

# **Kompetencje menedżerskie personelu medycznego**



Marcin Kęsy

# **Kompetencje menedżerskie personelu medycznego**

Bydgoszcz 2018

Autor książki jest członkiem  
Zespołu do Badań nad Organizacją i Zarządzaniem Szpitalami „Avicenna”  
przy Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Niniejsza książka stanowi aktualizację i rozszerzenie książki:  
Marcin Kęsy,  
*Kształtowanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego w szpitalach*,  
Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydanie I, Kraków 2013, 256 s.

**RECENZENT**

prof. dr hab. Marek Bugdol, Uniwersytet Jagielloński

**PROJEKT OKŁADKI**

Studio Grafiki Wyższej Szkoły Gospodarki

**KOREKTA**

Elżbieta Rogucka

**SKŁAD**

Adriana Górską

ISBN 978-83-65507-26-6

Copyright © **Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki**  
85-229 Bydgoszcz, ul. Garbary 2  
[www.wsg.byd.pl](http://www.wsg.byd.pl), [wydawnictwo@byd.pl](mailto:wydawnictwo@byd.pl)

## Spis treści

|  |    |
|--|----|
| STRESZCZENIE   | 8  |
| WSTĘP  | 9  |
| ROZDZIAŁ 1.  |    |
| KOMPETENCJE W ZARZĄDZANIU ORGANIZACJĄ  | 13 |
| 1.1. Właściwości kompetencji w naukach o zarządzaniu                                 | 13 |
| 1.2. Obraz kompetencji w literaturze przedmiotu                                      | 17 |
| 1.3. Typologia kompetencji w naukach o zarządzaniu                                   | 25 |
| 1.4. Uniwersalne kompetencje społeczne na różnych szczeblach organizacyjnych         | 35 |
| 1.5. Wieloaspektowość kompetencji w systemie opieki zdrowia                          | 45 |
| 1.6. Doskonalenie kompetencji zawodowych   | 46 |
| ROZDZIAŁ 2.  |    |
| KOMPETENCJE NABYWANE PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY   | 51 |
| 2.1. Podaż personelu medycznego w systemie opieki zdrowotnej                         | 52 |
| 2.2. Struktura zatrudnienia personelu medycznego                                     | 57 |
| 2.3. Kompetencje zawodowe personelu medycznego                                       | 65 |
| 2.4. Kompetencje lekarzy nabywane w procesie kształcenia zawodowego                  | 70 |
| 2.5. Kompetencje pielęgniarek i położnych nabywane w procesie kształcenia zawodowego | 72 |
| ROZDZIAŁ 3.  |    |
| UWARUNKOWANIA ZARZĄDZANIA KOMPETENCJAMI W PODMIOTACH LECZNICZYCH                     | 75 |
| 3.1. Organizacja podmiotów leczniczych   | 76 |
| 3.2. Formy organizacyjne w szpitalach  | 79 |
| 3.3. Typologia menedżerów w organizacji  | 85 |
| 3.4. Kompetencje kadry zarządzającej w organizacji szpitalnej                        | 88 |

|  |     |
|--|-----|
| ROZDZIAŁ 4.  |     |
| ZAŁOŻENIA I ORGANIZACJA BADANIA  | 99  |
| 4.1. Metodologia badawcza  | 99  |
| 4.2. Identyfikacja podstawowego problemu badawczego                          | 104 |
| 4.3. Geneza koncepcji badawczej  | 106 |
| 4.4. Metody doboru próby w badaniu ilościowym oraz opis badania jakościowego | 110 |
| 4.5. Metody i techniki badawcze zastosowane w badaniu                        | 113 |
| 4.6. Zastosowanie badania pilotażowego w procesie badawczym                  | 115 |
| 4.7. Wielokryterialny opis szpitali  | 116 |
| 4.8. Wielokryterialny opis podmiotu badawczego                               | 125 |
| ROZDZIAŁ 5.  |     |
| KOMPETENCJE MENEDŻERSKIE PERSONELU MEDYCZNEGO                                | 135 |
| 5.1. Uwarunkowania kompetencji menedżerskich                                 | 135 |
| 5.1.1. Kompetencje personelu medycznego                                      | 136 |
| 5.1.2. Metody doskonalenia kompetencji menedżerskich                         | 146 |
| 5.2. Pożądana wiedza menedżerska   | 152 |
| 5.2.1. Rzeczywiste zapotrzebowanie na wiedzę menedżerską                     | 152 |
| 5.2.2. Preferowane metody doksztalcania się przez personel medyczny          | 171 |
| 5.3. Zarządzanie wiedzą przez personel medyczny                              | 173 |
| ROZDZIAŁ 6.  |     |
| KOMPETENCJE SPOŁECZNE PERSONELU MEDYCZNEGO                                   | 179 |
| 6.1. Proces komunikacji interpersonalnej w szpitalach                        | 179 |
| 6.2. Umiejętności interpersonalne personelu medycznego                       | 181 |
| 6.3. Pożądane kompetencje społeczne kadry zarządzającej                      | 186 |
| 6.4. Aktywność i świadomość potrzeb szkoleniowych personelu medycznego       | 193 |
| 6.5. Komunikacja wewnętrzna w podmiotach leczniczych                         | 200 |
| ROZDZIAŁ 7.  |     |
| KOMPETENCJE MENEDŻERSKIE I SPOŁECZNE KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ SZPITALAMI          | 219 |
| 7.1. Stan wiedzy menedżerskiej   | 219 |
| 7.2. Pożądana wiedza menedżerska przez kadrę zarządzającą szpitalami         | 235 |

---

|  |  |     |
|--|--|-----|
| 7.3.   | Umiejętności interpersonalne kadry zarządzającej                                       | 249 |
| 7.4.   | Świadomość potrzeb szkoleniowych personelu medycznego w obszarze zarządzania szpitalem | 263 |
| ROZDZIAŁ 8.  |  |     |
| KOMPETENCJE POŻĄDANE NA STANOWISKACH MENEDŻERSKICH W OPINII BADANYCH PRZEDSTAWICIELI KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ |  |     |
|  |  | 267 |
| 8.1.   | Ocena potrzeb kompetencyjnych przez menedżerów I szczebla                              | 268 |
| 8.2.   | Ocena potrzeb kompetencyjnych przez menedżerów średniego szczebla                      | 275 |
| 8.3.   | Ocena potrzeb kompetencyjnych przez menedżerów wyższego szczebla                       | 281 |
| 8.4.   | Autorska interpretacja informacji badawczych   | 291 |
| ROZDZIAŁ 9.  |  |     |
| KONCEPCJA INNOWACJI KOMPETENCYJNO-ORGANIZACYJNYCH W PIONIE MENEDŻERSKIM                                  |  |     |
|  |  | 295 |
| 9.1.   | Deficyt kompetencji w obszarze funkcji menedżerskich                                   | 296 |
| 9.2.   | Kompetencje pożądane przez menedżerów I i II szczebla organizacyjnego                  | 304 |
| 9.3.   | Struktura kompetencji menedżerskich na wszystkich szczeblach organizacji               | 310 |
| 9.4.   | Dedykowane menedżerom metody doskonalenia kompetencji                                  | 317 |
| 9.5.   | Innowacje organizacyjne na szczeblach menedżerskich                                    | 329 |
| 9.6.   | Ograniczenia w obszarze proponowanych innowacji  | 332 |
| ZAKOŃCZENIE  |  |     |
|  |  | 335 |
| BIBLIOGRAFIA   |  |     |
|  |  | 337 |
| SPIS TABEL I ILUSTRACJI  |  |     |
|  |  | 351 |

## STRESZCZENIE

System opieki zdrowotnej jest złożonym zjawiskiem, które wymaga dostosowania się do potrzeb rynkowych, sprawnej współpracy między uczestnikami oraz optymalizacji zasobów, jakimi dysponuje.

Istniejąca luka publikacyjna w obszarze zarządzania kompetencjami menedżerskimi personelu medycznego wymusiła na badacza uzupełnienie istniejącej wiedzy teoretycznej o wiedzę uzyskaną w trakcie badań pierwotnych, przy wykorzystaniu metody triangulacji danych.

Autor w niniejszej książce proponuje przemodelować pion menedżerski, opierając się na kompetencjach personelu medycznego i wychodząc z założenia, że skuteczne zarządzanie organizacją jest zależne m.in. od sprawności menedżera. Rozważania oparte są na zmianach zachodzących w teorii zarządzania oraz badaniach przeprowadzonych na grupie przedstawicieli personelu medycznego i menedżerów w latach 2011-2012 oraz w roku 2018.

Wyniki uzyskane przez badacza potwierdzone są badaniami obcymi. Przykładem jest Test kompetencji kierowniczych kadry polskich szpitali z 2015 r. Zdaniem specjalistów Edumetriq Akademia Ochrony Zdrowia wzmocnienie kompetencji kierowniczych powinno odbywać się w sposób systemowy. Osoby pełniące rolę ordynatora mają potrzeby w zakresie doskonalenia kompetencji menedżerskich, związanej z wypełnieniem luki kompetencyjnej.

Autor, na podstawie zebranych danych i informacji badawczych, wypracował następujące propozycje innowacyjne w zakresie zarządzania podmiotami leczniczymi:

- profesjogramy stanowisk menedżera liniowego i średniego szczebla dla ścieżki awansu dedykowanego personelowi medycznemu;
- struktura kompetencji menedżerów na I i II szczeblu organizacyjnym;
- innowacyjna struktura organizacyjna szpitali oparta na podziale kompetencji menedżerskich;
- model procesu doskonalenia kompetencji personelu medycznego na ścieżce menedżerskiej.



## WSTĘP

Prezentowana książka stanowi podsumowanie wieloletnich badań autora nad zarządzaniem zasobami ludzkimi w obszarze zarządzania systemem opieki zdrowotnej, które było realizowane w ramach międzynarodowego Zespołu do Badań nad Organizacją i Zarządzaniem Szpitalami „Avicenna” przy Instytucie Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Monografia ta jest rozwinięciem wcześniejszej książki pt. *Kształtowanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego w szpitalach*, wydanej na Uniwersytecie Jagiellońskim w 2013 r. oraz trzech innych poprzedzających ją książek, dotyczących zarządzania organizacją, zasobami ludzkimi, czy też relacjami w szpitalach, których Marcin Kęsy był samodzielnym autorem (*Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wyd. UJ, Kraków 2012) lub też współautorem i współredaktorem naukowym (*Postawa personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wyd. UJ, Kraków 2013 oraz *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2011).

Od 2003 r. autor ukierunkował swoje zainteresowania naukowe na problematykę zarządzania kompetencjami interpersonalnymi oraz zawodowymi. Początkowo podmiotem zainteresowań były kompetencje absolwentów średnich szkół zawodowych, zasilających podaż lokalnego rynku pracy oraz zachodzące zależności organizacyjne i formalno-prawne między instytucjami edukacyjnymi, samorządowymi, administracją oraz przedsiębiorstwami.

Z czasem zainteresowania badacza ewoluowały w kierunku zarządzania systemem ochrony zdrowia. Główną tego przyczyną były znane wszystkim problemy polskiej służby zdrowia, związane z jej niewydolnością organizacyjną, problemami z kadrą, rosnącym zadłużeniem finansowym oraz niezadowoleniem pacjentów z jakości świadczonych usług zdrowotnych czy też relacji wewnętrznych w podmiotach leczniczych<sup>1</sup>.

W poszukiwaniu wiedzy z tego zakresu autor dwukrotnie wyjechał, raz w ramach programu Erasmus, na pobyt naukowo-dydaktyczny, który miał miejsce

---

<sup>1</sup> 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.

w Departamencie Zarządzania Organizacjami Opieki Medycznej i Społecznej (MOSS) na Wydziale Medycyny, na Uniwersytecie Paryż XIII w 2008 r. 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 o charakterze naukowo-dydaktycznym, który trwał 1 semestr (od lutego do czerwca 2010 r.) w Paryżu zapoznał się z praktycznymi aspektami zarządzania szpitalami.

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. Autor był członkiem zespołu „Avicenna” realizującego te 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 w 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 badacza. W tym okresie autor przeprowadził liczne badania empiryczne w podmiotach leczniczych z wykorzystaniem metod ilościowych oraz jakościowych czy też mieszanych, wykorzystując metodę triangulacji danych na płaszczyźnie zarządzania relacjami intergrupowymi i interpersonalnymi oraz kompetencjami społecznymi, zawodowymi czy też menedżerskimi w szpitalach.

W literaturze krajowej i obcojęzycznej skupionej na aspektach zarządzania szpitalami poruszane są zagadnienia odnoszące się do kreowania relacji między pracownikami, budowy modeli komunikacyjnych w relacjach lekarz-pacjent czy też zarządzania procesem pracy. Jednakże badacz zwraca uwagę na istnienie luki publikacyjnej w zakresie zarządzania kompetencjami menedżerskimi w podmiotach leczniczych. Ze względu na charakterystykę struktury zatrudnienia oraz specyfikę działalności szpitali, autor w oparciu o aktualną wiedzę zamierza stworzyć innowacyjną strukturę kompetencji na stanowiskach menedżerskich wszystkich szczebli zarządzania oraz profesjogram stanowisk menedżerskich dedykowanych personelowi medycznemu.

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. Powstałe na tym tle problemy związane z deficytem kompetencji zarządczych mają negatywny wpływ na funkcjonowanie komórek organizacyjnych, oddziałów, a nawet całego szpitala.

Stąd wypływa wniosek, że kompetencje kadry zarządzającej rozpatrywać należy z perspektywy sprawności kadry menedżerskiej, co z kolei wpływa na skuteczność działań<sup>2, 3</sup> oraz efektywność dysponowania posiadanymi zasobami pracy.

Niniejsza książka ma przybliżyć rzeczywistą sytuację w szpitalach dotyczącą systemowego zarządzania przez pracowników medycznych. Przecież to oddział szpitalny, będąc podstawową jednostką organizacyjną, kierowany jest przez wysokiej klasy specjalistę w swojej profesji lekarza, a który jednocześnie rzadko posiada niezbędną wiedzę zarządczą i umiejętności interpersonalne wynikające z humanizmu opieki medycznej, wspomagające go w sprawowaniu funkcji kierowniczej.

Przed przystąpieniem do badań autor zdefiniował pięć celów, które stanowiły drogowskaz działaniach empirycznych w ujęciu procesowym, w podziale na etapy badawcze.

- Po pierwsze, zdiagnozowanie kompetencji menedżerskich przejawianych przez przedstawicieli personelu medycznego.
- Po drugie, określenie kompetencji pożądaných przez menedżerów na I i II szczeblu organizacyjnym w podmiotach leczniczych.
- Po trzecie, zbudowanie profesjogramu stanowiska menedżera opieki zdrowotnej na ścieżce awansu dedykowanego personelowi medycznemu.
- Po czwarte, opracowanie struktury kompetencji menedżerskich w organizacji szpitalnej.
- Po piąte, dobór metod oraz stworzenie procesu optymalizującego doskonalenie kompetencji menedżerskich personelu medycznego.

Na podstawie przyjętych celów autor sformułował pięć hipotez, które odpowiadają zdefiniowanym celom. Według przyjętej kolejności procesowej są to:

- H1. Poziom kompetencji menedżerskich personelu medycznego jest wynikiem nabywanych kompetencji w procesie kształcenia zawodowego oraz kompetencji indywidualnych.

<sup>2</sup> G. Morgan, *Riding the Waves of Change: Developing Managerial Competencies for a Turbulent World*, Jossey-Bass, Oxford 1988.

<sup>3</sup> R. E. Boyatzis, D. Goleman, *The Emotional Competence Inventory*, Hay Group, Boston 1996.

- H2. Kompetencje personelu medycznego uprawniają do pełnienia funkcji menedżerskich na I i II szczeblu organizacyjnym w podmiotach leczniczych.
- H3. Personel medyczny nie przejawia kompetencji menedżerskich wymaganych na szczeblu top management.
- H4. Struktura kompetencji menedżerskich jest zależna od potrzeb organizacji szpitalnej.
- H5. Optymalny dobór metod doskonalenia kompetencji ma wpływ na sprawność procesu awansu personelu medycznego na ścieżce menedżerskiej.

Rozważania przeprowadzone przez autora w książce mają zweryfikować przyjęte hipotezy badawcze. W założeniu mają umożliwić precyzyjne opracowanie profilu kompetencyjnego kadry menedżerskiej rekrutowanej z grupy pracowników medycznych oraz zbudowanie struktury kompetencji dla wszystkich szczebli menedżerskich. Celem nadrzędnym jest optymalne wykorzystanie personelu medycznego i przejawianych przez nich kompetencji w zarządzaniu organizacją szpitalną. Aspektem uzupełniającym proces jest określenie metod doskonalenia kompetencji i zbudowanie procesu doskonalenia kompetencji niezbędnych do pełnienia roli menedżera w podmiotach leczniczych.

Wynikiem analiz teoretycznych i empirycznych, oprócz profesjogramu stanowisk kadry zarządzającej wywodzącej się z personelu medycznego, jest autorska propozycja innowacji organizacyjnej, wymuszona niejako przez nowo ukształtowane kompetencje menedżerskie pracowników pełniących funkcje kierownicze na pierwszym (najniższym) oraz drugim poziomie w systemie organizacji szpitalnej.

W strukturze niniejszej książki można wyróżnić cztery części. W pierwszych trzech rozdziałach znajduje się przegląd literatury przedmiotu, jest to część teoretyczna pracy. W rozdziale czwartym zawarta jest metodologia badawcza, zgodnie z którą przeprowadzono badania empiryczne. Po nim następuje część analityczna obejmująca cztery kolejne rozdziały, w której autor przeprowadza analizę z wykorzystaniem metody triangulacji danych, na podstawie metod ilościowych oraz jakościowych. Ostatni, dziewiąty rozdział książki stanowi podsumowanie rozważań teoretyczno-empirycznych, zrealizowanych w poprzedzających częściach książki oraz zawiera propozycje innowacji organizacyjnych w obszarze kompetencji stanowisk menedżerskich w szpitalach.

## ROZDZIAŁ I

**KOMPETENCJE  
W ZARZĄDZANIU ORGANIZACJĄ****1.1. Właściwości kompetencji  
w naukach o zarządzaniu**

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 zwłaszcza siłę fizyczną wzbogaconą o ograniczoną wiedzę i umiejętności, obsługiwała maszyny produkcyjne. Podczas ery przemysłowej „wiedzy specjalistycznej” nie trzeba było aktualizować zbyt często, w niektórych przypadkach raz zdobyta wiedza wystarczała na cały okres pracy zawodowej<sup>4</sup>, czyli około trzydziestu-czterdziestu 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, 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<sup>5</sup>. Obecnie uważa się, że pracownicy powinni pogłębiać wiedzę w sposób ciągły, w ramach kształcenia ustawicznego. Wraz z pojawieniem się tzw. ery postindustrialnej wiedza

<sup>4</sup> Zob. M. Kęsy, *Kompetencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 13.

<sup>5</sup> C. B. Frey, M. A. Osborne, *The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation?*, 10.2013, University of Oxford.

zyskała większe znaczenie, dynamizm jej przyrostu oraz zmiany technologiczne w konsekwencji określiły kompetencje pracownika jako tzw. wartość dodaną organizacji, która 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<sup>6, 7, 8</sup>.

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 kwalifikacji<sup>9</sup> zawodowych.

W opracowaniach naukowych pojęcie *kompetencja*<sup>10</sup> jest wykorzystywane do określenia dyspozycji człowieka osiąganych przez wyuczenie. W tym ujęciu kompetencję pojmuje się jako wyuczony, satysfakcjonujący choć nie niezwykley 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 sprostanania naciskom i wymogom, jakich dostarczają codzienne sytuacje w ciągu całego życia.

Psycholog D. McClelland jako pierwszy w 1973 r. w publikacji *Testing for Competence Rather Than for „Intelligence”* użył sformułowania odnoszącego się do pojęcia kompetencji. Zaproponował badanie cech, które nazwał kompetencjami w miejsce badania cech osobowościowych<sup>11</sup>. Badacz stwierdził, że stopnie szkolne raczej nie mają realnej wartości w przewidywaniu wyników rzeczywi-

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> 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.

<sup>8</sup> Z. Pawlak, *Personalna funkcja firmy – procesy i procedury kadrowe*, Poltext, Warszawa 2003, s. 138.

<sup>9</sup> F. Taylor, *The Principles of Scientific Management*, Harper & Brothers, New York 1911, wydana ponownie przez Preinger Library, San Francisco, California 2006.

<sup>10</sup> S. M. Kwiatkowski, K. Symela, *Standardy kwalifikacji zawodowych. Teoria, metodologia, projekty*, Wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001, s. 18.

<sup>11</sup> Zob. D. McClelland, *Testing for Competence Rather Than for „Intelligence”*, „American Psychologist” 28, January 1973, s. 1-14.

stych kompetencji życiowych. Wyjątkiem są szczególnie wyniki testów praktycznych, takich jak zdolność obsługi maszyny przez operatorów, czy też pisanie testów przez urzędników<sup>12</sup>. 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, iż te punkty widzenia są błędne<sup>13</sup>. Należy odkryć te składowe, które tworzą unikalną wartość każdego człowieka.

Pierwotnie kompetencje 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<sup>14</sup>.

Następnie w latach 80. XX w. 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 r. 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”<sup>15</sup>.

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<sup>16</sup>. Przed pojawieniem się pojęcia *kompetencje* posługiwano się różnymi innymi opisami dotyczącymi możliwości pracownika, takimi jak umiejętności, zdolności, szczególnie początkowo najczęściej pojawiała się pojęcie kwalifikacji. Ewolucja pojęcia kompetencji spowodowała wchłonięcie

---

<sup>12</sup> Zob. ibidem, s. 2-3.

<sup>13</sup> S. Chęłpa, *Kwalifikacje kadr kierowniczych przedsiębiorstw przemysłowych*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003, s. 11.

<sup>14</sup> S. M. Kwiatkowski, K. Symela, *Standardy kwalifikacji zawodowych. Teoria, metodologia, projekty*, Wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001, s. 97.

<sup>15</sup> Zob. R. E. Boyatzis, *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, Wydawnictwo John Wiley and Sons, New York 1982, s. 30-55.

<sup>16</sup> M. Tyrańska, *Zarządzanie kompetencjami menedżerskimi w przedsiębiorstwie*, [w:] *Współczesne tendencje w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Tyrańska, Difin, Warszawa 2012, s. 56.



tych cech, które stanowią jedne z jej składników<sup>17, 18, 19</sup>.

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<sup>20</sup>. 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”<sup>21</sup>. Również pod tym pojęciem kryć się mogą „zdolności, zainteresowania, cechy osobowe jako przykładowe parametry, za pomocą których rozróżnia się jednostki między sobą”<sup>22</sup>.

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 przyswoiła sobie i którą się posługuje<sup>23</sup>.

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<sup>24</sup>.

Kolejny z przytoczonych opisów z tego nurtu definiuje kompetencje jako zbiór wszelkich cech i uprawnień organizacji, wykorzystywanych i rozwijanych w pro-

<sup>17</sup> Zob. A. Rakowska, A. Sitko-Lutek, *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 9.

<sup>18</sup> Zob. A. Poczrowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, PWE, Warszawa 2003, s. 153.

<sup>19</sup> Zob. O. Lundy, A. G. Cowling, *Strategic Human Resource Management*, Routledge, New York 1996, s. 205-218.

<sup>20</sup> Zob. T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 18.

<sup>21</sup> M. Sidor-Rządkowska, *Kształtowanie nowoczesnych ocen pracowniczych*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 20.

<sup>22</sup> C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997, s. 15.

<sup>23</sup> S. Whiddett, S. Hollyfirde, *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 13.

<sup>24</sup> Zob. G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, PWE, Warszawa 2004, s. 17.



cesie pracy, służący osiągnięciu przez organizację celów, które są spójne z osobistymi celami pracowników<sup>25</sup>.

Autor spotkał się również z terminem, w którym przyjęto, że kompetencje stanowią zespół cech danej osoby, umożliwiającą jej skuteczne oraz wyróżniające się wypełnianie zadań związanych z wykonywaną pracą<sup>26</sup>.

Kompetencja implikuje zdolność przeniesienia tego, co ludzie wiedzą i rozumieją, do różnych kontekstów, tj. różnych aspektów pracy<sup>27</sup>.

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 częściowych, 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, iż w języku polskim jako kompetentną osobę uznaje się człowieka posiadającego odpowiedni zakres wiedzy, umiejętności i odpowiedzialności do realizowania określonego działania<sup>28</sup> oraz przejawiającego określonego zachowania i cechy psychofizyczne w kontekście realizowanych zadań.

## **1.2. Obraz kompetencji w literaturze przedmiotu**

W tym podrozdziale autor kontynuuje rozważania z wcześniejszej części, analizując strukturę kompetencji, które pojawiły się w naukach o zarządzaniu.

Zdefiniowanie kompetencji w dobie potrzeb rynkowych jest istotne, ze względu na dynamiczność zmian oraz pogłębiającą się specjalizację i wymogi kom-

---

<sup>25</sup> J. Moczydłowska, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*, Difin, Warszawa 2008, s. 35.

<sup>26</sup> S. Whiddett, S. Hollyfirde, *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 13.

<sup>27</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 244.

<sup>28</sup> Zob. W. Kopaliński, *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1989, s. 271.

petencyjne w zakresie zawodów rozwijających się. Stanowi istotną część zarządzania, która składa się z działań ukierunkowanych na zarządzanie zasobami organizacji. Ważne miejsce w tych poczynaniach 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<sup>29</sup>.

Niektórzy autorzy dodają jeszcze do tego zestawu cechy osobowości jako czwarty równorzędny element kompetencji<sup>30</sup>.

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

- intelektualne,
- osobiste,
- komunikacyjne,
- międzyludzkie,
- przywódcze,
- zorientowane na rezultaty<sup>31</sup>.

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<sup>32</sup>.

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.

<sup>29</sup> D. Thierry, Ch. Sauret, N. Monod, *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Poltext, Warszawa 1994, s. 6.

<sup>30</sup> Zob. S. Whiddett, S. Hollyforde, *The Competencies handbook*, Institute of Personnel and Development, London 2003, s. 12-34.

<sup>31</sup> S. Sanghi, *The Handbook of Competence Mapping. Understanding, Designing and Implementing Competency Models in Organization*, Sage, New Delhi, 2008, s. 30.

<sup>32</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie potencjałem pracy w organizacjach różnej wielkości*, [w:] *Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim*, red. A. Ludwiczynski, K. Stobiński, Poltext, Warszawa 2001, s. 16.

Prawidłowe sformułowanie misji wymaga czegoś więcej niż opisu aktualnych klientów i produktów lub usług. Misja jest wypracowywana na podłożu głębokiego zrozumienia kompetencji przedsiębiorstwa pod kątem ich wykorzystania zgodnie z podstawowymi wartościami wspólnie podzielanymi przez wszystkich członków przedsiębiorstwa<sup>33</sup>.

Wiedza w ujęciu rynku pracy postrzegana jest jako zbiór kwalifikacji. Autor dysertacji uważa, podobnie jak R. N. Kanungo i S. Menon<sup>34</sup>, 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”<sup>35</sup>. Definicję tę cytowany badacz zmodyfikował, opierając ją dodatkowo na pojęciu przyjętym przez Radę Europejską<sup>36</sup>. 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<sup>37</sup>.

R. Boyatzis postrzega kompetencję jako zbiór charakterystyk indywidualnych, które należą do tak odmiennych dziedzin jak zdolności, motyw, cechy osobowości, predyspozycje czy obraz samego siebie i swojej roli społecznej lub stanowią zbiór nabytej wiedzy<sup>38</sup>.

K. Symela proponuje traktować kompetencje w sposób wąski, analizując je na płaszczyźnie zawodowej, jako zdolność wykonywania określonych zadań zawodowych, uprawnienia do działania, decydowania, wypowiedzenia sądów oraz ocen potrzebnych pracownikom do wypełniania ich funkcji i ról zawodowych, zgodnie

---

<sup>33</sup> M. Bratnicki, *Kompetencje przedsiębiorstwa – od określenia kompetencji do zbudowania strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000, s. 113-114.

<sup>34</sup> 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 5th International Conference, Montreal 1996, August 22-25.

<sup>35</sup> M. Juchnowicz, T. Rostkowski, Ł. Sienkiewicz, *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, Poltext, Warszawa 2010, s. 24-32.

<sup>36</sup> *Europejskie ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (ERK)*, Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2009, s. 9.

<sup>37</sup> Zob. T. Rostkowski, *Zarządzanie kompetencjami w UE*, [w:] *Standardy europejskie w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Juchnowicz, Poltext, Warszawa 2004, s. 100-102.

<sup>38</sup> R. E. Boyatzis, *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, Wyd. John Wiley and Sons, New York 1982, s. 12.

z przyjętymi kryteriami lub standardami wykonania produktu, usługi lub podjęcia istotnej decyzji<sup>39</sup>.

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 osiągnięcia rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami przedsiębiorstwa<sup>40</sup>. Twierdzi ona również, że pracodawcy zdają sobie sprawę, iż komórki personalne wnoszą tym większy wkład do wartości organizacji, im realniej zasoby pracy stają się kapitałem intelektualnym<sup>41</sup>.

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<sup>42</sup>.

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<sup>43</sup>.

<sup>39</sup> K. Symela, *Standardy programowania treści kształcenia zawodowego*, [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, red. M. Butkiewicz, Wyd. IteE, Warszawa-Radom 1995, s. 109.

<sup>40</sup> A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy*, Poltext, Warszawa 2002, s. 90.

<sup>41</sup> Ibidem, s. 69.

<sup>42</sup> C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami: bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997, s. 19.

<sup>43</sup> A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002, s. 100-101.

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

1. Umiejętności poziome stanowiące grupę cech, w których personel pielęgniarski uczy się pracy na różnych oddziałach, zapoznając się ze specyfiką oraz procedurami pracy. W konsekwencji tak przygotowany pracownik jest bardziej sprawny oraz efektywny dla organizacji. Popyt na tego typu pracowników w szpitalach jest duży, jednakże podaż jest znacznie niewystarczająca, przez co występuje deficyt na pielęgniarki posiadające liczne umiejętności zawodowe. Znaczenie takiego pracownika dla organizacji jest istotne, ponieważ jest on w stanie zastąpić każdego innego pracownika. Dodatkowo przy osiągnięciu dużej wprawy może obsługiwać większą część procesu produkcyjnego niż inni.
2. Umiejętności pionowe, które charakteryzują się tym, że pracownik doskonali kompetencje zgodne z możliwym awansem zawodowym<sup>44</sup>. W przypadku personelu medycznego jest to oczywiście wiedza medyczna, ale również ze względu na możliwość piastowania funkcji kierowniczej kompetencje interpersonalne i społeczne oraz wiedza menedżerska.
3. Zdolności stanowią 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, czyli „zdolności” są zauważalne, lecz osoba nie pracuje nad sobą. Najprostsza taksonomia zdolności składa się ze zdolności ogólnych oraz specyficznych<sup>45</sup>. Koncepcja zdolności wg A. J. Tannenbauma uwzględnia pięć czynników, które są odpowiedzialne za pojawienie się wybitnych zdolności. Do tych czynników zalicza on: zdolności ogólne, uzdolnienia kierunkowe, czynniki środowiskowe, czynniki niezwiązane z myśleniem, a wynikające z cech osobowości, na który składają się: temperament, emocjonalność itp. oraz tzw. czynniki przypadku, niezależne od nas<sup>46</sup>.
4. Wiedza jest to składowa kompetencji, która odnosi się do znajomości teorii, faktów, procedur związanych z danym stanowiskiem czy zawodem. Można wyróżnić wiedzę ogólną<sup>47</sup>, bądź specjalistyczną<sup>48</sup>. Jest to komponent, który

---

<sup>44</sup> Zob. ibidem, s. 90.

<sup>45</sup> 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.

<sup>46</sup> 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.

<sup>47</sup> 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.

<sup>48</sup> J. Côté, W. Gilbert, *An Integrative Definition of Coaching Effectiveness and Expertise*, „Internation-

można doskonalić, doksztalając 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, np. 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<sup>49</sup>. Rekruterzy zwracają uwagę, czy istnieje sprzężenie między zadaniami wykonywanymi na stanowisku pracy 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,

---

tional Journal of Sports Science and Coaching<sup>3</sup>, 2009: 4, Multi-Science Publishing, s. 307-323.

<sup>49</sup> A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002, s. 100-101.



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<sup>50, 51, 52, 53</sup>.

Stosunkowo często do składników kompetencji zalicza się postawy i zachowania<sup>54</sup>. T. Oleksyn podkreśla, iż powinny być to zachowania oczekiwane w miejscu zatrudnienia<sup>55</sup>. Oponenti 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 osiągnięcie celów i przestrzeganie standardów działania.

Kompetencja implikuje zdolność przeniesienia tego, co ludzie wiedzą i rozumieją, do różnych kontekstów, tj. różnych aspektów pracy<sup>56</sup>.

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<sup>57</sup>.

Najpowszechniejszymi oraz najistotniejszymi składnikami kompetencji są wiedza oraz umiejętności, uzupełnione o doświadczenia<sup>58</sup>, które można doskonalić na zajmowanym stanowisku pracy bądź realizując projekty w ramach studiów przypadku. Natomiast wiedzę i umiejętności można doskonalić zarówno

---

<sup>50</sup> G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, PWE, Warszawa 2004, s. 18.

<sup>51</sup> J. Moczydłowska, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*, Difin, Warszawa 2008, s. 28.

<sup>52</sup> Zob. G. Bartkowiak, *Psychologia w zarządzaniu. Nowe spojrzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2010, s. 35-48, 145-158.

<sup>53</sup> Z. Janowska, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2010, s. 110-125.

<sup>54</sup> A. Sajkiewicz, *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002 s. 89.

<sup>55</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 25.

<sup>56</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 244.

<sup>57</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 23-24.

<sup>58</sup> Polski Komitet Normalizacyjny, *Norma ISO 9001:2008, Systemy zarządzania jakością. Wymagania, Norma Europejska EN ISO 9001:2008 ma status Polskiej Normy*, luty 2009.

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<sup>59</sup>. Obejmuje ona wszystko to, czego pracownik nauczył się podczas formalnego procesu edukacji, przy spełnieniu warunku posiadania potwierdzenia ukończenia określonego etapu nauki<sup>60</sup>. 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<sup>61</sup>. 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.

„Wiedza jest wypadkową kwalifikacji oraz [...] jedną ze składowych kompetencji występującą we wszystkich rozważaniach dotyczących opisu i definiowania pojęcia kompetencji”<sup>62</sup>. Powstaje ona na skutek sformalizowanego procesu kształcenia, jak również niesformalizowanego, przyjmującego formę samokształcenia tzw. uzupełniania wiedzy „na własną rękę”.

Równoległe wiedzę można wzbogacić poprzez posiadanie bądź doskonalone umiejętności oraz doświadczenie zawodowe<sup>63</sup>.

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.

<sup>59</sup> Zob. Knowledge Management in the Learning Society, *Educations and skills*, Centre for Educational Research and Innovation, Paris 2000, OECD.

<sup>60</sup> 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.

<sup>61</sup> Zob. M. Eraut, *Developing Professional Knowledge and Competence*, RoutledgeFalmer, New York 1994, s. 10-17.

