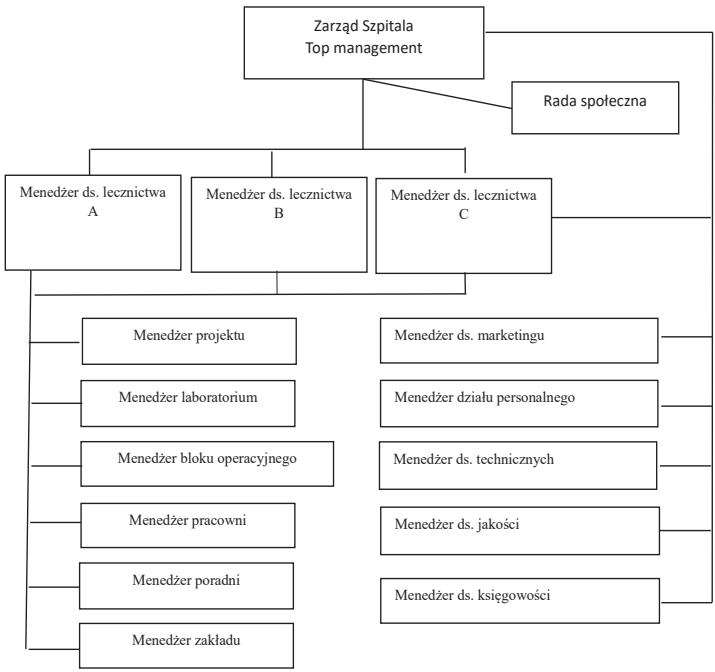
Menedżer liniowy jest stanowiskiem, który w pełni może być wykorzystywany dla dobra organizacji szpitalnej, jak również koherentny z kompetencjami zawodowymi personelu medycznego. Personel mianowany na to stanowisko zarządza małą grupą pracowników (4 - 9 specjalistów), co jest korzystne zarówno dla przełożonych, jak i pracowników. Dla kierowników korzyść wynika z budowania wokół „mistrza" zespołu specjalistów, którzy funkcjonują na zasadzie relacji „mistrz-uczeń". Z kolei specjaliści mogą podglądać najlepszego spośród siebie i doskonalić nowe umiejętności oraz wiedzę zawodową w zakresie nauk medycznych. Każdy menedżer operacyjny zarządza personelem z tzw. swojej grupy zawodowej.

Jednocześnie jakość staje się pojęciem kluczowym dla personelu medycznego szpitali, który skupiony jest na: jakości opieki medycznej, jakości usług, jakości relacji interpersonalnych oraz jakości zarządzania "hands on management". Operacyjny menedżer zdrowia organizuje przepływ informacji poziomo i pionowo, między różnymi kategoriami profesjonalistów: do sąsiednich menedżerów na tym samym poziomie, w górę hierarchii do przełożonych, czy też

w dół do podwładnych, pracowników kierowanego zespołu[402].

Warunkiem koniecznym jest rozdzielenie od siebie grup zawodowych: lekarzy, pielęgniarek i pracowników administracyjnych, które będą wspólnie ze sobą współpracować w procesie organizowania pracy szpitala, jednakże bez podległości jednych wobec drugich, lecz na równi.

W wyniku tego działania powinna poprawić się jakość współpracy[403]. Autorzy założyli, że obok medycznych stanowisk kierowniczych są również tzw. organizacyjno-administracyjne jej odpowiedniki, które przeznaczone są dla profesjonalnych menedżerów nieposiadających wykształcenia medycznego, lecz wyposażonych zarówno w kwalifikacje, wiedzę oraz umiejętności z zakresu zarządzania organizacjami. W zależności od mniejszego bądź większego doświadczenia w podmiotach leczniczych piastują funkcję na I lub II szczeblu organizacyjnym w szpitalach. Można w rozważaniach również uwzględnić tzw. monopolizację stanowisk menedżerskich przez personel medyczny na poziomie I szczebla organizacyjnego.



Ilustracja 23. Propozycja innowacji organizacyjnej z uwzględnieniem struktury podziału stanowisk menedżerów na III szczeblach zarządzania organizacją służby zdrowia
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań teoretycznych i empirycznych.

[402] F. Dougnet, I. Munoz, *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioraion sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*, DREES, dokcument de travail, Nr 48, Juin 2005.

[403] M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 157-165.

Powyżej autorzy zaproponowali zmodyfikowaną strukturę organizacyjną szpitali, w której uwzględniony jest proponowany podział na szczeble menedżerskie.

Innowacyjność w strukturze organizacyjnej polega na uwzględnieniu w organizacji małych zespołów medycznych, które zarządzane są przez pracowników rekrutowanych spośród przedstawicieli personelu medycznego. Dla drugiego szczebla organizacyjnego, dedykowany jest tzw. model mieszany, na którym zarządzają profesjonalni menedżerowie, skupieni tylko i wyłącznie na organizacji, którą kierują, jak również menedżerowie odpowiedzialni za proces leczenia.

Zaproponowany struktura organizacyjna jest kompilacją dwóch modeli, struktury dywizjonalnej oraz projektowej. Cechą charakterystyczną tego schematu jest zdecentralizowanie odpowiedzialności za funkcjonowanie zespołów zadaniowych, menedżerowie pierwszej linii ponoszą odpowiedzialność za bieżącą działalność poszczególnych komórek organizacyjnych. W założeniu menedżerowie z grupy top management zajmują się koordynacją działań, a przede wszystkim planowaniem i zarządzaniem strategicznym. Z kolei middle management skupia przy sobie tzw. zespoły medyczne i którymi zarządza, celem uzyskania optymalnego wyniku w procesie leczenia pacjentów.

Z kolei zmiany w zakresie kompetencji pracowniczych polegają na podziale stanowisk menedżerskich na lecznicze i organizacyjno-administracyjne. W ten sposób szpital optymalizuje posiadane zasoby ludzkie, sprzętowe bez utraty kompetentnych pracowników medycznych.

Podział stanowisk menedżerskich wymusza daleko idąca specjalizacja, która nie uwzględnia półśrodków, a takim jest mianowanie na menedżera poziomu trzeciego przedstawicieli zawodów medycznych, którzy mają dwa wyjścia. Łączenia obu profesji bądź porzucenia tej pierwotnej, związanej z wykonywaniem wyuczonego zawodu w systemie opieki zdrowotnej, który zaliczany jest do grupy profesji deficytowych.

Menedżer określonego szpitala, kliniki czy też domu opieki społecznej, ale także każdego innego przedsiębiorstwa musi podejmować w sposób sprawny decyzje. Często jest zmuszony lawirować między rożnymi przeszkodami natury prawnej, społecznej czy ekonomicznej. Musi przede wszystkim uwzględniać czynnik ludzki. Jego decyzje mogą mieć znaczny wpływ na stan organizacji, którą zarządza pod względem klimatu społecznego, problemów prawnych, ryzyka sanitarnego, konsekwencji ekonomicznych. Praca menedżera nie jest więc bardzo oddalona, w pewnym sensie, od pracy lekarza a tym czasem zarządzanie, którego on się nauczył w ciągu swojego życia zawodowego najczęściej nie opiera się na wiedzy teoretycznej. Zarządzanie w sektorze ochrony zdrowia jest dyscypliną jeszcze zapóźnioną w rozwoju w aspekcie naukowym zainicjowanym przez J. Pfeffera i R. I. Suttona[404].

[404] J. Pfeffer, R. I. Sutton, Evidence-Based Management, “Harvard Business Review” , January 2006.

6.5. Ograniczenia w obszarze proponowanych innowacji

Jak każda przemiana, zarówno i ta zaproponowana przez autorów typu kompetencyjno-organizacyjnego, może napotkać na trudności, przy ewentualnym jej wdrożeniu. Autorzy podzielili problemy, które mogą pojawić się na dwie grupy, pierwszą stanowią przeszkody formalno-organizacyjne, drugą stosunek do nich pracowników, ich obiekcje, negatywne nastawienie personelu medycznego wynikające z utraty przywilejów, zmiany funkcjonujących stereotypów, poprzez wprowadzenie nowego nazewnictwa na II szczeblu organizacyjnym.