<sup>62</sup> Autorzy definicji kompetencji: R. L. Katz 1974; D. McClelland, 1973; J. Raven, 1984; R. E. Boyatzis 1982.

<sup>63</sup> Zob. A. Pocztowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2007, s. 25-42.



Zarówno wiedzę, jak i umiejętności można doskonalić w trakcie wykonywanych obowiązków w miejscu pracy, stąd wniossek, że są one powiązane z doświadczeniem<sup>64</sup> i z niego wynikają.

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

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.

### **1.3. Typologia kompetencji w naukach o zarządzaniu**

Rozważając problem klasyfikacji kompetencji, należy zwrócić uwagę na fakt, że niemal niemożliwe jest traktowanie poszczególnych składowych kompetencji w sposób całkowicie 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<sup>65</sup>, 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 dzia-

---

<sup>64</sup> Zob. C. Woodruffe, *Ośrodki oceny i rozwoju, narzędzia analizy i doskonalenia kompetencji pracowników*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 32-35.

<sup>65</sup> 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.

lania są o 15% efektywniejsze od działań realizowanych w innej strukturze procesu szkoleniowego<sup>66</sup>.

Stąd wniosek, że kompetencje są złożonym zjawiskiem. Ze względu na różnego rodzaju oddziaływania, wyróżniamy kilka jej rodzajów<sup>67</sup>.

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<sup>68</sup>, czyli kompetencje posiadane oraz te, które możemy przewidywać bądź których możemy oczekiwać na podstawie potencjału rozwojowego określonego pracownika.

<sup>66</sup> M. Kęsy, wyniki badań własnych zrealizowanych w ramach projektu badawczego „Ekonomizacja relacji interpersonalnych personelu medycznego z pacjentem w opiece zdrowotnej”, 2017-2018.

<sup>67</sup> M. Kęsy, *Kompetencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 18.

<sup>68</sup> J. Brillman, *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002, s. 391.

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<sup>69</sup>.

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<sup>70</sup>, przypisane do stanowiska pracy.

Inna propozycja zawiera podział kompetencji na miękkie i twarde (funkcjonalne)<sup>71</sup>. Do pierwszej grupy zaliczamy wartości behawioralne i społeczne stanowiące opis wzorcowych 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 osoby<sup>72</sup>, które polegają na opisie wymagań związanych ze stanowiskiem pracy, czyli tego, co osoby muszą umieć, 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

---

<sup>69</sup> M. Janiszewska, *Zarządzanie kompetencjami osób drogą do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, red. T. Berna, Wydawnictwo Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009, s. 215.

<sup>70</sup> R. Walkowiak, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 2007, s. 22-23.

<sup>71</sup> J. Weightman, *Managing people*, Chartered Institute of Personnel and Development, London 2004, s. 10-11.

<sup>72</sup> Zob. M. Armstrong, *A Handbook of Human Resource Management. Practice*, Kogan Page Limited, London 2006, s. 159-172.

wyróżniające przedstawiają wartość dodaną, coś nadzwyczajnego, wyróżniającego na tle innych pracowników<sup>73</sup>.

W ramach tej odmiany kompetencji wyróżnia się następujące części: fachowe, profesjonalne i specjalistyczne<sup>74</sup>. Stanowią one przewagę aspektów związanych z wiedzą i umiejętnościami merytorycznymi.

Kompetencje wspólne dla wszystkich pracowników organizacji nazywa się kompetencjami kluczowymi<sup>75</sup> 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<sup>76</sup>.

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 ról<sup>77</sup>. 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 dla ról, zwane hierarchicznymi, pozwalają na ocenę pracowników zajmujących stanowiska na tym samym poziomie w hierarchii firmy.

<sup>73</sup> M. Sidor-Rządkowska, *Kompetencyjne systemy ocen pracowników: przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 22.

<sup>74</sup> G. Cheetham, G. Chivers, *Professions, Competence and informal learning*, Edward Elgar Publishing Limited, Northampton 2005, Massachusetts, s. 15-18.

<sup>75</sup> 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.

<sup>76</sup> 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/viewContentItem.do?ContentType=Article&ContentId=864822>, 05.03.2012 r.

<sup>77</sup> Zob. B. Bojarczuk, *Macierze umiejętności*, „Personel”, 1-15 września 2001 r.

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<sup>78</sup>.

Synonimem kompetencji posiadanych i wyrażeniem uwzględniającym aspekt zachowań w miejscu pracy jest sformułowanie kompetencji przejawianych<sup>79</sup>, 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 sytuacjach wynikających z kontekstu sytuacyjnego, pojawiającego się w trakcie realizowanych zadań oraz projektów, w układach indywidualnych bądź zespołowych.

W przypadku kompetencji przejawianych można dokonać pomiaru efektywności w realizacji zadań wymagających danej kompetencji<sup>80</sup> będzie w przypadku pracy lekarza w ujęciu ilościowym – liczba konsultacji lekarskich, natomiast w ujęciu jakościowym – opinia pacjentów dotycząca jakości świadczonej usługi medycznej.

Kompetencje zawodowe, nazywane przez M. Armstronga kompetencjami ogólnymi<sup>81</sup>, 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.

---

<sup>78</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 19.

<sup>79</sup> *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.

<sup>80</sup> Infor.pl, *Biznes, Jak mierzyć kompetencje zawodowe?*, 3.11.2011.

<sup>81</sup> M. Armstrong, *Armstrong's Handbook of Reward Management Practice. Improving Performance Through Reward*, Kogan Page Limited, London 2010, s. 182.

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 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<sup>82</sup>. 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. Katzem 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<sup>83, 84</sup>. 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.

<sup>82</sup> Zob. H. Secord, *Implementing best practices in human resources management*, CCH Canadian Limited, Toronto 2003, s. 89-102.

<sup>83</sup> 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.

<sup>84</sup> R. L. Katz, *Skills of an Effective Administrator*, "Harvard Business Review", September-October 1974, s. 91.



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 wynikający z zajmowanego miejsca w hierarchii organizacji, a przykładem 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)<sup>85</sup>, które są nazywane również kompetencjami specyficznymi dla roli czy też stanowiska pracy. Są one najbardziej specjalistyczną odmianą cech pracowników, często przypisywanych 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<sup>86</sup>.

Kompetencje stanowiskowe nazywane przez M. Armstronga *kompetencjami szczegółowymi*<sup>87</sup>, 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.

---

<sup>85</sup> A. Szrejner, *Po pierwsze: określić wymagania*, „Personel i Zarządzanie”, 2004, nr 10 (175), s. 32.

<sup>86</sup> H. R. Rampersad, *Kompleksowa Karta Wyników*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2004, s. 198.

<sup>87</sup> M. Armstrong, *Managing people. A practice guide for line managers*, Kogan Page Limited, London 2001, s. 80-86.

*Kompetencje progowe* (ang. *threshold 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<sup>88</sup> i spełniać określone cechy psychofizyczne, które predysponują osobę do zajmowanego stanowiska pracy.

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 ról (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<sup>89</sup>. *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<sup>90</sup>.

L. Spencer i S. Spencer zbadali kompetencje indywidualne. Ustalili, że w ich skład wchodzi następujące elementy: wiedza, umiejętności, wartości i standardy, motywacje, etyka pracy, entuzjazm oraz własny wizerunek<sup>91</sup>. 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<sup>92</sup>. Do pierwszej grupy cech wrodzonych można zaliczyć cechy psychofi-

<sup>88</sup> Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 2 sierpnia 2012 r. (Dz.U.2012.973).

<sup>89</sup> P. F. Drucker, *Peter Drucker on the Profession of Management*, Harvard Business School Publishing, Boston 1998, s. 10-15.

<sup>90</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 20.

<sup>91</sup> L. M. Spencer, Jr., S. M. Spencer, *Competence at Work: Models for Superior Performance*, Wiley, New York 1993, s. 9.

<sup>92</sup> Zob. M. Kęsy, *Kompetencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008, s. 15-21.



zyczne, 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 warunkowań 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 oraz organizacyjne<sup>93</sup>. 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<sup>94</sup>.

W innej publikacji T. Oleksyn dzieli kompetencje na kompetencje organizacyjne, zawodowe, stanowiskowe, rzeczywiste posiadane i możliwe do uzyskania (pożądane)<sup>95</sup>.

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<sup>96</sup>.

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 „ukryty-

---

<sup>93</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 19.

<sup>94</sup> A. A. Lado, M. C. Wilson, *Human resources system and sustained competitive advantage: a competency-based perspective*, „Academy of Management Review”, nr 19/4, 1994, s. 699-727.

<sup>95</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 19-20.

<sup>96</sup> L. M. Spencer, S. M. Spencer, *Competence at Work: Models for Superior Performance*, Wiley, New York 1993.

mi”, drzemiącymi w pracownikach. Natomiast kompetencje progowe, zwane również jawnymi, są kompetencjami demonstrowanymi<sup>97</sup>, 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 starają 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 starają się określić listę najważniejszych kompetencji, poddając analizie rozumiejącej zbiory kompetencji wykorzystywanych przez szerokie grono organizacji w codziennym użytkowaniu<sup>98</sup>. W takim przypadku, dokonując oceny potrzeb oraz możliwości zatrudnionych pracowników w organizacji, 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.

Pracownicy zarządzający szpitalami wywodzą się głównie z dwóch grup zawodowych lekarzy i pielęgniarek, różnych specjalizacji. System kształcenia wyższego medycznego, umożliwił 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 rodzaje kompetencji, społeczne czy menedżerskie, niezbędne do skutecznego realizowania zadań i wypełniania roli

<sup>97</sup> M. Bugdol, *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 145.

<sup>98</sup> T. P. Czapla, *Modelowanie kompetencji pracowniczych w organizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 89.

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 kompetencje 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 pełnił 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.

#### **1.4. Uniwersalne kompetencje społeczne na różnych szczeblach organizacyjnych**

Pracownicy pod względem wymagań kompetencyjnych w większości organizacji stanowią bardzo niejednorodną grupę zasobu kadrowego. Wydaje się, że ze względu na program kształcenia personel medyczny wyposażony jest w te same kompetencje. Może i tak jest, jednakże różnica polega na poziomie kompetencji jaki poszczególni pracownicy przejawiają w trakcie realizacji zadań. Wynika

to z cech indywidualnych oraz niewłaściwie wdrożony i dostosowanych metod doskonalenia kompetencji personelu medycznego do potrzeb szpitali. Specyfika wykonywanych zadań i wynikających z tego obowiązków determinuje charakter wiedzy zawodowej, wymagane umiejętności czy też cechy osobowościowe, psychofizyczne, co z kolei ma przełożenie na zdobywane doświadczenie zawodowe. Od kilku dekad rosnące wymogi oraz specjalizacja zawodowa zwiększają zapotrzebowanie na specjalistów, których charakteryzują wysokie kompetencje zawodowe.

W przypadku personelu medycznego 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.

Natomiast kompetencje społeczne<sup>99</sup> i kompetencje interpersonalne<sup>100</sup> wymagane są od lekarzy i pielęgniarek na takim samym poziomie. Wynika to głównie ze świadczonych usług medycznych ukierunkowanych na relacje z pacjentami.

Ta złożona sytuacja ma swoje uzasadnienie. E. E. Lawler i G. Ledford uważają, że w zarządzaniu zasobami ludzkimi można wyodrębnić dwa ujęcia. Pierwsze skoncentrowane jest na pracy (ang. *job-based approaches*), z kolei drugie na umiejętnościach (ang. *skill-based approaches*)<sup>101</sup>. 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 korzystny dla organizacji, szczególnie dla uczących się<sup>102</sup>, nastawionych na rozwój kompetencji indywidualnych pracowników, szczególnie w zakresie kształcenia pozytywnych nawyków pracy realizowanych w małych, stałych zespołach.

Co do rozważań prowadzonych przez różnych badaczy, pracownicy powinni być wyposażeni w następujące interpersonalne walory: kreatywność wspartą

<sup>99</sup> A. Tomorowicz, *Struktura kompetencji społecznych w ujęciu interakcyjnym*, „Psychiatria”, t. 8, nr 3, 91-96, [www.psychiatria.viamedica.pl](http://www.psychiatria.viamedica.pl), 2011.

<sup>100</sup> G. S. Becker, *The Oxford Handbook of Human Capital*, Oxford University Press, Oxford 2011.

<sup>101</sup> Zob. E. E. Lawer, G. Ledford, *A skill-based approach to human resources management*, „European Management Journal”, 1992, nr 10 (4), s. 383-391.

<sup>102</sup> P. M. Senge, *The Fifth Discipline: The Art and Practice of The Learning Organization*, Crown Publishing Group, New York 2006.

działaniem ukierunkowanym na inicjatywę, przedsiębiorczość, zaradność, skuteczność w działaniu, samodzielność, odpowiedzialność, efektywność, umiejętność i chęć pracy w zespole, a także w zespołach interdyscyplinarnych<sup>103</sup>. Są to cechy przydatne i wymagane od pracowników w organizacjach XXI w., jednakże nie wszystkie można przenieść i zastosować w organizacjach szpitalnych.

Coraz częściej występuje w organizacjach zapotrzebowanie na pracowników posiadających wiedzę specjalistyczną, umiejętności interpersonalne, na których podłożu kształtowane jest doświadczenie zawodowe. Nie dotyczy to jednak pracowników wykonujących podstawowe powtarzalne zespoły czynności, mało zaawansowane pod względem umiejętności oraz wykorzystywanej wiedzy, tak w biurze, jak i na oddziale szpitalnym. Wówczas możemy mówić o stażu pracy, którego główną cechą jest czas, na jaki dany pracownik był zatrudniony, bez zbędnego wnikania w realizowane przez niego zadania i obowiązki zawodowe. W związku z tym można stwierdzić, że w każdej organizacji, także w środowisku medycznym, istnieje duże zapotrzebowanie na pracowników zarówno z wykształceniem zasadniczym zawodowym, średnim technicznym, wykonujących rutynowe czynności, gdyż te wykonywane mogą być przez urzędników zaawansowane technologicznie, ale wymagające obsługi wyspecjalizowanego personelu pracowniczego.

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<sup>104</sup>, <sup>105</sup>. Wszystko to wpływa zarówno na zmiany w zatrudnieniu, jego elastyczność, jak i na zmiany struktury kompetencji pracowniczych, oczekiwanych przez pracodawców we wszystkich organizacjach, w tym w podmiotach leczniczych.

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 pod-

---

<sup>103</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 76-77.

<sup>104</sup> 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.

<sup>105</sup> Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2011.174.1039, 2012-01-01 zm. Dz. U. 2011.291.1707 art. 16).

czas wizyty pacjenta i poprzez swoje profesjonalne zachowanie wpływają na jej rezultat końcowy (zdrowie pacjenta), w tym na stosowanie się do zaleceń lekarza.

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.

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,
- 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 me-



dyczni 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 cechą 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 cechą 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 pożądaných, 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 panowania 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.

W tym podrozdziale, oprócz rozważań nad kompetencjami interpersonalnymi personelu medycznego, przydatnych na stanowisku pracy w związku z wykonywanym zawodem lekarza czy też pielęgniarki, autor przedstawił również kompetencje progowe, pożądane bądź oczekiwane na stanowiskach menedżerskich.

Podobne badania były prowadzone w USA w 1996 r. 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<sup>106</sup>.

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

- przywództwo;
- właściwe wykorzystanie otoczenia organizacji;
- budowanie *know-how*;
- rozwijanie umiejętności kooperacji zewnętrznej;
- tworzenie „zespołowego umysłu”;
- stymulowanie procesu uczenia się organizacji;

<sup>106</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 248.



- zapewnianie szybkości i elastyczności w projektowaniu nowych produktów;
- budowanie reputacji firmy<sup>107</sup>.

Inna przedstawiona propozycja, autorstwa M. Armstronga, 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 zażegnania konfliktów<sup>108</sup>.

Badania kompetencji interpersonalnych przeprowadzone przez N. Rankina w 2002 r. pozwoliło 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)<sup>109</sup>.

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 na zmianę, zarządzanie informacjami, zdolności interpersonalne,

---

<sup>107</sup> A. B. Escrig-Tena, J. C. Bon\_Llusar, *A Model for Evaluating Organizational Competencies: An Application in Context of a Quality Management Initiative*, "Decision Sciences", 2005, Vol. 36, No. 2, s. 221-255.

<sup>108</sup> M. Armstrong, *A Handbook of Human Resource Management*, Billings and SONS Limited, Worcester 1990, s. 85.

<sup>109</sup> N. Rankin, *Raising performance through people: the ninth competency survey*, "Competency and Emotional Intelligence", January, s. 2-21.

orientacja strategiczna, samodoskonalenie (czyli ciągle uczenie się), zaangażowanie, asertywność i wiara we własne możliwości<sup>110</sup>.

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<sup>111</sup>.

Według R. M. Epsteina, E. Hunderta do priorytetowych kompetencji należy zaliczyć następujące składowe: przywództwo, planowanie i organizowanie, świadomość biznesową, komunikację, pracę zespołową, przystosowanie się, orientację na osiągnięte wyniki, skupienie na kliencie, umiejętność stymulowania rozwoju innych ludzi, umiejętność rozwiązywania problemów<sup>112</sup>.

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<sup>113</sup>.

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 potrzebach. Istotna jest także zdolność

<sup>110</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 155.

<sup>111</sup> Ibidem, s. 264.

<sup>112</sup> R. M. Epstein, E. Hundert, *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA, 2002.

<sup>113</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 30.

do adaptacji, czyli elastyczność związana z dostosowaniem się i rozwojem osobistym każdego pracownika<sup>114</sup>.

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 wchodzi 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<sup>115</sup>.

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;
- 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;

---

<sup>114</sup> 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.

<sup>115</sup> G. C. Thornton, W. C. Byham, *Assessment centers and managerial performance*, Academic Press, New York 1982.

- 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<sup>116</sup>.

Kolejna z propozycji zawiera uniwersalne kompetencje kadr kierowniczych opracowane w ramach modelu EDF/GDF. W jego skład wchodzi 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<sup>117</sup>.

Na podstawie przytoczonych rozważań przy uwzględnieniu specyfiki funkcji kierowniczej pełnionej przez personel medyczny autor proponuje uzupełnić wcześniejszą zbiorowość kompetencji o tzw. *leadership skills*, czyli zdolności przywódcze, jako cechę spajającą szeroki zakres umiejętności menedżerskich wymaganych od kadry zarządzającej.

<sup>116</sup> F. Lenglard, *L'essentiel du Management par les meilleurs professeurs*, [w:] *Management et risque juridique du dirigeant*, Editions d'Organisation, MBA, Paris 2005, s. 473-492.

<sup>117</sup> C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami*, Poltext, Warszawa 1997, s. 33-34.

## 1.5. Wieloaspektowość kompetencji w systemie opieki 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 określone 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<sup>118</sup>. 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<sup>119</sup>.

Już wcześniej autor wspomniał 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 zawodo-

---

<sup>118</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 205.

<sup>119</sup> 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.

wych, a w szczególności w grupie lekarskiej, może skutkować odpływem niezadowolonej kadry medycznej do innych podmiotów leczniczych w kraju 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<sup>120</sup>.

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.

## 1.6. Doskonalenie kompetencji zawodowych

W edukacji zawodowej istnieje prymat praktyki nad teorią. Celem edukacji zawodowej jest umiejętność<sup>121</sup>, 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 wszystkim ze strategii przedsiębiorstw podążających w kierunku zapewnienia im konkurencyjności na rynku, poprzez coraz lepsze wykorzystywanie potencjału zatrudnionych pracowników<sup>122</sup>.

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 każ-

<sup>120</sup> *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje*, Ośrodek Studiów Analiz i Informacji Naczelnej Izby Lekarskiej, Warszawa 2012.

<sup>121</sup> 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.

<sup>122</sup> S. M. Kwiatkowski, K. Symela, *Standardy kwalifikacji zawodowych. Teoria, metodologia, projekty*, Wydawnictwo Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001, s. 95.

da inna w organizacji. Największe nakłady powinny zatem pochłaniać największe talenty<sup>123</sup>.

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<sup>124</sup>.

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, drożące 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 doksztalcania, jak również termin, miejsce i czas realizacji procesu doskonalenia wiedzy i umiejętności.

Ze względu na dynamiczny w ostatnim czasie (początek XXI w.) 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<sup>125</sup>. Popyt na lekarzy specjalistów, również z dodatkowym wykształceniem menedżerskim, rośnie w Polsce i za granicą, co w połączeniu z atrakcyjnym wynagrodzeniem sprzyja motywacji do dalszego kształcenia się<sup>126</sup>.

---

<sup>123</sup> G. Doman, J. Doman, *How To Teach Your Baby To Read. The gentle revolution*, Square One Publishers, New York 2006.

<sup>124</sup> R. M. Epstein, E. Hundert, *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA 2002, s. 287.

<sup>125</sup> Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności, <http://www.pafw.pl/programy/>, 10.05.2012 r.

<sup>126</sup> I. Kwaśna, M. Sacewicz-Górska, *Jakie zawody są poszukiwane naprawdę?*, Informator Kariera 2008/2009.



Szpital jest 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<sup>127</sup>. Kompetencje zawodowe doskonalone są na podbudowie wiedzy, jak i doświadczenia zawodowego, w ten sposób tworzymy umiejętności<sup>128</sup>, 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<sup>129</sup>, 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), zewnątrzni konsultanci, koledzy specjaliści (ocena typu *peer*), młodszy lekarze, inni medyczni specjaliści (np. diagnosty 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.

<sup>127</sup> K. Lockyer, A. Muhlemann, J. Oakland, *Production and Operations Management*, Pitman, London 1992.

<sup>128</sup> A. Rakowska, A. Sitko-Lutek, *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000, s. 9-14.

<sup>129</sup> H. Bennett, J. Gatrell, R. Packham, *Medical appraisal: collecting evidence of performance through 360° feedback*, "Clinician in Management" 2004, 12 (4), s. 65-171.

Ciekawym rozwiązaniem byłoby połączenie wiedzy medycznej z menedżerską i wyposażenie w nią kadry zarządzającej szpitalami. W ten sposób spełnione zostaną dwa warunki dobrego 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 pierwszej części autor przedstawił sposób postrzegania kompetencji w naukach o zarządzaniu, podjął się rozważań nad ujęciem kompetencji pożądanых i przejawianych w organizacji, ze szczególnym uwzględnieniem kompetencji społecznych.

W kolejnym rozdziale rozważania ukierunkowane zostały na przedstawienie i przeanalizowanie wymagań kompetencyjnych w stosunku do personelu medycznego w organizacjach szpitalnych, zarówno na płaszczyźnie zawodu medycznego, jak również menedżerskiej.



## ROZDZIAŁ II

**KOMPETENCJE NABYWANE  
PRZEZ PERSONEL MEDYCZNY**

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 społeczeństwa<sup>130</sup>. 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<sup>131</sup>, <sup>132</sup>. Zgodnie z prezentowaną powyżej definicją podstawowym czynnikiem identyfikującym system ochrony zdrowia jest ustalenie jego celu, który jest ukierunkowany na poprawę zdrowia polskiego społeczeństwa<sup>133</sup>. Misją wszystkich podmiotów opieki zdrowotnej jest kompleksowe dbanie o zdrowie poprzez zorganizowany, ciągły proces świadczenia usług. Centralnym elementem funkcjonowania systemu jest pacjent, a służyć ludziom to najważniejsza funkcja każdej organizacji<sup>134</sup>.

Oprócz celów zdrowotnych przed systemem ochrony zdrowia postawiono inne cele dotyczące procesu. Są one ważne z punktu widzenia funkcjono-

<sup>130</sup> Światowa Organizacja Zdrowia, <http://www.who.un.org.pl/files/431/WHO%2060%20lat%20brozura.pdf>, w dniu 20.04.2012.

<sup>131</sup> Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654.

<sup>132</sup> Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r., Dz. U. 2011 nr 113, poz. 657.

<sup>133</sup> Ministerstwo Zdrowia, Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 r.

<sup>134</sup> Red. M. Kautsch, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 23.

wania 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<sup>135</sup>.

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, brakiem motywacji, zmęczeniem. Często jako powód ogólnie panującego beżładu w organizacjach świadczących usługi zdrowotne podaje się „dobro pacjenta”<sup>136</sup>.

## 2.1. Podaż personelu medycznego w systemie opieki zdrowotnej

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;
- 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<sup>137</sup>.

Żaden akt prawny nie zawiera wykazu zawodów medycznych. Przepisy prawa nie określają również, co należy rozumieć przez pojęcie „zawodu medycznego”. Jest to pojęcie przyjęte w żargonie ochrony zdrowia, lecz nie jest zdefiniowane. Przyjmuje się, że za zawód medyczny uznaje się profesje związane z działa-

<sup>135</sup> Ministerstwo Zdrowia, Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013.

<sup>136</sup> Zob. K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżonek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo CeDeWu.pl, Warszawa 2005, s. 17-19.

<sup>137</sup> Zob. U. Erfurt, *Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej*, [http://www.emedyk.pl/arttykul.php?Idartykul\\_rodzaj=10&idartykul=545](http://www.emedyk.pl/arttykul.php?Idartykul_rodzaj=10&idartykul=545), dostęp 21.09.2006 r.

niami 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 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2007 r. 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 zniósła 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<sup>138</sup>.

Głównymi zawodami medycznymi są następujące profesje:

- lekarz i lekarz dentyista – zasady i warunki wykonywania tych zawodów uregulowane są w Ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 857)<sup>139</sup>;
- pielęgniarka i położna – zasady i warunki wykonywania tych zawodów uregulowane są w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2011.174.1039)<sup>140</sup>;
- farmaceuta – zasady i warunki wykonywania tego zawodu uregulowane są w Ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 856.)<sup>141</sup>;
- diagnosta laboratoryjny – zasady i warunki wykonywania tego zawodu uregulowane są w Ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. nr 144, poz. 1529 z późn. zm.)<sup>142</sup>;
- ratownika medycznego – nowelizacja Ustawy z dnia z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, weszła w życie z dniem 31.12.2012 r. (Dz. U. nr 191, poz. 1410 z późn. zm.)<sup>143</sup>.

<sup>138</sup> Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r., art. 2. 1. i 2. 2.

<sup>139</sup> Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty z dnia 5 grudnia 1996 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 857), ze zmianami z dnia 28.04.2011 r.

<sup>140</sup> Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15.07.2011 r. (Dz. U. 2011 r. 174.1039).

<sup>141</sup> Ustawa o izbach aptekarskich z dnia 19.04.1991 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 856.).

<sup>142</sup> Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. nr 144, poz. 1529 z późn. zm.).

<sup>143</sup> Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia z dnia 8 września 2006 r., nowelizacja Ustawy weszła w życie z dniem 31.12.2012 r. (Dz. U. nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

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<sup>144</sup>.

Zdaniem Światowej Organizacji Zdrowia kryzys dotyczący personelu medycznego będzie się nasilał we wszystkich krajach – zarówno wysoko, jak i słabo rozwiniętych. Skutki tego zjawiska nie ominą również Polski. Szacuje się, że na świecie brakuje przeszło 4,25 mln pracowników medycznych, szczególnie z podstawowej grupy zawodów, lekarzy i pielęgniarek<sup>145, 146</sup>. Tylko w Stanach Zjednoczonych Ameryki do 2020 r. niedobór kadry pielęgniarskiej wyniesie 800 000 osób<sup>147</sup>. 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<sup>148</sup>. Wśród 126 337 lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu ponad 23 000 przekroczyło wiek emerytalny, co stanowi 18,21% wszystkich lekarzy, a w przedziale wiekowym między 55. a 64. rokiem życia jest około 18 000 specjalistów (14,25%). Łącznie lekarze mający więcej niż 55 lat stanowią 32,46% specjalistów w zawodzie lekarza. Lekarzy, którzy nie ukończyli 35 lat, jest niespełna 12 000<sup>149</sup>, czyli 9,5% wszystkich przedstawicieli tej profesji. Jednocześnie od momentu wejścia Polski do Unii Europejskiej w maju 2004 r. prawie 5% personelu medycznego wystąpiło o zaświadczenia z izby lekarskiej uprawniające do pracy za granicą<sup>150</sup>.

<sup>144</sup> Klasyfikacja zawodów i specjalności, Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 12 listopada 2012 r. zmieniające 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).

<sup>145</sup> Zob. J. Wojteczek, *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia”, nr 5, 2009, s. 23-27.

<sup>146</sup> Zob. *Working together for health*, The World Health Report, Geneva 2006.

<sup>147</sup> P. Pittman, L.H. Aiken, J. Buchan, *International Migration of Nurses: Introduction*, “Health Services Research”, 2007, 42 (3).

<sup>148</sup> J. Wojteczek, *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia”, 2009, nr 5, s. 23-27.

<sup>149</sup> Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008, Warszawa 2008.

<sup>150</sup> H. Jędrkiewicz, *Problematyka migracji lekarzy specjalistów w wybranych czasopismach i na internetowych forach medyków*, „Problemy Higieny i Epidemiologii”, 2012, 93 (1), s. 216-222.



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 dentyistów, 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%), farmaceutów – podobnie jak przed rokiem (wzrost o 2,4%) oraz lekarzy dentyistów (wzrost o 1,8%)<sup>151</sup>.

System opieki zdrowotnej cierpi na deficyt w zawodach medycznych, a trendy związane z latami późniejszymi nie napawają optymizmem i wzrostem podaży na rynku zawodów medycznych. Dane GUS z 2016 r. potwierdzają, że przyrasta grupa lekarzy w wieku 55 lat i więcej (do 2005 r. jest to wzrost na poziomie 20-25%), pozytywnym zjawiskiem jest co prawda minimalny wzrost osób z uprawnieniami do wykonywania zawodu w grupie wiekowej do 35. roku życia<sup>152</sup>. Jednakże przyrost jest na poziomie ok. 15% i w najbliższych 5-10 latach nie zbilansuje liczby osób, które ze względu na wiek opuszczają rynek pracy.

Należy zwrócić uwagę na zjawisko starzenia się polskiego społeczeństwa, co wpływa na wzrost popytu na usługi medyczne różnych specjalizacji, szczególnie w zakresie geriatry. Równoległe podaż w zawodach medycznych spada, a możliwości „produkcyjne” na kierunkach medycznych są ograniczone i niewystarczające na wyrównanie deficytu w zawodach medycznych. Skutkuje to zachwianiem równowagi na rynku usług zdrowotnych, na którym popyt znacznie przewyższa podaż usług. Badacz twierdzi, że jesteśmy na początku kryzysu wydolności organizacyjnej systemu opieki zdrowotnej. Najgorsze jest to, iż wymienione problemy nie stanowią apogeum tego negatywnego zjawiska, lecz dopiero jego początek.

Równie niekorzystna jest struktura wiekowa pielęgniarek. Według danych Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, w ostatnich kilku latach z pracy odeszło 1800 pielęgniarek, a przybyło jedynie 400<sup>153</sup>, czyli różnica jest 4,5-krotna. Rządowe Centrum Studiów Strategicznych prognozuje, że w 2010 r. niedobór pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia wyniesie około 61 000 osób<sup>154</sup>.

Zmiany w strukturze wiekowej wśród widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. W roku 2016 najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wy-

<sup>151</sup> Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017, s. 70.

<sup>152</sup> Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017, s. 71.

<sup>153</sup> 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).

<sup>154</sup> J. Wojteczek, *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia”, 2009, nr 5, s. 23-27.

konywania 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. Sytuacja 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 systematycznie roli studiów pomostowych przeznaczonych dla osób z wykształceniem pielęgniarstwowym<sup>155</sup>.

Na 1 tysiąc mieszkańców Polski statystycznie przypada 5,4 pielęgniarki, co plasuje nas na ostatnim miejscu w rankingu OECD<sup>156</sup>. Według danych Naczelnej Izby Lekarskiej czynnych zawodowo lekarzy w Polsce jest 134 865, z czego 33 683 osób osiągnęło już wiek emerytalny<sup>157</sup>. Stanowią one 25% 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 nowe 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 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.

<sup>155</sup> Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017, s. 74.

<sup>156</sup> Minister zdrowia o deficycie wśród położnych i pielęgniarek, „Rynek Zdrowia”, nr 1 (149), 26.01.2018.

<sup>157</sup> Lekarze emeryci ratują system przed kadrową katastrofą, „Rynek Zdrowia”, nr 5 (153), 8.11.2018.

mu i powtórnego zdawania egzaminu wiedzy lekarskiej. Obecnie jest niedostatek 50 tys. lekarzy oraz kilkadziesiąt tysięcy pielęgniarek<sup>158</sup>.

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<sup>159</sup>. 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.

## 2.2. Struktura zatrudnienia personelu medycznego

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<sup>160</sup> 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 przewieszzonego na szyi lekarza lub czepka i chodaków w przypadku grupy pielęgniarskiej.

Dane zawarte w tabeli nr 1 potwierdzają rosnącą specjalizację wynikającą z coraz większych wymagań kompetencyjnych w stosunku do pracowników, szczególnie specjalistów. Zarówno w przypadku wyższego personelu medycznego (dane

<sup>158</sup> Emisja programu *Pomoc ze wschodu*, Fakty TVN, 29.03.2018 r.

<sup>159</sup> 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.

<sup>160</sup> Wnioski zostały oparte na rozważaniach przeprowadzonych w książce: M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

nie uwzględniają jeszcze zmian ustawowych dotyczących wymagań kwalifikacyjnych od pielęgniarek), jak i personelu zarządzającego rośnie ich udział w organizacji szpitalnej.

Należy zwrócić uwagę na zauważalną tendencję ukierunkowaną na zwiększenie udziału personelu medycznego na poziomie średnim (pielęgniarki) oraz wyższym (lekarze) w stosunku do ogółu zatrudnionych. Obie grupy stanowiły łącznie około 75% zatrudnionych osób, w kolejnych latach ten współczynnik uległ dalszym zmianom, które przedstawiono w tabeli nr 2.

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% w 2002, 84,27% w 2003 r. do 83,46% w 2004 r. 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.

Tabela nr 1. Struktura zatrudnienia na koniec roku w wybranych podmiotach leczniczych według charakteru czynności wykonywanych przez pracowników w latach 2002-2004 (w %)

| Wyszczególnienie                 | 2002          | 2003          | 2004          | Różnica przez okres 2 lat |
|----------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------------------|
| <b>Zatrudnienie ogółem</b>       | <b>100,00</b> | <b>100,00</b> | <b>100,00</b> |                           |
| Wyższy personel medyczny         | 12,24         | 18,16         | 19,15         | + 6,91                    |
| Średni personel medyczny         | 57,77         | 54,69         | 55,64         | - 2,13                    |
| Niższy personel medyczny         | 12,65         | 11,42         | 8,67          | - 3,98                    |
| Administracja                    | 7,35          | 6,55          | 8,06          | + 0,71                    |
| Personel gospodarczo-logistyczny | 8,36          | 7,3           | 6,45          | - 1,91                    |
| Kierownicy                       | 1,84          | 1,87          | 2,01          | - 0,17                    |

Źródło: 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.

Autor przeprowadził analizę zatrudnienia w 25 podmiotach leczniczych zaliczanych do grupy 100 największych szpitali w Polsce wg wysokości przychodów w 2015 r. Dane zostały zaprezentowane na łamach Pulsu Medycyny<sup>161</sup>. Natomiast autor książki pozyskał dane dotyczące struktury zatrudnienia z 25 losowo wybranych podmiotów leczniczych. Badanie zostało zrealizowane metodą CATI, przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety, w okresie od lutego do marca 2018 r.