Trudności prawne wynikają z przepisów funkcjonujących w świetle prawa. Są one w sprzeczności z proponowaną koncepcją. Część dokumentów ma charakter systemowy i są wdrażane w formie rozporządzenia, czy nawet ustawy. Zmiana w przypisaniu znaczenia oraz zadań w organizacji szpitalnej na drugim poziomie zarządzania wymaga poprawek w Ustawie o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 roku, w którym to dokumencie są odniesienia do stanowisk kierowniczych w organizacji szpitalnej. Z kolei w oparciu o te dokumenty opracowywane są statuty szpitali oraz regulaminy organizacyjne, ale ich zmiana jest konsekwencją ewentualnych zmian w prawie ochrony zdrowia i wdrożenie ich odbywa się w rozdzielnie każdym ze szpitali. Obecne prawo nie stanowi przeszkody we wdrożeniu koncepcji, jednakże nie ma ona systemowego charakteru.

Kolejną przeszkoda może sprawić nawet większą trudność, aniżeli problemy formalno-organizacyjne. Przecież sukces osiąga się wtedy, gdy nie tylko inicjatorzy zmian ją rozumieją i wdrażają, ale cały zespół musi ją rozumieć i dla jego dobra działać, wręcz muszą ją czuć.

Brak takiego współdziałania u części pracowników może być przeszkodą uniemożliwiającą wdrożenie przemian. Oczywiście zawsze można zwolnić pracowników, którzy są przeciwni zmianom, lecz w przypadku personelu medycznego, który jest trudno zastępowalny ze względu na deficyt w zawodzie oraz istotny dla filozofii istnienia szpitali, jest to niemożliwe. W związku, z tym należy wszystkim pracownikom przedstawić pozytywne strony tych przemian, zwrócić uwagę, że są specjalistami w swojej profesji, za którą otrzymują sowite wynagrodzenie, a przecież wzrost efektywności organizacyjnej w bliższej lub dalszej perspektywie, wpłynie na wzrost wartości wynagrodzeń. Natomiast trwanie w tym stanie organizacyjnym nie pozwala na racjonalnie dysponowanie posiadanymi zasobami finansowymi, co w konsekwencji doprowadzi do restrukturyzacji kadrowej, a co za tym idzie każdy z nas wie co czeka, zamknięcia szpitali bądź redukcja kadry.

Proszę rozważania zawarte w książce traktować, jako analizę stanu obecnego systemu ochrony zdrowia, który wciąż trwa w marazmie i nie wiadomo jak z niego wyjść. Jednakże pojawiają się doniesienia medialne, które informują, że już teraz w systemie opieki zdrowotnej brakuje około 50.000 lekarzy i kilkadziesiąt tysięcy pielęgniarek. Stąd pytanie, czy system stać jest na stratę nawet kompetencji pojedynczych specjalistów z dziedziny medycyny? Wyjść jest kilka, lecz trzeba wybrać „odpowiednie drzwi". Zaproponowana koncepcja jest jedną z alternatywnych rozwiązań, które ukierunkowane jest na wzmocnienie znaczenia personelu medycznego w obsadzie stanowisk menedżerskich I szczebla organizacyjnego. Wdrożenie modelu mieszanego na poziomie menedżerów średniego szczebla z podziałem na menedżerów ds. lecznictwa i ds. organizacyjno-administracyjnego. Z zaangażowaniem profesjonalnych menedżerów na poziomie top management, z którego zostałby wyeliminowany personel medyczny.

Przyniesie następujące efekty. Po pierwsze, wzrośnie sprawność organizacyjna podmiotów leczniczych w oparciu o profesjonalnych menedżerów, zaangażowanych na I i III szczeblu organizacyjnym. Po drugie, wzmocni efektywność działań bieżących realizowanych przez zespoły medyczne, które są zarządzane przez menedżerów wywodzących się spośród personelu medycznego na I i II szczeblu organizacyjnym. Po trzecie, kompetencje zawodowe personelu medycznego będą lepiej ukierunkowane i wykorzystane dla dobra sprawności systemu opieki zdrowotnej.

ZAKOŃCZENIE

W organizacjach służby zdrowia na różnych szczeblach organizacyjnych funkcje pełnią menedżerowie rekrutujący się spośród pracowników szpitala tak aby przy zachowaniu sprawności organizacyjnej w zakresie podstawowej działalności jednostki, optymalizować dobór na stanowiska menedżerskie, co bezpośrednio przekłada się na efektywność organizacyjno-finansową.

I tak, w przypadku lower management oraz middle management sugerowane jest pozyskiwanie kadr w tzw. rekrutacji wewnętrznej. Na poziomie top management rekrutacja ma charakter otwarty i skupiona jest na trzech obszarach: kompetencji strategicznych, społecznych (interpersonalnych) oraz organizacyjnych.

Rekrutacja menedżerów spośród personelu medycznego jest działaniem najprostszym z najprostszych. Jednakże dla organizacji służby zdrowia nie jest to optymalne rozwiązanie. Co prawda, taki stan rzeczy jest niezmienny w historii służby zdrowia, w której przedstawiciele personelu medycznego, ze względu na podstawowy cel działalności podmiotów leczniczych jakim jest proces leczenia, są najważniejsi, jak i najliczniej reprezentowani (stanowią większość zatrudnionych osób w szpitalach). Natomiast przedstawiciele pozostałych grup zawodowych pełnią tzw. rolę służebną (pomocniczą) w tzw. działalności podstawowej szpitali.

W zależności, czy mamy na myśli szpital publiczny, czy niepubliczny, udział personelu medycznego jest odpowiednio mniejszy lub większy, lecz zawsze wynosi co najmniej 65-75 proc. ogółu zatrudnionych pracowników.

Sytuacja, w której dyrektorem szpitala jest lekarz nie jest rzadkim obrazkiem z życia podmiotu leczniczego. Właściwie normą. Jednakże należy zastanowić się, czy taka sytuacja powinna mieć miejsce w podmiotach leczniczych. Pewnie tak, lecz przy innych uwarunkowaniach wewnątrz i zewnątrz systemowych. Autorzy wymienili chociażby następujące determinanty. Rosnące potrzeby społeczne w obszarze zdrowia, przy niskim poziomie zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek oraz niewystarczający proces „dostarczania" na rynek nowych przedstawicieli personelu medycznego. Obecnie odnotowujemy olbrzymi deficyt lekarzy i pielęgniarek. Prognozy krótko czy długoterminowe nie napawają optymizmem. Co z kolei zmusza do optymalnego „zagospodarowania" przedstawicieli personelu medycznego, którzy są zatrudnieni w systemie zdrowotnym.

Autorzy zaproponowali wprowadzić innowację kompetencyjno-organizacyjną, w której optymalnie zostaną zagregowane kompetencje zawodowe lekarzy i pielęgniarek oraz wzrośnie sprawność podmiotów leczniczych. Propozycje autorów oparte są na istniejącej strukturze menedżerskiej, w której coraz większe znaczenie zyskuje I i III szczebel menedżerski, kosztem szczebla II (patrz model Klepsydry). Autorzy wskazali na stanowisko menedżera liniowego na

którym należy zatrudniać wysokiej klasy specjalistów, którzy wyróżniają się kompetencjami zawodowymi, dzięki czemu pełnią rolę mentorów lub coachów podległym im pracownikom.

Wyniki badań obcych z 2015 i 2020 roku[405, 406], potwierdzają, że u osób pełniących rolę ordynatora zdiagnozowano lukę kompetencyjną. Przyczyną tego stanu jest, po pierwsze, łączenie na stanowisku obowiązków zawodowych z menedżerskimi, po drugie, braku rozwiązań systemowych na ścieżce awansu menedżerskiego dla kadry medycznej.

Menedżerowie III szczebla organizacyjnego, czyli tzw. top management, rekrutowani są spośród tzw. grupy profesjonalnych menedżerów, na podstawie ich wykształcenia, umiejętności oraz doświadczenia zawodowego. Muszą wykazywać się kompetencjami strategicznymi oraz społecznymi.

Na środkowym szczeblu zarządzania należy wdrożyć tzw. model mieszany, wykorzystujący kompilację dwóch ról menedżerskich. Po pierwsze, menedżerów ds. lecznictwa, rekrutowanych spośród lekarzy i pielęgniarek, przejawiający kompetencje zawodowe i społeczne. Po drugie, menedżerów ds. organizacyjno-administracyjnych, którzy mają współuczestniczyć w życiu szpitali. Kompetencje społeczne łączyłyby menedżerów na II szczebli organizacyjnym. Pozostałe grupy cech byłyby zróżnicowane w zależności od ścieżki menedżerskiej.

Dzięki temu mechanizmowi najlepsi spośród lekarzy i pielęgniarek mogą zajmować eksponowane stanowiska menedżerskie w szpitalu, bez negatywnych skutków w zakresie podstawowej działalności zawodowej. Z kolei sprawy pozamedyczne są w gestii osób, które wykazują się kompetencjami strategicznymi i społecznymi.

Należy pamiętać, że każda zmiana wymaga zgody środowiska, którego dotyczy. Nie uda wdrożyć się czegoś na co nie będzie zgody większości. I właśnie z tego względu nie można wyeliminować przedstawicieli personelu medycznego z II szczebla zarządzania podmiotami leczniczymi.

W ten sposób organizacja szpitalna zyskałaby przyrost kompetencji medyczno-specjalistycznych, jak również optymalizację wykorzystania zasobów. Zamierzoną intencją w badaniach naukowych, teoretycznych na podstawie literatury i empirycznych w terenie, było zidentyfikowanie i ujawnienie ukrytych możliwości w systemie organizacyjnym szpitala i zaproponowanie zmian o charakterze kopetencyjno-innowacyjnym jakie każda organizacja szpitalna może przeprowadzić własnymi siłami i w oparciu o posiadane zasoby.

---

[405] *Test kompetencji kierowniczych kadry polskich szpitali*, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, Edumetriq Akademia Ochrony Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Polską Federacją Szpitali, Instytutem Ochrony Zdrowia i Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Sopot 2015.

[406] Temat badania: *Efektywność przywództwa w służbie zdrowia i pomocy społecznej – projekt*, realizowany przez Zespół kierowany przez Pirjo Kaakinena, w ramach projektu finansowanego przez Ministra Edukacji i Kultury.

BIBLIOGRAFIA

1. Adamiecki K., *Harmonizacja pracy*, Warszawa 1948.
2. Al-Hussami M., Hamad S., Darawad M., Maharmeh M., *The effects of leadership competencies and quality of work on the perceived readiness for organizational change among nurse managers,* Leadersh Health Serv, 2; 30 (4), 2017.
3. Algahtani A. , *Are Leadership and Management Different? A Review*, Journal of Management Policies and Practices, Published by American Research Institute for Policy Development, Vol. 2, No. 3, 2014.
4. Anderson D. L., *Organization Development. The process of leading organizational change*, Sage Publications, Thousand Oaks (California) 1999.
5. Armstrong M., *A Handbook of human resorce management*, Billings and SONS Limited, Worcester 1990.
6. Armstrong M., *A Handbook of human resource management. Practice,* Kogan Page Limited, London 2006.
7. Armstrong M., *Armstrong's Handbook of reward management practice. Improving performance through reward*, Kogan Page Limited, London 2010.
8. Armstrong M., *Managing people. A practice quide for line managers*, Kogan Page Limited, London 2001.
9. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
10. Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001.
11. Bach S., *International migration of health Workers: Labor and social issues*, International Labor Office, Geneva, July 2003.
12. Bartkowiak G., *Psychologia w zarządzaniu. Nowe spojrzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2010.
13. Bartkowiak G., *Skuteczny kierownik – model i jego empiryczna weryfikacja*, Poznań 2003.
14. Becker G. S., *The Oxford Handbook of Human Capital*, Oxford Univeristy Press, Oxford 2011.
15. Becker G. S., *Human Capital*, NBER, New York 1975.
16. Beer M., Nohria N., *Breaking the Code of Change*, Harvard Business *Review*78, No. 3 (May–June) 2000.
17. Bennett H., Gatrell J., Packham R., *Medical appraisal: collecting evidence of performance through 360˚feedback*, "Clinician in Management" 12 (4), 2004.

18. red. Berg C., A Guide to the Project Management Body of Knowledge, Project Management Institute, Newtown Square, Pennsylvania 2000.
19. Bielski M., *Organizacje: istota, struktury, procesy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992.
20. Bieńkowski S., *Organizacja i zarząd zakładu przemysłowego*, Lwów 1935.
21. *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008*, Warszawa 2008.
22. Bogaj A., *Kwalifikacje zawodowe w warunkach globalizacji rynku o pracy – wyzwania i dylematy,* [w:] *Kwalifikacje zawodowe na współczesnym rynku pracy*, red. S. M. Kwiatkowski, IBE, Warszawa 2004.
23. Bojarczuk B., *Macierze umiejętności*, „Personel" z 1-15 września 2001.
24. Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Editions Broché, 2008.
25. Boyatzis R. E., *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, Wydawnictwo John Wiley and Sons, New York 1982.
26. Boyatzis R. E., Goleman D., *The Emotional Competence Invetory*, Hay Group, Boston 1996.
27. Boyer L., Scouarnec A., *La prospective des métiers*, Editions EMS, 2009.
28. Bratnicki M., *Kompetencje przedsiębiorstwa - od określenia kompetencji do zbudowania strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000.
29. Brilman J., *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002.
30. Brown R. B., *Meta-competence: a recipe for reframing the competence debate*, Personnel Review, Vol. 22 No. 6, 1993.
31. Brzeziński Z., *Dobór uczestników i zarządzanie zespołem projektowym*, [w:] Zarządzanie projektami współfinansowanymi z funduszy publicznych: Planowanie i realizacja, red. M. Szwabe, Wyd. Wolters Kluwer, Kraków 2007.
32. Bugdol M., *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
33. Butkiewicz M., *Struktura modelu polskich standardów kwalifikacji zawodowych,* [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych,* red. M. Butkiewicz, Wydawnictwo Edukacja i Praca i ITeE,Warszawa-Radom 1995.
34. Chandler S., Black D., *The Hands-off Manager: How to Mentor People and Allow Them to Be Successful*, Book-mart Press, New York 2007.
35. Czarnocka M., Foryś M., Truś K., Rozpoznać, wspierać, rozwijać. Poradnia psychologiczno-pedagogiczna i szkoła a uczeń zdolny, Wyd. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.
36. Cheetham G., Chivers G., *Professions, Competence and informal learning*, Edward Elgar Publishing Limited, Northampton 2005, Massachusetts.

37. Chełpa S., *Kwalifikacje kadr kierowniczych przedsiębiorstw przemysłowych*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003.
38. Churchill G. A., *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
39. Côté J., Gilbert W., *An Integrative Definition of Coaching Effectiveness and Expertise*, "International Journal of Sports Science and Coaching", Volume: 4, 2009, Multi-Science Publishing.
40. Couanau R., *Rapport sur I'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée Nationale, 2003.
41. Cowling A. G., Stanworth M. J. K., Bennett R. D., Curran J., Lyons P., *Behawioural sicences for managers*, Hodder and Stoughton, London-Melborne, Auckland, 1988.
42. Czakon W.**,** *Mity o badaniach jakościowych w naukach o zarządzaniu*, „Przegląd organizacji" 2009, Nr 9.
43. Czapla T. P., *Modelowanie kompetencji pracowniczych w organizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.
44. Dajczak K., Hille-Jarząbek S., *Koncepcja zarządzania wiedzą w polskim szpitalu*, [w:] Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management, Tom 27, Bydgoszcz 2010.
45. Dardouri N., Tomassella S., *Modeles dynamique de retroaction*, CEM, 2003.
46. Deklaracja Bolońska. Szkolnictwo wyższe w Europie, wspólna Deklaracja Europejskich Ministrów Edukacji, zebranych w Bolonii w dniu 19 czerwca 1999.
47. Dessler G., *Managing Organization in an era of change*, The Dryden Press, Orlando, 1995.
48. Doktór K., *Osobliwości zarządzania personelem w administracji publicznej*, [w:] „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi", 2004, nr 2.
49. Dołhacz M., Fudaliński J., Kosała M., Smutek H., *Podstawy zarządzania. Koncepcje – strategie – zastosowania*, PWN, Warszawa 2006.
50. Domagała A., *Problemy płacowe i emigracja zarobkowa polskich lekarzy i pielęgniarek*, Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, Instytut Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia UJ CM 2006, 4 (2).
51. Doman G., Doman J., *How To Teach Your Baby To Read. The gentle revolution*. Square One Publishers, New York 2006.
52. Domański S. R. , *Kapitał ludzki i wzrost gospodarczy*, PWN, Warszawa 1993.
53. Dougnet F., Munoz I., *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioraion sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*, DREES, dokcument de travail, Nr 48, Juin 2005.