Tabela nr 2. Struktura zatrudnienia w 25 podmiotach leczniczych w 2018 r.

| Wyszczególnienie                 | 2015          | Różnica między 2015 i 2004 r. |
|----------------------------------|---------------|-------------------------------|
| <b>Zatrudnienie ogółem</b>       | <b>100,00</b> |                               |
| Wyższy personel medyczny         | 23,37         | +4,22                         |
| Średni personel medyczny         | 57,52         | +1,88                         |
| Niższy personel medyczny         | 7,03          | -1,64                         |
| Administracja                    | 5,75          | -2,31                         |
| Personel gospodarczo-logistyczny | 4,48          | -1,97                         |
| Kierownicy                       | 1,85          | -0,16                         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wewnętrznych.

Obecnie w Polsce funkcjonuje 1049 podmiotów leczniczych, z czego 532 jednostki są w rękach prywatnych. Zebrane dane nie są oparte na dużej liczbie szpitali, wszystkie (25 podmiotów) zalicza się do grupy jednostek publicznych. Należy zauważyć, że w szpitalach niepublicznych w większym stopniu minimalizowana jest liczba przedstawicieli z grupy administracyjnej, personelu gospodarczo-logistycznego.

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.

<sup>161</sup> Lista największych szpitali w Polsce, Puls Medycyny. Dodatek tematyczny, nr 19 (312), 20.02.2017 r.

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<sup>162</sup> 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<sup>163</sup>. 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 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<sup>164</sup>, aby ich bezpośredni przełożony potrafił nimi sprawnie i efektywnie zarządzać.

<sup>162</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 202.

<sup>163</sup> A. Gick, M. Tarczyńska, *Motywowanie pracowników*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 1999, s. 47.

<sup>164</sup> M. E. Shaw, *Group Dynamics: The psychology of small group behavior*, McGraw-Hill, New York 1976, s. 11.



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<sup>165</sup>.

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

W powyższym dokumencie autor znalazł 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 (§ 2);
- ordynator jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu zatrudnionego na oddziale (§ 6);
- ordynator kieruje pracą lekarzy zatrudnionych na oddziale (§ 7);
- ordynator kieruje pracą lekarzy specjalizujących się na jego oddziale, dopilnowuje, aby we właściwym czasie opanowali program specjalizacji, oraz zapewnia im właściwe warunki pracy (§ 8).

Według prof. Z. Kubota, profesora prawa Uniwersytetu Wrocławskiego, kierowanie oddziałem 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<sup>166</sup>. 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

---

<sup>165</sup> Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. 1991 nr 91, poz. 408).

<sup>166</sup> Z. Kubot, *Status ordynatora*, ABACUS Biuro Promocji Medycznej, 2001, nr 2/2001 (10 Vol. 3).



wszystkim kompetencje społeczne, menedżerskie, które nie powinny 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.

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<sup>167</sup>.

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<sup>168</sup>.

Dobry 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 zna-

<sup>167</sup> Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654.

<sup>168</sup> Zob. A. Saracen, *Planowanie i organizacja pracy w oddziałach organizacyjnych i położniczych jakością opieki pielęgniarskiej*, Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków 2000, s. 214, 214-117.

cząco 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<sup>169</sup>. 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.

Autor przytacza zapis zaczerpnięty 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 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<sup>170</sup>.

<sup>169</sup> M. Sobczak, K. Rakowska, *Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu*, „Problemy Pielęgniarstwa”, „VIA MEDICA”, Gdańsk 2008, t. 16, zeszyt nr 1, 2, 24.

<sup>170</sup> Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654).

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 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 r. 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;
- 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 jedynie do spraw lecznictwa. Brak koordynacji między leczeniem a sprawami kadrowymi czy też finansowymi powoduje jednakże, że kadra zarządzająca oddziałami nie w pełni wykorzystuje posiadane zasoby.

Minister Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 17 maja 2000 r. w sprawie wymagań kompetencyjnych, jakim powinny odpowiadać osoby na stanowiskach kierowniczych w zakładach opieki zdrowotnej określonego rodzaju, osobom na stanowisku ordynatora i zastępcy postawił wymagania w zakresie specjalistycznej wiedzy medycznej i doświadczenia zawodowego lekarza, a więc dotyczące wyłącznie medycznej, leczniczej działalności oddziału. Nic nie wspomina o płaszczyźnie menedżerskiej opisywanego stanowiska ordynatora, który powinien być wyposażony w wiedzę oraz umiejętności interpersonalne i społeczne potrzebne na stanowisku kierowniczym. Może to wynikać z faktu, że funkcje administracyjne oraz gospodarcze w strukturze organizacyjnej podmiotów leczniczych zostały ulokowane na wyższym szczeblu organizacyjnym, bez bezpośredniej relacji z ordynatorem, pozostawione zostały rozstrzygnięciu na poziomie zarządu. Wiąże się z tym sprawa zwolnienia lekarzy z odpowiedzialności za koszty funkcjonowania oddziałów. Dla lekarzy w organizacji pracy oddziału zasadnicze są trzy zagadnienia, które trudno ze sobą pogodzić: samodzielność w prowadzeniu leczenia, odpowiedzialność zawodowa za podejmowane decyzje i realizacja obowiązku doskonalenia zawodowego. Równoczesne realizowanie tych zadań ma wpływ na funkcjonowanie szpitali, w których decyzje kadrowe i finansowe realizowane są na poziomie centralnym, z kolei aspekty usługowe dotyczące procesu leczenia na poziomie oddziału. W ten sposób nie ma powiązania między opisywanymi płaszczyznami funkcjonowania organizacji szpitalnych.

### 2.3. Kompetencje zawodowe personelu medycznego

Kapitał intelektualny przez T. A. Stewarta<sup>171, 172</sup>, K. E. Sveiby'ego<sup>173</sup> określany był jako „bogactwo organizacji”. Natomiast dla R. Dzinkowskiego<sup>174</sup> synonimem kapitału intelektualnego jest „skarb organizacji”. Powszechnie kapitał organizacji jest postrzegany jako czynnik napędzający globalną gospodarkę przyszłości i jednocześnie klucz do sukcesu w XXI w. Przyglądając się rynkowi pracy, można dojść do wniosku, że najcenniejszym kapitałem pracowników medycznych są właśnie ich kompetencje<sup>175</sup>.

---

<sup>171</sup> T. A. Stewart, *Intellectual capital: The New Wealth of Organizations*, Nicholas Brealey, London 1997.

<sup>172</sup> T. A. Stewart, *The Wealth of Knowledge: Intellectual Capital and the Twenty-first Century Organization*, Currency, New York 2001.

<sup>173</sup> Zob. K. E. Sveiby, *The New Organizational Wealth: Managing and Measuring knowledge-based assets*, Berrett-Koehler Publishers, San Francisco 1997, s. 3-50.

<sup>174</sup> 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.

<sup>175</sup> M. D. Głowacka, E. Mojs, *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 42.

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 należy uzupełnić wykształcenie wyższe na studiach pierwszego lub drugiego stopnia do 31 grudnia 2020 r., 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<sup>176, 177</sup>.

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<sup>178</sup>;
- 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 dentyistów z dnia 6 października 2004 r.<sup>179</sup>; po ukończeniu wydzia-

<sup>176</sup> Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U.2011.174.1039).

<sup>177</sup> Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty z dnia 5 grudnia 1996 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 857), ze zm. z dnia 28 kwietnia 2011 r.

<sup>178</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty z dnia 26 września 2012 r. (Dz. U. 2012 r. nr 0, poz. 1082) i Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty z dnia 20 grudnia 2012 r. (Dz. U. 2012 nr 0, poz. 1543).

<sup>179</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 6 października 2004 r.

łu 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<sup>180</sup>, a w Wielkiej Brytanii ponad 250 000 funtów<sup>181</sup>. 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 jest w Zimbabwie, skąd wyjechało ponad 80% lekarzy, pielęgniarek i terapeutów, którzy ukończyli wydział medyczny Uniwersytetu Zimbabwe po 1980 r.<sup>182</sup>;

- utrzymanie stanowiska pracy jednego lekarza przy zachowaniu należytego standardu jest niezwykle drogie<sup>183</sup>.

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 r. 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 pieczęć i nadzór nad należyтым 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 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (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

---

<sup>180</sup> Progniza skali emigracji lekarzy z Polski, red. K. Krajewski-Siuda, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom 2008.

<sup>181</sup> S. Bach, *International migration of health Workers: Labor and social issues*, International Labor Office, Geneva, July 2003.

<sup>182</sup> 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.

<sup>183</sup> Zob. J. Obmach, W. Słomczyński, *Planowanie rozwoju kadry lekarskiej, ekspertyza*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, XII 2000, Internet, <http://www.im.uj.edu.pl/JerzyOmbach/MZ2000.pdf>, dostęp 17.09.2006 r.



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<sup>184</sup>. 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;
- uczestnictwo w naradach, odprawach i instruktażach;
- opiekę psychiczną nad pacjentami<sup>185</sup>.

Zgodnie z definicją brytyjskiej Rady Pielęgniarek i Położnych (NMC), przez pojęcie kompetencji pielęgniarki należy rozumieć zdolności i umiejętności wykonywania praktyki zawodowej w sposób bezpieczny, efektywny, bez konieczności nadzoru innej osoby<sup>186</sup>.

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)<sup>187</sup>.

Specjalizacja może być prowadzona przez odpowiednie jednostki organizacyjne, określone w ustawie o zawodzie lekarza, po uzyskaniu wpisu na listę prowa-

<sup>184</sup> Zob. A. Koper, L. Wdowiak, I. Wronska, *Służbowe więzi organizacyjne w szpitalu*, „Zdrowie Publiczne” 2003, nr 1/2, s. 15.

<sup>185</sup> Zob. M. Gramlewicz, *Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia*, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2007, s. 240.

<sup>186</sup> *Midwifery and Health Visiting*, United Kingdom Central Council for Nursing, 1999, nr 35.

<sup>187</sup> Por. U. Erfurt, *Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej*, [http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul\\_rodzaj=10&idartykul=545](http://www.emedyk.pl/arttykul.php?idartykul_rodzaj=10&idartykul=545), dostęp 10.06.2011 r.



dzoną 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 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 zależy 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<sup>188</sup>.

Ze względu na trudności z określeniem potencjału kompetencji zawodowych personelu medycznego autor zaproponował wzór na zmierzenie globalnego po-

---

<sup>188</sup> 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.

ziomu 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.

$$Pow = \sum Ppw * Lp$$

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<sup>189</sup>.

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 (autor wziął pod uwagę najkrótszy okres trwania specjalizacji)<sup>190</sup>, 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 pielęgniarzy) i na tej podstawie określić potencjał kwalifikacji zawodowych, a nawet menedżerskich. Na podstawie przeprowadzonych badań empirycznych w 21 szpitalach autor stwierdza, 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.

## 2.4. Kompetencje lekarzy nabywane w procesie kształcenia zawodowego

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. 04. 231. 2326 ze zm.), na każdym z lekarzy spoczywa

<sup>189</sup> Ibidem, s. 350-351.

<sup>190</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 20 października 2005 r. (Dz. U. 05.213.1779).

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 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. 05. 226. 1943 ze zm.) stwierdza się m.in., 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 dentystrów.

Ustawodawca w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystrów (Dz. U. 05. 213. 1779) w paragrafie 25 zapisał, iż „kierownikiem specjalizacji jest lekarz specjalista w dziedzinie medycyny będącej przedmiotem specjalizacji” (§ 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 [...]” (§ 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.

Podobnie rozwiązana jest sprawa stażu podyplomowego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (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 częściowego 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 częściowego 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<sup>191</sup>.

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<sup>192</sup>. Tym samym lekarze realizujący zadania związane z awansem zawodowym nie mają czasu na realizowanie równoległe dwóch ścieżek rozwoju, zarówno medycznej, jak i menedżerskiej. Wynikiem tego są pracownicy medyczni o wysokich kompetencjach medycznych, wiedzy i umiejętnościach 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 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.

## **2.5. Kompetencje pielęgniarek i położnych nabywane w procesie kształcenia zawodowego**

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

<sup>191</sup> 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.

<sup>192</sup> Załącznik nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków z dnia 6 października 2004 r. (Dz. U. z 2004 r., nr 231, poz. 2326).

i zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia. Pielęgniarki i położne mogą korzystać również z kursów doszkalających, specjalistycznych i kwalifikacyjnych.

Sposób doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych określa nowa Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2011 nr 174, poz. 1039). Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r., z wyjątkiem art. 95 i art. 99 ustawy, które weszły w życie z dniem 23 sierpnia 2011 r. Kształcenie farmaceutów zapisane jest w Ustawie z dnia 6 września 2001 r. 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 doskonalenia się w zakresie nowych osiągnięć nauk farmaceutycznych. Szczegóły tego kształcenia reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2003 r. 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 r. 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<sup>193</sup> 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 magisterskich jednolitych lub uzupełniających po studiach pierwszego stopnia zgodnie z przyjętym nazewnictwem w procesie bolońskim<sup>194</sup>.

\*\*\*\*\*

Rozważania nad obszarem kompetencji personelu medycznego odniosło się do płaszczyzny medycznej opartej na procesie kształcenia zawodowego w obszarze zawodów medycznych.

---

<sup>193</sup> 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.

<sup>194</sup> Deklaracja bolońska. Szkolnictwo wyższe w Europie, wspólna Deklaracja Europejskich Ministrów Edukacji, zebranych w Bolonii w dniu 19 czerwca 1999 r.



## Rozdział III

## UWARUNKOWANIA ZARZĄDZANIA KOMPETENCJAMI W PODMIOTACH LECZNICZYCH

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 zarządzającej 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, ani 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 autor zaprezentował 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 różnorodnych 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 tożsamość 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, 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.

### 3.1. Organizacja podmiotów leczniczych

Istnieje wiele różnych odmian organizacji, tyle ile funkcjonuje przedsiębiorstw na świecie<sup>195</sup>. 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<sup>196</sup>.

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<sup>197</sup>.

<sup>195</sup> Zob. G. Dessler, *Managing Organization in an era of change*, The Dryden Press, Orlando 1995, s. 206.

<sup>196</sup> Zob. D. L. Anderson, *Organization Development. The process of leading organizational change*, Sage Publications, Thousand Oaks (California) 1999, s. 1.

<sup>197</sup> B. Moskalewicz, *Medycyna jako system społeczny*, [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, red. A. Ostrowska, Warszawa 1990, s. 89.

Szpital jest organizacją oferującą swoim pacjentom wiele usług. Obejmują one całodobową, profesjonalną opiekę medyczną oraz wyżywienie i dach nad głową<sup>198</sup>.

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<sup>199</sup>, w takim wymiarze działają również szpitale, w skład których wchodzi powiązane ze sobą elementy społeczne oraz techniczne.

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<sup>200, 201</sup>.

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 psycho-

---

<sup>198</sup> Zob. S. M. Shortell, A. D. Kaluzny, *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Vesalius, Kraków 2001, s. 379.

<sup>199</sup> Zob. F. Kast, J. Rosenzweig, *Organization and Management, A Systems Approach*, Mc Graw Hill, New York 1970, s. 120-121.

<sup>200</sup> Zob. L. Krzyżanowski, *O podstawach kierowania organizacjami inaczej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 28-39.

<sup>201</sup> Zob. M. Bielski, *Organizacje: istota, struktury, procesy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992, s. 86.

społeczny 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 skupiony jest na koordynowaniu pozostałych czterech podsystemów w celu realizacji działań powiązanych ze strategią przyjętą przez szpital.

We współczesnych systemach zdrowotnych występują więzi o bardzo zróżnicowanym charakterze<sup>202</sup>. Organizację stanowią ludzie oraz kapitał trwałe, jeden bez drugiego nie może funkcjonować. Tak samo jest w przypadku szpitali, w ramach których tworzone są stanowiska pracy, komórki, działy czy też pionory 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<sup>203</sup>. W przypadku systemów zdrowotnych najbardziej powszechne są więzy techniczne<sup>204</sup>. Analizując poszczególne więzy, 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. Pracow-

<sup>202</sup> C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 60.

<sup>203</sup> A. Ksykiewicz-Dorota, *Podstawy organizacji pracy pielęgniarskiej*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 20.

<sup>204</sup> L. F. Wolter, J. J. Pena, *Health Care Administration. Principles and Practices*, Aspen Publishers, Rockville 1987.

nik 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<sup>205</sup>. W ramach tej więzi realizowane są konsultacje szczególnie trudnego przypadku, ale też udział w realizacji celu bardziej pośredniego, np. organizowanie wyżywienia hospitalizowanych chorych<sup>206</sup>.

### 3.2. Formy organizacyjne w szpitalach

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. Rzecznik Praw Pacjenta, Państwowa Inspekcja Pracy), oraz podmioty określające kierunki polityki zdrowotnej (na poziomie kraju – Ministerstwo Zdrowia, na poziomie województw – urzędy marszałkowskie), instytucję ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ), a przede wszystkim pacjentów (świadczeniobiorców)<sup>207</sup>. 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, nieposiadających 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.

---

<sup>205</sup> Zob. A. Ksykiewicz-Dorota, *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, s. 20.

<sup>206</sup> L. F. Wolter, J. J. Pena, *Health Care Administration. Principles and Practices*, Aspen Publishers, Rockville 1987.

<sup>207</sup> Red. T. Mróz, *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce – aspekty prawne i socjologiczne*, Wyd. Temida 2, Białystok 2012, s. 131-173.

oddziałami, zarządzanymi przez ordynatorów, których ogromna wiedza merytoryczna z zakresu medycyny, nie zawsze idzie w parze z kompetencjami menedżerskimi<sup>208</sup>, która zbudowana jest na indywidualnym potencjale tych osób, a nie przyjętych rozwiązaniach systemowych. Taka sama sytuacja zachodzi na niższym poziomie zarządzania, w laboratoriach, pracowniach czy blokach operacyjnych.

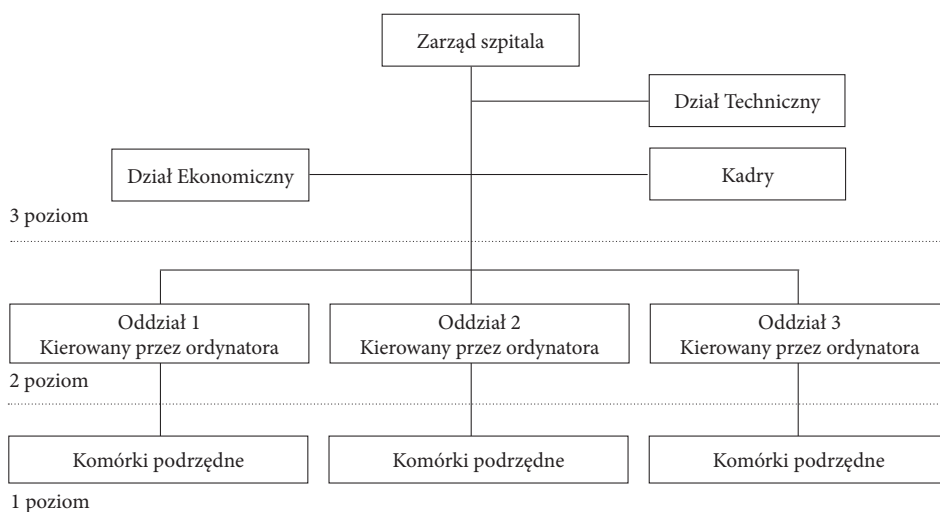
Idealna sytuacja w szpitalu wiąże się z powoływaniem osób do roli kadry zarządzającej, które łączą wysokie kompetencje medyczne oraz menedżerskie, łatwiej im budować autorytet w środowisku pracy oraz egzekwować realizację zadań jako bezpośredniemu przełożonemu. Niestety, nie zawsze kompromis jest łatwy do osiągnięcia, dlatego wiele zachodnich szpitali stosuje dwa rodzaje stanowisk kierowniczych: Ordynator ds. merytorycznych i menedżer ds. kierowniczych. Równie istotny, jak omawiane zagadnienie, jest podział pracy<sup>209</sup>. Prawidłowy podział pracy zwiększa po pierwsze, sprawność zespołu, a co za tym idzie, również wydajność pracy na podstawie kompetencji pracownika realizującego zadania zgodnie z jego potencjałem rozwojowym.

Jednakże rozwiązania przyjęte w systemach opieki zdrowotnej w Europie Zachodniej nie muszą być pozytywnie upowszechnione 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 dwóch 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 kulturę organizacyjną, przyjęte nawyki pracy, a przede wszystkim w przypadku szpitali zakorzenione stereotypy w środowisku zawodowym.

Autor, odnosząc się do jednego ze wcześniejszych stwierdzeń, potwierdza, 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.

<sup>208</sup> K. Dajczak, S. Hille-Jarząbek, *Koncepcja zarządzania wiedzą w polskim szpitalu*, [w:] Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management, t. 27, Bydgoszcz 2010, s. 109-110.

<sup>209</sup> Ibidem, s. 106-115.



Ilustracja nr 1. 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<sup>210</sup>.

Szpitala funkcjonują zgodnie z zasadami przyjętymi w ramach struktury dywizjonalnej<sup>211</sup>, 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<sup>212</sup>.

Każdy z oddziałów ma swoją wewnętrzną strukturę, uzupełnieniem struktury są jednostki centralne świadczące usługi pomocnicze, takie jak zadania księgowo, 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.

<sup>210</sup> Red. M. Łuczak, Ł. Małys, *Współczesne koncepcje i trendy w branży motoryzacyjnej*, Wyd. Advertiva, Poznań 2016, s. 156.

<sup>211</sup> Zob. A. Peszko, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Kraków 2002, s. 83-91.

<sup>212</sup> Red. J. Stępniewski, *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2008, s. 242.

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 ze 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 wyposażeni 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<sup>213</sup>.

Podstawą macierzy jest zestaw działów funkcjonalnych (np. marketing, administracja, informatyka itd.), a następnie na te działy nakłada się zestaw grup wyodrębnionych według określonego kryterium, np. klinicznego, z podziałem na internę, pediatrię, chirurgię itd. alternatywnie mogą być wyróżnione określone projekty lub linie produktowe/usługowe<sup>214</sup>.

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 innowacyjno-

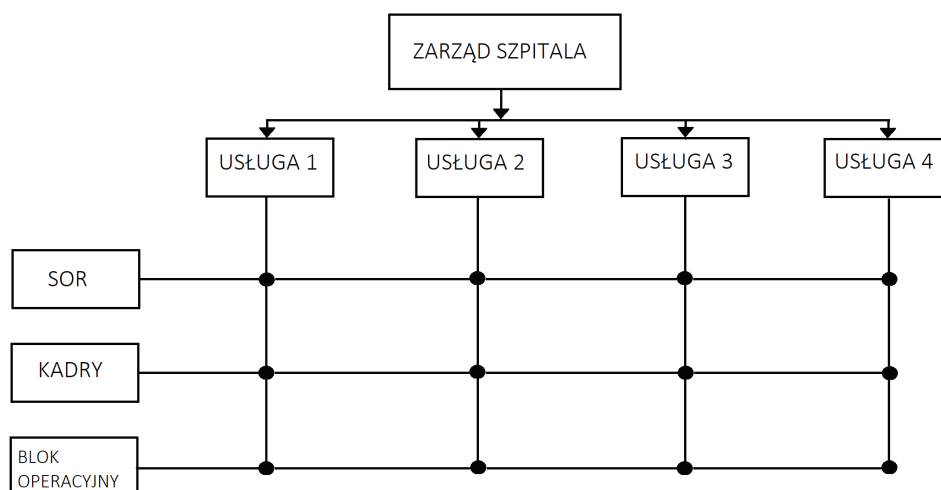
<sup>213</sup> Red. M. Łuczak, Ł. Małys, *Współczesne koncepcje i trendy w branży motoryzacyjnej*, Wyd. Advertiva, Poznań 2016, s. 156.

<sup>214</sup> R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 392.



ści w organizacji i jest szczególnie efektywna dla szybkiego rozwoju produktów oraz umożliwia realizację szerokiego wachlarza działań projektowych<sup>215</sup>.

Zadaniem menedżerów jest motywowanie i informowanie pracowników odpowiedzialnych za wykonanie poszczególnych zadań<sup>216</sup>.



Ilustracja nr 2. Struktura macierzowa w organizacjach

Źródło: opracowanie własne na podstawie H. Steinmann, G. Schreyogg, *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepty 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 organizacyjnej, zbudowanej w klasyczny sposób i tzw. części zmiennej, składającej się z zespołu wyodrębnianego z tejże struktury do wykonania określonego zadania. Zespoły składają się z pracowników zatrudnionych w organizacji i są powoływane tylko na czas trwania zadania, po którego zakończeniu są rozwiązywane<sup>217</sup>.

<sup>215</sup> L. E. Swayne, W. J. Duncan, P. M. Ginter, *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 462.

<sup>216</sup> Red. B. Pietrzak, T. Karkowski, *Zarządzanie personelem pielęgniarskim w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 43.

<sup>217</sup> 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.

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 „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<sup>218</sup>.

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<sup>219</sup>.

V. Verma podkreśla, że najczęściej spotykanymi strukturami są:

- struktura funkcjonalna, której odmianą jest struktura macierzowa;
- struktura macierzowa;
- struktura projektowa<sup>220</sup>.

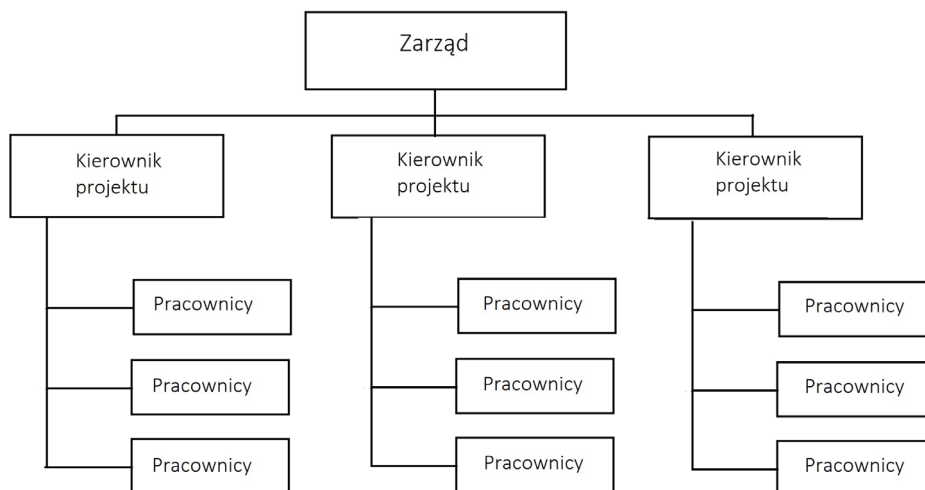
Dziś bowiem w coraz większym stopniu wykorzystuje się metodologię zarządzania projektami w organizacjach. Niektóre z nich zaszyły nawet tak daleko, że nie mają już tradycyjnej struktury organizacyjnej – zastąpiła ją struktura projektowa. To podejście w niezmiernie szybko zmieniającej się dziś rzeczywistości sprawdza się coraz częściej: tak jak w coraz mniejszym stopniu sprawdzają się typowe struktury tradycyjne. 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 innego podejścia niż do tradycyjnych, chociażby ze względu na stosunkowo niedługą trwałość takiego zespołu, który został przecież powołany do wykonania bardzo konkretnego zadania<sup>221</sup>.

<sup>218</sup> Red. B. Pietrzak, T. Karkowski, *Zarządzanie personelem pielęgniarstwem w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 38.

<sup>219</sup> R. Żuber, *Zarządzanie rozwojem przedsiębiorstwa. Teoria i praktyka*, Wyd. Difin, Warszawa 2008, s. 112.

<sup>220</sup> V. K. Verma, *Organizing Projects for Success*, [w:] *The Human Aspects of Project Management*, Project Management Institute, Newtown Square, Pennsylvania 1995, Volume 1.

<sup>221</sup> Z. Brzeziński, *Dobór uczestników i zarządzanie zespołem projektowym*, [w:] *Zarządzanie projektami współfinansowanymi z funduszy publicznych: planowanie i realizacja*, red. M. Szwabe, Wyd. Wolters Kluwer business, Kraków 2007, s. 142.



Ilustracja nr 3. 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 ściśle określone zadania do wykonania. Stanowi to niejednokrotnie duży problem, dlatego też koncepcja ta napotyka szereg trudności związanych z doбором pracowników<sup>222</sup>. 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.

### 3.3. Typologia menedżerów w organizacji

Każda organizacja składa się z pracowników oraz kierownictwa. Pracownicy stanowią fundament organizacji, tkanę, którą należy umiejętnie zarządzać. Sferą zarządzania zajmują się menedżerowie i od ich sprawności zależy, czy organizacja jest efektywnie i skutecznie kierowana.

<sup>222</sup> S. Spałek, *Krytyczne czynniki sukcesu w zarządzaniu projektami*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice 2004, Monografia nr 76, s. 45.

Za R. W. Griffinem dzielimy menedżerów na trzy poziomy zarządzania<sup>223, 224</sup>, 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).

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.



Ilustracja nr 4. Model tradycyjnej piramidy dla menedżerów w organizacji

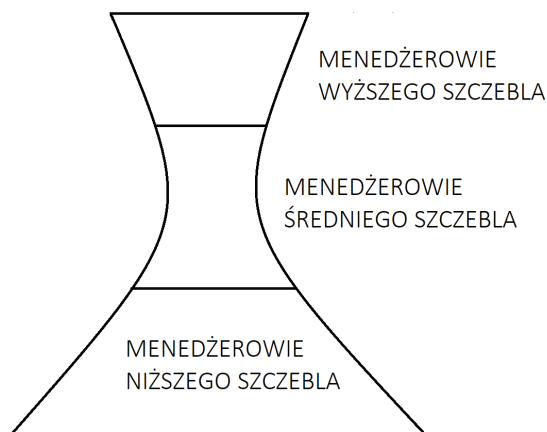
Źródło: opracowanie własne na podstawie R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 12-16.

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 na podstawie kultury organizacyjnej, 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

<sup>223</sup> R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 12-16.

<sup>224</sup> S. P. Robbins, D. A. DeCenzo, *Podstawy zarządzania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 31-32.

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. Taki model stanowisk menedżerskich występuje w organizacjach wiedzy, tzw. uczących się, w których zatrudnieni są specjaliści. Tego rodzaju przypadkiem są szpitale z wysoce wyspecjalizowaną kadrą medyczną, której uzupełnieniem jest kadra menedżerska.



Ilustracja nr 5. 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.

### 3.4. Kompetencje kadry zarządzającej w organizacji szpitalnej

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<sup>225</sup>.

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, a 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 autora publikacji jest to najważniejsza kategoria w przypadku zarządzania przedsiębiorstwem, oddziałująca na pozostałe pojęcia ekonomiczne, takie jak: wydajność, skuteczność czy efektywność.

Autor postrzega 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.

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<sup>226</sup>.

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.

<sup>225</sup> 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.

<sup>226</sup> A. Mazurkiewicz, *Sprawność działania – interpretacja teoretyczna pojęcia*, [w:] *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, nr 20/2011, s. 47.

Jedną z najczęściej przytaczanych klasyfikacji niezbędnych zdolności usprawniających pełnienie ról i funkcji menedżerskich w organizacjach jest typologia umiejętności kierowniczych zdefiniowana przez R. L. Katza<sup>227</sup>.

Rozważania R. L. Katza są rozwinięciem klasyfikacji typologii umiejętności kierowniczych zaproponowanych przez H. Fayola, który jako pierwszy stwierdził, że pełnienie roli kierownika można się nauczyć. Jego poprzednicy twierdzili, że jest to umiejętność wrodzona. Według H. Fayola kierownicy pracują z ludźmi i przez ludzi<sup>228</sup>.

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<sup>229</sup>.

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, by 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<sup>230</sup>.

---

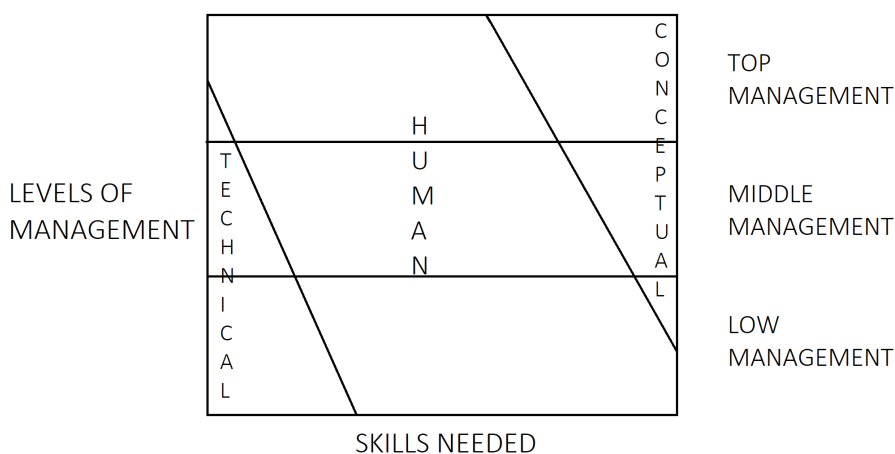
<sup>227</sup> R. L. Katz, *Skills of an effective administrator*, Harvard Business Review, 52 (5) 1974, s. 90-102.

<sup>228</sup> H. Fayol, *Critical Evaluations in Business and Management*, Routledge, London and New York 2002, s. 50-54.

<sup>229</sup> J. A. F. Stoner, C. Wankel, *Kierowanie*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994, s. 55-56.

<sup>230</sup> M. Dołhacz, J. Fudaliński, M. Kosała, H. Smutek, *Podstawy zarządzania. Koncepcje – strategie – zastosowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.





Ilustracja nr 6. 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.

W tym modelu w zależności od szczebla (poziomu) zarządzania zmienia się waga poszczególnych kompetencji. Na najniższym szczeblu hierarchii kierowniczej zwanych menedżerami pierwszej linii<sup>231</sup> najistotniejsze są kompetencje techniczne (zawodowe). 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<sup>232</sup>, zwanych również top management<sup>233</sup>, istotnego znaczenia nabierają umiejętności dotyczące współpracy z otoczeniem, stosunków międzyludzkich, sprawności organizacyjnych, umiejętności szerokiego myślenia koncepcyjnego<sup>234</sup>. P. Drucker zmodyfikował definicję menedżera z podziałem na trzy poziomy zarządzania w 1950 r.<sup>235</sup> Poziom menedżera średniego szczebla (middle management) jest formułą pośrednią dla menedżerów I i III szczebla organizacyjnego.

<sup>231</sup> R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017, s. 14.

<sup>232</sup> Ibidem, s. 12.

<sup>233</sup> P. Drucker, *Management. Tasks, Responsibilities, Practices*. Routledge, London i New York 1974, s. 17-19.

<sup>234</sup> 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.

<sup>235</sup> P. Drucker, *Management. Tasks, Responsibilities, Practices*, Routledge, London i New York 1974, s. 17-19.

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<sup>236</sup>.

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<sup>237</sup>.

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<sup>238</sup>. 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 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 liczy 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;

---

<sup>236</sup> G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami: perspektywa firmowa i osobista*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 91.

<sup>237</sup> Ibidem.

<sup>238</sup> Red. P. Reason, H. Bradbury, *Handbook of Action Research: Concise Paperback Edition*, SAGE Populations, London 2006, s. 195-198.