54. Drucker P.F., *Peter Drucker on the Profession of Management*, Harvard Business School Publishing, Boston 1998.
55. Drucker P., *Praktyka zarządzania*, Wyd. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 1998.
56. Drucker P., *Management. Tasks, Responsibilities, Practices*. Routledge, London i New York 1974.
57. Dulewicz V., *Performance appraisal and counseling,* [w:] *Assessment and selection in organizations: methods and practices for recruitment and appraisal*, red. P. Herriot, John Wiley and Sons, New York 1989.
58. Dzinkowski R., *Buried Treasure*, World Accounting Report Financial Times, Issue 2:4, May 1999, *Revealed Treasure*, World Accounting Report Financial Time, Issue 2:5, June 1999.
59. red. Eisenberg N., Strayer J., *Empathy and its development*, Cambridge University Press, Cambridge 1987.
60. *Emisja programu Pomoc ze wschodu*, Fakty TVN, 29.03.2018r.
61. Elkjaer B., *In search of a social learning theory* [w:] *Organizational Learning and the Learning Organization. Developments in theory and practice*, red. M. Easterby-Smith, J. Burgoyne, L. Araujo, SAGE Publications, London 1999.
62. Epstein R. M., Hundert E., *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA 2002.
63. Eraut M., *Developing Professional Knowledge and Competence*, RoutledgeFalmer, New York 1994.
64. Erfurt U., *Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej*, http://www.emedyk.pl/artykul.php ?Idartykul_rodzaj=10&idartykul=545, w dniu 21 września 2006 roku.
65. Escrig-Tena A. B., Bon_Llusar J. C., *A Model for Evaluating Organizational Competencies: An Application in Context of a Quality Management Initiative*, "Decision Sience" 2005,Vol. 36, No. 2.
66. Europejskie ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (ERK), Urząd oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2009.
67. Fanelli S., Lanza G., Enna C., A. Zangrandi, *Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspectiv*e, BMC Health Serv Res., 15; 20 (1), 2020.
68. Fayol H., *Critical Evaluations in Business and Management*, Routledge, London and New York 2002.
69. Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami: perspektywa firmowa i osobista*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
70. Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, PWE, Warszawa 2004.

71. Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, Warszawa 2004.
72. Freidson E., *La profession médicale*, Payot, Paris 1984.
73. Frey C. B., Osborne M. A., *The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation?*, 10.2013, University of Oxford.
74. Gableta M., *Istota i znaczenie potencjału pracy w przedsiębiorstwie,* [w:] *Potencjał pracy przedsiębiorstwa*, red. M. Gableta, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006.
75. Galar R., *Gospodarka oparta na wiedzy i innowacje przełomowe*, [w:] *Gospodarka oparta na wiedzy jako wyzwanie dla Polski XXI wieku*, Komitet Badań Naukowych, Warszawa 2001.
76. Gedvilienė G., Bortkevičienė V., *The importance of key competences in the context of lifelong learning*, Proceedings of ICERI2013 Conference 18th-20th November 2013, Seville, Spain.
77. Gick A., Tarczyńska M., *Motywowanie pracowników*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1999.
78. Głowacka M. D., Mojs E., *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
79. Głowacka M.D., *Czynniki inspirujące zmiany w procesie doskonalenia kadr szpitala,* [w:] *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej. Wybrane konteksty teoretyczno - praktyczne*, red. M. D. Głowacka, Wydawnictwo Termedia, Poznań 2004.
80. Główny Urząd Statystyczny, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*, 2009.
81. Gramlewicz M., *Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia*, „Śląsk" Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2007.
82. Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2017.
83. Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2004.
84. Hardcastle D. A., Powers P. R., Wenocur S., *Community Practice. Theories and skills for social workers*, Oxford University Press, Oxford - New York 2011.
85. Harman C., Brelade, S. Knowledge Management and the Role of HR, London, Prentice Hall, Pearson Education Limited 2000.
86. Hausner J., *Administracja publiczna*, Warszawa 2003.
87. Hersey P., Blanchard K. H., *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1982.
88. Hinterhuber H. H., *Strategische Unternehmensführung*, De Gruyter, Berlin-New York 2004.

89. Hökkä M., Melender H., Lehto J. T., Kaakinen P., *Palliative Nursing Competencies Required for Different Levels of Palliative Care Provision: A Qualitative Analysis of Health Care Professionals' Perspectives*, PublMed.gov, National Library of Medicine, 24 (10), 2021.
90. Hussey D., *Strategic Management form theory to implementation*, Butterworth, Oxford 1998.
91. Hysa B., Kowalczyk P., *Kluczowe kompetencje kierowników średniego szczebla administracji samorządowej*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Seria: Organizacja i zarządzanie, Zeszyt Nr 69/2014, s. 73-85.
92. Infor.pl, Biznes, *Jak mierzyć kompetencje zawodowe?*, 3.11.2011.
93. *Innowacyjny model preinkubacji przedsiębiorczej osób w wieku 50+,* Załącznik nr 3 do Opis Produktu Finalnego. Piramida Kompetencji, POKL.06.01.01-22-188/11, Wyd. Fundacja gospodarcza, Gdynia 2014.
94. Jamka B., *Czynnik ludzki we współczesnym przedsiębiorstwie: zasób czy kapitał? Od zarządzania kompetencjami do zarządzania różnorodnością*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
95. Janiszewska M., *Zarządzanie kompetencjami osób drogą do osiągania przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, red. T. Berna, Wydawnictwo Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009.
96. Janowska Z., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2010.
97. Jarecki W., *Koncepcja kapitału ludzkiego*, [w:] *Kapitał ludzki w gospodarce*, red. D. Kopycińska, PTE, Szczecin 2003.
98. Jaroszewski T. M., *Marksistowska koncepcja człowieka. Humanizm socjalistyczny i perspektywy komunizmu*, [w:] *Filozofia marksistowska*, red. T. M. Jaroszewski, Wiedza Powszechna, Warszawa 1979.
99. Jeffrey D., *Patient-centred Ethics and Communication at the End of Life*, Radcliffe Publishing, Oxford 2006.
100. Juchnowicz M., Rostkowski T., Sienkiewicz Ł., *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, Poltext, Warszawa 2010.
101. Kaczmarczyk S., *Badania marketingowe. Metody i techniki*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2003.
102. Kakemam E., Liang Z., Janati A., Arab-Zozani M., Mohaghegh B., Gholizadeh M., *Leadership and Management Competencies for Hospital Managers: A Systematic Review and Best-Fit Framework Synthesis,* Journal of Healthcare Leadership, No 12, 2020.