- 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<sup>239</sup>.

A. Poczowski 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, związaną z łatwością do inspirowania, inicjowania i forsowania określonej polityki kierunków zmian<sup>240</sup>.

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

<sup>239</sup> H. H. Hinterhuber, *Strategische Unternehmensführung*, De Gruyter, Berlin-New York 2004, s. 5-9.

<sup>240</sup> A. Poczowski, *Rola naczelnego kierownictwa, kierownika ds. personalnych i kierowników liniowych w strategicznym zarządzaniu zasobami ludzkimi*, [w:] *Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi*, PFPK, Warszawa 2000.

niezbędne w pierwszej kolejności, umieć pracować samodzielnie i potrafić nauczyć innych, jeśli zajdzie taka potrzeba;

- umieć kierować podwładnymi w ten sposób, aby skutecznie przekazać im zadania, uprawnienia i odpowiedzialność, zapewnić im szerokie możliwości działania i sprawiedliwie postępować wobec podwładnych;
- szybko się uczyć, czyli umieć w ekspresowym tempie opanowywać nowe umiejętności zawodowe, ale również edukować się w sposób ciągły i systematyczny;
- posiadać zdolności do podejmowania decyzji. W licznych złożonych sytuacjach zarządzania 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 szczerze zainteresowanie innymi oraz wrażliwość na potrzeby podwładnych;
- stawiać czoła 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 być przy tym 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<sup>241</sup>.

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<sup>242</sup>.

Dodatkowo jeszcze R. W. Griffin, oprócz komunikowania się i umiejętności decyzyjnych, wskazał na umiejętność gospodarowania czasem, związaną ze znajomością metod i ich wdrażaniem w praktyce, ustalaniem priorytetów, delegowaniem zadań i uprawnień w zespole<sup>243</sup>. 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<sup>244</sup>:

- 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 rozwiązywanie problemów, przy czym dla każdej z organizacji istnieje taka kombinacja cech kompetencji, która jest najbardziej skuteczna w osiągnięciu 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<sup>245</sup>.

<sup>241</sup> C. Levy-Leboyer, *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997, s. 97-99.

<sup>242</sup> R. N. Lussier, D. C. Kimball, *Applied Sport Management Skills*, Human Kinetics, Champaign, Illinois 2014, s. 8-9.

<sup>243</sup> R. W. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, s. 19-22.

<sup>244</sup> D. Hussey, *Strategic Management from theory to implementation*, Butterworth, Oxford 1998, s. 459.

<sup>245</sup> P. Drucker, *Praktyka zarządzania*, Wyd. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 1998, s. 146-147.

Jego zdaniem 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<sup>246</sup>.

Diagnoza kompetencji pracownika ma na celu ustalenie obecnie posiadanych i/lub możliwych do osiągnięcia przez pracownika kompetencji niezbędnych do skutecznego, efektywnego i jakościowo odpowiedniego osiągnięcia 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)<sup>247</sup>.

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.);

---

<sup>246</sup> P. Drucker, *Management. Tasks, Responsibilities, Practices*, Routledge, London i New York 1974, s. 17-19.

<sup>247</sup> M. Kossowska, I. Sołtysińska, *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 14.

- 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 autor określił cechy, które powinna posiadać kadra zarządzająca. Przy budowie listy kompetencji interpersonalnych trzeba uwzględnić 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 chętny 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<sup>248</sup>. Należy zgodzić się z tym twierdzeniem, a potwierdzenie autor znalazł w badaniach przeprowadzonych w 23 szpitalach, przedstawionych i przeanalizowanych w książce *Relacje i komunikacja w świecie medycznym* wydanej przez Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego w 2012 r. 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 działą wiedzy, w którą należy wyposażyć każdego pracownika

<sup>248</sup> A. Potocki, *Instrumenty komunikacji wewnętrznej w przedsiębiorstwie*, Difin, Warszawa 2008, s. 8.



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.

Zgodnie z normą ISO 9001 właśnie wiedza i umiejętności interpersonalne stanowią fundament do stworzenia profesjonalnego pracownika, a w tym przypadku przedstawiciela personelu medycznego pełniącego funkcje kierownicze na poziomie pierwszym bądź drugim.

Celem szkoleń jest przygotowanie i wprowadzenie pracownika w zakres nowych obowiązków związanych z pracą, doskonalenie kompetencji lub przekwalifikowanie zawodowe. Szkolenie pracowników służy podnoszeniu efektywności i skuteczności działań pracowników, a w konsekwencji organizacji. Celem szkoleń jest doskonalenie posiadanych umiejętności i wiedzy, bądź nabywanie nowych cech w zakresie obu składników kompetencji.

\*\*\*\*\*

W trzech pierwszych rozdziałach autor zaprezentował podłoże teoretyczne, które stanowi płaszczyznę do podjęcia rozważań empirycznych w zakresie określenia kompetencji pożądaných na stanowiskach menedżerskich I i II szczebla organizacyjnego oraz modelu awansu personelu medycznego na ścieżce menedżerskiej. W IV rozdziale zostanie przedstawiona metodologia badawcza oraz działania autora w zakresie prowadzonych badań w terenie.



## ROZDZIAŁ IV

**ZAŁOŻENIA I ORGANIZACJA BADANIA**

Tematyka książki wymusiła na jej autorze opracowanie metodologii badawczej opartej na źródłach 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.

Z tego względu autor podjął się odpowiedzieć na pytanie: Czy lepiej, aby kadrę zarządzającą w szpitalach rekrutować z przedstawicieli grupy personelu medycznego, a może spoza niego, osób posiadających stricte kompetencje menedżerskie?

W tym celu autor posłużył się spopularyzowanym przez Thomasa Kuhna terminem paradygmatu, a konkretnie procedurą opisywania rzeczywistości na podstawie narzędzi naukowych. Przytoczony związek przyczynowo-skutkowy pozwala w sposób logiczny na podstawie przyjętych założeń badawczych, zwanych paradygmatami, określić kolejne działania<sup>249</sup>. Po pierwsze, zbudować metodologię badania, na jej podstawie należy sprecyzować metody badawcze, co z kolei skutkuje doбором metodyki badawczej, w konsekwencji wpływa na dobór technik badawczych, zwanych również narzędziami pomiarowymi.

**4.1. Metodologia badawcza**

Ze względu na złożoność zarówno horyzontalną, jak i wertykalną badania autor pragnie przybliżyć czytelnikowi strukturę procesu badawczego. Szczególnie ważne jest ze względu na przyjęcie rozwiązania badawczego opartego na metodzie triangulacji danych.

<sup>249</sup> T. Kuhn, *Struktura rewolucji naukowych*, PWN, Warszawa 1968, s. 195.

W tym miejscu przytoczę argumenty za zastosowaniem ww. metody w dowodzeniu hipotezy badawczej oraz zrealizowaniu celu badawczego. Po pierwsze, do pozyskania danych z otoczenia autor posłużył 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 2018 r. Po drugie, metodą 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, autor dokonał wstępnej analizy literaturowej krajowej i zagranicznej, jak również badań obcych zrealizowanych m.in. we Francji oraz w Stanach Zjednoczonych. 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 autora 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 dyscyplin nauki o zarządzaniu oraz psychologii, jak również trzech dyrektorów podmiotów leczniczych z wieloletnim doświadczeniem zawodowym.

Przy pomocy 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<sup>250</sup>. 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.

<sup>250</sup> 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.

Kolejny etap polegał na określeniu 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.

Autor, 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<sup>251</sup>, badania własne oparł 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.

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.

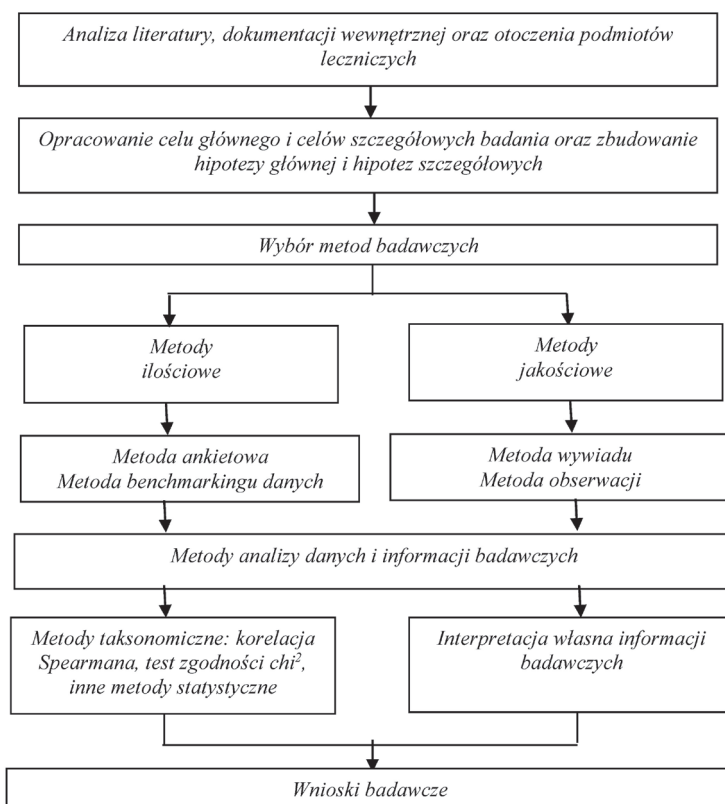
Po badaniu głównym przeprowadzonym w terenie, przyszedł czas na pracę badacza na wypełnionych ankietach. Wykonano następujące działania: po pierwsze, zakodowano ankiety, po drugie, dokonano redukcji danych empirycznych i dopiero tak przygotowane ankiety badawcze były wprowadzane do formularza kalkulacyjnego 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

---

<sup>251</sup> W. Czakon, *Mity o badaniach jakościowych w naukach o zarządzaniu*, „Przegląd Organizacji”, nr 9/2009, s. 13.

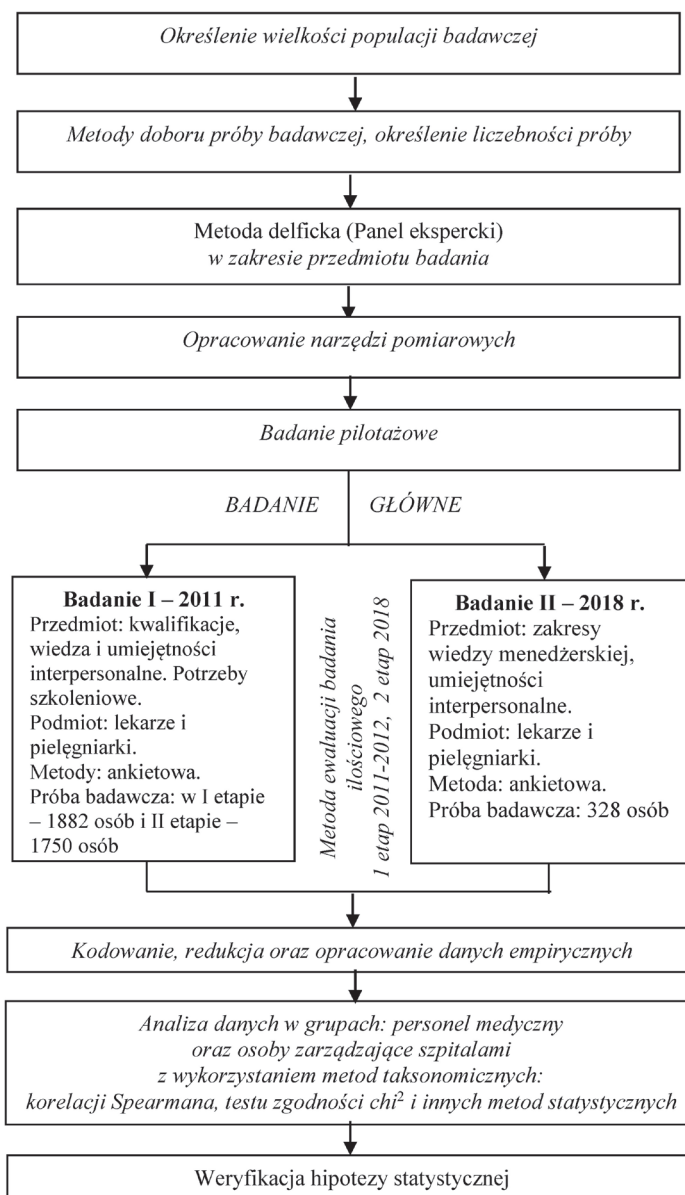
zbiorowość statystyczna oraz skala pomiaru, wykorzystano następujące techniki: metodę  $\chi^2$ , korelację Spearmana i analizę wartości statystycznych.



Ilustracja nr 7. Metodologia badania personelu medycznego oraz kadry zarządzającej szpitalami  
 Źródło: opracowanie własne na podstawie metodologii badań.

Wzbogacając sferę poznawczą, badacz wykorzystał 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.

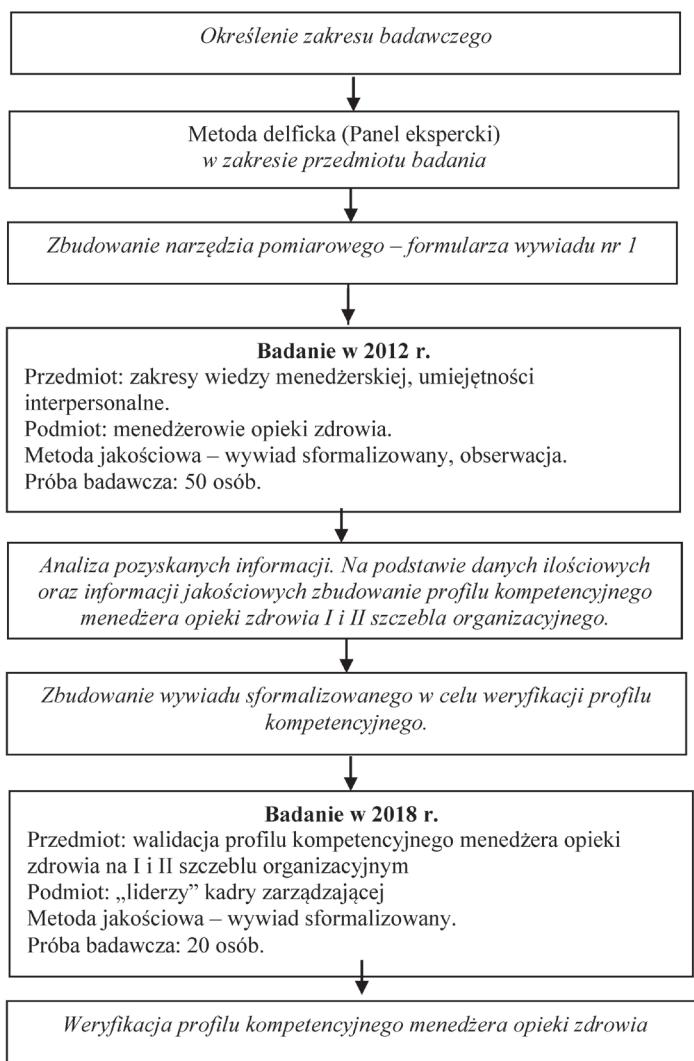
Uzupełnieniem schematu przedstawionego powyżej są struktury badawcze, które prezentują metodę ilościową (ilustracja nr 8) i metodę jakościową (ilustracja nr 9).



Ilustracja nr 8. Metodologia i metodyka badania ilościowego  
Źródło: opracowanie własne na podstawie metodologii badań.

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 badaczowi na pogłębienie wiedzy w obszarze analizy badawczej.





Ilustracja nr 9. Metodologia i metodyka badania jakościowego

Źródło: opracowanie własne na podstawie metodologii badań.

## 4.2. Identyfikacja podstawowego 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).

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 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<sup>252</sup>, które zabezpieczają i stanowią ważną część w życiu całego społeczeństwa związaną z ratowaniem oraz utrzymaniem dobrego stanu zdrowia. Jednakże autor będzie używał 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 kierowniczego, tak aby sprostał stawianym przed nim zadaniom. Odwołując się do rozważań T. Oleksyna, menedżerowie powinni posiadać z różnym natężeniem kompetencje o charakterze: strategicznym (konceptyjnym), społecznym oraz zawodowym<sup>253</sup>.

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 z 2015 r. pokazują, że 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 doskonałą kompetencje techniczne (zawodowe) z minimalnym uwzględnieniem potrzeb społecznych

---

<sup>252</sup> Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011, art. 5.

<sup>253</sup> Zob. T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 158-173.

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 powierzonych im zadań kierowniczych. Najczęściej jednak pełnią rolę mentora, czyli osoby pomagającej młodym 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<sup>254</sup>. Głównym zadaniem kierowników operacyjnych zarządzających specjalistami powinno opierać się na zaufaniu do ich umiejętności oraz wykorzystywać metodę coachingu postrzeganego jako przywódczego stylu zarządzania<sup>255</sup>.

Analizie poddano grupy zawodowe – lekarzy oraz pielęgniarki. Zostały już omówione możliwości obsadzenia stanowisk przez pierwszą z grup. Spośród przedstawicieli 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, autor podjął się budowy profilu kompetencji wymaganych na stanowisku menedżera opieki zdrowia na średnim poziomie zarządzania.

### 4.3. Geneza koncepcji badawczej

System ochrony zdrowia, obok takich systemów, jak edukacja czy wymiar sprawiedliwości, jest systemem, który daje podwaliny pod prawidłowe funkcjonowanie każdego społeczeństwa. Wcześniejsze zainteresowania autora dotyczyły doskonalenia kompetencji w procesie edukacji na poziomie średnim zawodowym oraz wyższym. Mogło to wynikać z profilu studiów Marcina Kęsy, który ukończył zarówno studia pierwszego oraz drugiego stopnia w Wyższej Szkole

<sup>254</sup> S. Przytuła, *Pozyskiwanie menedżerów do przedsiębiorstw międzynarodowych*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2007, s. 53.

<sup>255</sup> O. Rzycka, *Menedżer coachem. Jak rozmawiać, by osiągnąć sukces*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa 2010, s. 53-54.

Pedagogicznej im. Tadeusza Kotarbińskiego w Zielonej Górze. W ramach zajęć uczęszczał on na przedmioty poruszające zagadnienia z zakresu socjologii, pedagogiki oraz edukacji zawodowej. Oba etapy edukacyjne zakończone zostały następującymi pracami dyplomowymi: *Analiza rzeczywistych kompetencji pracowników akademickich na przykładzie wybranych uczelni z regionu województwa lubuskiego* (studia II stopnia) oraz *Analiza czynników determinujących sukces menedżerski na przykładzie kadry profesorskiej WSP w Zielonej Górze* (studia I stopnia).

Te zainteresowania zostały ugruntowane w dalszej pracy naukowej Marcina Kęsy, kontynuowanej na Uniwersytecie Zielonogórskim, jak również w roli koordynatora projektu LROT w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Lubuskiego.

W okresie piastowania funkcji prorektora ds. nauczania w Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej ugruntował wiedzę z zakresu funkcjonowania szkolnictwa wyższego. Jednakże dwukrotny pobyt naukowo-dydaktyczny na Uniwersytecie Paryż XIII oraz studia literaturowe dotyczące francuskich rozwiązań w systemie zdrowia zmieniły zainteresowania autora, który zauważył niedoskonałości w systemie zdrowia, a szczególnie w aspekcie zarządzania podmiotami leczniczymi. Zwróciło to uwagę badacza, który na podbudowie wcześniejszych prac (od 2004 r.) zainteresował się zarządzaniem szpitalami z ukierunkowaniem na modele komunikacyjne wewnątrz organizacji oraz w ujęciu personel medyczny z pacjentem, które w konsekwencji zostały zorientowane na zarządzanie kompetencjami menedżerskimi personelu medycznego.

W tym celu przeanalizowane zostały projekty badawcze dotyczące systemu ochrony zdrowia. Na tej podstawie badacz doszedł 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 autor wybrał trzy najbliższe 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. Jednakże w przypadku projektu pierwszego i drugiego badały one płaszczyznę doskonalenia oraz potrzeb kompetencyjnych „białego personelu”. Z kolei trzecie przedsięwzięcie dotyczyło aspektu behawioralnego, lecz nie można tego badania 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 8500 respondentów w 2015 r.

Poniżej autor prezentuje trzy projekty badawcze opisane powyżej:

1. Temat: *Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów. Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje*, realizowany przez Instytut Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk i wydanej w Warszawie w 2012 r.
2. Temat: *Analiza potrzeb szkoleniowych personelu medycznego oraz pracowników wykonujących zawody niemedyyczne w ramach systemu opieki zdrowotnej w Polsce*, realizowany przez IBC Group Central Europe Holding SA na zlecenie Ministerstwa Zdrowia (badanie ewaluacyjne) i wydanej w październiku 2011 r.
3. Temat: *Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu*, realizowany przez Marzenę Sobczak, Krystynę Rakowską i wydanej w 2008 r.
4. Temat: *Kompetencje zarządcze*, autorstwa Deepak Khadka, Nepal, w zakresie ocena posiadanych kompetencji menedżerskich kadry oraz luki kompetencyjnej, zrealizowane w 2014 r.
5. Temat: *Kompetencje menedżerów szpitali sektora publicznego i prywatnego*, autorstwa Rubin Pillay, RPA, badanie dotyczyło różnicy w posiadanych kompetencjach menedżerów zatrudnionych w obu sektorach, zrealizowane w 2008 r.
6. Temat: *Test kompetencji kierowniczych kadry polskich szpitali*, realizowany przez Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, Edumetriq Akademia Ochrony Zdrowia, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Polską Federację Szpitali, Instytut Ochrony Zdrowia i Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych, w okresie od lipca do września 2015 r.

Podjęta analiza literatury oraz badań obcych, uświadomiła autorowi, istnienie luki publikacyjnej, lecz 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 niemedyyczny, co ze względu na duży udział i wpływ personelu medycznego stanowi lukę badawczą, którą autor chce wypełnić. Zazwyczaj badania dotyczące szpitali mają ograniczony charakter, noszą one znamiona pilotażu badawczego, a nie badań na dużej grupie podmiotów. Pochylenie się nad problemem zarządzania szpitalami wymaga

od badacza uwzględnienia uwarunkowań systemowych oraz organizacyjnych, niezbędnych do diagnozy przedmiotu analizy, co przełoży się na systemowe podejście do analizowanego przedmiotu badania.

W tym celu badacz przystąpił 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, opracowanie profesjogramów stanowisk menedżerów opieki zdrowotnej oraz opisaniu etapów procesu doskonalenia wiedzy menedżerskiej personelu medycznego.

Chcąc osiągnąć zakładany cel badawczy, autor przyjął następujące cele do realizacji:

1. Zdiagnozowanie kompetencji menedżerskich przejawianych przez przedstawicieli personelu medycznego.
2. Określenie kompetencji pożądanych przez menedżerów na I i II szczeblu organizacyjnym w podmiotach leczniczych.
3. Zbudowanie profesjogramu stanowiska menedżera opieki zdrowotnej na ścieżce awansu dedykowanego personelowi medycznemu.
4. Opracowanie struktury kompetencji menedżerskich w organizacji szpitalnej.
5. Dobór metod oraz stworzenie procesu optymalizującego doskonalenia kompetencji menedżerskich personelu medycznego.

Na podstawie przyjętych celów autor postawił pięć hipotez odpowiadających zdefiniowanym celom. Według kolejności są to:

1. Poziom kompetencji menedżerskich personelu medycznego jest wynikiem nabywanych kompetencji w procesie kształcenia zawodowego oraz kompetencji indywidualnych.
2. Kompetencje personelu medycznego uprawniają do pełnienia funkcji menedżerskich na I i II szczeblu organizacyjnym w podmiotach leczniczych.
3. Personel medyczny nie przejawia kompetencji menedżerskich wymaganych na szczeblu top management.
4. Struktura kompetencji menedżerskich jest zależna od potrzeb organizacji szpitalnej.
5. Optymalny dobór metod doskonalenia kompetencji ma wpływ na sprawność procesu awansu personelu medycznego na ścieżce menedżerskiej.

Autor przyjął na podstawie tak rozbudowanych celów badawczych, że proces badawczy ma charakter złożony, z tego względu zastosowana zostanie metoda triangulacji danych, z kolei działania będą realizowane w procesach równoległych, jak i sekwencyjnych, następujących po sobie.

Badacz założył, że na podbudowie uzyskanych informacji chce zaproponować rozwiązania dotyczących stanowisk kierowniczych zajmowanych przez lekarzy i pielęgniarki.

#### **4.4. 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 badacz wybrał tę drugą możliwość, czyli częściowego badania pierwotnego.

Polega to na przeanalizowaniu wybranej części populacji ogólnej (tzw. próby). Tak uzyskane wyniki na wybranej próbce mogą być uogólniane na całą populację badawczą<sup>256, 257</sup>.

Z danych statystycznych wynika, że w Polsce funkcjonują 754 szpitale, w tym 526 publicznych i 228 niepublicznych, które łącznie dysponują 183.040 łózkami. Warto zwrócić uwagę, że rok wcześniej funkcjonowały ogółem 732 lecznice, przy czym w porównaniu do 2009 r. o 20 zmniejszyła się liczba szpitali publicznych, natomiast o 42 wzrosła liczba placówek niepublicznych<sup>258</sup>.

Nie posiadając danych globalnych dotyczących wielkości zatrudnienia we wszystkich szpitalach na terenie Polski, z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe, badacz przeanalizował strukturę zatrudnienia (w sierpniu 2010 r.) 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 pracow-

<sup>256</sup> S. Nowak, *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985, s. 302.

<sup>257</sup> T. Michalski, *Statystyka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2004, s. 20-24.

<sup>258</sup> 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](http://www.rynekzdrowia.pl/.../Wiecej-o-raporcie-GUS-ochrona-zdrowia-w-liczbach,105289,1.html), dostęp 15.09.2011.



ników, z czego 48% stanowią pielęgniarki oraz 10% lekarze. Z kolei szpitale typu niepublicznego zatrudniają średnio 240 pracowników, z czego 70% pielęgniarek oraz 18% lekarzy.

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 z poniższego wzoru<sup>259</sup>, należy przyjąć, że badaniu trzeba poddać 544 przedstawicieli personelu medycznego, jednakże ze względu na dużą liczbę jednostek szpitalnych, autor przyjął, że badaniu poddanych zostanie minimum trzykrotnie więcej osób, czyli około 1632 pracowników służby zdrowia.

$$n = \frac{0,25 * Z_{\alpha/2}^2 * N}{0,25 * Z_{\alpha/2}^2 + (N - 1) * d^2} \quad ^{260}$$

Ze względu na dużą liczbę szpitali w Polsce oraz możliwości finansowe, badacz ograniczył 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 autor napotkał wiele trudności i problemów natury organizacyjnej, a także po prostu niechęci osób objętych badaniami do jakiegokolwiek 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, autor książki musiał się skontaktować z przedstawicielami 56 podmiotów leczniczych na wybranym obszarze badań.

<sup>259</sup> M. Szreder, *Metody statystyczne*, PWE, Warszawa 2004, s. 121.

<sup>260</sup> Ibidem, s. 113.

Badacz założył, 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.

Drugie badanie uzupełniające zostało przeprowadzone w celu uszczegółowienia informacji uzyskanych w trakcie badania pierwszego. Badacz zwraca 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 badacz otrzymał ze strony działu kadrowego, który wspomagał i pośredniczył w badaniach. W sumie badaniem objęto 328 osób, z czego 162 pracowników prawidłowo wypełniło kwestionariusze ankiety.

W celu pogłębienia wiedzy w obszarze badania, wymusiło na autorze przeprowadzenie dodatkowego, trzeciego badania, w którym analizowano kompetencje personelu kierowniczego. Autor, chcąc zbudować profil kompetencji wymaganych od menedżerów opieki zdrowia, musiał 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. Badacz założył, 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 autor podjął się zadania przeprowadzenia ewaluacji uzyskanych wyników poprzez powtórzenie badania głównego, podczas którego badaniem objęto 1750 przedstawicieli personelu medycznego, którzy są zatrud-

nieni w podmiotach leczniczych, które objęto badaniem w latach 2011-2012. Badanie zostało przeprowadzone w okresie od stycznia do lipca 2018 r.

Zastosowana w zbieraniu informacji badawczych metoda jakościowa polegała na przeprowadzeniu wywiadów sformalizowanych z menedżerami opieki zdrowia. Uzyskane wyniki przedstawione zostały w rozdziale 9 w formie pytań badacza oraz odpowiedzi uczestników badania. Uzyskane odpowiedzi posłużyły autorowi 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 dużymi kompetencjami menedżerskimi.

#### **4.5. Metody i techniki badawcze zastosowane w badaniu**

Badanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego wymogło na badaczu przeprowadzenie złożonych badań, którymi w sumie objęto 3995 pracowników zatrudnionych w szpitalach. Autor publikacji w zależności od wielkości próby badawczej dobierał 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, pierwsze w okresie od stycznia 2011 do lipca 2011 r., drugie od stycznia do lipca 2018 r.

Badanie ilościowe, ewaluacyjne przeprowadzone przy użyciu narzędzia pomiarowego miało charakter ogólny, stanowiło pierwszy etap badawczy. Badacz przed tym etapem badań założył zidentyfikowanie składników kompetencji menedżerskich posiadanych przez personel medyczny. Na tym etapie badania autor ograniczył 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<sup>261, 262</sup>. Między pierwszym i drugim rodzajem pytań występuje powiązanie wynikające z określenia nie tylko potrzeb, lecz również prefe-

---

<sup>261</sup> Zob. S. Kaczmarczyk, *Badania marketingowe. Metody i techniki*, PWE, Warszawa 2003, s. 100-111.

<sup>262</sup> Zob. G. A. Churchill, *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002, s. 350-391.

rencji 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 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 kilkudziesięciu charakterystykę badań, część właściwa składała się z pytań i odpowiedzi, do tego dołączono metryczkę respondentów.

Najważniejszy element kwestionariusza stanowi drugi składnik. W tej części badacz zawarł 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 ankietarzy dokonywali obserwacji respondentów pod względem chęci dzielenia się spostrzeżeniami, uwagami oraz oceną własnych kompetencji. W rezultacie badacz zyskał 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 r. do maja 2012 r.

Metodę jakościową zastosowano w badaniu trzecim, w którym zbadano 20 wybranych przedstawicieli z kadry zarządzającej. Badanie polegało na pogłębieniu wiedzy badacza w zakresie cech pożądaných 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 pożądaných na stanowisku menedżera opieki zdrowia, który powstał na podstawie analizy danych i informacji badawczych w przedmiocie badania.

#### **4.6. Zastosowanie badania pilotażowego w procesie badawczym**

Badacz dokonał 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 badacza 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 badacz wysunął 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.

#### **4.7. Wielokryterialny opis szpitali**

Najpopularniejsze wśród podmiotów leczniczych są szpitale. Ich wpływ na otoczenie jest olbrzymi, problemy zarządzania, szczególnie na poziomie operacyjnym i taktycznym, mają bezpośredni wpływ na postrzeganie systemu ochrony zdrowia.

W mediach nagłaśniane są problemy finansowe w „ochronie zdrowia”. Wskutek tego nie zauważa się innych, nie mniej istotnych czynników wpływających na mniejszą efektywność podmiotów leczniczych. Problemy organizacji pracy mają ogromny wpływ na działalność szpitali. Celem badacza było zaproponowanie modelu kompetencji wymaganych od osób zajmujących stanowisko menedże-

ra średniego szczebla w organizacji szpitalnej. Aby tego dokonać, badacz musiał zdiagnozować rzeczywiste i oczekiwane kompetencje menedżerskie w grupie personelu medycznego i zestawić je z kompetencjami menedżerskimi osób zarządzających szpitalami.

W pierwszym badaniu spośród 754 szpitali funkcjonujących w Polsce<sup>263</sup> uczestniczyły 23 jednostki. Badanie prowadzono w okresie od stycznia 2011 r. do lipca 2011 r., w sumie zbieranie danych trwało 6 miesięcy, objęto nim 1882 pracowników. Należy wspomnieć i podziękować osobom, bez których nie byłoby możliwe uzyskanie wyników badawczych. W tym miejscu autor pragnie podziękować tym pracownikom szpitali, którzy wykazali się poważnym podejściem do badania oraz pozostałym osobom, które wypełniły otrzymane kwestionariusze ankiety.

Autor wyselekcjonował do badania jednostki z 10 województw, uwzględniając wielkość, specjalizację oraz formę właścicielską.

W sumie w badaniach uczestniczyło 1882 pracowników szpitali, z czego 950 prawidłowo wypełniło ankiety, co stanowi 50,5% rozdanych ankiet. Aby badanie spełniało wymogi naukowe, należało nim objąć 544 przedstawicieli personelu medycznego przy doborze metodą kwotową.

Udział zwrotów ankiet w szpitalach jest zróżnicowany. I tak, w szpitalach niepublicznych wskaźnik zwrotów jest niższy aniżeli w szpitalach publicznych. Może to wynikać z większej formalizacji i centralizacji działań w szpitalach publicznych. Wpływ na zwiększenie odsetka zwrotów ankiet mógł mieć fakt, że działania badawcze zrealizowane były za pośrednictwem kierownictwa szpitali lub działu kadr.

Tabela nr 3. Podział szpitali według struktury własnościowej

| Forma        | Liczba jednostek | Liczba zwrotów ankiet | Liczba wydanych ankiet | Odsetek zwrotów = 3/4 | Porównanie do średniego wyniku |
|--------------|------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 2011 r.      |                  |                       |                        |                       |                                |
| Niepubliczne | 6                | 129                   | 199                    | 64,8                  | powyżej                        |
| Publiczne    | 17               | 821                   | 1683                   | 48,8                  | poniżej                        |
| Średni wynik | 23               | 950                   | 1882                   | 50,5                  |                                |
| 2018 r.      |                  |                       |                        |                       |                                |
| Niepubliczne | 6                | 131                   | 177                    | 74,0                  | powyżej                        |
| Publiczne    | 17               | 719                   | 1573                   | 45,7                  | poniżej                        |
| Średni wynik | 23               | 850                   | 1750                   | 48,6                  |                                |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

<sup>263</sup> Główny Urząd Statystyczny, Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia, 2009.



W szpitalach niepublicznych kierownictwo szpitala jest skupione na realizacji zadań operacyjnych, funkcjonowaniu szpitali. Relacje w układzie pionowym mają często nieformalny charakter, co ma pozytywny wpływ na atmosferę w organizacji, a gorszy na egzekwowanie zadań niemieszczących się w podstawowych obowiązkach pracowników.

Badaniem objęto 11 szpitali jednospecjalistycznych oraz 12 jednostek typu wielospecjalistycznego, przy uwzględnieniu kryterium liczebności oddziałów w szpitalu. Różnica w liczbie przebadanych pracowników jest wypadkową wielkości zatrudnienia w szpitalu. Jednospecjalistyczne szpitale są to zazwyczaj jednostki niepubliczne, przeciętnie zatrudniają 200-220 pracowników.

Z kolei szpitale wielospecjalistyczne są organizacjami publicznymi, średnio zatrudniają 500-700 pracowników. Wyniki zwrotów ankiet zarówno w badaniach z roku 2011, jak i 2018 są wyższe w szpitalach jednospecjalistycznych, ponieważ pracownicy nie boją się wypowiadać, co może wynikać z pozytywnych relacji interpersonalnych, braku podziałów ze względu na wykonywany zawód, tworzących tzw. rodzinną atmosferę w miejscu pracy, inaczej niż to jest w szpitalach wielospecjalistycznych, organizmach bardziej złożonych.

Porównując poziom zwrotów ankiet, proces zbierania formularzy na przestrzeni lat poprawił się w szpitalach niepublicznych, natomiast w publicznych poziom zwrotu ankiet w 2018 r. jeszcze spadł w stosunku do 2011 r.

Tabela nr 4. Podział szpitali z uwzględnieniem liczebności oddziałów

| Oddział              | Liczba jednostek | Liczba zwrotów ankiet | Liczba wydanych ankiet | Odsetek zwrotów =3/4 | Porównanie do średniego wyniku |
|----------------------|------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|--------------------------------|
| 2011 r.              |                  |                       |                        |                      |                                |
| Jednospecjalistyczne | 11               | 248                   | 386                    | 64,2                 | powyżej                        |
| Wielospecjalistyczne | 12               | 702                   | 1496                   | 46,9                 | poniżej                        |
| Średni wynik         | 23               | 950                   | 1882                   | 50,5                 |                                |
| 2018 r.              |                  |                       |                        |                      |                                |
| Jednospecjalistyczne | 11               | 235                   | 335                    | 70,1                 | powyżej                        |
| Wielospecjalistyczne | 12               | 615                   | 1415                   | 43,5                 | poniżej                        |
| Średni wynik         | 23               | 850                   | 1750                   | 48,6                 |                                |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Szpitale, podobnie jak przedsiębiorstwa, można podzielić ze względu na liczbę zatrudnionych osób, czyli na duże, średnie i małe. Jednakże z uwagi na specyfikę służby zdrowia w związku z liczbą zatrudnionych osób oraz ograniczonym wpływem na przychód zmieniono kryteria podziału. I tak, do szpitali „małych” autor

zaliczył organizacje zatrudniające do 200 pracowników, do szpitali z grupy „średnich” te jednostki, które liczą od 201 do 499 pracowników.

Tabela nr 5. Podział szpitali ze względu na liczbę zatrudnionych pracowników

| Wielkość     | Liczba jednostek | Liczba zwrotów ankiet | Liczba wydanych ankiet | Odsetek zwrotów = 3/4 | Porównanie do średniego wyniku |
|--------------|------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 2011 r.      |                  |                       |                        |                       |                                |
| Duże         | 8                | 562                   | 1157                   | 48,6                  | poniżej                        |
| Średnie      | 4                | 140                   | 339                    | 41,3                  | poniżej                        |
| Małe         | 11               | 248                   | 386                    | 64,2                  | powyżej                        |
| Średni wynik | 23               | 950                   | 1882                   | 50,5                  |                                |
| 2018 r.      |                  |                       |                        |                       |                                |
| Duże         | 8                | 415                   | 1093                   | 38,0                  | poniżej                        |
| Średnie      | 4                | 180                   | 302                    | 59,6                  | powyżej                        |
| Małe         | 11               | 255                   | 355                    | 71,8                  | powyżej                        |
| Średni wynik | 23               | 850                   | 1750                   | 48,6                  |                                |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Grupę „dużych” szpitali tworzą te organizacje, które liczą co najmniej 500 pracowników lub więcej. Najlepsze wyniki zwrotów osiągnięto w szpitalach małych, na poziomie 64,2% w 2011 r. oraz 71,8% w 2018 r. W szpitalach średnich i dużych wynik zwrotów był poniżej 50% w 2011 r. Wynik ten może świadczyć o niechęci pracowników do jakichkolwiek ocen oraz o negatywnej atmosferze w miejscu pracy. W okresie 7 lat poprawiła się ściągalskość ankiet w szpitalach średniej wielkości, pogorszyła się z kolei w szpitalach dużych.

Jak już wspomniano, badaniem objęto 23 szpitale, zlokalizowane w 10 województwach. Spośród badanych jednostek najwięcej w województwie dolnośląskim (7). W sumie w 3 województwach (dolnośląskie, wielkopolskie i małopolskie) funkcjonuje 60,9% wszystkich przebadanych szpitali.

W pięciu województwach przebadano tylko po jednej jednostce. Możliwość badania w poszczególnych województwach była zróżnicowana, w niektórych największym problemem była niechęć zarządu bądź pracowników, w innych z kolei odległość do miejsca badania. Wpływało to na częstotliwość odwiedzin oraz ograniczało skuteczność badania w szpitalach.

Ogólnym wnioskiem z badań jest spostrzeżenie, że zarówno personel medyczny, jak i kierownictwo szpitali nie są zainteresowani diagnozą. Z badań wynika, że są świadomi i mają wysoką samomotywację do doskonalenia kompetencji. Jednakże nie chcą się swoimi obserwacjami dzielić, nie widzą takiej potrzeby.

Tabela nr 6. Podział szpitali ze względu na przynależność terytorialną

| Województwo        | Liczba jednostek | Liczba zwrotów ankiet | Liczba wydanych ankiet | Odsetek zwrotów = 3/4 | Porównanie do średniego wyniku |
|--------------------|------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 2011 r.            |                  |                       |                        |                       |                                |
| Dolnośląskie       | 7                | 211                   | 437                    | 48,3                  | poniżej                        |
| Lubelskie          | 1                | 29                    | 191                    | 15,2                  | poniżej                        |
| Lubuskie           | 1                | 97                    | 184                    | 52,7                  | powyżej                        |
| Małopolskie        | 4                | 155                   | 242                    | 64,0                  | powyżej                        |
| Opolskie           | 1                | 15                    | 23                     | 65,2                  | powyżej                        |
| Podkarpackie       | 1                | 92                    | 186                    | 49,5                  | poniżej                        |
| Śląskie            | 2                | 112                   | 145                    | 77,2                  | powyżej                        |
| Wielkopolskie      | 3                | 105                   | 256                    | 41,0                  | poniżej                        |
| Zachodniopomorskie | 2                | 56                    | 113                    | 50,0                  | poniżej                        |
| Mazowieckie        | 1                | 78                    | 105                    | 74,3                  | powyżej                        |
| Średni wynik       | 23               | 950                   | 1882                   | 50,5                  |                                |
| 2018 r.            |                  |                       |                        |                       |                                |
| Dolnośląskie       | 7                | 188                   | 422                    | 44,5                  | poniżej                        |
| Lubelskie          | 1                | 58                    | 182                    | 31,9                  | poniżej                        |
| Lubuskie           | 1                | 71                    | 171                    | 41,5                  | poniżej                        |
| Małopolskie        | 4                | 126                   | 223                    | 56,5                  | powyżej                        |
| Opolskie           | 1                | 16                    | 20                     | 80,0                  | powyżej                        |
| Podkarpackie       | 1                | 99                    | 176                    | 56,3                  | powyżej                        |
| Śląskie            | 2                | 91                    | 127                    | 71,7                  | powyżej                        |
| Wielkopolskie      | 3                | 95                    | 232                    | 40,9                  | poniżej                        |
| Zachodniopomorskie | 2                | 42                    | 102                    | 41,2                  | poniżej                        |
| Mazowieckie        | 1                | 64                    | 95                     | 67,4                  | powyżej                        |
| Średni wynik       | 23               | 850                   | 1750                   | 48,6                  |                                |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

W celu pełniejszego ukazania problemów wynikających z trudności z uzyskaniem informacji oraz dostępem do szpitali autor zbudował tabelę nr 7. Ukazuje ona jednostkowe wyniki zwrotów ankiet w przebadanych szpitalach. Najniższy poziom zwrotów autor uzyskał w szpitalach A1, A6, B1, D3, H1 oraz H3 w 2011 r. Cztery spośród sześciu jednostek funkcjonują w województwie wielkopolskim oraz dolnośląskim. W 2018 r. przeprowadzone badania potwierdziły, że w 4 na 6 szpitalach utrzymał się niski poziom zwrotu ankiet, dotyczy następujących szpitali zakodowanych pod symbolem: A1, B1, H1 oraz H3. Z obserwacji dokonanych w trakcie badania autor zwrócił uwagę na istnienie bariery w relacjach między grupami zawodowymi, niezadowoleniu poszczególnych pracowników w zakresie spraw finansowych, organizacyjnych czy kadrowych.

Do szpitali z najwyższym wskaźnikiem zwrotów zaliczane są jednostki z oznaczeniem: A3, A5, D1, G1, G2, I1 oraz J1. W tej grupie znalazły się po dwa szpitale reprezentujące województwo dolnośląskie oraz śląskie. Wskazuje to na pozytywne nastawienie pracowników, dobrą atmosferę w miejscu pracy bądź na wysoki profesjonalizm kadry zarządzającej i zatrudnionej w szpitalach.

Badania zrealizowane po 7 latach pokazały, że wysoki poziom zwrotów ankiet utrzymał się w szpitalach oznaczonych A3, D1 oraz G1. Współczynnik zbieranych ankiet wyraźnie poprawił się w przypadku podmiotów A2, D4, E1, a w szczególności w szpitalu D3, wzrost o 35%.

Tabela nr 7. Liczba zebranych ankiet z podziałem na poszczególne szpitale

| Szpital      | Województwo        | Liczba zwrotów ankiet | Liczba wydanych ankiet | Odsetek zwrotów = 4/5 | Porównanie do średniego wyniku |
|--------------|--------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| 2011 r.      |                    |                       |                        |                       |                                |
| A1           | dolnośląskie       | 41                    | 132                    | 31,1                  | poniżej                        |
| A2           | dolnośląskie       | 24                    | 35                     | 68,6                  | powyżej                        |
| A3           | dolnośląskie       | 33                    | 45                     | 73,3                  | powyżej                        |
| A4           | dolnośląskie       | 62                    | 137                    | 45,3                  | poniżej                        |
| A5           | dolnośląskie       | 24                    | 33                     | 72,7                  | powyżej                        |
| A6           | dolnośląskie       | 3                     | 20                     | 15,0                  | poniżej                        |
| A7           | dolnośląskie       | 24                    | 35                     | 68,6                  | powyżej                        |
| B1           | lubelskie          | 29                    | 191                    | 15,2                  | poniżej                        |
| C1           | lubuskie           | 97                    | 184                    | 52,7                  | powyżej                        |
| D1           | małopolskie        | 34                    | 47                     | 72,3                  | powyżej                        |
| D2           | małopolskie        | 83                    | 122                    | 68,0                  | powyżej                        |
| D3           | małopolskie        | 12                    | 31                     | 38,7                  | poniżej                        |
| D4           | małopolskie        | 26                    | 42                     | 61,9                  | powyżej                        |
| E1           | opolskie           | 15                    | 23                     | 65,2                  | powyżej                        |
| F1           | podkarpackie       | 92                    | 186                    | 49,5                  | poniżej                        |
| G1           | śląskie            | 32                    | 45                     | 71,1                  | powyżej                        |
| G2           | śląskie            | 80                    | 100                    | 80,0                  | powyżej                        |
| H1           | wielkopolskie      | 21                    | 60                     | 35,0                  | poniżej                        |
| H2           | wielkopolskie      | 60                    | 125                    | 48,0                  | poniżej                        |
| H3           | wielkopolskie      | 24                    | 71                     | 33,8                  | poniżej                        |
| I1           | zachodniopomorskie | 21                    | 30                     | 70,0                  | powyżej                        |
| I2           | zachodniopomorskie | 35                    | 83                     | 42,2                  | poniżej                        |
| J1           | mazowieckie        | 78                    | 105                    | 74,3                  | powyżej                        |
| Średni wynik |                    | 950                   | 1882                   | 50,5                  |                                |

| 2018 r.      |                    |     |      |      |         |
|--------------|--------------------|-----|------|------|---------|
| A1           | dolnośląskie       | 34  | 135  | 25,2 | poniżej |
| A2           | dolnośląskie       | 22  | 30   | 73,3 | powyżej |
| A3           | dolnośląskie       | 32  | 41   | 78,0 | powyżej |
| A4           | dolnośląskie       | 47  | 131  | 35,9 | poniżej |
| A5           | dolnośląskie       | 22  | 35   | 62,9 | powyżej |
| A6           | dolnośląskie       | 11  | 18   | 61,1 | powyżej |
| A7           | dolnośląskie       | 20  | 32   | 62,5 | powyżej |
| B1           | lubelskie          | 58  | 182  | 31,9 | poniżej |
| C1           | lubuskie           | 71  | 171  | 41,5 | poniżej |
| D1           | małopolskie        | 34  | 44   | 77,3 | powyżej |
| D2           | małopolskie        | 41  | 108  | 38,0 | poniżej |
| D3           | małopolskie        | 22  | 30   | 73,3 | powyżej |
| D4           | małopolskie        | 29  | 41   | 70,7 | powyżej |
| E1           | opolskie           | 16  | 20   | 80,0 | powyżej |
| F1           | podkarpackie       | 99  | 176  | 56,3 | powyżej |
| G1           | śląskie            | 33  | 43   | 76,7 | powyżej |
| G2           | śląskie            | 58  | 84   | 69,0 | powyżej |
| H1           | wielkopolskie      | 24  | 56   | 42,9 | poniżej |
| H2           | wielkopolskie      | 41  | 109  | 37,6 | poniżej |
| H3           | wielkopolskie      | 30  | 67   | 44,8 | poniżej |
| I1           | zachodniopomorskie | 15  | 27   | 55,6 | powyżej |
| I2           | zachodniopomorskie | 27  | 75   | 36,0 | poniżej |
| J1           | mazowieckie        | 64  | 95   | 67,4 | powyżej |
| Średni wynik |                    | 850 | 1750 | 48,6 |         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Drugi etap badań ograniczono do 8 podmiotów leczniczych. Taki dobór jednostek wynika z założenia, że badaniem objęto duże organizacje, czyli zatrudniające co najmniej 600 pracowników, w tym nie mniej niż 50% stanu osobowego stanowi personel medyczny. Z tego względu przyjęto, że badaniem zostaną objęte szpitale wojewódzkie podległe marszałkom województw. Badacze kontaktowali się z zarządami w celu uzyskania zgody na badania w podległych szpitalach. Przyjmując to założenie badawcze, przyjęli, że w badaniu weźmie udział przynajmniej 240 osób. Badanie to miało do spełnienia dwie funkcje, po pierwsze analityczną (uszczegóławiającą, poszerzającą wiedzę poznawczą), jak również kontrolną (przeprowadzono częściową walidację w celu sprawdzenia, czy przyjęte wnioski można odnieść do całej populacji badawczej).

W sumie kwestionariusz ankiety został skierowany do przedstawicieli personelu medycznego, z czego wróciły 162 prawidłowo wypełnione ankiety. Stanowi to 49,4% rozdanych ankiet.

Ze względu na założenie, że badanie zostanie przeprowadzone w szpitalach zatrudniających co najmniej 600 pracowników, badaniem objęto jednostki publiczne, które mają charakter wielospecjalistyczny (wielooddziałowy).

Badacze mogą w większym stopniu bezpośrednio uczestniczyć w badaniach. Dzięki temu uzyskano większy poziom zwrotów ankiet aniżeli w pierwszym badaniu, w takich samych pod względem wielkości jednostkach, odpowiednio w drugim badaniu (49,4%), a w pierwszym (48,6%).

Tabela nr 8. Podział szpitali ze względu na strukturę własnościową oraz organizacyjną

| Forma                              | Liczba jednostek | Liczba zwrotów ankiet | Liczba wydanych ankiet | Odsetek zwrotów = 3/4 |
|------------------------------------|------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|
| Publiczne/<br>Wielospecjalistyczne | 8                | 162                   | 328                    | 49,4                  |
| Średni wynik                       | 8                | 162                   | 328                    | 49,4                  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Jak wspomniano, badaniem objęto 8 szpitali, zlokalizowanych w 6 województwach. Należy zwrócić uwagę, że otrzymana zgoda ze strony jednostki nadrzędnej, czyli zarządu województwa, we wszystkich przypadkach była respektowana przez zarząd szpitala. Nie przenosiło się to, niestety, na jakość prowadzonych badań. Dyrekcja szpitala, będąca w konflikcie z pracownikami oraz związkami zawodowymi, nie potrafiła pomóc w badaniach. Dlatego badacz pozostawiony „sam sobie”, bez pomocy wewnątrz organizacji, niewiele mógł dokonać. Przykładem jest tu szpital zlokalizowany w województwie dolnośląskim, w którym od co najmniej od dwóch lat zaognia się konflikt na płaszczyźnie zarząd-pracownicy. Wpływają na to pogarszające się warunki finansowe oraz zmniejszanie wielkości zamawianych usług przez NFZ. Podobną sytuację można stwierdzić w szpitalu (F2) z województwa lubelskiego, jednakże negatywna atmosfera oraz spory wewnętrznie szpitalne mają dużo mniejszą skalę aniżeli we wcześniej opisywanym szpitalu. Inną grupę szpitali, w których uzyskano niski poziom zwrotów, stanowią te jednostki, które były w znacznej odległości od miejsca zamieszkania badacza, przez co utrudniona była organizacja badań oraz dopilnowanie respondentów na miejscu badania. Badacz musiał wspomóc się osobami trzecimi, które nie były umotywowane do permanentnej kontroli ankietowanych w miejscu pracy. Do takich szpitali zaliczamy podmioty lecznicze z województwa mazowieckiego.

Tabela nr 9. Podział szpitali ze względu na przynależność terytorialną

| Województwo   | Liczba jednostek | Liczba zwrotów ankiet | Liczba wydanych ankiet | Odsetek zwrotów = 3/4 | Porównanie do średniego wyniku |
|---------------|------------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| Dolnośląskie  | 1                | 1                     | 40                     | 2,5                   | -                              |
| Lubelskie     | 2                | 48                    | 74                     | 64,9                  |                                |
| Lubuskie      | 1                | 25                    | 43                     | 58,1                  |                                |
| Małopolskie   | 1                | 31                    | 43                     | 72,1                  |                                |
| Wielkopolskie | 1                | 28                    | 39                     | 71,8                  |                                |
| Mazowieckie   | 2                | 30                    | 89                     | 33,7                  | -                              |
| Średni wynik  | 8                | 162                   | 328                    | 49,4                  | =                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Najniższy poziom zwrotów autor uzyskał w szpitalach C1, D2 i D1. Przyczyny tej sytuacji autor opisał wcześniej.

Z kolei do szpitali z najwyższym wskaźnikiem zwrotów zaliczone zostały jednostki z oznaczeniem: F1, E1, A1 i B1. Wskazuje to na pozytywne nastawienie pracowników, dobrą atmosferę w miejscu pracy bądź na wysoki profesjonalizm kadry zarządzającej i zatrudnionej w szpitalach. Wpływ na poziom zwrotów miał również bezpośredni kontakt badanego z respondentami.

Tabela nr 10. Podział szpitali z uwzględnieniem kryterium geograficznego

| Szpital | Województwo   | Liczba zwrotów ankiet | Liczba wydanych ankiet | Odsetek zwrotów = 4/5 | Porównanie do średniego wyniku |
|---------|---------------|-----------------------|------------------------|-----------------------|--------------------------------|
| A1      | Wielkopolskie | 28                    | 39                     | 71,8                  |                                |
| B1      | Lubuskie      | 25                    | 43                     | 58,1                  |                                |
| C1      | Dolnośląskie  | 1                     | 40                     | 2,5                   | -                              |
| D1      | Mazowieckie   | 18                    | 40                     | 45,0                  | -                              |
| D2      | Mazowieckie   | 12                    | 49                     | 24,5                  | -                              |
| E1      | Małopolskie   | 31                    | 43                     | 72,1                  |                                |
| F1      | Lubelskie     | 33                    | 40                     | 82,5                  |                                |
| F2      | Lubelskie     | 15                    | 34                     | 44,1                  | -                              |
|         | Średni wynik  | 162                   | 328                    | 49,4                  | =                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Badanie trzecie przeprowadzono w celu przebadania grupy menedżerów opieki zdrowia. Dane zebrano na dwa sposoby. Pierwsze uzyskano na zebraniu Stowarzyszenia Menedżerów Opieki Zdrowia. Drugi sposób był bardziej pracochłonny



i wymagał od badacza indywidualnych wizyt w szpitalach funkcjonujących na terenie województw: lubuskiego, wielkopolskiego oraz dolnośląskiego.

Do badań kwalifikowano tych menedżerów, którzy mają co najmniej dziesięcioletnie doświadczenie na stanowiskach funkcyjnych, bez względu na szczebel zarządzania. Wynikało to z przedmiotu badań, jakim były kompetencje menedżerskie tych osób.

Spośród 50 osób, do których skierowano kwestionariusz ankiety, na badanie wyraziło zgodę 20 osób zarządzających w szpitalach.

#### 4.8. Wielokryterialny opis podmiotu badawczego

Przy projektowaniu badań autor przyjął, że uzyskane dane badawcze będą analizowane na podstawie pięciu kryteriów: płci, wieku, przynależności do grupy zawodowej i całkowitego stażu pracy oraz stażu pracy w aktualnym miejscu pracy.

Jeśli uwzględnimy kryterium płci, w badaniu uczestniczyło 827 kobiet oraz 123 mężczyzn w 2011 r., w powtórzonym badaniu w 2018 r. odsetek kobiet i mężczyzn był podobny do wyników sprzed 7 lat. Przewaga liczbowa w strukturze respondentów wynika ze specyfiki struktury zatrudnienia w służbie zdrowia. W szpitalach największą grupę zawodową stanowią osoby wykonujące obowiązki pielęgniarki. Dodatkowo należy zauważyć, że w szpitalach niepublicznych dysproporcja ta jest jeszcze większa. Wynika to z faktu, że jednostki niepubliczne znaczną część działań pomocniczych realizują, wykorzystując firmy zewnętrzne.

Tabela nr 11. Podział badanych osób ze względu na płeć

| Odpowiedź | Wyniki   |                |
|-----------|----------|----------------|
|           | Liczbowo | Procentowo (%) |
| 2011 r.   |          |                |
| Kobieta   | 827      | 87,1           |
| Mężczyzna | 123      | 12,9           |
| Suma      | 950      | 100,0          |
| 2018 r.   |          |                |
| Kobieta   | 738      | 86,8           |
| Mężczyzna | 112      | 13,2           |
| Suma      | 850      | 100,0          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Analiza kryterium wieku respondenta pokazuje, że osoby uczestniczące w badaniu stanowią rzeczywisty przekrój osób zatrudnionych w zakresie wieku. W 2011 r. 55,9% respondentów miało więcej niż 40 lat, siedem lat później stanowią oni już 58,8% badanych osób. Wynik jest potwierdzeniem negatywnego zjawiska starzenia się personelu medycznego zatrudnionego w szpitalach. Jedynie 14,2% badanych osób ma mniej niż 30 lat. Wskazuje to na zachwianie ciągłości naboru pracowników do szpitali. Jest to zjawisko, które w niedługim czasie może negatywnie wpłynąć na strukturę zatrudnienia i jakość pracy w służbie zdrowia. Szkoły medyczne nie będą w stanie „wyprodukować” wystarczającej liczby kandydatów do pracy. Z kolei nowi, wyuczeni pracownicy medyczni będą mieli mniej szans działania pod kierunkiem bardziej doświadczonych specjalisty.

Tabela nr 12. Podział badanych osób ze względu na wiek

| Odpowiedź                    | Wyniki   |                |
|------------------------------|----------|----------------|
|                              | Liczbowo | Procentowo (%) |
| 2011 r.                      |          |                |
| Poniżej 30 lat               | 135      | 14,2           |
| W przedziale od 30 do 40 lat | 284      | 29,9           |
| W przedziale od 40 do 50 lat | 363      | 38,2           |
| Powyżej 50 lat               | 168      | 17,7           |
| Suma                         | 950      | 100,0          |
| 2018 r.                      |          |                |
| Poniżej 30 lat               | 83       | 9,8            |
| W przedziale od 30 do 40 lat | 267      | 31,4           |
| W przedziale od 40 do 50 lat | 314      | 36,9           |
| Powyżej 50 lat               | 186      | 21,9           |
| Suma                         | 850      | 100,0          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

W 2018 r. można stwierdzić, że widoczne są zaniechania na poziomie systemowym, w ostatnich 7 latach średni wiek lekarzy czy pielęgniarki wzrósł o 3-4 lata. Co jest tego przyczyną? Z zebranych danych oraz wiedzy z badań obcych i znajomości systemu opieki zdrowia stwierdzam, że występuje niewydolność systemu kształcenia wyższego i średniego personelu medycznego, zachwianie dopływu „świeżej krwi”, która często wybiera pracę w innej branży lub karierę zawodową realizuje poza granicami Polski. Pojawia się również zjawisko działania w myśl zasady: „jeżeli chcesz zarobić, idź do prywatnie”. Nie dotyczy to młodych lekarzy, lecz po kilku, kilkunastu latach także oni odchodzą z publicznych szpitali do sektora niepublicznego.

Wyniki badań, zamieszczone przez autora w tabeli nr 13, uwzględniają podział badanych na grupy zawodowe. Analiza danych badawczych potwierdza stereotyp przyjęty w społeczeństwie, a który dotyczy struktury zatrudnienia w szpitalach. Dane potwierdzają, że kobiety stanowią większość spośród pracowników zatrudnionych w szpitalach. Ta sytuacja wystąpiła zarówno w badaniach w roku 2011, jak i 2018. Wynika to z faktu, że kobiety wykonują obowiązki pielęgniarek, a to właśnie one są najliczniejszą grupą zawodową w podmiotach leczniczych. W przypadku grupy lekarzy niska reprezentacja wynika nie z niskiej liczebności tej grupy zawodowej w strukturze zatrudnienia, lecz z bardzo niskiego poziomu zwrotów wypełnionych kwestionariuszy. Przedstawiciele tej grupy zawodowej nie chcą uczestniczyć w badaniach, tłumacząc się brakiem czasu czy też zainteresowania wynikami badań.

Tabela nr 13. Podział badanych osób ze względu na przynależność do grupy zawodowej

| Odpowiedź              | Wyniki   |                |
|------------------------|----------|----------------|
|                        | Liczbowo | Procentowo (%) |
| 2011 r.                |          |                |
| Lekarze                | 253      | 26,6           |
| Pielęgniarki i położne | 697      | 73,4           |
| Suma                   | 950      | 100,0          |
| 2018 r.                |          |                |
| Lekarze                | 228      | 26,8           |
| Pielęgniarki i położne | 622      | 73,2           |
| Suma                   | 850      | 100,0          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Podczas analizy struktury respondentów pod względem długości stażu pracy zwraca uwagę fakt dotyczący trendu spadkowego w zatrudnianiu w szpitalach osób z niedużym bądź żadnym doświadczeniem zawodowym. Na podstawie próby badawczej można stwierdzić, że 64,7% i 66,1% respondentów legitymuje się stażem co najmniej piętnastoletnim lub dłuższym, odpowiednio w 2011 i 2018 r. Jedyne 12,1% i 9,3% osób posiada staż nie dłuższy niż 5 lat, odpowiednio w 2011 i 2018 r. Może to wskazywać, że szpitale nie zatrudniają nowych pracowników ze względów oszczędnościowych bądź też, i skłaniając się do tej argumentacji, nie mają kogo zatrudniać, podaż przekracza popyt na rynku personelu medycznego. Potrzeby są dużo większe od możliwości produkcyjnych systemu. Dlatego w ostatnim czasie pojawiają się pomysły otwarcia rynku pracy dla lekarzy zza wschodniej granicy, którzy bez dodatkowych egzaminów będą mogli wykonywać zawód tylko na podstawie posiadanego dyplomu.

Tabela nr 14. Podział badanych osób ze względu na całkowity staż pracy

| Odpowiedź                    | Wyniki   |                |
|------------------------------|----------|----------------|
|                              | Liczbowo | Procentowo (%) |
| 2011 r.                      |          |                |
| Do 5 lat                     | 115      | 12,1           |
| W przedziale od 5 do 10 lat  | 102      | 10,7           |
| W przedziale od 10 do 15 lat | 119      | 12,5           |
| W przedziale od 15 do 25 lat | 322      | 33,9           |
| Powyżej 25 lat               | 292      | 30,8           |
| Suma                         | 950      | 100,0          |
| 2018 r.                      |          |                |
| Do 5 lat                     | 79       | 9,3            |
| W przedziale od 5 do 10 lat  | 92       | 10,8           |
| W przedziale od 10 do 15 lat | 117      | 13,8           |
| W przedziale od 15 do 25 lat | 269      | 31,6           |
| Powyżej 25 lat               | 293      | 34,5           |
| Suma                         | 850      | 100,0          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Zjawisko to może mieć konsekwencje w przyszłości, gdy szpitale będą musiały zatrudniać dużo więcej niedoświadczonych pracowników, bo nie będzie na rynku zbyt wystarczającej liczby osób z dużym stażem pracy. Może to spowodować obniżenie świadczonych usług medycznych, czyli spadek jakości usług.

Uszczegółowieniem wcześniejszej analizy jest badanie stażu pracy u aktualnego pracodawcy. Dane w tabeli nr 15 potwierdzają wcześniejsze wnioski, ponieważ największą grupę stanowią osoby zatrudnione co najmniej 15 lat (46,9% badanych w 2011 r. oraz 49,3% w 2018 r.). Analiza wyników pokazuje, że z rzadka badani zmieniają miejsce pracy, osoby badane zazwyczaj były zatrudnione w jednym albo w dwóch miejscach pracy. Stabilność w zatrudnieniu z jednej strony przynosi korzyści (stabilizację organizacji pracy, wszyscy pracownicy powinni znać procedury przepływu informacji w organizacji), ale mogą się pojawić również negatywne symptomy, które będą odczuwalne w długiej perspektywie.

Tabela nr 15. Podział badanych osób ze względu na staż pracy u aktualnego pracodawcy

| Odpowiedź                    | Wyniki   |                |
|------------------------------|----------|----------------|
|                              | Liczbowo | Procentowo (%) |
| 2011 r.                      |          |                |
| Do 5 lat                     | 243      | 25,6           |
| W przedziale od 5 do 10 lat  | 128      | 13,5           |
| W przedziale od 10 do 15 lat | 133      | 14,0           |
| W przedziale od 15 do 25 lat | 263      | 27,7           |
| Powyżej 25 lat               | 183      | 19,2           |
| Suma                         | 950      | 100,0          |
| 2018 r.                      |          |                |
| Do 5 lat                     | 243      | 28,6           |
| W przedziale od 5 do 10 lat  | 92       | 10,8           |
| W przedziale od 10 do 15 lat | 96       | 11,3           |
| W przedziale od 15 do 25 lat | 245      | 28,8           |
| Powyżej 25 lat               | 174      | 20,5           |
| Suma                         | 850      | 100,0          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Prawidłowy rozwój organizacji wymaga ciągłego nowych pracowników, szczególnie dotyczy to stanowisk specjalistycznych (personel medyczny). Brak tego zjawiska w długim okresie czasu spowoduje, że nowi pracownicy nie będą mieli się od kogo uczyć prawidłowego wykonywania zawodu. Może zaistnieć też problem z poszukianiem nowych pracowników (ograniczona podaż na rynku), jak również rosnące wymagania finansowe.

W badaniach zastosowano próbę kwotową. Analizie poddano dwie grupy respondentów: lekarzy oraz pielęgniarki. Kwestionariusze ankiety w każdym ze szpitali skierowano do pięciu lekarzy i dziesięciu pielęgniarek. Następnie dokonano tabulacji, czyli zliczania przypadków należących do różnych kategorii. Strukturę próby badawczej według zawodu, płci, wieku oraz całkowitego stażu pracy, uzyskaną z badania ilościowego, zaprezentowano w tabeli nr 16.

Tabela nr 16. Struktura próby badawczej

| Kryterium | Kategorie    | Liczba respondentów | Odsetek respondentów [%] |
|-----------|--------------|---------------------|--------------------------|
| Ogółem    |              | 162                 | 100,0                    |
| Zawód     | Pielęgniarki | 99                  | 61,1                     |
|           | Lekarze      | 63                  | 38,9                     |

|            |             |     |      |
|------------|-------------|-----|------|
| Płeć       | Kobiety     | 130 | 80,3 |
|            | Mężczyźni   | 32  | 19,7 |
| Wiek       | Do 30 lat   | 6   | 3,7  |
|            | 30-40 lat   | 43  | 26,5 |
|            | 40-50 lat   | 75  | 46,3 |
|            | 50-60 lat   | 30  | 18,5 |
|            | 60 i więcej | 3   | 1,9  |
|            | Brak danych | 5   | 3,1  |
| Staż pracy | Do 10 lat   | 32  | 19,8 |
|            | 10-20 lat   | 57  | 35,2 |
|            | 20-30 lat   | 54  | 33,3 |
|            | 30-40 lat   | 14  | 8,6  |
|            | Brak danych | 5   | 3,1  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Wielkość próby wyniosła w sumie 162 badanych osób, podzielonych na 99 (61,1%) pielęgniarek i 63 (38,9%) lekarzy. Pośród ankietowanych było 130 (80,3%) kobiet i 32 (19,7%) mężczyzn. Rozkład lekarzy według płci był równy: 31 lekarzy (mężczyzn) i 32 lekarki. Z kolei grupa pielęgniarska była bardziej jednorodna, w badaniu uczestniczyło 98 kobiet i jeden mężczyzna, czyli 99% osób wykonujących zawód z grupy średniego personelu medycznego to kobiety, a jedynie 1% stanowią mężczyźni.

Respondenci byli w wieku od 26 do 62 lat, średnia wieku wyniosła 43,1 +/- 7,7 lat. Całkowity staż pracy badanych osób mieścił się w zakresie od 1,5 roku do 40 lat. Średnio wyniósł 19,9 +/- 8,2 lat. Jest oczywiste, że wiek i staż pracy są silnie dodatnio i liniowo skorelowane, współczynnik korelacji wynosił tu  $r = 0,935$ ;  $p < 0,001$ . Respondentów podzielono na grupy składające się z osób zakwalifikowanych do 10-letnich grup wiekowych, tak samo postąpiono w przypadku stażu pracy. Nie uzyskano informacji o wieku i stażu pracy pięciu respondentów (3,1% próby).

Najwięcej respondentów było w wieku od 40 do 50 lat (75 osób, co stanowi 46,3% próby). Następna grupa liczyła 43 osoby, czyli 26,5% próby miało od 30 do 40 lat. Kolejne 30 osób, czyli 18,5% próby miało od 50 do 60 lat, a najmniej ankietowanych było w wieku do 30 lat (6 osób, czyli 3,7% próby) oraz w wieku 60 i więcej lat (3 osoby, czyli 1,9%). Z uwagi na małe liczebności najmłodszej i najstarszej 10-letniej grupy wieku, na potrzeby dalszych analiz dołączono te dwie grupy do grup sąsiadujących. Wyróżniono więc 3 grupy respondentów: poniżej 40 lat (49 osób), od 40 do 50 lat (75 osób) oraz 50 i więcej lat (33 osoby).