103. Kanungo R.N., Menon S., *Managerial resourcefulness: Measuring a critical component* of leadership effectiveness, Proceedings of the International Society for the Study of Work & Organizational Values 5h International Conference, Montreal 1996, August 22-25.
104. Kanungo R.N., Misra S., Ma*nagerial resourcefulness: A reconceptualization of management skills*, "Human Relations", 1992, nr 12.
105. red. Karkowski T., Pietrzak B., *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. Wolters Kluwer, Kraków 2013.
106. Kast F., Rosenzweig J., *Organization and Management*, *A Systems Approach*, Mc Graw Hill, New York 1970.
107. Katz R. L., *Skills of an Effective Administrator*, "Harvard Business Review", Boston, Massachusetts, September-October 1974.
108. Katz R. L., Kahn D., *The social psychology of organizations*, John Wiley&Sons, New York 1978.
109. red. Kautsch M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
110. Kęsy M., Kom*petencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
111. Kęsy M., *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
112. Kęsy M., wyniki badań własnych zrealizowanych w ramach projektu badawczego „*Ekonomizacja relacji interpersonalnych personelu medycznego z pacjentem w opiece zdrowotnej", 2017-2018.*
113. Kęsy M., Karniej P., *Innovative hospital staff management methods in Poland*, [w:] Scientific Journal. Service Management, Vol. 10, nr 779, Szczecin 2013.
114. Kęsy M., *Wpływ kompetencji na zatrudnienie pracowników w opiece psychiatrycznej*, [w:] Zdrowie psychiczne. Organizacja – zarządzanie – standardy, red. I. Mazur, P. Karniej, J. Jończyk, Wyd. CEdu, Wrocław 2015.
115. Kirk S., Parker D., Claridge T., Esmail A., Marshall M. , *Patient safety culture in primary care: developing a theoretical frame-work for practical use*, "Quality & Safety in Health Care", August 16(4), 2007.
116. Klasyfikacja zawodów i specjalności, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 listopada 2012 r. zmieniająca rozporządzenie w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy i zakresu jej stosowania (Dz.U. z dnia 19 listopada 2012 r., poz. 1268).
117. Klemp Jr. G. O., *The Assessment of Occupational Competence*, [w:] Report to the National

Institute of Educational, Washington 1980.

118. Kłak M., Zarządzanie wiedzą we współczesnym przedsiębiorstwie, Wyd. Wyższej Szkoły Ekonomii i Prawa im. Prof. Edwarda Lipińskiego w Kielcach, Kielce 2010.
119. Knowledge Management in the Learning Society, *Educations and skills*, Centre for Educational Research and Innovation, Paris 2000, OECD.
120. Kogan Page Editorial Staff, Your Professional Qualification: A guide to professional qualifications in the UK - Where They Lead and How to Get Them, Kogan Page Limited, London 2002.
121. Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1989.
122. Koper A., Wdowiak L., Wronska I., *Służbowe więzi organizacyjne w szpitalu*, „Zdrowie Publiczne" Nr 1/2, 2003.
123. Köper J., Zaremba H. J., *Recommendations for the vocational training in Europe,* [w:] *Quality Management and Qualification. Needs 2. Towards Quality Capability of Companies and Employees in Europe*, red. J. Köper, H. J. Zaremba, Wydawnictwo Physica-Verlag Heidelberg, New York 2000.
124. Kossowska M., Sołtysińska I., *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
125. Koźmiński A. K., Jemielniak D., *Zarządzanie od podstaw*, Warszawa 2008.
126. red. Krajewski-Siuda K., *Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski*, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom 2008.
127. red. Król H., Ludwiczyński A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, PWN, Warszawa 2007.
128. Krupski R., Bąkowska-Morawska U., Piwoni-Krzeszowska E., *Elastyczność zasobów relacyjnych,* [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008.
129. Krupski R., *Elastyczność zasobów organizacji,* [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008.
130. Krzyżanowski L., *O podstawach kierowania organizacjami inaczej*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1999.
131. Ksykiewicz-Dorota A., *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
132. Kubot Z., *Status ordynatora*, ABACUS Biuro Promocji Medycznej, Nr 2/2001 (10 Vol. 3), 2001.

133. Kupczyk T., Stor M., Zarządzanie kompetencjami. Teoria, badania i praktyka biznesowa, Wyższa Szkoła Handlowa we Włocławiu, Wrocław 2017.
134. Kuhn T., *Struktura rewolucji naukowych*, PWN, Warszawa 1968.
135. Kupczyk T., Stor M., *Zarządzanie kompetencjami. Teoria, badania i praktyka biznesowa*, Wydawca Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu, Wrocław 2017.
136. Kwaśna I., Sacewicz-Górska M., *Jakie zawody są poszukiwane naprawdę?*, Informator Kariera 2008/2009.
137. Kwiatkowski S. M., *Idea uczenia się przez całe życie,* [w:] *Pedagogika pracy*, red. S.M. Kwiatkowski, A. Bogaj, B. Baraniak, WAiP, Warszawa 2007.
138. Kwiatkowski S. M., Symela K., *Standardy kwalifikacji zawodowych*. *Teoria, metodologia, projekty*, Wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001.
139. Lado A. A., Wilson M. C., *Human resources system and sustained competetive adventage: a competency-based perspective*, "Academy of Management Review", Nr 19/4, 1994.
140. Lawer E. E., Ledford G., *A skill-based approach to human resources management*, "European Management Journal", Nr 10 (4), 1992.
141. *Lekarze emeryci ratują system przed kadrową katastrofą*, Rynek zdrowia Nr 5 (153), 8.11.2018.
142. Lenglart F. , *L'essentiel du Management par les meilleurs professeurs,* [w:] *Management et risque juridique du dirigeant*, MBA, Paris 2005.
143. Levy-Leboyer C., *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997.
144. Lewandowska A., Hadryś-Nowak A., *Wybrane aspekty psychologiczne w procesie sukcesji polskich przedsiębiorstw rodzinnych*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie", 2012, t. XIII.
145. Lewandowski R., Walkowiak R., red., *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Problemy wybrane*, Wydawnictwo Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2011.
146. Lista największych szpitali w Polsce, Puls Medycyny. Dodatek tematyczny, Nr 19 (312), 20.02.2017r.
147. Lockyer K., Muhlemann A., Oakland J., *Production and Operations Management*, Pitman, London 1992.
148. Lundy O., Cowling A. G., *Strategic Human Resource Management*, Routledge, New York 1996.
149. Lussier R. N., Kimball D. C., *Applied Sport Management Skills*, Human Kinetics, Champaign, Illinois 2014.

150. red. Łuczak M., Małys Ł., *Współczesne koncepcje i trendy w branży motoryzacyjnej*, Wyd. Advertiva, Poznań 2016.
151. Majewski M., Nowomiejski J., *Analiza zatrudnienia w zakładzie opieki zdrowotnej,* [w:] *Zmiany w ochronie zdrowia. Promocja. Edukacja. Terapia. Zarządzanie*, red. M. D. Głowacka, Wyd. Baskat Marek Baumgart, Poznań 2006.
152. Martyniak Z., *Prekursorzy nauki organizacji i zarządzania*, Warszawa 1989.
153. Matczewski A., Sławik A., *Holistyczne podejście do zarządzania komunikacją korporacyjną*, [w:] Komunikacja i jakość w zarządzaniu, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2010.
154. Matysik S., *Kompetencje pracownicze jako element strategii przedsiębiorstwa*, Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej, „Zarządzanie", 2016, nr 24, t. 2.
155. Mazurkiewicz A., *Sprawność działania – interpretacja teoretyczna pojęcia*, [w:] Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy, Nr 20/2011, s. 47-57.
156. Moskalewicz B., *Medycyna jako system społeczny* [w:] Wstęp do socjologii medycyny, red. Antonina Ostrowska, Warszawa 1990.
157. McClelland D., *Testing for Competence Rather Than for „Intelligence"*, American Psychologist 28, January 1973.
158. Means T. L., *Business Communication*, South-Western Cengage Learning, Mason 2010, s. 11-18.
159. Metcalfe H., *The cost of manufactures and the administration of workshops, public and private*, New York 1907.
160. Michalski T., *Statystyka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2004.
161. *Midwifery and Health Visiting,* United Kingdom Central Council for Nursing, 35, 1999.
162. Migalski P., *Bardzo ważna wartość dodana*, "Rynek Zdrowia" Nr 66, styczeń 2011.
163. Minister zdrowia o deficycie wśród położnych i pielęgniarek, Rynek zdrowia Nr 1 (149), 26.01.2018.
164. Ministerstwo Zdrowia, Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007 – 2013. Dokument przyjęty przez Rady Ministrów, w dniu 21 czerwca 2005.
165. Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisaions*, Editions d'organisation, 1982.
166. Moczydłowska J., *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*, Difin, Warszawa 2008.
167. Morgan G., *Obrazy organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
168. Morgan G., *Riding the Waves of Change: Developing Managerial Competencies for a Turbulent World*, Jossey-Bass, Oxford 1988.