Tabela nr 17. Średni wiek i staż pracy ogółem, według zawodu oraz według płci lekarzy

| Cecha                       | Miara     | Ogółem         | Zawód                |                 | Płeć lekarzy    |                                |
|-----------------------------|-----------|----------------|----------------------|-----------------|-----------------|--------------------------------|
|                             |           |                | Pielęgniarki<br>N=99 | Lekarze<br>N=63 | Lekarki<br>N=32 | Lekarze –<br>mężczyźni<br>N=31 |
| Wiek<br>(w latach)          | Min-Max   | 26-62          | 26-62                | 26-60           | 26-60           | 28-56                          |
|                             | $M\pm SD$ | 43,1 $\pm$ 7,7 | 43,1 $\pm$ 7,7       | 43,0 $\pm$ 7,8  | 42,7 $\pm$ 8,3  | 43,4 $\pm$ 7,4                 |
|                             | $T$       | x              | 0,080                |                 | 0,370           |                                |
|                             | $P$       | x              | 0,936                |                 | 0,713           |                                |
| Staż<br>pracy<br>(w latach) | Min-Max   | 1,5-40         | 3-40                 | 1,5-36          | 1,5-36          | 3-31                           |
|                             | $M\pm SD$ | 19,9 $\pm$ 8,2 | 21,2 $\pm$ 8,1       | 17,8 $\pm$ 8,1  | 17,7 $\pm$ 8,5  | 18,0 $\pm$ 7,8                 |
|                             | $T$       | x              | 2,757                |                 | 0,144           |                                |
|                             | $P$       | x              | 0,011                |                 | 0,886           |                                |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Podczas analizy kryterium całkowitego stażu pracy zwraca uwagę fakt, że staż największej liczby respondentów mieścił się w zakresie od 10 do 20 lat (57 osób, co stanowi 35,2% próby). Następną najliczniejszą grupę stanowią osoby z jeszcze dłuższą wysługą lat. Osoby, które pracują co najmniej od 20 lat, ale maksymalnie 30 lat, stanowią 33,3% próby badawczej (54 osoby). Co piąty przebadany respondent (32 osoby) charakteryzuje się najwyżej dziesięcioletnim stażem pracy. Najmniej liczną grupą badawczą, wydzieloną według kryterium stażu pracy, są osoby pracujące co najmniej 30 lat albo dłużej. Stanowiło ją 14 osób, co w przeliczeniu na całą populację stanowiło 8,6% próby. Analizowany wiek i staż pracy według zawodu oraz płci lekarzy zaprezentowano w tabeli nr 17.

Przebadane pielęgniarki i lekarze są to grupy podobne pod względem wieku, ale różnią się istotnie pod względem całkowitego stażu pracy. Staż pracy lekarzy był istotnie krótszy (średnio wynosił 17,8 +/- 8,1 lat) niż pielęgniarek (średnio 21,2 +/- 8,1 lat). Ankietowane lekarki i lekarze mężczyźni nie różnili się istotnie pod względem wieku i stażu pracy. Wynika to z dłuższego czasu, jaki lekarze do niedawna musieli poświęcić na wykształcenie. Zmiana przepisów zmieniła tę sytuację i obecnie pielęgniarki są zobowiązane do posiadania wyższego wykształcenia zawodowego<sup>264</sup>.

Respondentów zapytano także o specjalizację (tabela nr 18), jednak ponad połowa z nich (103, czyli 63,58% próby) nie udzieliła odpowiedzi na to pytanie. Spośród tych respondentów, którzy podali swoją specjalizację, najwięcej (18, czyli co

<sup>264</sup> Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 2001 r. nr 57, poz. 602 z późn. zm.).



dziewięta osoba) posiadała specjalizację z kardiologii, następnie 10 osób (6,17%) posiadała specjalizację z interny; 8 osób (4,94%) z chirurgii, po 6 osób (po 3,70%) z pielęgniarstwa oraz anestezjologii i intensywnej terapii, 3 osoby z pulmonologii, po 2 osoby z organizacji i zarządzania, neurologii oraz pediatrii oraz po jednej osobie z ginekologii oraz zdrowia publicznego.

Tabela nr 18. Specjalizacje zawodowe przebadanego personelu medycznego

| Specjalizacja                       | Liczba respondentów | Odsetek respondentów |
|-------------------------------------|---------------------|----------------------|
| Kardiologia                         | 18                  | 11,1%                |
| Interna                             | 10                  | 6,2%                 |
| Chirurgia                           | 8                   | 5,0%                 |
| Pielęgniarstwo                      | 6                   | 3,7%                 |
| Anestezjologia i intensywna terapia | 6                   | 3,7%                 |
| Pulmonologia                        | 3                   | 1,9%                 |
| Organizacja i zarządzanie           | 2                   | 1,2%                 |
| Neurologia                          | 2                   | 1,2%                 |
| Pediatrya                           | 2                   | 1,2%                 |
| Ginekologia                         | 1                   | 0,6%                 |
| Zdrowie publiczne                   | 1                   | 0,6%                 |
| Brak danych                         | 103                 | 63,6%                |
| Razem                               | 162                 | 100,00%              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Próba badawcza osób zarządzających w szpitalach pokazuje, że jest to grupa, w której w większym stopniu stanowiska kierownicze zajmują kobiety aniżeli mężczyźni. W zrealizowanym badaniu 80% przebadanych to kobiety, pozostałą część stanowią mężczyźni.

Tabela nr 19. Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium płci

| Odpowiedź | Wyniki   |                |
|-----------|----------|----------------|
|           | Liczbowo | Procentowo (%) |
| Kobieta   | 16       | 80,0           |
| Mężczyzna | 4        | 20,0           |
| Suma      | 20       | 100,0          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Na 20 przebadanych menedżerów opieki zdrowotnej 60% jest w wieku powyżej 50. roku życia; co ciekawe, część spośród nich może się wykazać stażem na stanowiskach kierowniczych, dłuższym niż 25 lat. Jedna z przebadanych osób piastuje stanowiska kierownicze w szpitalach od 31 lat. Pokazuje to, że doświadczenie oraz wiedzę i wykorzystywane umiejętności mogła doskonalić zarówno w praktyce, jak i poprzez szkolenia w długim przedziale czasu.

Tabela nr 20. Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium wieku

| Odpowiedź                    | Wyniki   |                |
|------------------------------|----------|----------------|
|                              | Liczbowo | Procentowo (%) |
| Poniżej 40 lat               | 2        | 10,0           |
| W przedziale od 40 do 50 lat | 6        | 30,0           |
| Powyżej 50 lat               | 12       | 60,0           |
| Suma                         | 20       | 100,0          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Tabela nr 21. Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium całkowitego stażu pracy na stanowiskach kierowniczych

| Odpowiedź                    | Wyniki   |                |
|------------------------------|----------|----------------|
|                              | Liczbowo | Procentowo (%) |
| Do 15 lat                    | 8        | 40,0           |
| W przedziale od 15 do 25 lat | 10       | 50,0           |
| Powyżej 25 lat               | 2        | 10,0           |
| Suma                         | 20       | 100,0          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Podczas analizy struktury respondentów pod względem długości stażu pracy ogółem oraz na stanowiskach kierowniczych zwraca uwagę fakt, że staż pracy najczęściej jest większy o kilka lat od stażu na stanowisku funkcyjnym. Stąd można założyć, że menedżerowie, zanim objęli stanowisko kierownicze, byli zatrudnieni w roli pracowników i musieli się wykazać na zajmowanym stanowisku pracy poprzez wykorzystanie posiadanej wiedzy oraz umiejętności.

Dopiero później pięli się po szczeblach hierarchii stanowisk kierowniczych.

Tabela nr 22. Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium całkowitego stażu pracy

| Odpowiedź                    | Wyniki   |                |
|------------------------------|----------|----------------|
|                              | Liczbowo | Procentowo (%) |
| Do 15 lat                    | 2        | 10,0           |
| W przedziale od 15 do 25 lat | 4        | 20,0           |
| Powyżej 25 lat               | 14       | 70,0           |
| Suma                         | 20       | 100,0          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Należy zwrócić uwagę, że spośród dwudziestu przebadanych menedżerów opieki zdrowia 70% z nich charakteryzuje co najmniej dwudziestopięcioletni staż pracy. Niektórzy mają doświadczenie zawodowe oscylujące na poziomie między 32 a 35 lat. Wynik ten wskazuje na bardzo duże doświadczenie zawodowe menedżerów. Znaczna część przepracowanych lat przypada na stanowiska kierownicze różnego szczebla organizacyjnego.

\*\*\*\*\*

Niniejszy rozdział posłużył autorowi do przedstawienia metodologii badawczej wraz z metodami i narzędziami pomiarowymi oraz danych charakteryzujących pole badawcze (grupę badawczą oraz podmioty lecznicze, w których przeprowadzono badania), w celu przybliżenia czytelnikowi etapu koncepcyjnego części empirycznej pracy. Tak aby zarówno specjalista, jak i osoba bez wiedzy merytorycznej mogli w sposób jasny i klarowny zrozumieć treść zawartą w rozdziale. Autor w dalszej części książki przedstawił wyniki badania ilościowego oraz jakościowego, które zostały przeprowadzone wśród dwóch grup pracowniczych w szpitalach: personelu medycznego (lekarzy i pielęgniarek) oraz menedżerów opieki zdrowotnej.

## ROZDZIAŁ V

**KOMPETENCJE MENEDŻERSKIE  
PERSONELU MEDYCZNEGO**

Szpital jest organizacją o charakterze usługowym, wyjątkową ze względu na specyfikę działalności oraz ważność w funkcjonowaniu 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 z grupy medycznej. 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 jawną, 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 przekazywania wiedzy innym<sup>265</sup>.

**5.1. Uwarunkowania  
kompetencji menedżerskich**

W niniejszym rozdziale badacz przedstawił dane i informacje oraz wnioski z nich wynikające na podstawie badania pierwszego, przeprowadzonego w dwóch okresach badawczych: 2011 oraz 2018 r., 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

<sup>265</sup> 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.

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.

### 5.1.1. Kompetencje personelu medycznego

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 zasobowo. Potrafi zaplanować, wdrożyć, wzmacniać i współrealizować zadania, jak to powinni robić nowocześni menedżerowie.

Autor, podejmując się analizy w zakresie doskonalenia wiedzy z zakresu zarządzania organizacją przez personel medyczny, podzielił badanych na lekarzy oraz pielęgniarki. W takiej konfiguracji przedstawiane będą uzyskane dane empiryczne.

Tabela nr 23. Zakres tematyczny uzupełnianej wiedzy menedżerskiej przez personel medyczny

| Odpowiedź                     | Odpowiedzi ogółem [%] |        | Lekarze   |        |            |       | Pielęgniarki |        |            |       |
|-------------------------------|-----------------------|--------|-----------|--------|------------|-------|--------------|--------|------------|-------|
|                               |                       |        | Ilościowa |        | Procentowa |       | Ilościowa    |        | Procentowa |       |
| Rok badania                   | 2011                  | 2018   | 2011      | 2018   | 2011       | 2018  | 2011         | 2018   | 2011       | 2018  |
| Finanse ochrony zdrowia       | 11,9                  | 11,8   | 18        | 15     | 14,1       | 9,9   | 32           | 33     | 11,0       | 12,8  |
| Marketing                     | 16,4                  | 12,0   | 23        | 15     | 18,0       | 9,9   | 46           | 34     | 15,8       | 13,2  |
| Prawo                         | 18,3                  | 26,9   | 21        | 45     | 16,4       | 29,8  | 56           | 66     | 19,2       | 25,6  |
| Rachunkowość                  | 10,5                  | 6,4    | 17        | 9      | 13,3       | 6,0   | 27           | 17     | 9,2        | 6,6   |
| Zarządzanie szpitalem         | 14,8                  | 13,5   | 21        | 32     | 16,4       | 21,2  | 41           | 23     | 14,0       | 8,9   |
| Zarządzanie zasobami ludzkimi | 28,1                  | 29,4   | 28        | 35     | 21,8       | 23,2  | 90           | 85     | 30,8       | 32,9  |
| Suma                          | N= 420                | N= 409 | N= 128    | N= 151 | 100 %      | 100 % | N= 292       | N= 258 | 100 %      | 100 % |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

W tabeli nr 23 przedstawiono summaryczne 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 r. Po siedmiu latach zachodzi inna zależność – osoby doskonalące wiedzę z obszaru zsz uzupełniają wiedzę z obszaru prawa lub/i zarządzania szpitalem. Są to trzy najczęściej wymieniane płaszczyzny wiedzy.

W badaniu z 2011 r. 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.

W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek najczęściej doskonalona jest wiedza z zakresu zarządzania pracownikami oraz prawa, tak było 2011 r., lecz również w 2018 r. 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.

Na podstawie danych z dwóch okresów badawczych autor doszedł do następujących wniosków szczegółowych:

- Personel medyczny częściej doskonali wiedzę menedżerską w 2018 r. aniżeli 7 lat wcześniej.
- Lekarze uzupełniają wiedzę z obszaru zsz, prawa oraz zarządzania szpitalami. Jest to wiedza niezbędna do zarządzania na II i III szczeblu organizacji szpitalnej.
- Pielęgniarki doskonalą wiedzę z obszaru zsz 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.

Tabela nr 24. Działy wiedzy doskonalone przez personel medyczny

| Odpowiedź  | Średnia ogólna | Średnia w grupie lekarskiej | Średnia w grupie pielęgniarskiej | Różnica $W=(L - P)$ |
|--|----------------|-----------------------------|----------------------------------|---------------------|
| Komunikacja z pacjentami   | 3,94           | 4,05                        | 3,88                             | +0,17               |
| Komunikacja ze współpracownikami   | 3,60           | 3,63                        | 3,57                             | +0,06               |
| Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi                                   | 3,49           | 3,49                        | 3,48                             | +0,01               |
| Umiejętność rozwiązywania konfliktów   | 3,36           | 3,40                        | 3,33                             | +0,07               |
| Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych                               | 3,36           | 3,38                        | 3,34                             | +0,04               |
| Jakość leczenia  | 3,34           | 3,24                        | 3,40                             | -0,16               |
| Wizerunek zewnętrzny szpitala  | 3,33           | 3,30                        | 3,35                             | -0,05               |
| Znajomość procedur obiegu dokumentów   | 3,33           | 3,27                        | 3,37                             | -0,10               |
| Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny)                         | 3,33           | 3,17                        | 3,42                             | -0,25               |
| Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych                   | 3,30           | 3,38                        | 3,24                             | +0,14               |
| Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach                | 3,26           | 3,19                        | 3,30                             | -0,11               |
| Umiejętność negocjacji   | 3,23           | 3,30                        | 3,19                             | +0,11               |
| Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych)        | 3,20           | 3,24                        | 3,18                             | +0,06               |
| Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę | 3,20           | 3,29                        | 3,15                             | +0,14               |
| Zarządzanie pracownikiem   | 3,14           | 3,08                        | 3,17                             | -0,09               |
| Ocena pracowników  | 3,05           | 3,02                        | 3,07                             | -0,05               |
| Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne                      | 3,01           | 3,00                        | 3,01                             | -0,01               |
| Kreowanie szkoleń  | 2,98           | 2,90                        | 3,03                             | -0,13               |
| Motywowanie pracowników  | 2,89           | 2,92                        | 2,87                             | +0,05               |
| Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji                                | 2,81           | 2,87                        | 2,78                             | +0,09               |
| Awanse i zwolnienia  | 2,75           | 2,71                        | 2,78                             | -0,07               |
| Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia                         | 2,66           | 2,60                        | 2,70                             | -0,10               |



ROZDZIAŁ V  
KOMPETENCJE MENEDŻERSKIE PERSONELU MEDYCZNEGO

|   |                  |                 |                 |       |
|---|------------------|-----------------|-----------------|-------|
| System wynagradzania  | 2,63             | 2,68            | 2,60            | +0,08 |
| Znajomość zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu) | 2,64             | 2,60            | 2,66            | -0,06 |
| Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)  | 2,60             | 2,46            | 2,70            | -0,24 |
| Rekrutacja  | 2,61             | 2,57            | 2,64            | -0,07 |
| Rozliczenia z NFZ   | 2,32             | 2,29            | 2,34            | -0,05 |
| Kontrola przychodów i kosztów   | 2,31             | 2,33            | 2,30            | +0,03 |
| Budżetowanie  | 2,29             | 2,33            | 2,26            | +0,07 |
| Razem   | N=162<br>=100,0% | N=63<br>=100,0% | N=99<br>=100,0% |       |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Ze względu na możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi przez respondentów suma wyników przedstawionych w tabeli nr 24 przekroczyła wartość 100%. W związku z tym autor uwzględnił w rozważaniach możliwość przekroczenia wartości skumulowanej 100%. Z przekroczenia wartości 100% (łącznie 140,3%) wynika, że statystycznie co druga badana osoba wskazała dwa działy wiedzy, którymi jest zainteresowana.

Spośród siedmiu kategorii badacz wskazał cztery, które dla personelu medycznego stanowią ważny zakres wiedzy i które zamierzają doskonalić. Są to: zarządzanie kadrami, zarządzanie zmianą, marketing i jakość oraz psychologia zarządzania. Wszystkie te zagadnienia zaliczamy do „miękkich” aspektów wiedzy, którą można wykorzystać w codziennej pracy na płaszczyźnie współpracy w relacjach poziomych i pionowych<sup>266, 267</sup> oraz świadczeń medycznych (obsługi pacjentów).

Analiza porównawcza między badaniami z 2011 i 2018 r. 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.

<sup>266</sup> S. J. Peterson, T. S. Bredow, *Middle Range Theories. Application to nursing research*, Wolter Kluwer Health, Philadelphia 2009, s. 12-13.

<sup>267</sup> 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.

Tabela nr 25. Stopień samouzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy

| Odpowiedź       | Ilościowa   |       | Procentowa |        |        |
|-----------------|-------------|-------|------------|--------|--------|
|                 | Rok badania | 2011  | 2018       | 2011   | 2018   |
| Nigdy           |             | 71    | 64         | 28,1   | 28,1   |
| Rzadko          |             | 73    | 47         | 28,9   | 20,6   |
| Czasami         |             | 35    | 36         | 13,8   | 15,8   |
| Często          |             | 22    | 32         | 8,7    | 14,0   |
| Bardzo często   |             | 0     | 17         | 0,0    | 7,5    |
| Brak odpowiedzi |             | 52    | 32         | 20,5   | 14,0   |
| Razem           |             | N=253 | N = 228    | 100,0% | 100,0% |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Dane pozyskane w badaniu pielęgniarek pokazują, że jest to grupa osób, która rzadziej zdobywa wiedzę aniżeli lekarze. Jedynie 5,6% spośród nich co najmniej często doskonalili 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 doskonalic wiedzę z zakresu zarządzania.

Tabela nr 26. Stopień samouzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki

| Odpowiedź       | Ilościowa   |       | Procentowa |        |        |
|-----------------|-------------|-------|------------|--------|--------|
|                 | Rok badania | 2011  | 2018       | 2011   | 2018   |
| Nigdy           |             | 173   | 181        | 24,8   | 29,1   |
| Rzadko          |             | 226   | 150        | 32,4   | 24,1   |
| Czasami         |             | 90    | 77         | 12,9   | 12,4   |
| Często          |             | 23    | 38         | 3,3    | 6,1    |
| Bardzo często   |             | 6     | 14         | 0,9    | 2,3    |
| Brak odpowiedzi |             | 179   | 162        | 25,7   | 25,6,- |
| Razem           |             | N=697 | N = 622    | 100,0% | 100,0% |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Stąd wniosek, że pielęgniarki są grupą, która w większym stopniu jest zainteresowana podnoszeniem wiedzy poprzez uczestnictwo w sformalizowanych zajęciach. Z kolei lekarze bardziej preferują uzupełnianie wiedzy poprzez metody zaliczane do tzw. formy samokształcenia.

Wyniki przedstawione w tabelach nr 27-33 mają strukturę zsumowanych opinii respondentów i dotyczą samooceny poziomu wiedzy z określonego zakresu wiedzy menedżerskiej. Autor przyjął następujące założenie: „1” oznacza najniższą ocenę, natomiast „5” ocenę najwyższą. Powyższe kryterium przedstawia wzór, który został wykorzystany do zsumowania ocen dla poszczególnych zakresów wiedzy menedżerskiej.

Zgodnie z przyjętą zasadą wzór wygląda następująco:

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^5 i \cdot L_{WSK_i}$$

gdzie  $S_{LWSK}$  – suma poziomu wiedzy,

$L_{WSK_i}$  – liczba wskazań i-tej samooceny poziomu wiedzy.

Tabela nr 27. Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania finansami

| Odpowiedź                     | Ilościowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|-------------------------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| System wynagradzania          | 424                            | 2,60          | 27,7                     |
| Budżetowanie                  | 365                            | 2,25          | 24,0                     |
| Rozliczenia z NFZ             | 367                            | 2,27          | 24,0                     |
| Kontrola przychodów i kosztów | 372                            | 2,29          | 24,3                     |
| Średnia w grupie              |                                | 2,35          |                          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

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 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.

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.

Tabela nr 28. Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu marketingu i jakości

| Odpowiedź  | Ilościowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|--|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| Jakość leczenia  | 541                            | 3,34          | 25,9                     |
| Wizerunek zewnętrzny szpitala  | 539                            | 3,33          | 25,9                     |
| Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę | 516                            | 3,19          | 24,8                     |
| Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne                      | 487                            | 3,01          | 23,4                     |
| Średnia w grupie   |                                | 3,22          |                          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W tabeli nr 29 zaprezentowano zsumowane dane dotyczące samooceny wiedzy dotyczącej nadzoru nad infrastrukturą przez personel medyczny.

Tabela nr 29. Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu nadzoru nad infrastrukturą

| Odpowiedź  | Ilościowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|--|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny)                   | 538                            | 3,32          | 56,0                     |
| Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości) | 422                            | 2,60          | 44,0                     |
| Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne                | 487                            | 3,01          | 23,4                     |
| Średnia w grupie   |                                | 2,98          |                          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

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.

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.

Tabela nr 30. Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania kadrami

| Odpowiedź               | Ilościowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|-------------------------|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| Rekrutacja              | 422                            | 2,60          | 18,3                     |
| Motywowanie pracowników | 468                            | 2,89          | 20,3                     |
| Ocena pracowników       | 493                            | 3,04          | 21,4                     |
| Kreowanie szkoleń       | 479                            | 2,96          | 20,8                     |
| Awanse i zwolnienia     | 443                            | 2,73          | 19,2                     |
| Średnia w grupie        |                                | 2,84          |                          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Samoocena wiedzy personelu medycznego dotyczącej zarządzania informacją pokazuje, że jest ona na wysokim poziomie. Wynik uzyskany w obu badaniach potwierdza to przeświadczenie. 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 oddziały: 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 nieprzewidywalny przez typowy moduł oddziaływy. Dlatego też najczęściej zakres funkcjonalny oraz koncepcja działania różnych systemów szpitalnych (HIS) są podobne<sup>268</sup>.

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 nr 31. Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania informacją

| Odpowiedź  | Ilościowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|--|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych | 533                            | 3,29          | 33,0                     |
| Znajomość procedur obiegu dokumentów                       | 539                            | 3,33          | 33,3                     |
| Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych             | 544                            | 3,36          | 33,7                     |
| Średnia w grupie   |                                | 3,15          |                          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Potrzeba korzystania i posiadana wiedzy z psychologii zarządzania jest bardzo duża. Jest ona pożądana przez personel medyczny, który wysoko ocenia swoją wiedzę z tego zakresu.

Zdaniem przebadanych pracowników 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 i położne. W badaniach wskazały one, że nie posiadają zbyt dużej wiedzy dotyczącej zarządzania pracownikami oraz umiejętności negocjacyjnych. Z rozmów indywidualnych przeprowadzonych przez autora wynika również, że badani chcieliby poszerzać wiedzę oraz umiejętności z tych dwóch zakresów.

Badany personel medyczny najwyżej ocenił wiedzę dotyczącą komunikacji z pacjentem, która może przyjąć następujące formy relacji:

<sup>268</sup> R. Tadeusiewicz, *Informatyka medyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2010, s. 34-35.

- 1) naukowej, skupionej na ustaleniu problemu i wydaniu zleceń do realizacji, pierwszy kontakt;
- 2) przewlekłej, czyli trwałej, systematycznej, ale bezosobowej, ukierunkowanej na kontrolę badań;
- 3) patriarchalnej, inaczej hierarchicznej, w którym personel najlepiej wie, czego trzeba choremu;
- 4) partnerskiej, polegającej na tym, że obie strony są równorzędne, a komunikacja staje się procesem dwukierunkowym<sup>269, 270</sup>.

Tabela nr 32. Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu psychologii zarządzania

| Odpowiedź   | Ilościowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|---|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| Zarządzanie pracownikiem  | 505                            | 3,12          | 13,0                     |
| Komunikacja ze współpracownikami                                      | 581                            | 3,59          | 15,0                     |
| Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi                            | 563                            | 3,48          | 14,5                     |
| Komunikacja z pacjentami  | 639                            | 3,94          | 16,5                     |
| Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych) | 516                            | 3,19          | 13,3                     |
| Umiejętność rozwiązywania konfliktów                                  | 544                            | 3,36          | 14,2                     |
| Umiejętność negocjacji  | 523                            | 3,23          | 13,5                     |
| Średnia w grupie  |                                | 3,84          |                          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Personel medyczny nisko ocenił posiadaną przez siebie wiedzę z zarządzania zmianami. Jej niski poziom jest wynikiem niechęci bądź nieświerdzenia potrzeby praktycznej jej wykorzystania na zajmowanym stanowisku pracy. 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 nie jest to nawet średni poziom (w skali 1-5 średnia ocena tej umiejętności wynosi 2,08 na przebadaną osobę).

<sup>269</sup> Zob. D. Jeffrey, *Patient-centred Ethics and Communication at the End of Life*, Radcliffe Publishing, Oxford 2006, s. 129-137.

<sup>270</sup> Zob. R. Schiavo, *Health Communication from theory to practice*, Jossey-Bass, San Francisco, 2007, s. 91-101, 106-116.



Tabela nr 33. Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania zmianą

| Odpowiedź   | Ilościowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|---|--------------------------------|---------------|--------------------------|
| Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia  | 430                            | 2,65          | 23,4                     |
| Znajomość zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu) | 426                            | 2,63          | 23,2                     |
| Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji   | 455                            | 2,81          | 24,8                     |
| Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach   | 527                            | 3,25          | 28,6                     |
| Średnia w grupie  |                                | 3,83          |                          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

### 5.1.2. Metody doskonalenia kompetencji menedżerskich

Analizę rzeczywistego stanu wiedzy autor rozpoczął od przytoczenia danych pokazujących częstotliwość uczestniczenia respondentów w nieokreślonych formach doskonalenia wiedzy menedżerskiej. Okazuje się, że najczęściej przebadanych osób uzupełniało wiedzę co najmniej raz w roku.

Wynik zaprezentowany w tabeli nr 34 można rozważać na dwa sposoby. Badacz twierdzi, na podstawie przytoczonych danych oraz obserwacji dokonanej przez niego na miejscu badania wynika, że jeszcze 2011 r. lekarze w ogóle nie byli zainteresowani pełnieniem funkcji kierowniczych. Również ten wynik świadczy o tym, że przedstawiciele zawodu lekarskiego często nie doceniają wiedzy menedżerskiej.

Tabela nr 34. Częstotliwość uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy

| Odpowiedź     | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|---------------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|               | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Do roku czasu | 16                             | 21   | 29,1                     | 20,6  |
| Od 1 do 3 lat | 12                             | 23   | 21,8                     | 22,5  |
| Od 3 do 5 lat | 6                              | 25   | 10,9                     | 24,5  |
| Powyżej 5 lat | 8                              | 17   | 14,6                     | 16,7  |
| W ogóle       | 13                             | 16   | 23,6                     | 15,7  |
| Suma          | 55                             | 102  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Przez ostatnie 7 lat nastawienie lekarzy uległo zmianie, lekarze częściej niż w 2011 r. doskonalą kompetencje menedżerskie. W ostatnich 3 latach liczba lekarzy uzupełniających wiedzę w przedmiotowym zakresie wzrosła o 57,1%, jest to zauważalna przemiana w nastawieniu tej grupy zawodowej.

Większy odsetek osób z grupy pielęgniarskiej aniżeli spośród lekarzy uzupełnia wiedzę menedżerską. Jednakże częstotliwość tych działań jest niższa niż u lekarzy. Jeszcze w 2011 r., 39,5% spośród przebadanych pielęgniarek uzupełniało wiedzę co najmniej raz na 3 lata. Należy zwrócić uwagę na informację, że 61,5% w ogóle i bardzo rzadko podnosiło kompetencje menedżerskie.

Przyczyn tego stanu może być kilka. Może to wynikać z utrudnionego awansu zawodowego ze stanowiska pielęgniarki na stanowisko pielęgniarki oddziałowej bądź naczelnej. Obowiązki oraz wymagania stawiane przed pielęgniarkami powodują, że są one skupione na bieżących zadaniach realizowanych na zajmowanych przez nie stanowiskach pracy. W związku z tym nie mają czasu na uzupełnianie kształcenia lub w ogóle nie czują potrzeby jakichkolwiek działań proedukacyjnych.

W 2018 r. jeszcze bardziej sytuacja uległa zmianie, na niekorzyść grupy pielęgniarskiej. Zjawisko oparte jest na regule „wąskiego gardła”, które ogranicza możliwość awansu pielęgniarkom, przez co większość nie jest zainteresowana uzupełnianiem wiedzy w tym zakresie. Oczywiście, źródłem wtórnym może być skupienie na sprawach zawodowych i stwierdzenie, że pielęgniarki jako grupa osób nie są nastawione na pełnienie funkcji kierowniczych ze względu na kulturę organizacyjną w szpitalach oraz funkcjonujące stereotypy zawodowe.

Tabela nr 35. Częstotliwość uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki

| Odpowiedź     | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |      |
|---------------|--------------------------------|------|--------------------------|------|
|               | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018 |
| Rok badania   |                                |      |                          |      |
| Do roku czasu | 26                             | 19   | 17,7                     | 14,0 |
| Od 1 do 3 lat | 32                             | 21   | 21,8                     | 15,4 |
| Od 3 do 5 lat | 22                             | 19   | 15,0                     | 14,0 |
| Powyżej 5 lat | 29                             | 31   | 19,7                     | 22,8 |
| W ogóle       | 38                             | 46   | 25,8                     | 33,8 |
| Suma          | 147                            | 136  | 100,0                    |      |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Autor zestawił wyniki pochodzące z obu badań w celu ich potwierdzenia. Okazało się, że obie grupy danych mają podobny charakter. Jednocześnie potwierdzają one wnioski badacza, że niewielka grupa lekarzy doskonalą wiedzę menedżerską. Wynika to zapewne z faktu, że pielęgniarki mają obowiązek uzyskania

wyższego wykształcenia zawodowego. Ci lekarze, którzy uzupełniali wiedzę, byli zainteresowani przede wszystkim zarządzaniem małymi grupami operacyjnymi (np. w sali operacyjnej), własnym działaniem, zarządzaniem czasem pracy. Tylko 14,2% spośród przebadanych lekarzy potwierdziło, że pogłębiało wiedzę bądź są w trakcie doskonalenia wiedzy menedżerskiej. Taki obraz wyłonił się w badaniach zrealizowanych w 2011 r., najświeższe pokazują, że lekarze częściej są aktywni w zakresie uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania, wzrost wyniósł 141,7% w zestawieniu do roku bazowego.

Tabela nr 36. Uzupełnianie wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy

| Odpowiedź | Ilościowa struktura odpowiedzi |         | Struktura odpowiedzi [%] |       |       |
|-----------|--------------------------------|---------|--------------------------|-------|-------|
|           | Rok badania                    | 2011    | 2018                     | 2011  | 2018  |
| Tak       |                                | 36      | 87                       | 14,2  | 38,2  |
| Nie       |                                | 217     | 141                      | 85,8  | 61,8  |
| Suma      |                                | N = 253 | N = 228                  | 100,0 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Na podstawie analizy danych z badania przeprowadzonego w 2011 r. autor doszedł do takich samych wniosków również przy analizie grupy pielęgniarskiej, która doskonaliła wiedzę z zakresu zarządzania na podobnym poziomie. Co ciekawe, w tej grupie zawodowej więcej osób doskonali wiedzę na poziomie studiów aniżeli w przypadku grupy lekarskiej. Dużo przedstawicielek z tej grupy zawodowej swoje wykształcenie uzupełnia, studiując na kierunkach pedagogicznych i ekonomicznych. Jednakże przez okres 7 lat w systemie uzupełniania kwalifikacji doszło do jednej zasadniczej zmiany, obecnie pielęgniarki aby wykonywać zawód muszą ukończyć studia pielęgniarskie. Kierunki ekonomiczne i pedagogiczne stanowiły substytut studiów pielęgniarskich dla osób posiadających kwalifikacje pielęgniarskie odpowiadające zawodowej szkole średniej. Obecnie pielęgniarki, które się kształcą, są to osoby, które pełnią lub mogą pełnić funkcje kierownicze w krótkiej lub średniej perspektywie czasowej.

Tabela nr 37. Uzupełnianie wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki

| Odpowiedź | Ilościowa struktura odpowiedzi |         | Struktura odpowiedzi [%] |       |       |
|-----------|--------------------------------|---------|--------------------------|-------|-------|
|           | Rok badania                    | 2011    | 2018                     | 2011  | 2018  |
| Tak       |                                | 111     | 75                       | 17,6  | 12,1  |
| Nie       |                                | 520     | 547                      | 82,4  | 87,9  |
| Suma      |                                | N = 631 | N = 622                  | 100,0 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

W tabelach nr 38 i 40 zaprezentowano dane dotyczące doskonalenia kompetencji zawodowych przez personel medyczny. Jest to grupa osób, która ze względu na stawiane im wymogi oraz dużą świadomość i potrzeby zawodowe w sposób ciągły pogłębia swoją wiedzę i umiejętności na płaszczyźnie zawodowej. Badania z 2011 r. pokazały, że z grupy lekarzy aż 23,9% przebadanych osób ukończyło drugi kierunek studiów. Największy popyt i zainteresowanie dotyczy najmniej kosztochłonnej formy zajęć, ale zarazem najefektywniejszej, jaką są szkolenia oraz kursy.

Tabela nr 38. Formy uzupełniania kompetencji zawodowych przez lekarzy

| Odpowiedź                    | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|                              | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Rok badania                  |                                |      |                          |       |
| Studia wyższe                | 57                             | 65   | 23,9                     | 21,4  |
| Dwuletnie studia podyplomowe | 6                              | 21   | 2,5                      | 6,9   |
| Roczne studia podyplomowe    | 16                             | 49   | 6,7                      | 16,1  |
| Szkolenia lub kursy          | 126                            | 131  | 52,7                     | 43,1  |
| Inne                         | 34                             | 38   | 14,2                     | 12,5  |
| Razem                        | 249                            | 304  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

W tabeli nr 38 zawarte są dane badawcze dotyczące preferencji lekarzy w zakresie doskonalenia wiedzy. Wynika z nich, że szkolenia jako formę uzupełniania wiedzy wybrało 40% respondentów. Podobna liczba lekarzy pobierała wiedzę zawodową w trybie studiów wyższych bądź rocznych studiów podyplomowych.

Aktualniejsze badania, z 2018 r., potwierdzają, że w szkoleniach i kursach zawodowych udział bierze większa liczba lekarzy, największy wzrost zainteresowania dotyczy studiów podyplomowych dwuletnich i rocznych, odpowiednio 250% i 206,3% do roku bazowego.

Tabela nr 39. Formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy

| Odpowiedź                    | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|                              | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Rok badania                  |                                |      |                          |       |
| Studia wyższe                | 12                             | 10   | 24,0                     | 9,0   |
| Dwuletnie studia podyplomowe | 5                              | 6    | 10,0                     | 5,5   |
| Roczne studia podyplomowe    | 11                             | 28   | 22,0                     | 25,5  |
| Szkolenia lub kursy          | 20                             | 55   | 40,0                     | 50,0  |
| Inne                         | 2                              | 11   | 4,0                      | 10,0  |
| Razem                        | 50                             | 110  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Autor zwraca uwagę, że suma odpowiedzi w tabeli nr 39 jest większa od liczby osób doskonalących wiedzę menedżerską. Wynika to z tego, że niektóre osoby zdobywają wiedzę, korzystając przynajmniej z dwóch różnych form uzupełniania wiedzy.

Porównanie danych badawczych z 2011 i 2018 r. w zakresie wiedzy ekonomicznej ukazuje wzrost zainteresowania szkoleniami i kursami oraz rocznymi studiami podyplomowymi, odpowiednio 175% oraz 155% do roku bazowego.

Porównanie danych zawartych w tabelach nr 37 i 39 potwierdza zjawisko polegające na dużym zainteresowaniu doskonaleniem kompetencji zawodowych kosztem kompetencji menedżerskich. Przyczyną tego stanu rzeczy jest profil kształcenia zawodowego oraz obowiązki na zajmowanym stanowisku pracy przez lekarzy oraz pielęgniarki. Gorsza sytuacja jest wtedy, gdy osoba sprawująca funkcję preferuje doksztalcanie zawodowe, marginalizując wiedzę przydatną na stanowisku kierowniczym.

Wybierane przez pielęgniarki formy doskonalenia wiedzy zawodowej zaprezentowane zostały w tabeli 40. Analiza danych pokazuje, że duża grupa osób doskonała wiedzę, korzystając z dwóch form. Po pierwsze, uczestniczy w szkoleniach oraz kursach trwających zazwyczaj jeden lub dwa dni i mających charakter teoretyczno-praktyczny. Po drugie, wybór studiów wyższych w przypadku pielęgniarek wynika z formalnego wymogu związanego z zajmowaniem stanowiska pielęgniarskiego. Z obu form doksztalcania korzysta około 85% badanych pielęgniarek.

Tabela nr 40. Formy uzupełniania kompetencji zawodowych przez pielęgniarki

| Odpowiedź                    | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|                              | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Rok badania                  |                                |      |                          |       |
| Studia wyższe                | 153                            | 186  | 22,1                     | 27,2  |
| Dwuletnie studia podyplomowe | 29                             | 17   | 4,2                      | 2,5   |
| Roczne studia podyplomowe    | 27                             | 13   | 3,9                      | 1,9   |
| Szkolenia lub kursy          | 396                            | 408  | 57,3                     | 59,8  |
| Inne                         | 86                             | 59   | 12,5                     | 8,6   |
| Razem                        | 691                            | 683  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Wśród 111 pielęgniarek doskonalących wiedzę z zakresu zarządzania największym zainteresowaniem cieszą się podstawowe formy kształcenia, jakimi są szkolenia i kursy. Charakteryzują się one tym, że są realizowane zazwyczaj w jeden dzień, ewentualnie w krótkim czasie (2-3 dni). 61,2% badanych korzystało z tej

formy pogłębiania wiedzy. 19 pielęgniarek skończyło studia wyższe z dziedziny zarządzania. Wynik potwierdza, że pielęgniarki muszą uzyskać tytuł zawodowy ze względu na zmianę wymagań wobec przedstawicieli tej grupy zawodowej<sup>271</sup>.

Obecnie szkolenia i kursy są roczne studia podyplomowe są najczęściej wybranymi formami uzupełniania wiedzy ekonomicznej. Respondenci argumentują ten wybór głównie ze względu na koszty, szybki czas uzyskania dyplomu oraz wystarczające kwalifikacje do objęcia funkcji, drugorzędne znaczenie ma prestiż uczelni, na której prowadzone są zajęcia.

Tabela nr 41. Formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki

| Odpowiedź                    | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|------------------------------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|                              | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Rok badania                  |                                |      |                          |       |
| Studia wyższe                | 19                             | 14   | 14,7                     | 12,1  |
| Dwuletnie studia podyplomowe | 9                              | 8    | 7,0                      | 6,9   |
| Roczne studia podyplomowe    | 12                             | 21   | 9,3                      | 18,1  |
| Szkolenia lub kursy          | 79                             | 65   | 61,2                     | 56,0  |
| Inne                         | 10                             | 8    | 7,8                      | 6,9   |
| Razem                        | 129                            | 116  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Zestawienie danych z tabel nr 40 i 41 potwierdza to samo zjawisko, co w przypadku lekarzy, czyli dla pielęgniarek doksztalcanie zawodowe jest działaniem powszechnym i ciągłym. Ta grupa zawodowa również musi uzupełniać wiedzę, a w jeszcze większym stopniu umiejętności praktyczne przydatne w codziennej pracy.

Z kolei doskonalenie wiedzy menedżerskiej wynika z obowiązku uzyskania przez pielęgniarki wyższego zawodowego wykształcenia oraz uczęszczania na szkolenia i kursy dotyczące umiejętności interpersonalnych.

Na podstawie przeprowadzonej analizy autor dowiódł, że istnieją następujące zależności oraz zjawiska w grupie personelu medycznego:

- Lekarze i pielęgniarki preferują szkolenia i kursy oraz roczne studia podyplomowe, jako te najczęściej przez nich wybierane w zakresie uzupełniania wiedzy zawodowej oraz menedżerskiej.

<sup>271</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, na podstawie art. 50 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654), z dnia 02.10.2012 r.

- Wśród lekarzy wzrasta świadomość potrzeb i korzystania z form doskonalenia wiedzy menedżerskiej.
- Zdiagnozowano występowanie w grupie zawodowej pielęgniarek zjawiska „wąskiego gardła” w zakresie ścieżki kierowniczej.
- Wzrost wykorzystania lekarzy do piastowania stanowisk kierowniczych w szpitalach.

## 5.2. Pożądana wiedza menedżerska

### 5.2.1. Rzeczywiste zapotrzebowanie na wiedzę menedżerską

Personel medyczny, oprócz dokonania samooceny z różnych dziedzin wiedzy menedżerskiej, wskazał również swoje potrzeby w tym zakresie. Na tej podstawie autor może rozróżnić zgłaszane potrzeby grup zawodowych.

W tabeli nr 41 zamieszczono dane opisujące globalne informacje o postrzeganiu wiedzy menedżerskiej przez personel medyczny. Badacz zaprezentował wszystkie zakresy wiedzy od najbardziej do najmniej pożądanym przez lekarzy i pielęgniarki. Do dokonania wyliczeń i wskazania najistotniejszych cech autor posłużył się następującym wzorem:

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^5 i \cdot L_{WSK_i}$$

gdzie:

$S_{LWSK}$  – suma poziomu wiedzy,

$L_{WSK_i}$  – liczba wskazań i-tej samooceny poziomu wiedzy.

Analizując te informacje, autor zauważa, że najistotniejszą grupą pożądanym wiadomości 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 wchodzi zarządzanie informacją (ZI), nadzór nad infrastrukturą (NnI) oraz zarządzanie finansami (ZF).

ROZDZIAŁ V  
KOMPETENCJE MENEDŻERSKIE PERSONELU MEDYCZNEGO

Tabela nr 42. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez personel medyczny

| Odpowiedź   | Numer grupy zakresu | Suma |
|---|---------------------|------|
| Komunikacja z pacjentami  | PZ                  | 679  |
| Umiejętność rozwiązywania konfliktów  | PZ                  | 673  |
| Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach   | ZZ                  | 670  |
| Umiejętność negocjacji  | PZ                  | 668  |
| Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi  | PZ                  | 667  |
| Komunikacja ze współpracownikami  | PZ                  | 660  |
| Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziome i pionowe)   | PZ                  | 652  |
| Jakość leczenia   | MiJ                 | 651  |
| Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia  | ZZ                  | 639  |
| Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę  | MiJ                 | 629  |
| Wizerunek zewnętrzny szpitala   | MiJ                 | 627  |
| Zarządzanie pracownikami  | PZ                  | 615  |
| Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych  | ZI                  | 613  |
| Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne   | MiJ                 | 610  |
| Motywowanie pracowników   | ZK                  | 609  |
| Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji   | ZZ                  | 602  |
| System wynagradzania  | ZF                  | 601  |
| Kreowanie szkoleń   | ZK                  | 599  |
| Ocena pracowników   | ZK                  | 593  |
| Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych  | ZI                  | 585  |
| Znajomość zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiąganiu sukcesu) | ZZ                  | 585  |
| Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny)  | NnM                 | 585  |
| Awanse i zwolnienia   | ZK                  | 584  |
| Znajomość procedur obiegu dokumentów  | ZI                  | 582  |
| Rozliczenia z NFZ   | ZF                  | 571  |
| Budżetowanie  | ZF                  | 553  |
| Kontrola przychodów i kosztów   | ZF                  | 553  |
| Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)  | NnM                 | 531  |
| Rekrutacja  | ZK                  | 527  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.



Powyższe wyniki pokazują, że według personelu medycznego priorytetem doskonalenia wiedzy menedżerskiej jest kształcenie z zakresu psychologii zarządzania.

Następnie szkoleniami z zakresu marketingu i jakości czy też zarządzania zmianą powinni zostać objęci wszyscy przedstawiciele personelu medycznego. W przypadku pozostałych zakresów wiedzy należy wybrać pojedyncze działy wiedzy spośród następujących: zarządzanie informacją, zarządzanie kadrami, zarządzanie finansami oraz nadzór nad infrastrukturą.

Powyższe wnioski autor dodatkowo potwierdził, zestawiając je z danymi zawartymi w tabeli nr 43, w której zsumowano działy wiedzy według kryterium zakresu wiedzy.

Tabela nr 43. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy w działach wiedzy przez personel medyczny

| Odpowiedź                 | Suma   | Średnia ocen na cechę | Średnia ocen na osobę |
|---------------------------|--------|-----------------------|-----------------------|
| Psychologia zarządzania   | 4614/7 | 659,1                 | 4,07                  |
| Marketing i jakość        | 2517/4 | 629,3                 | 3,88                  |
| Zarządzanie zmianą        | 2496/4 | 624                   | 3,85                  |
| Zarządzanie informacją    | 1780/3 | 593,3                 | 3,66                  |
| Zarządzanie kadrami       | 2912/5 | 582,4                 | 3,60                  |
| Zarządzanie finansami     | 2278/4 | 569,5                 | 3,52                  |
| Nadzór nad infrastrukturą | 1116/2 | 558                   | 3,44                  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Pozwoliło to podzielić działy wiedzy na cztery różniące się od siebie zbiorowości pod względem istotności dla badanych osób. Pierwszą tworzy wiedza z zakresu psychologii zarządzania, drugą dwa zakresy wiedzy: marketing i jakość oraz zarządzanie zmianą. Do trzeciej zaliczamy zarządzanie informacją i zarządzanie kadrami, natomiast do czwartej – zarządzanie finansami oraz nadzór nad infrastrukturą.

W grupie pielęgniarek 47,4% przebadanych osób wysoko oceniło własne preferencje dotyczące kształcenia się z zakresu systemu wynagradzania. Natomiast wśród lekarzy przeważa pogląd, że wiedza dotycząca wynagradzania jest bardzo przydatna dla ponad 90% lekarzy.

Ogólne wyniki badań personelu medycznego wskazują na zainteresowanie omawianym zakresem wiedzy. 64,2% spośród badanych osób co najmniej w znacznym stopniu chce uzupełnić wiedzę dotyczącą systemu wynagradzania.

Tabela nr 44. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu systemu wynagradzania przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 4                              | 2,5                      | 2,5           |
| W niewielkim stopniu | 16                             | 9,9                      | 12,4          |
| Częściowo            | 38                             | 23,4                     | 35,8          |
| W znacznym stopniu   | 69                             | 42,6                     | 78,4          |
| W pełni              | 35                             | 21,6                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Personel medyczny stanowi grupę zainteresowaną wieloma zakresami wiedzy menedżerskiej. Jednakże w porównaniu z pozostałymi działami wiedzy nie są oni zainteresowani zagadnieniami dotyczącymi budżetowania – wiedzą z zakresu zarządzania finansami.

Po obserwacjach poczynionych w miejscu badania oraz rozmowach przeprowadzonych z personelem medycznym autor stwierdza, że powodem niskiego poziomu potrzeby wiedzy z zakresu budżetowania jest brak zainteresowania tym zagadnieniem. Nie mieści się ono w obowiązkach personelu medycznego bez względu na charakter zajmowanego stanowiska pracy.

Tabela nr 45. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu budżetowania przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 5                              | 3,1                      | 3,1           |
| W niewielkim stopniu | 19                             | 11,7                     | 14,8          |
| Częściowo            | 64                             | 39,5                     | 54,3          |
| W znacznym stopniu   | 52                             | 32,1                     | 86,4          |
| W pełni              | 22                             | 13,6                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Systemem rozliczania świadczeń medycznych między podmiotami leczniczymi a Narodowym Funduszem Zdrowia zajmują się wyspecjalizowane do tego osoby. Zazwyczaj w tym procesie uczestniczą dyrektorzy placówek oraz pracownicy z działu księgowości. Podobnie jak we wcześniej omawianym zagadnieniu jedynie część osób jest zainteresowana doskonaleniem wiedzy z zakresu rozliczania się z NFZ. Personel medyczny nie chce uczyć się czegoś, co nie wspomaga ich w wy-

pełnieniu obecnych obowiązków na zajmowanym stanowisku pracy bądź też nie jest im przydatne w najbliższej przyszłości.

Tabela nr 46. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu rozliczania z NFZ przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 5                              | 3,1                      | 3,1           |
| W niewielkim stopniu | 22                             | 13,6                     | 16,7          |
| Częściowo            | 47                             | 29,0                     | 45,7          |
| W znacznym stopniu   | 59                             | 36,4                     | 82,1          |
| W pełni              | 29                             | 17,9                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Dane ze zbiorczej tabeli zawierającej wszystkie 29 zakresów wiedzy, stanowią podstawę do stwierdzenia, że nie wszyscy pracownicy medyczni mają potrzebę uzupełniania wiedzy z zakresu szeroko rozumianej rachunkowości. Wszystkie trzy płaszczyzny, które analizowano, są jednymi z najmniej pożądaných zakresów wiedzy. Może to wynikać nie tylko z minimalnej, a nawet żadnej przydatności tej wiedzy dla badanych osób. Równie często bierze się to z trudności w przyswajaniu takiej wiedzy, która ma charakter specjalistyczny i złożony. Od zainteresowanych wymaga się co najmniej podstawowej wiedzy ekonomicznej, której personel medyczny zazwyczaj nie posiada. Dlatego badani unikają wiedzy, która wydaje im się zbędna bądź zbyt trudna do opanowania.

Tabela nr 47. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu kontroli przychodów i kosztów przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 6                              | 3,7                      | 3,7           |
| W niewielkim stopniu | 24                             | 14,8                     | 18,5          |
| Częściowo            | 55                             | 34,0                     | 52,5          |
| W znacznym stopniu   | 51                             | 31,5                     | 84,0          |
| W pełni              | 26                             | 16,0                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Co oczywiste, personel medyczny jest zainteresowany i czuje potrzebę pogłębiania i odświeżania wiedzy z zakresu jakości leczenia. 81,5% przebadanych lekarzy i pielęgniarek jest co najmniej w znacznym stopniu zainteresowanych wiedzą

z zakresu jakości leczenia. Jest to związane z wykazaniem się przez pracowników szpitali profesjonalizmem w leczeniu poprzez wykorzystanie w procesie leczenia najnowocześniejszych dostępnych metod oraz medykamentów, a także równoczesne, umiejętne zarządzanie procesem leczenia pacjenta.

Tabela nr 48. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu jakości leczenia przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 1                              | 0,6                      | 0,6           |
| W niewielkim stopniu | 9                              | 5,6                      | 6,2           |
| Częściowo            | 20                             | 12,3                     | 18,5          |
| W znacznym stopniu   | 88                             | 54,3                     | 72,8          |
| W pełni              | 44                             | 27,2                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Wizerunek zewnętrzny jest wartością niezmiernie istotną dla prawidłowej egzystencji organizacji w mikrootoczeniu. Pracownicy każdej organizacji powinni posiadać świadomość oraz dbać o dobre relacje z otoczeniem. W przypadku jednostek z sektora ochrony zdrowia głównym przekaznikiem tej informacji jest personel medyczny, który ma bezpośredni kontakt z pacjentami. Ich miła, uprzejma, a przede wszystkim merytoryczna usługa świadczy pozytywnie o nich samych, jak również o szpitalu.

Spośród przebadanych osób 73,5% personelu medycznego jest w znacznym lub pełnym stopniu zainteresowanych pogłębianiem tego zakresu wiedzy menedżerskiej. Jej przydatność jest uniwersalna bez względu na zajmowane stanowisko. Każda osoba musi mieć określoną wiedzę, czy to sprawując funkcję kierowniczą, czy też będąc zatrudnionym na podstawowym stanowisku pracy.

Tabela nr 49. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu wizerunku zewnętrznego szpitali przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 2                              | 1,2                      | 1,2           |
| W niewielkim stopniu | 15                             | 9,3                      | 10,5          |
| Częściowo            | 26                             | 16,0                     | 26,5          |
| W znacznym stopniu   | 78                             | 48,2                     | 74,7          |
| W pełni              | 41                             | 25,3                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Na tym samym poziomie co potrzeba wiedzy o wizerunku zewnętrznym szpitali, jest zapotrzebowanie personelu medycznego na wiedzę o procesie świadczenia usług medycznych. 73,5% przebadanych osób chce zdobywać wiedzę mieszczącą się w ramach procesu świadczeń usług. Jest to głównie związane z procedurami, jakimi pracownicy muszą się posługiwać w zależności od świadczonej usługi medycznej. Działania te są wymagane przez zleceniodawcę usług, czyli NFZ, oraz przez pacjentów, którzy w przypadku wątpliwości mogą wystąpić na drogę sądową. Jest to wiedza przydatna w codziennej pracy personelu medycznego.

Tabela nr 50. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu procesu świadczenia usług przez personel medyczny (w tym dostępności usług oraz czasu oczekiwania na usługę)

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 0                              | 0,0                      | 0,0           |
| W niewielkim stopniu | 20                             | 12,3                     | 12,3          |
| Częściowo            | 23                             | 14,2                     | 26,5          |
| W znacznym stopniu   | 75                             | 46,3                     | 72,8          |
| W pełni              | 44                             | 27,2                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W przypadku wiedzy dotyczącej zarządzania czasem pacjentów zauważa się, że spośród przebadanych osób można wyselekcjonować pracowników, którzy w pełni bądź w znacznym stopniu są świadomi istotności tej wiedzy i chcą ją poszerzać. Oprócz takich pracowników występują również osoby, które są mniej zainteresowane tym zakresem wiedzy – dotyczy to 35,9% przebadanych osób. Jednocześnie proces zarządzania czasem usługi ma wpływ na zwiększenie efektywności oraz obniżenie kosztu pracy związanej z jednostkową usługą medyczną.

Tabela nr 51. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zarządzania czasem związanym z oczekiwaniem na świadczenie zdrowotne przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 4                              | 2,5                      | 2,5           |
| W niewielkim stopniu | 16                             | 9,9                      | 12,4          |
| Częściowo            | 38                             | 23,5                     | 35,9          |
| W znacznym stopniu   | 60                             | 36,9                     | 72,8          |
| W pełni              | 44                             | 27,2                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Brak możliwości udzielania świadczeń na bieżąco zobowiązuje świadczeniodawców do prowadzenia list oczekujących, zapewniających równy dostęp do świadczeń. Wymogi te nie zawsze są spełniane. Na podstawie raportu Najwyższej Izby Kontroli można stwierdzić, że kolejność pacjentów często jest niezgodna z kolejnością zgłoszeń, a prowadzona dokumentacja i raporty również nie spełniają wymogów określonych ustawowo<sup>272</sup>. Wskutek tego występuje brak zaufania klientów do podmiotów leczniczych. Listy określające kolejność realizacji usług medycznych nie są wiarygodnym źródłem informacji, w wyniku czego pacjenci często realizują usługi zdrowotne w instytucjach niepublicznych (często nieposiadających umowy z NFZ na świadczenie usług) bądź też dochodzi do nieformalnego „zakupu” usług medycznych w jednostkach publicznych.

Często pracownicy medyczni są zobowiązani do dbania o powierzone im mienie i dlatego tak ważne jest posiadanie przez nich wiedzy proceduralnej oraz znajomość przepisów związanych z nadzorem nad powierzonym mieniem.

Jest to zagadnienie poszukiwane i pożądanе przez personel medyczny. W badaniu zgłosił on potrzebę doskonalenia wiedzy w tym zakresie. Aż 57,9% przebadanych osób jest co najmniej w znacznym stopniu zainteresowanych pogłębianiem wiedzy z nadzoru nad mieniem powierzonym. Częściowe zainteresowanie tą wiedzą przez przebadane osoby może być związane z obowiązkami na zajmowanym stanowisku oraz wykorzystywaniem sprzętu medycznego w ramach świadczeń medycznych.

Tabela nr 52. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny) przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 5                              | 3,1                      | 3,1           |
| W niewielkim stopniu | 21                             | 13,0                     | 16,1          |
| Częściowo            | 42                             | 26,0                     | 42,1          |
| W znacznym stopniu   | 58                             | 35,8                     | 77,9          |
| W pełni              | 36                             | 22,1                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Każdy pracownik jest zaangażowany w planowanie inwestycji infrastrukturalnych, dotyczy to w szczególności zamawiania sprzętu w celu realizacji procesu medycznego.

<sup>272</sup> Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa, lipiec 2010.

Tabela nr 53. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu planowania inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości) przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 13                             | 8,0                      | 8,0           |
| W niewielkim stopniu | 26                             | 16,0                     | 24,0          |
| Częściowo            | 50                             | 30,9                     | 54,9          |
| W znacznym stopniu   | 49                             | 30,3                     | 85,2          |
| W pełni              | 24                             | 14,8                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Jednakże w większości przypadków personel medyczny uczestniczy na początkowym etapie realizowania zamówień. Wynika to z faktu, że zamówienia przekraczające wartość pieniężną równoważną w złotych 14 000 euro<sup>273</sup> należy prowadzić zgodnie z procedurą zamówień publicznych. Wiedza z zakresu zamówień publicznych potrzebna jest wąskiemu gronu pracowników, zazwyczaj kierownictwu na różnych szczeblach zarządzania oraz osobom posiadającym w swoim zakresie obowiązek obsługi procesu zamówień publicznych.

Rekrutacją pracowników w przedsiębiorstwach mogą się zajmować (w zależności od metody rekrutacji) pracownicy działu kadr, personel kierowniczy, wyselekcjonowani pracownicy czy też pracownicy firm zewnętrznych. Porównując potrzeby w zakresie rekrutacji z innymi zakresami wiedzy, autor doszedł do przekonania, że personel medyczny jest średnio zainteresowany podnoszeniem kompetencji w tej dziedzinie. Wynika to przede wszystkim z przekonania samych pracowników, że nie mają wcale wpływu (lub niewielki) na proces naboru i doboru w szpitalach, a wiedza specjalistyczna nie jest im potrzebna.

Oczywiście są oni zainteresowani wiedzą w tym zakresie, lecz jedynie od strony uczestnika tego procesu. Wskutek tego chcą posiadać wiedzę dotyczącą zasad i reguł panujących w trakcie spotkań rekrutacyjnych. Personel medyczny chce się zapoznać i przeciwyczyć ewentualne zagrożenia, które mogą zaistnieć w trakcie spotkania.

<sup>273</sup> Ustawa Prawo zamówień publicznych, Dz. U. z 2010 r. nr 113, poz. 759, art. 4 pkt 8, z dnia 15 września 2012 r.

Tabela nr 54. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu rekrutacji przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 11                             | 6,8                      | 6,8           |
| W niewielkim stopniu | 32                             | 19,8                     | 26,6          |
| Częściowo            | 44                             | 27,2                     | 53,8          |
| W znacznym stopniu   | 55                             | 33,9                     | 87,7          |
| W pełni              | 20                             | 12,3                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Zarządzanie pracownikiem jest to proces, w którym wyróżnia się kilka etapów. Jednym z nich jest etap ukierunkowany na motywowanie pracowników. W rozmowach z personelem medycznym badacz zauważył, że pracownicy postrzegają to pojęcie jako zbiór działań wzmacniających chęć do pracy, wzrost wynagrodzenia poprzez uzyskanie dodatku motywacyjnego. Według personelu działania w ramach czynności motywacyjnych to wiedza dotycząca narzędzi motywacyjnych, motywatorów wzmacniających samomotywację polegającą na pracy nad sobą, poszukiwaniu wewnętrznych pokładów motywacyjnych w celu poprawy efektywności pracy zawodowej. Wyniki badań, które zostały przedstawione w tabeli 54 są dowodem zainteresowania zagadnieniem motywowania w pracy. Jedynie 9,3% przebadanych pracowników medycznych jest co najwyżej w niewielkim stopniu zainteresowanych tą wiedzą. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki w równym stopniu chcą uzupełnić wiedzę z tego zakresu.

Tabela nr 55. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu motywowania pracowników przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 4                              | 2,5                      | 2,5           |
| W niewielkim stopniu | 11                             | 6,8                      | 9,3           |
| Częściowo            | 48                             | 29,6                     | 38,9          |
| W znacznym stopniu   | 56                             | 34,6                     | 73,5          |
| W pełni              | 43                             | 26,5                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Autor, analizując dane zawarte w tabeli 55, doszedł do wniosku, że personel medyczny ma potrzebę uzupełniania wiedzy związanej z oceną pracowników na podobnym poziomie, jak potrzebę uzupełniania wiedzy dotyczącej motywowa-



nia. Wyniki badawcze pokazały, że respondenci zgłaszają potrzebę doskonalenia wiedzy w tym zakresie. Na podstawie wywiadów z pracownikami można wnioskować, że pod pojęciem „ocena pracownicza” dla większości badanych kryją się takie elementy, jak: metody oceny, zrozumienie przez pracowników reguł i zasad oceny oraz dostrzeganie potrzeby oceny własnych możliwości, budowanie własnej ścieżki rozwoju zawodowego.

Tabela nr 56. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu oceny pracowników przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 5                              | 3,1                      | 3,1           |
| W niewielkim stopniu | 14                             | 8,6                      | 11,7          |
| Częściowo            | 51                             | 31,5                     | 43,2          |
| W znacznym stopniu   | 53                             | 32,7                     | 75,9          |
| W pełni              | 39                             | 24,1                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Płaszczyzna szkoleń jest kolejnym z etapów w procesie zarządzania pracownikiem. Personel medyczny wykazuje słabsze zainteresowanie w tym zakresie. Może to mieć związek ze złożonością dotyczącą budowania systemu szkoleniowego na potrzeby organizacji przy uwzględnieniu nie tylko otoczenia przedsiębiorstwa, lecz również indywidualnego potencjału każdego z pracowników. W przypadku omawianego zakresu wiedzy 61,7% przebadanych osób zgłasza zapotrzebowanie na uzupełnienia tej wiedzy. Na drugim biegunie znalazło się 14,2% przedstawicieli personelu medycznego, którzy w niewielkim stopniu lub w ogóle nie wykazują chęci uzupełniania wiedzy dotyczącej kreowania szkoleń.

Tabela nr 57. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu kreowania szkoleń przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 6                              | 3,7                      | 3,7           |
| W niewielkim stopniu | 17                             | 10,5                     | 14,2          |
| Częściowo            | 39                             | 24,1                     | 38,3          |
| W znacznym stopniu   | 58                             | 35,8                     | 74,1          |
| W pełni              | 42                             | 25,9                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Ostatnim z omawianych zagadnień zaliczanych do dziedziny zarządzania pracownikami w organizacji jest wiedza dotycząca awansów i zwolnień pracowników.

Spośród przebadanych 57,4% personelu medycznego jest w wysokim stopniu zainteresowanych tą wiedzą. Może to wynikać z jego wysokiej świadomości i potrzeby wykorzystania wiedzy w celu efektywniejszego zarządzania własną karierą zawodową. W każdej organizacji ważne jest, aby pracownicy znali zakres własnych obowiązków na stanowiskach pracy, nie inaczej jest w podmiotach leczniczych. Jednakże niemniej istotna jest znajomość zwyczajowych zasad – formalnych, jak i nieformalnych, które należy poznać i postępować zgodnie z nimi, aby móc w sposób prawidłowy funkcjonować w organizacji.

Tabela nr 58. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu awansów i zwolnień przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 5                              | 3,1                      | 3,1           |
| W niewielkim stopniu | 23                             | 14,2                     | 17,3          |
| Częściowo            | 41                             | 25,3                     | 42,6          |
| W znacznym stopniu   | 55                             | 34,0                     | 76,6          |
| W pełni              | 38                             | 23,4                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Rosnące zapotrzebowanie oraz wymogi formalne skutkują tym, że w każdym z obserwowanych szpitali funkcjonują mniej lub bardziej złożone systemy informatyczne. Ich funkcjonowanie polega na integracji działań, ułatwieniu pracy pracownikom oraz kontroli na poziomie operacyjnym.

Tabela nr 59. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności obsługi informatycznych programów wewnętrznych przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 3                              | 1,8                      | 1,8           |
| W niewielkim stopniu | 15                             | 9,3                      | 11,1          |
| Częściowo            | 30                             | 18,5                     | 29,6          |
| W znacznym stopniu   | 80                             | 49,4                     | 79,0          |
| W pełni              | 34                             | 21,0                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Obsługiwanie aplikacji komputerowych przez personel medyczny powiązane jest zazwyczaj z obowiązkiem wprowadzania danych do systemu w celu kontroli świadczonych usług medycznych. Systemy informatyczne służą głównie administrowaniu świadczeniami medycznymi do celów rozliczania ich z NFZ.

Analiza wyników badań dotycząca procedur obiegu dokumentu pokazuje, że dla personelu medycznego jest to przydatna oraz potrzebna wiedza, szczególnie jeśli chodzi o jej praktyczną stronę. Znajomość tej procedury pozwala zoptymalizować realizację usług medycznych oraz rozliczyć ją z NFZ.

W większości szpitali wdrożone są systemy oparte na zarządzaniu jakością, co znajduje potwierdzenie w posiadanych przez nie certyfikatach jakości. Wymusza to na pracownikach działanie według norm i uregulowań, wynikających z zapisanych i sformalizowanych procedur, w tym również dotyczących obiegu dokumentów. Najwięcej pracowników (71,6%) jest w znacznym i częściowym stopniu zainteresowanych uzupełnianiem oraz odświeżaniem omawianego zakresu wiedzy.

Tabela nr 60. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości procedur obiegu dokumentów przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 2                              | 1,2                      | 1,2           |
| W niewielkim stopniu | 16                             | 9,9                      | 11,1          |
| Częściowo            | 56                             | 34,6                     | 45,7          |
| W znacznym stopniu   | 60                             | 37,0                     | 82,7          |
| W pełni              | 28                             | 17,3                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Analizując dziedziny wiedzy z grupy zarządzania informacją, autor zauważa, że bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych przez personel medyczny jest wiedzą pożądaną. Jednakże jest to zjawisko zróżnicowane między grupami zawodowymi. W większym stopniu lekarze objawiają taką potrzebę niż pielęgniarki. Analiza danych globalnych pokazuje, że 16% badanych osób nie wykazuje zainteresowania w podjęciu doksztalcania z tego zakresu. Może to wynikać z nieprzydatności tej wiedzy w działaniach, które badani realizują na obecnie zajmowanych stanowiskach. Dla większości pielęgniarek jest to zakres wiedzy mniej istotny, oceniają potrzeby w tym zakresie na niskim bądź przeciętnym poziomie.

Tabela nr 61. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 2                              | 1,2                      | 1,2           |
| W niewielkim stopniu | 24                             | 14,8                     | 16,0          |
| Częściowo            | 44                             | 27,2                     | 43,2          |
| W znacznym stopniu   | 57                             | 35,2                     | 78,4          |
| W pełni              | 35                             | 21,6                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Informacje przedstawione w tabelach nr 62-68 zawierają dane badawcze dotyczące wiedzy z grupy psychologii zarządzania. W ramach tej grupy zidentyfikowano 7 zakresów wiedzy. Jednym z nich jest wiedza dotycząca zarządzania pracownikami, która nawiązuje do praktycznej wiedzy menedżerskiej sposobów zakresu sposobów i metod zarządzania pracownikami. W tym celu należy zintegrować wszystkie etapy systemu zarządzania pracownikami. Badani stwierdzili, że jest to wiedza przez nich pożądana. 61,8% przebadanych osób chce uzupełnić wiedzę dotyczącą zarządzania pracownikami.

Tabela nr 62. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania pracownikami przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 3                              | 1,8                      | 1,8           |
| W niewielkim stopniu | 13                             | 8,0                      | 9,8           |
| Częściowo            | 44                             | 27,2                     | 37,0          |
| W znacznym stopniu   | 56                             | 34,6                     | 71,6          |
| W pełni              | 46                             | 28,4                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Komunikacja interpersonalna w organizacji, bez względu na to, czy zachodzi w układzie poziomym, czy też pionowym, jest istotna dla prawidłowego funkcjonowania organizacji i w konsekwencji zwiększa efektywność oraz zysk ekonomiczny każdego przedsiębiorstwa. Nie inaczej jest w przypadku szpitali, w których zachodzą obie formy komunikowania się.

Realizacja zadań wymaga prawidłowych, pozbawionych błędów oraz zakłóceń procesów komunikacji w układzie poziomym. Pracownicy są tego świadomi. 74,7% przebadanych osób wyraża zainteresowanie wiedzą, która wspomaga

prawidłowe porozumiewanie się między pracownikami. Należy wspomnieć, że istotność tego zakresu wiedzy wykazali badani, umieszczając tę wiedzę jako piątą pod względem ważności czynnik spośród 29 działów wiedzy do wyboru pod względem zgłaszanego zapotrzebowania na szkolenia przez personel medyczny.

Tabela nr 63. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji ze współpracownikami przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 2                              | 1,2                      | 1,2           |
| W niewielkim stopniu | 5                              | 3,1                      | 4,3           |
| Częściowo            | 34                             | 21,0                     | 25,3          |
| W znacznym stopniu   | 59                             | 36,4                     | 61,7          |
| W pełni              | 62                             | 38,3                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Analizując potrzeby wiedzy menedżerskiej badanych osób, można zauważyć, że w kontekście procesu komunikacji w układzie pionowym zainteresowanie jest na wyższym poziomie aniżeli w przypadku komunikacji poziomej. Te kontakty charakteryzuje podległość funkcyjna, polegająca na kontaktach między przełożonymi a pracownikami czy grupą pracowniczą. Jest to wiedza istotna nie tylko dla kierownictwa, lecz również całego personelu, w tym i przedstawiciele zawodów medycznych. W ocenie pracowników jest to najważniejszy zakres wiedzy pod względem zgłaszanego zapotrzebowania na szkolenia. Spośród badanych osób aż 79% jest istotnie zainteresowanych tą wiedzą, a jedynie 4,3% spośród nich nie chce się edukować w tym zakresie. Stąd wniosek – ogólny poziom zainteresowania obu grup zawodowych jest bardzo wysoki. Komunikacja z przełożonymi stanowi jeden z elementów, który wymaga edukacji w pilnym trybie. Należy wykorzystać zainteresowanie zdiagnozowane u badanych osób.