169. *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów*, Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje, Warszawa 2012.
170. Mroczka K. S., *Wpływ polityki zarządzania zasobami ludzkimi w polskiej służbie cywilnej na funkcjonowanie państwa*, Warszawa 2014.
171. red. Mróz T., *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce – aspekty prawne i socjologiczne*, Wyd. Temida 2, Białystok 2012.
172. Mullins L. J., Dosser P., *Hospitality management and organisational behaviour*, Pearson Education Limited, Harlow 2013.
173. Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa, lipiec 2010.
174. red. Nęcki Z., Kęsy M., *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
175. Nordhaus S., *Ekonomia 2*, Dom Wydawniczy REBIS, Warszawa 1998.
176. Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985.
177. Obmach J., Słomczynski W., *Planowanie rozwoju kadry lekarskiej, ekspertyza*, Uniwersytet Jagiellonski, Kraków, XII 2000, Internet, http://www.im.uj.edu.pl/JerzyOmbach/MZ2000. pdf, (17 wrzesnia 2006 r.).
178. Oleksyn T., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w różnych wyobrażeniach przedsiębiorstwa*, [w:] Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej, nr 24, t. 2, Częstochowa 2016.
179. Oleksyn T., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
180. Oleksyn T., *Praca i płaca w zarządzaniu*, Wydawnictwo Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2001.
181. Oleksyn T., *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
182. Oleksyn T., *Zarządzanie potencjałem pracy w organizacjach różnej wielkości,* [w:] *Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim*, red. A. Ludwiczyński, K. Stobiński, Poltext, Warszawa 2001.
183. Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., Zarz*ądzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo fachowe CeDeWu.pl, Warszawa 2005.
184. Pawlak Z., *Personalna funkcja firmy – procesy i procedury kadrowe*, Poltext, Warszawa 2003.
185. Penc J., *Kreatywne kierowanie*, Warszawa 2000.
186. Peszko A., *Podstawy Zarządzania Organizacjami*, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Kraków 2002.

187. Peterson S. J., Bredow T. S., *Middle Range Theories. Application to nursing research*, Wolter Kluwer Health, Philadelphia 2009.
188. Phillips A., *Assertiveness and the Manager's Job*, Radcliffe Medical Press, Abingdon 2002.
189. *Pielęgniarki o swoich miejscach pracy*, „Rynek Zdrowia" Nr 76, listopad 2011.
190. Pierru F., *L'hôpital entreprise. Une self-fulfilling prophecy avortée*, Politix, Vol. 12, 1999, Nr 46.
191. red. Pietrzak B., Karkowski T., *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
192. Pittman P., Aiken L.H. , Buchan J., *International Migration of Nurses: Introduction*, Health Services Research 2007, 42 (3).
193. Pocztowski A., *Zarządzanie szkoleniami w firmie* [w:] *Szkolenie i rozwój pracowników a sukces firmy*, A. Ludwiczyński (red.), PFPK, Warszawa 1999.
194. Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy –metody*, PWE, Warszawa 2003.
195. Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie-procesy-metody*, PWE, Warszawa 2007.
196. Pocztowski A., *Rola naczelnego kierownictwa, kierownika ds. personalnych i kierowników liniowych w strategicznym zarządzaniu zasobami ludzkimi*, [w:] Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi, PFPK, Warszawa 2000.
197. Pollitt C., Bouckaert G., *Public Management Reform: A Comparative Analysis – New Public Management, Governance, and the Neo-Weberian State*. Oxford: Oxford University Press, 2011.
198. Polski Komitet Normalizacyjny, Norma ISO 9001:2008, Systemy zarządzania jakością. Wymagania, Norma Europejska EN ISO 9001:2008 ma status Polskiej Normy, luty 2009.
199. Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności, http://www.pafw.pl/programy/, w dniu 10.05.2012.
200. Potocki A., *Instrumenty komunikacji wewnętrznej w przedsiębiorstwie*, Difin, Warszawa 2008.
201. Prevot F., *The management of competences in the context of interorganizational relations,* [w:] *Competence building and leveraging in interorganizational relations, Advances in Applied Business Strategy*, Vol. 11, red. R. Martens, A. Heene, R. Sanchez, Elsevier, Oxford 2008.
202. *Profile of an effective manager for Managerial Excellence in the United Nations*, Office of Human Resources Management, 2018.

203. Prudzienica M., *Innowacje – podstawowe zagadnienia* [w:] *Zarządzanie wiedzą w kreowaniu innowacji zarządczych*, red. M. Morawski, M. Prudzienica, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2011, s. 36.
204. Rakowska A., Sitko-Lutek A., *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, PWN, Warszawa 2000.
205. Rampersad H. R., *Kompleksowa Karta Wyników*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2004.
206. Rankin N. , *Raising performance through people: the ninth competency survey*, "Competency and Emotional Intelligence", January 2002.
207. Rankin N., *Raising performance through people: the ninth competency survey*. "Competency and Emotional Intelligence", January.
208. red. Reason P., Bradbury H., *Handbook of Action Research: Concise Paperback Edition*, SAGE Populations, London 2006.
209. Rezvani Z., *Who is a Middle Manager: A literature Review*, International Journal of Family Business and Management, 2017.
210. Robbins S. P., Langton N., *Organizational Behaviour: Concepts, Controversies, Applications*, Prentice Hall, Toronto 2003.
211. Robbins S.P., DeCenzo D. A., *Podstawy zarządzania*, PWN, Warszawa 2002.
212. Robillard L., "*Marketing hospitalier. Un oxymore qui prend sens*", in Revue Hospitaliere de France (dwumiesięcznik), Juillet/Aout 2007.
213. Rolfhus E. L., Ackerman P. L., *Assessing individual differences in knowledge: Knowledge, intelligence, and related traits*, "*Journal of Educational Psychology"* 91 (3) 1999.
214. Rostkowski T., *Zarządzanie kompetencjami w UE,* [w:] *Standardy europejskie w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Juchnowicz, Poltext, Warszawa 2004.
215. Rostkowski T., *Zarządzanie kompetencjami jako przyszłość ZZL w Polsce*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi", 2002, nr 6.
216. Rostkowski T., *Kompetencje a jakość zarządzania zasobami ludzkimi*, [w:] *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, red. A. Sajkiewicz, Warszawa 2002.
217. Rozporządzenie Ministra transportu, budownictwa i gospodarki morskiej z dnia 2 sierpnia 2012 roku (Dz.U.2012.973).
218. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 20 października 2005 roku (Dz.U.05.213.1779).
219. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 6 października 2004 roku.

220. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 6. 10. 2004 roku.
221. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty z dnia 26 września 2012 roku (Dz.U. 2012 nr 0 poz. 1082).
222. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20. 10. 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów.
223. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24.03.2004 roku w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty.
224. Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty z dnia 20 grudnia 2012 roku (Dz.U. 2012 nr 1 poz. 1543).
225. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami z dnia 20 lipca 2011 roku , na podstawie art. 50 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654), z dnia 02. 10. 2012 roku.
226. Rutka R., *Organizacja zakładu opieki zdrowotnej*, [w:] Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej, red. B. Nogalski, J. M. Rybicki, Wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2002.
227. Sajkiewicz A., *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002.
228. Salman M., Ganie S. A., Saleem I., The concept of competence: a thematic review and discussion, European Journal of Training and Development , Emerald Publishing Limited, Vol. 44, No 6-7, 2020.
229. Sanghi S., *The Handbook of Competence Mapping. Understanding, Designing and Implementing Competency Models in Organization*, Sage, New Delhi, 2008.
230. Sanghi S., *The Handbook of Competency Mapping: Understanding, Designing and Implementing Competency Models in Organizations*, SAGE Publications, Delhi, 2016.
231. Saracen A., *Planowanie i organizacja pracy w oddziałach organizacyjnych i położniczych jakość opieki pielęgniarskiej*, Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej", Kraków 2000.
232. Schiavo R., *Health Communication from theory to practice*, Jossey-Bass, San Francisco, 2007.
233. Secord H., *Implementing best practices in human resources management*, CCH Canadian Limited, Toronto 2003.

234. Senge P. M., *The Fifth Discipline*: *The Art and Practice of The Learning Organization*, Crown Publishing Group, New York 2006.
235. Shaw M. E., *Group Dynamice: The psychology of small group behavior*, McGraw-Hill, New York 1976.
236. Shaw-Chiang W., *Competency Definitions, Development and Assessment: A Brief Review*, International Journal of Academic, Research in progressive. Education & Development, HR Management Academic Research Society.
237. Shortell S. M., Kaluzny A. D., *Podstawy Zarządzania Opieką Zdrowotną,* Vesalius, Kraków 2001.
238. Sidor-Rządkowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników: przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
239. Sidor-Rządkowska M., *Kształtowanie nowoczesnych ocen pracowniczych*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
240. Sidor-Rządkowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników. Przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
241. Sobczak M., Rakowska K., *Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu*, Problemy pielęgniarstwa, „VIA MEDICA", Gdańsk 2008, tom 16, zeszyt nr 1, 2, 24.
242. Spałek S., *Krytyczne czynniki sukcesu w zarządzaniu projektami*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2004, Monografia nr 76.
243. Spencer L. M. Jr., Spencer S. M., *Competence at Work: Models for Superior Performance*, Wiley, New York 1993.
244. Springer A., *Znaczenie postaw i kompetencji pracownika w zarządzaniu zasobami ludzkimi organizacji*, [w:] Komunikacja i jakość w zarządzaniu, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
245. Srivastava R., *The healthcare professional's guide to clinical cultural competence*, Mosby Elsevier Canada, Toronto 2007.
246. Stawicka E., *Knowledge Management in the Learning Society*, OECD, Paris 2003.
247. Stawicka E., *Koncepcja kapitału ludzkiego w naukach o zarządzaniu*, [w:] Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Wydziałowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, red. A. Czech, Katowice 2012.
248. Steinmann H., Schreyogg G., *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje funkcje, przykłady*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1998.

249. Sternberg R. J., Lubart T. I., Creative giftedness in children, [w:] P. S. Klein, A. J. Tannenbaum, To be young and gifted, Ablex Publishing, Norwood, New Jersey 1992.
250. Stewart T. A., *Intellectual capital: The New Wealth of Organizations*, Nicholas Brealey, London 1997.
251. Stewart T. A., *The Wealth of Knowledge*: *Intellectual Capital and the Twenty-first Century Organization*, Currency, New York 2001.
252. red. Stępniewski J., *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
253. Stoner J. A. F., Wankel Ch., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1994.
254. red. Sutherland P., Crowther J., *Lifelong Learning. Concepts nad contexts*, Routledge, New York 2008.
255. Swayne L. E., Duncan W. J., Ginter P. M., *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
256. Sveiby K. E., *The New Organizational Wealth: Managing and Measuring knowledge-based assets*, Berret-Koehler Publishers, San Francisco 1997.
257. Symela K., *Standardy programowania treści kształcenia zawodowego,* [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, red. M. Butkiewicz, Wyd. IteE, Warszawa-Radom 1995.
258. Szreder M., *Metody statystyczne*, PWE, Warszawa 2004.
259. Szrejner A., *Po pierwsze: określić wymagania*, „Personel i zarządzanie" nr 10 (175) 2004.
260. Tadeusiewicz R., *Informatyka Medyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2010.
261. Światowa Organizacja Zdrowia, http://www.who.un.org.pl/files/431/WHO%2060%20lat%20broszura.pdf, w dniu 20.04.2012.
262. Tangney J. P., Stuewig J., Mashek D. J., *Moral Emotions and Moral Behavior*, „Annual Review of Psychology", Nr 58/2007.
263. Tate W., *Developing Corporate Competence: A High-Performance Agenda for Managing Organizations*, Gower Publishing, Aldershot 1995.
264. Taylor F., *The Principles of Scientific Management*, Harper & Brothers, New York 1911, wydana ponownie przez Preinger Library, San Francisco, California 2006.
265. Taylor F. W., *Zasady naukowego zarządzania* (*Principles of Scientific Management*), 1911.
266. Taylor F. W., *Zarządzanie warsztatem wytwórczym* (*Shop Management*), 1903.
267. *Test kompetencji kierowniczych kadry polskich szpitali*, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, Edumetriq Akademia Ochrony Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości

w Ochronie Zdrowia, Polską Federacją Szpitali, Instytutem Ochrony Zdrowia i Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, Sopot 2015.

268. Thierry D., Sauret Ch., *Zarządzanie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Wydawnictwo Polext, Warszawa 1994.
269. Thierry D., Monod N., Sauret Ch., *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesach zmian*, Warszawa 1994.
270. Thierry D., Sauret Ch., Monod N., *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Poltext, Warszawa 1994.
271. Thompson J. L., Richardson B., *Strategic and Competitive Success: Towards a Model of the Comprehensively Component Organization*, "Management Decision" nr 2/ 1996, http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do?ContentType=Article&ContentId=864822, dnia 05.03.2012 roku.
272. Thornton G. C., Byham W. C., *Assessment centers and managerial performance*, Academic Press, New York 1982.
273. Tomorowicz A., *Struktura kompetencji społecznych w ujęciu interakcyjnym*, Psychiatria, Tom 8, nr 3, 91-96, www.psychiatia.viamedica.pl, 2011.
274. Tyrańska M., *Zarządzanie kompetencjami menedżerskimi w przedsiębiorstwie,* [w:] *Współczesne tendencje w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Tyrańska, Difin, Warszawa 2012.
275. Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 roku (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. Nr 144, poz. 1529 z późn. zm.).
276. Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654).
277. Ustawa o izbach aptekarskich z dnia 19 kwietnia 1991 roku (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 856.).
278. Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. 1997 Nr 133 poz. 883) ze zmianami.
279. Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia z dnia 8 września 2006 roku, nowelizacja Ustawy weszła w życie z dniem 31.12.2012 roku (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).
280. Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 roku, Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657.
281. Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 roku (Dz.U.2011.174.1039, 2012-01-01 zm. Dz.U.2011.291.1707 art. 16).
282. Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 roku (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857).

283. Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 28 kwietnia 2011 roku.
284. Ustawa Prawo zamówień publicznych, Dz.U. z 2010 roku nr 113 poz. 759, art. 4 pkt. 8, z dnia 15 września 2012 roku.
285. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku (Dz.U. 1991 nr 91 poz. 408).
286. Walkowiak R., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa "Dom Organizatora", Toruń 2007.
287. Ward P., *360 – degree feedback*, CIPD House, Londyn 1997.
288. Webster S., Morgantini L., *Wspólne zgromadzenie parlamentarne AKPUE*, Sprawozdanie w sprawie migracji wykwalifikowanych pracowników i jej konsekwencji dla rozwoju krajowego, Komisja Spraw Społecznych i Środowiska, 08.03.2007.
289. Weightman J., *Managing people*, Chartered Institute of Personnel and Development, London 2004.
290. Wenta K., *Uczyć się przez całe życie, aby być i mieć nadzieję na dobrą pracę*, „Edukacja ustawiczna dorosłych" 2 (77)/ 2012 (Polish Journal of Continuing Education), Wydawnictwo Instytut Technologii Eksploatacji, s. 21.
291. Whiddett S., Hollyfirde S., *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
292. Whiddett S., Hollyforde S., *The Competetencies handbook*, Institute of Personnel and Development, London 2003.
293. White R. W., *Motivation reconsidered: The concept of competence*, "Psychological Review", 1959, No. 66 (5).
294. *Więcej o raporcie GUS: ochrona zdrowia w liczbach*, „Rynek Zdrowia", 2011.
295. Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
296. Wojtaszek S., *Od historii metod zarządzania do sprawnego funkcjonowania organizacji*, [w:] „Zarządzanie", ZS WHS, 2014, nr 1.
297. Wojteczek J., *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia" Nr 5, 2009.
298. Wolter L. F., Pena J. J., *Health Care Administration. Principles and Practices*, Aspen Publishers, Rockville 1987.
299. Woodruffe C., *Ośrodki oceny i rozwoju, narzędzia analizy i doskonalenia kompetencji pracowników*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
300. *Working together for heath*. The World Health Raport, Geneva 2006.

301. Wudarzewski W., *System kompetencji funkcjonalnych i wyznaczniki jego sprawności,* [w:] Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu Nr 963, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2002.
302. Vering J. A., *Robert White's Theory on Competence, Sense of Competence, Self-esteem, and Anxiety: An Empirical Analysis*, Harvard University 1973.
303. Verma V. K., *Organizing Projects for Success*, [w:] *The Human Aspects of Project Management,* Project Management Institute, Newtown Square, Pennsylvania 1995, Volume 1.
304. Załącznik do instrukcji nr 35/61 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 czerwca 1961 roku.
305. Załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów z dnia 6 października 2004 r. (Dz. U. z 2004 r., nr 231, poz. 2326).
306. Zakrzewska-Bielawska A. F., *Podstawy zarządzania. Teoria i ćwiczenia*, Warszawa 2012.
307. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.
308. Zymonik Z., *Ewolucja wiedzy o kosztach jakości*, [w:] „Zarządzanie i Finanse", 2012, R. 10, nr 3, cz. 1.
309. Żuber R., *Zarządzanie rozwojem przedsiębiorstwa. Teoria i praktyka*, Wyd. Difin, Warszawa 2008.
310. Quality management — Guidelines for realizing financial and economic benefits, International Standard ISO 10014: 2006.
311. Quality Management - Guidelines For Training, International Standard ISO 10015: 1999.
312. Akademia Bizensu, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Materiały szkoleniowe z tematu „Asertywna komunikacja w pracy urzędnika" Szkolenia miękkie dla członków korpusu służby cywilnej są realizowane w ramach projektu „Wdrożenie strategii szkoleniowej", Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (Priorytet V, Działanie 5.1, Poddziałanie 5.1.1).
313. https://www.projektgamma.pl/strefa-wiedzy/artykuly-eksperckie/podstawowe-rodzaje-kompetencji-pracownikow.

SPIS TABEL I ILUSTRACJI

A. Tabele

1	Definicje kompetencji……..	19-20
2	Typologia kompetencji……	32-33
3	Cele i hipotezy szczegółowe przyjęte w badaniach empirycznych…….	103
4	Zakres tematyczny uzupełnianej wiedzy menedżerskiej przez pracowników organizacji służby zdrowia……	116
5	Działy wiedzy doskonalone przez pracowników organizacji służby zdrowia……..	118
6	Stopień samouzupełniania wiedzy z obszaru zarządzania przez pracowników służby zdrowia……	119
7	Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu zarządzania finansami……..	120
8	Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu marketingu i jakości…….	121
9	Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu nadzoru nad infrastrukturą……	122
10	Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu zarządzania kadrami…….	122
11	Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu zarządzania informacją…….	123
12	Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu psychologii zarządzania……..	123
13	Ocena wiedzy pracowników szpitali z zakresu zarządzania zmianą……..	124
14	Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez pracowników służby zdrowia……	125-126
15	Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego w 2011 roku……	128-129
16	Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego w 2019 roku…….	129
17	Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji w 2011 roku……..	130
18	Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji w 2018 roku……..	131
19	Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego w 2011 roku…….	135
20	Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego w 2018 roku……	135
21	Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach kierowniczych według pracowników organizacji służby zdrowia……	138
22	Umiejętności menedżerskie przypisane personelowi medycznemu z uwzględnieniem grup wiekowych……	140
23	Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez pracowników organizacji służby zdrowia…….	142
24	Współczynnik potrzeb oraz rzeczywistego stanu wiedzy menedżerów opieki zdrowia..	143
25	Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy pracowników organizacji służby zdrowia w ocenie menedżerów opieki zdrowia……..	144
26	Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowia…….	145
27	Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia……	145
28	Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowia…….	145
29	Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia……...	146
30	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem przez menedżerów opieki zdrowia……	146
31	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia……	146
32	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowia……..	147
33	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia……...	148
34	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowia…….	148
35	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem	

	na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia……	148
36	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowia…….	149
37	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 1…….	150
38	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia, cz. 2……..	150
39	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowia……	151
40	Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowia……..	151
41	Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną lekarzy (badania w 2011 roku)……	152
42	Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną lekarzy (badania w 2019 roku)……	153
43	Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną pielęgniarek (badania w 2011 roku)……..	155
44	Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną pielęgniarek (badania w 2019 roku)……	156
45	Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną pracowników administracyjnych (badania w 2011 roku)…….	156
46	Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko menedżerskie według menedżerów opieki zdrowia w konfrontacji z oceną pracowników administracyjnych (badania w 2019 roku)…….	157
47	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca komunikowania się..	185
48	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca odpowiedzialności..	185
49	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca kreatywności…….	185
50	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca wytrwałości……	186
51	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca odporności na stres..	186
52	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca zdolności przywódczych	187
53	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotyczących optymizmu……	187
54	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca otwartości……	187
55	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca dyspozycyjności…..	188
56	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca systematyczności…	188
57	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca chęci ciągłego uczenia się…….	189
58	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca dokładności…….	189
59	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca empatii…….	190
60	Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowia dotycząca asertywności…….	190
61	Pożądane kompetencje na stanowisku menedżera pierwszej linii……..	202
62	Pożądane kompetencje na stanowisku menedżera średniego szczebla…….	204
63	Pożądane kompetencje na stanowisku menedżera top management……	206

B. Ilustracje

1	Zarządzanie umiejętnościami na trzech poziomach zarządzania……	44
2	Struktura dywizjonalna preferowana w szpitalach…….	63
3	Struktura macierzowa w organizacjach……	65
4	Struktura projektowa…….	67
5	Model tradycyjnej piramidy dla menedżerów w organizacji……..	91
6	Model klepsydry dla menedżerów w organizacji…….	92
7	Metodologia badawcza……..	105
8	Metodyka badania ilościowego…….	106
9	Metodyka badania jakościowego…….	107
10	Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych lekarzy w szpitalu……	132
11	Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pielęgniarek w szpitalu……..	132
12	Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pracowników administracyjnych w szpitalu…….	133

13	Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pracowników technicznych w szpitalu……..	133
14	Poziom relacji między pracownikami zatrudnionymi w szpitalach……..	134
15	Stanowiska menedżerskie na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną..	199
16	Profesjogram kompetencji pożądanych na stanowisku menedżera pierwszej linii……	203
17	Profesjogram kompetencji pożądanych na stanowisku menedżera średniego szczebla.	205
18	Profesjogram kompetencji pożądanych na stanowisku menedżera top management…	207
19	Struktura kompetencji na poszczególnych szczeblach menedżerskich…….	214
20	Struktura kompetencji menedżera ds. organizacyjnych i administracyjnych na II szczeblu organizacyjnym……	215
21	Struktura kompetencji menedżera ds. leczniczych na II szczeblu organizacyjnym…..	215
22	Propozycja stanowisk menedżerskich na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną dedykowane personelowi medycznemu……	216
23	Propozycja innowacji organizacyjnej z uwzględnieniem struktury podziału stanowisk menedżerów na III szczeblach zarządzania organizacją służby zdrowia……	217