Tabela nr 64. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji z przełożonymi lub podwładnymi przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 3                              | 1,8                      | 1,8           |
| W niewielkim stopniu | 4                              | 2,5                      | 4,3           |
| Częściowo            | 27                             | 16,7                     | 21,0          |
| W znacznym stopniu   | 65                             | 40,1                     | 61,1          |
| W pełni              | 63                             | 38,9                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Kolejny zakres wiedzy, który autor ujął w rozważaniach, to potrzeby dotyczące umiejętności rozwiązywania konfliktów. Należy zwrócić uwagę, że w przypadku działań doskonalących z zakresu psychologii zarządzania jest to wiedza, która ma nie tylko charakter teoretyczny, lecz równocześnie kreuje umiejętności interpersonalne. Nie jest zaskoczeniem, że badani zgłaszają potrzebę zdobycia umiejętności rozwiązywania konfliktów merytorycznych. Stosowanie określonych zasad i reguł oraz działanie przy rozwiązywaniu sporów według określonego planu jest pozytywne nie tylko dla osób, których to dotyczy, lecz również dla najbliższego otoczenia (zespołu, oddziału), czy nawet dla całej organizacji. Brak rozwiązań może prowadzić do zaognienia stanowisk i przerodzenia się konfliktu na tle zawodowym w konflikt emocjonalny, który jest dużo trudniejszy do rozwiązania.

Tabela nr 65. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności rozwiązywania konfliktów przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 2                              | 1,2                      | 1,2           |
| W niewielkim stopniu | 2                              | 1,2                      | 2,4           |
| Częściowo            | 30                             | 18,5                     | 20,9          |
| W znacznym stopniu   | 63                             | 38,9                     | 59,8          |
| W pełni              | 65                             | 40,2                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Tabela nr 66 zawiera dane przedstawiające wyniki badań dotyczące poglądu badanych na kształcenie się z zakresu budowania i podtrzymywania relacji wewnątrz szpitala. Stanowią one szersze ujęcie rozważań analizowanych w tabelach nr 41 i 48. Kreowanie relacji rozpoczyna się od naprawy kilku składników umiejętności interpersonalnych, wśród których istotne miejsce zajmuje komunikacja interpersonalna oraz zarządzanie konfliktem w miejscu pracy.

Z wyników uzyskanych w trakcie badań wyłania się obraz, że personel medyczny wskazuje ten element jako jeden z ważniejszych dla niej zakresów wiedzy, który chce doskonalić. 72,9% pracowników jest bardzo zainteresowanych tymi działaniami.

Relacje wewnątrzpracownicze oddziałują na atmosferę w pracy, komunikację interpersonalną i intergrupową oraz rozwiązywanie konfliktów w miejscu zatrudnienia.

Tabela nr 66. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu kształtowania relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych) przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 2                              | 1,2                      | 1,2           |
| W niewielkim stopniu | 6                              | 3,7                      | 4,9           |
| Częściowo            | 36                             | 22,2                     | 27,1          |
| W znacznym stopniu   | 60                             | 37,1                     | 64,2          |
| W pełni              | 58                             | 35,8                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Kolejną odmianą komunikacji interpersonalnej jest kontakt personelu medycznego z pacjentami. Jest to ważny aspekt w budowaniu ufności i dobrych relacji. W konsekwencji kreowany jest wizerunek organizacji w otoczeniu zewnętrznym.

Autor uważa za ważny fakt dostrzeżenia przez personel medycznych tych potrzeb we własnych działaniach, a nawet i niedoskonałości. Dlatego 80,3% przedstawicieli personelu medycznego chce uczestniczyć w szkoleniach z tego zakresu wiedzy.

Tabela nr 67. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji z pacjentami przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 2                              | 1,2                      | 1,2           |
| W niewielkim stopniu | 3                              | 1,8                      | 3,0           |
| Częściowo            | 27                             | 16,7                     | 19,7          |
| W znacznym stopniu   | 60                             | 37,1                     | 56,8          |
| W pełni              | 70                             | 43,2                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Wiedza menedżerska dotycząca umiejętności negocjacji personelu medycznego jest tą częścią wiedzy, która jest pożądana przez dużą grupę przebadanych osób. Jednakże po przeprowadzonych wywiadach autor zauważa, że dla badanych pod tym pojęciem kryją się nie tylko formy manipulacji, lecz także – według słów respondentów – postrzegają tę wiedzę jako zbiór umiejętności argumentowania, przekonywania oraz asertywności. Są to cechy pomocne w funkcjonowaniu nie tylko na stanowiskach kierowniczych, lecz również przy realizacji zadań świadczonych pacjentom przez personel medyczny. Jedynie 3% osób nie widzi potrzeby doskonalenia wiedzy, lecz aż 77,2% jest bardzo zainteresowanych uczestnictwem w szkoleniach.

Tabela nr 68. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności negocjacji przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 3                              | 1,8                      | 1,8           |
| W niewielkim stopniu | 2                              | 1,2                      | 3,0           |
| Częściowo            | 32                             | 19,8                     | 22,8          |
| W znacznym stopniu   | 60                             | 37,1                     | 59,9          |
| W pełni              | 65                             | 40,1                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

69,8% spośród przebadanych osób wyraziło chęć uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zmian prawnych. Taki współczynnik odpowiedzi wskazuje, że personel medyczny z jednej strony ma potrzebę uzupełniania, aktualizowania wiedzy, a z drugiej – chce być świadomy, jakie ma prawa i obowiązki w szczególności w stosunku do pacjentów. Bardzo mała grupa osób nie interesuje się tym zakresem wiedzy. Uzyskane wyniki w tym zakresie wskazują na istotność tej wiedzy i użyteczność w grupie personelu medycznego.

Tabela nr 69. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 1                              | 0,6                      | 0,6           |
| W niewielkim stopniu | 5                              | 3,1                      | 3,7           |
| Częściowo            | 43                             | 26,5                     | 30,2          |
| W znacznym stopniu   | 66                             | 40,8                     | 71,0          |
| W pełni              | 47                             | 29,0                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Działania podejmowane na podstawie wiedzy z zakresu mentoringu oraz coachingu polegają na doskonaleniu sprawności oraz zwiększaniu efektywności realizowanych zadań. 59,9% przebadanych osób spośród personelu medycznego potwierdza zainteresowanie tym działem wiedzy. Jedynie 13,6% pracowników w znikomym stopniu chce poprawić świadomość z tego zakresu.

Praca nad sobą jest ważnym czynnikiem wzmocnienia profesjonalnych zachowań, które po pierwsze, poprawiają mechaniczne (powtarzalne) wykonywanie działań, przez co unika się niepotrzebnych oddziaływań oraz wpływu zewnętrznych czynników (na przykład złość, wrogość, niezadowolenie pacjentów itp.). Po



drugie, wpływają na zwiększenie efektywności pracy, podnosząc wydajność personelu medycznego.

Tabela nr 70. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu) przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 7                              | 4,3                      | 4,3           |
| W niewielkim stopniu | 15                             | 9,3                      | 13,6          |
| Częściowo            | 43                             | 26,5                     | 40,1          |
| W znacznym stopniu   | 66                             | 40,8                     | 80,9          |
| W pełni              | 31                             | 19,1                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Kolejny zakres wiedzy z zarządzania zmianami dotyczy umiejętności wprowadzania zmian w organizacji. Jest to wiedza o charakterze praktycznym, która dla 59,9% badanych osób jest ważna i którą chcą doskonalić poprzez uczestnictwo w szkoleniach. Oczywiście na różnych szczeblach zarządzania zapotrzebowanie na tę wiedzę ma różny charakter, stawiane są też zróżnicowane wymogi. W przypadku szpitali najważniejszymi komórkami organizacyjnymi są oddziały, na których podejmowane są najistotniejsze decyzje dotyczące efektywności funkcjonowania organizacji.

Tabela nr 71. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności wprowadzania zmiany w organizacji przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 3                              | 1,8                      | 1,8           |
| W niewielkim stopniu | 14                             | 8,7                      | 10,5          |
| Częściowo            | 48                             | 29,6                     | 40,1          |
| W znacznym stopniu   | 58                             | 35,8                     | 75,9          |
| W pełni              | 39                             | 24,1                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Rola menedżera, jak również wykonywanie zadań wynikających z wyuczonego zawodu, wymagają od osób posiadających kompetencje ogólne wzbogacenia się o kompetencje specyficzne dla roli lub zajmowanego stanowiska pracy. Dlatego każ-

dy z przedstawicieli personelu medycznego powinien zostać wzbogacony o umiejętność radzenia sobie ze stresem oraz w trudnych sytuacjach. Sami badani zauważają tę potrzebę i dla 78,4% osób stanowi ona ważny zakres wiedzy, którą chcą doskonalić. Nieduża grupa osób (4,9%) nie wyraża potrzeby pogłębiania tej umiejętności. W przypadku menedżerów i osób z grupy personelu medycznego można wskazać dwie wspólne umiejętności wymagane od osób zatrudnionych na tych stanowiskach. Są to umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz w trudnych sytuacjach.

Tabela nr 72. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach przez personel medyczny

| Odpowiedź            | Ilościowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | % skumulowane |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------|---------------|
| Wcale                | 2                              | 1,2                      | 1,2           |
| W niewielkim stopniu | 6                              | 3,7                      | 4,9           |
| Częściowo            | 27                             | 16,7                     | 21,6          |
| W znacznym stopniu   | 60                             | 37,1                     | 58,7          |
| W pełni              | 67                             | 41,3                     | 100,0         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Rozległość i różnorodność danych empirycznych pozwala autorowi w sposób wnikliwy i dogłębny nie tylko przedstawić preferencje personelu medycznego co do zakresu tematycznego doskonalenia wiedzy, lecz również określić charakter działań organizacyjnych wynikających z form oraz ciągłości zajęć.

### **5.2.2. Preferowane metody doształcania się przez personel medyczny**

Uzupełnieniem rozważań dotyczących wiedzy menedżerskiej są formy szkoleń, które najbardziej odpowiadają personelowi medycznemu. Biorąc pod uwagę ogół wyników, autor stwierdza, że najczęściej wymieniane są trzy rodzaje: szkolenia, konferencje oraz rozmowa z doświadczonym ekspertem. Jednakże najwyższy poziom wskazań związany jest ze szkoleniami, które trwają zazwyczaj 1-2 dni.

Analizując te dane przy uwzględnieniu kryterium grupy zawodowej, pojawiają się różnice dotyczące drugiej preferowanej formy kształcenia. I tak, w przypadku pielęgniarek są to konferencje, z kolei dla grupy lekarskiej ciekawszą i ważniejszą formą jest rozmowa z doświadczonym ekspertem. Wynika to ze specyfiki wykonywanego zawodu przez przedstawicieli tych grup zawodowych.

Tabela nr 73. Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez personel medyczny z podziałem na grupy zawodowe

| Odpowiedź                         | Ilościowa struktura odpowiedzi | Odpowiedzi ogółem [%] | Średnia dla lekarzy [%] | Średnia dla pielęgniarek [%] |
|-----------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------------|------------------------------|
| Szkolenia                         | 113                            | 70,0                  | 69,8                    | 71,7                         |
| Konferencje                       | 89                             | 55,0                  | 49,2                    | 58,6                         |
| Rozmowa z doświadczonym ekspertem | 78                             | 48,1                  | 54,0                    | 44,4                         |
| Studiowanie literatury (książki)  | 34                             | 21,0                  | 23,8                    | 19,2                         |
| Czytanie czasopism branżowych     | 32                             | 19,8                  | 19,0                    | 20,2                         |
| Inne                              | 3                              | 1,8                   | 0,0                     | 1,0                          |
| Razem                             | 349                            | 215,6                 | 136                     | 213                          |
|                                   |                                | N=162=100,0%          | N=63=100,0%             | N=99=100,0%                  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Analizując dane dotyczące preferowanych form doskonalenia kompetencji menedżerskich z podziałem na długość stażu pracy personelu medycznego, autor zwraca uwagę, że w przypadku pielęgniarek dwie formy cieszą się największym zainteresowaniem. Są to szkolenia oraz konferencje.

Tabela nr 74. Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez pielęgniarki z podziałem na staż pracy

| Odpowiedź                         | Osoby ze stażem pracy do 10 lat | Osoby ze stażem pracy od 11 do 20 lat | Osoby ze stażem pracy od 20 lat |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Szkolenia                         | 47,1                            | 75,9                                  | 78,3                            |
| Konferencje                       | 41,2                            | 55,2                                  | 67,4                            |
| Rozmowa z doświadczonym ekspertem | 35,3                            | 44,8                                  | 43,5                            |
| Studiowanie literatury (książki)  | 11,8                            | 20,7                                  | 17,4                            |
| Czytanie czasopism branżowych     | 11,8                            | 17,2                                  | 26,1                            |
| Inne                              | 0,0                             | 0,0                                   | 2,2                             |
| Razem                             | 25                              | 62                                    | 108                             |
|                                   | N=17=100,0%                     | N=29=100,0%                           | N=46=100,0%                     |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Istotna informacja dotyczy zależności zachodzącej między liczbą osób preferujących dokończanie w odniesieniu do stażu pracy nie dłuższego niż 10 lat a pozostałymi grupami wiekowymi. Wynikać to może z dwóch aspektów. Młodsze osoby nie kształcą się z własnego wyboru bądź nie wymagają od nich tego przepisy. W przypadku pracowników z dłuższym stażem mogą znaleźć się wśród nich osoby sprawujące funkcje kierownicze, jak również posiadające większą świadomość pogłębiania wiedzy, szczególnie dotyczącej aspektów praktycznych.

Lekarze, w odróżnieniu od pielęgniarek, są grupą zawodową, w której doskonalenie kompetencji jest zjawiskiem powszechnym i ciągłym. Największym zainteresowaniem cieszą się takie formy, jak: szkolenia, rozmowy z doświadczonymi ekspertami oraz konferencje. Wśród osób ze stażem pracy co najmniej jedenastoletnim lub większym dominującymi formami doskonalenia wiedzy jest studiowanie czasopism branżowych.

Tabela nr 75. Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez lekarzy z podziałem na staż pracy

| Odpowiedź                         | Osoby ze stażem pracy do 10 lat | Osoby ze stażem pracy od 11 do 20 lat | Osoby ze stażem pracy od 20 lat |
|-----------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| Szkolenia                         | 73,3                            | 65,4                                  | 72,7                            |
| Konferencje                       | 53,3                            | 46,2                                  | 50,0                            |
| Rozmowa z doświadczonym ekspertem | 46,7                            | 53,8                                  | 59,1                            |
| Studiowanie literatury (książki)  | 0,0                             | 34,6                                  | 27,3                            |
| Czytanie czasopism branżowych     | 20,0                            | 19,2                                  | 18,2                            |
| Inne                              | 6,7                             | 3,8                                   | 0,0                             |
| Razem                             | 30                              | 58                                    | 50                              |
|                                   | N=15=100,0%                     | N=26=100,0%                           | N=22=100,0%                     |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

### **5.3. Zarządzanie wiedzą przez personel medyczny**

W tabelach nr 76-81 zamieszczono informacje opracowane i przedstawione w formie danych statystycznych, zawierające medianę i odchylenie standardowe, jak również testy statystyczne (test t-Studenta).

Tabela nr 76. Poziom wiedzy personelu medycznego z poszczególnych działów wiedzy menedżerskiej

| Działy                    | Mediana | Odchylenie standardowe | t-Studenta | Poziom istotności |
|---------------------------|---------|------------------------|------------|-------------------|
| Ogółem                    | 3,0     | 0,7                    | 0,369      | 0,713             |
| Zarządzanie finansami     | 2,4     | 0,8                    | -8,782     | 0,000             |
| Marketing i jakość        | 3,2     | 0,8                    | 3,557      | 0,000             |
| Nadzór nad infrastrukturą | 3,0     | 1,0                    | -0,435     | 0,664             |
| Zarządzanie kadrami       | 2,9     | 1,0                    | -1,666     | 0,098             |
| Zarządzanie informacją    | 3,3     | 1,0                    | 4,373      | 0,000             |
| Psychologia zarządzania   | 3,4     | 0,8                    | 7,132      | 0,000             |
| Zarządzanie zmianą        | 2,9     | 0,9                    | -2,090     | 0,038             |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Analiza działów wiedzy menedżerskiej pokazuje, że odchylenie standardowe jest najniższe w przypadku zarządzania finansami, marketingu i jakości oraz psychologii zarządzania. Istnieje duże zróżnicowanie w poziomie wiedzy menedżerskiej w całej populacji badawczej. Na podstawie testu statystycznego stwierdza się, że poziom istotności w przypadku zarządzania zmianą wynosi 3,8%, czyli 96,2% uzyskanych wyników w tym zakresie nie jest dziełem przypadku. Z kolei najgorszy wynik osiągnięto w zakresie wiedzy – nadzór nad infrastrukturą.

Tabela nr 77. Poziom wiedzy personelu medycznego przy uwzględnieniu podziału na grupy zawodowe

| Działy                    | Pielęgniarki |                        | Lekarze |                        | Testy      |                   |
|---------------------------|--------------|------------------------|---------|------------------------|------------|-------------------|
|                           | Mediana      | Odchylenie standardowe | Mediana | Odchylenie standardowe | T-studenta | Poziom istotności |
| Ogółem                    | 3,0          | 0,7                    | 3,0     | 0,8                    | 0,442      | 0,659             |
| Zarządzanie finansami     | 2,4          | 0,8                    | 2,4     | 0,9                    | -0,122     | 0,903             |
| Marketing i jakość        | 3,2          | 0,8                    | 3,2     | 0,9                    | 0,214      | 0,831             |
| Nadzór nad infrastrukturą | 3,1          | 0,9                    | 2,8     | 1,0                    | 1,526      | 0,129             |
| Zarządzanie kadrami       | 2,9          | 0,9                    | 2,8     | 1,1                    | 0,463      | 0,644             |
| Zarządzanie informacją    | 3,3          | 1,1                    | 3,3     | 0,9                    | -0,024     | 0,981             |
| Psychologia zarządzania   | 3,4          | 0,8                    | 3,5     | 0,8                    | -0,156     | 0,876             |
| Zarządzanie zmianą        | 2,9          | 0,8                    | 2,8     | 1,0                    | 0,430      | 0,668             |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W kilku przypadkach odchylenia mają mniejsze wartości. W grupie lekarzy w zakresie wiedzy dotyczącej komunikacji z pacjentami różnica między najwyższą a najniższą oceną wynosi 0,6, a mediana osiąga wysoki współczynnik 4,0. Wskazuje to na przeświadczenie lekarzy o posiadaniu wiedzy z tego zakresu. Wysoka ocena tej cechy pokazuje, że wszyscy przebadani lekarze dostrzegają jej istotność. Potwierdza to umieszczenie tej wiedzy w zbiorze kompetencji wymaganych od personelu medycznego. Przy uwzględnieniu podziału grupy lekarzy według płci okazuje się, że odchylenie standardowe jest jeszcze niższe i mieści się w zakresie 0,5. Z analizy danych za pomocą metody t-Studenta wynika, że żaden z działów wiedzy nie osiągnął współczynnika istotności pomiaru 0,05.

W tabeli nr 78 przedstawiono dane empiryczne, które przy analizie podzielono na grupy różniące się wiekiem. Odchylenie standardowe jest na takim samym poziomie w trzech grupach wiekowych w przypadku zarządzania finansami, marketingu i jakości, zarządzana informacją i wynosi w przypadku dwóch pierwszych zakresów wiedzy 0,8, w trzecim przypadku 1,0. We wszystkich zakresach wiedzy menedżerskiej występują znaczne różnice między najlepszą a najgorszą oceną, która osiąga wielkość od 0,8 aż do 1,1. Pokazuje to duże zróżnicowanie wiedzy menedżerskiej w grupie personelu medycznego, w której występują tzw. przodownicy, jak i maruderzy. W przypadku trzech zakresów wiedzy poziom istotności wyniósł co najwyżej 0,05.

Tabela nr 78. Poziom wiedzy personelu medycznego przy uwzględnieniu podziału na kryterium wieku

| Działy                    | Poniżej 40 lat |                        | 41-49 lat |                        | 50 i więcej lat |                        | Testy      |                   |
|---------------------------|----------------|------------------------|-----------|------------------------|-----------------|------------------------|------------|-------------------|
|                           | Mediana        | Odchylenie standardowe | Mediana   | Odchylenie standardowe | Mediana         | Odchylenie standardowe | t-Studenta | Poziom istotności |
| Ogółem                    | 2,7            | 0,7                    | 3,1       | 0,7                    | 3,2             | 0,8                    | 6,521      | 0,002             |
| Zarządzanie finansami     | 2,3            | 0,8                    | 2,5       | 0,8                    | 2,6             | 0,8                    | 1,895      | 0,154             |
| Marketing i jakość        | 3,0            | 0,8                    | 3,3       | 0,8                    | 3,4             | 0,8                    | 3,146      | 0,046             |
| Nadzór nad infrastrukturą | 2,6            | 1,1                    | 3,1       | 0,8                    | 3,2             | 1,1                    | 5,436      | 0,005             |
| Zarządzanie kadrami       | 2,5            | 0,9                    | 3,0       | 0,9                    | 3,0             | 1,0                    | 4,355      | 0,014             |
| Zarządzanie informacją    | 3,0            | 1,0                    | 3,5       | 1,0                    | 3,5             | 1,0                    | 5,084      | 0,007             |
| Psychologia zarządzania   | 3,1            | 0,8                    | 3,6       | 0,8                    | 3,6             | 0,7                    | 5,297      | 0,006             |
| Zarządzanie zmianą        | 2,5            | 0,9                    | 3,0       | 0,8                    | 3,1             | 0,9                    | 5,617      | 0,004             |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Autor, porównując wyniki zaprezentowane w tabeli nr 76 i 79, zwraca uwagę na różnice w średniej ocenie między wiedzą rzeczywistą a zgłaszanym zapotrzebowaniem na nią personelu medycznego. Wskazuje to na istniejącą lukę kompetencyjną w zakresie wiedzy menedżerskiej badanej grupy. Odchylenie standardowe w przypadku potrzeb kompetencji wiedzy mieści się w zakresie od 0,7 do 1,0.

Tabela nr 79. Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny

| Działy                    | Mediana | Odchylenie standardowe | t-Studenta | Poziom istotności |
|---------------------------|---------|------------------------|------------|-------------------|
| Ogółem                    | 3,7     | 0,7                    | 13,293     | 0,000             |
| Zarządzanie finansami     | 3,5     | 0,9                    | 7,295      | 0,000             |
| Marketing i jakość        | 3,9     | 0,8                    | 13,670     | 0,000             |
| Nadzór nad infrastrukturą | 3,4     | 1,0                    | 5,513      | 0,000             |
| Zarządzanie kadrami       | 3,6     | 1,0                    | 7,785      | 0,000             |
| Zarządzanie informacją    | 3,7     | 0,8                    | 9,925      | 0,000             |
| Psychologia zarządzania   | 4,1     | 0,8                    | 16,826     | 0,000             |
| Zarządzanie zmianą        | 3,9     | 0,8                    | 13,211     | 0,000             |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Przebadane grupy zawodowe mają różniące się od siebie oceny potrzeb. Jedynie w przypadku zarządzania finansami mediana w grupie lekarzy jest wyższa od oceny pielęgniarek. W innych zakresach wiedzy wynik ten jest odwrotny. Należy zwrócić uwagę na poziom istotności, który w przypadku zarządzania kadrami osiągnął poziom 1,9%, czyli jest to wynik istotny statystycznie.

Tabela nr 80. Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny według kryterium przynależności zawodu

| Działy                    | Pielęgniarki |                        | Lekarze |                        | Testy      |                   |
|---------------------------|--------------|------------------------|---------|------------------------|------------|-------------------|
|                           | Mediana      | Odchylenie standardowe | Mediana | Odchylenie standardowe | t-Studenta | Poziom istotności |
| Ogółem                    | 3,8          | 0,7                    | 3,7     | 0,7                    | 0,980      | 0,329             |
| Zarządzanie finansami     | 3,4          | 0,8                    | 3,7     | 1,0                    | -1,535     | 0,127             |
| Marketing i jakość        | 4,0          | 0,7                    | 3,8     | 0,9                    | 1,316      | 0,190             |
| Nadzór nad infrastrukturą | 3,5          | 1,0                    | 3,4     | 1,0                    | 0,470      | 0,639             |
| Zarządzanie kadrami       | 3,7          | 0,9                    | 3,4     | 1,1                    | 2,367      | 0,019             |
| Zarządzanie informacją    | 3,7          | 0,8                    | 3,5     | 0,9                    | 1,538      | 0,126             |
| Psychologia zarządzania   | 4,1          | 0,8                    | 4,0     | 0,9                    | 0,692      | 0,490             |
| Zarządzanie zmianą        | 3,9          | 0,8                    | 3,8     | 0,8                    | 0,473      | 0,637             |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Analizując dane z tabeli nr 81, badacz zwraca uwagę na różnice w medianie cech w różnych grupach wiekowych. Wraz z wiekiem rosną potrzeby doskonalenia wiedzy menedżerskiej wśród przedstawicieli personelu medycznego. Powyższe dane pod względem odchyłeń standardowych we wszystkich przebadanych grupach wiekowych mają taki sam poziom, są bardzo zróżnicowane. Wskutek tego badacz stwierdza, że grupy nie są jednorodne w swojej ocenie, ale bardzo zróżnicowane we wszystkich kategoriach wiekowych. Z przeprowadzonego testu statystycznego wynika, że wszystkie działy wiedzy są nieistotne statystycznie.

Tabela nr 81. Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny według kryterium wieku

| Działy                    | Poniżej 40 lat |                        | 41-49 lat |                        | 50 i więcej lat |                        | Testy      |                   |
|---------------------------|----------------|------------------------|-----------|------------------------|-----------------|------------------------|------------|-------------------|
|                           | Mediana        | Odchylenie standardowe | Mediana   | Odchylenie standardowe | Mediana         | Odchylenie standardowe | t-Studenta | Poziom istotności |
| Ogółem                    | 3,6            | 0,7                    | 3,7       | 0,6                    | 3,8             | 0,8                    | 1,111      | 0,332             |
| Zarządzanie finansami     | 3,3            | 0,9                    | 3,5       | 0,9                    | 3,8             | 0,9                    | 3,059      | 0,050             |
| Marketing i jakość        | 3,8            | 0,9                    | 3,9       | 0,8                    | 3,9             | 0,9                    | 0,144      | 0,866             |
| Nadzór nad infrastrukturą | 3,2            | 1,1                    | 3,5       | 1,0                    | 3,6             | 1,0                    | 2,091      | 0,127             |
| Zarządzanie kadrami       | 3,5            | 1,0                    | 3,6       | 0,9                    | 3,7             | 1,0                    | 0,404      | 0,669             |
| Zarządzanie informacją    | 3,6            | 0,8                    | 3,7       | 0,8                    | 3,7             | 0,9                    | 0,127      | 0,881             |
| Psychologia zarządzania   | 4,0            | 0,9                    | 4,1       | 0,8                    | 4,1             | 0,7                    | 0,671      | 0,512             |
| Zarządzanie zmianą        | 3,7            | 0,9                    | 3,9       | 0,8                    | 3,9             | 0,8                    | 0,706      | 0,495             |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W rozdziale czwartym przedstawiono rozważania zaczerpnięte z dwóch badań przeprowadzonych za pośrednictwem metody ankietowej. Oba badania dzielił również interwał czasowy, większe badania miały na celu uzyskanie ogólnych danych empirycznych, z kolei drugie badanie zostało ukierunkowane na uszczegółowienie danych do analizy badawczej.

Podnoszenie kompetencji przez personel medyczny jest bardzo zróżnicowane. Zmiany w wymogach kwalifikacyjnych dla pielęgniarek spowodowały, że zostały zobligowane do uzyskania tytułu zawodowego licencjata. W związku z tym duża



grupa pielęgniarek uczestniczyła w zajęciach na studiach wyższych. Jeżeli chodzi o studia podyplomowe (roczne i dwuletnie), to brali w nich udział pracownicy z obu badanych grup zawodowych. Największym powodzeniem cieszą się szkolenia jako forma najbardziej przydatna dla personelu medycznego. Wynika to stąd, że pracownicy nie mają zbyt dużo czasu na podnoszenie kompetencji, utrudnione jest uczestnictwo w zajęciach rozłożonych w długiej perspektywie. Szkolenia spełniają ten zasadniczy warunek i zajmują najwyżej 3-4 dni, a zazwyczaj 1-2 (w weekendy).

\*\*\*\*\*

Przeprowadzona w rozdziale piątym analiza wyników badawczych oparta została na danych i informacjach wtórnych oraz pierwotnych, dotyczących kompetencji zawodowych na stanowiskach menedżerskich, przejawianych przez lekarzy oraz pielęgniarki. Uzupełnieniem tych rozważań są dane przedstawione i omówione w rozdziale szóstym, które stanowią pogłębienie analizy kompetencji personelu medycznego w zakresie wiedzy i umiejętności relacyjnych.

## ROZDZIAŁ VI

**KOMPETENCJE SPOŁECZNE  
PERSONELU MEDYCZNEGO****6.1. Proces komunikacji interpersonalnej  
w szpitalach**

Analiza literatury dokonana w pierwszych trzech rozdziałach książki pokazuje, że część definicji ma charakter bardzo ogólny i wskazuje jedynie na celowość zachowania jednostki czy też dążenia do oczekiwanych rezultatów. Natomiast autor pragnie zwrócić uwagę na te definicje, wskazując na komponenty kompetencji mające zasadnicze znaczenie w rozwoju człowieka, takie jak: wiedza, umiejętności, doświadczenie czy postawy<sup>274, 275</sup>.

W jeszcze innych definicjach dotyczących kompetencji autor określa je jako zróżnicowanie i szczegółowe obszary funkcjonowania jednostki w miejscu pracy, jak chociażby, działania zespołowe czy też kultura osobista<sup>276</sup>.

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 kompetencji<sup>277</sup>) wraz z cechami osobowościowymi, prezentowanymi postawami i wartościami jednostki<sup>278</sup>. Za koncepcją R. Boyatzisa o kompetencjach mówimy wówczas, gdy przejawiają się one w zewnętrznym

<sup>274</sup> Zob. D. Thierry, Ch. Sauret, *Zarządzanie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Poltext, Warszawa 1994, s. 6.

<sup>275</sup> Zob. G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, PWE, Warszawa 2004, s. 25-31.

<sup>276</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 30.

<sup>277</sup> R. N. Kanungo, S. Misra, *Managerial resourcefulness: A reconceptualization of management skills*, "Human Relations", 1992, nr 12.

<sup>278</sup> M. Armstrong, *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001, s. 241-242.

zachowaniu, czyli gdy są utylitarne, wykorzystywane w procesie wykonywania pracy<sup>279</sup>.

Z punktu widzenia zarządzania zasobami ludzkimi istotną staje się analiza relacji, jaka występuje między kompetencjami oczekiwanymi a kompetencjami dostępnymi w organizacji<sup>280</sup>, ze szczególnym uwzględnieniem aspektu teoretycznego (wiedza) oraz praktycznego (umiejętności) w celu ich efektywnego wykorzystania w podmiotach leczniczych.

System komunikacji można porównać do krwioobiegu żywego organizmu, którym zgodnie z jedną z metafor organizacyjnych jest przedsiębiorstwo<sup>281</sup>. 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 działań funkcjonalnych przedsiębiorstwa. Jest ona nie tylko obecna, lecz także niezbędna na każdym etapie tworzenia wartości<sup>282</sup>. Za najistotniejsze cechy kompetencji należy uznać umiejętności oraz wiedzę.

We Francji co czwarty pacjent wybiera szpital ze względu na reputację<sup>283</sup>. I właśnie poprzez wykorzystanie zarówno wiedzy, jak i umiejętności lekarzy oraz pielęgniarek, przy jednoczesnej kontroli reputacji i wizerunku oraz niedopuszczaniu 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<sup>284</sup>.

<sup>279</sup> 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.

<sup>280</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 200.

<sup>281</sup> G. Morgan, *Obrazy organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997, s. 56-65.

<sup>282</sup> A. Matczewski, A. Sławik, *Holistyczne podejście do zarządzania komunikacją korporacyjną*, [w:] *Komunikacja i jakość w zarządzaniu*, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010, s. 214.

<sup>283</sup> Zob. L. Robillard, *Marketing hospitalier. Un oxymore qui prend sens*, « Revue Hospitalière de France » (dwumiesięcznik), Juillet /Août 2007.

<sup>284</sup> Zob. N. Dardouri, S. Tomassella, *Modeles dynamique de rétroaction*, CEM, 2003.

## 6.2. Umiejętności interpersonalne personelu medycznego

W tej części publikacji zgromadzono oraz przeanalizowano wyniki badań, które zawierają samoocenę posiadanych umiejętności interpersonalnych przez personel medyczny. Oczywiście należy założyć, że ocena ta nie jest obiektywna. W większości przypadków jest ona zawyżona. Na podstawie przyjętych przez badacza uwag 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.

Badacz, podejmując się opisanie istotności umiejętności interpersonalnych, przyjął zasadę stopniowania ich w skali pięciostopniowej. Wskutek tego przyjęto następujący wzór sumy cechy interpersonalnej dla badanej grupy:

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^5 i \cdot L_{WSKi}$$

gdzie:

$S_{LWSK}$  – suma cechy interpersonalnej grupy,

$L_{WSKi}$  – liczba wskazań i-tej samooceny cechy interpersonalnej.

W tabeli nr 82 zawarta jest analiza tych 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.

Z kolei w relacjach wewnętrznych ważne są: komunikatywność, wytrwałość, odporność na stres, optymizm i odpowiedzialność za wykonywaną pracę. Oprócz powyższych cech personel medyczny (w większym stopniu lekarze niż pielęgniarki) w celu podnoszenia wiedzy zawodowej powinien umieć samomotywować się i w sposób ciągły kształcić kompetencje. Osoby tej profesji muszą być wytrwałe.

Personel medyczny najwyżej ocenił następujące cechy, które zostały zapisane według kolejności od najważniejszej do najmniej istotnej: odporność na stres, odpowiedzialność, systematyczność, komunikatywność, dokładność, chęć ciągłego uczenia się. Jeszcze inne cztery umiejętności uzyskały ocenę co najmniej dobrą.

Stąd wniosek, że na dwanaście sugerowanych cech personelu medycznego w badaniu potwierdzono, że dziesięć spośród nich to umiejętności ważne dla personelu medycznego, często nawet na bardzo wysokim poziomie.

Tabela nr 82. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według personelu medycznego

| Odpowiedź                 | Zsumowanie odpowiedzi | Odsetek uzyskanych punktów [%] | Średnia ocena cechy |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------------|
| Odporność na stres        | 725                   | 7,8                            | 4,48                |
| Odpowiedzialność          | 725                   | 7,8                            | 4,48                |
| Systematyczność           | 719                   | 7,7                            | 4,44                |
| Komunikatywność           | 718                   | 7,7                            | 4,43                |
| Dokładność                | 715                   | 7,7                            | 4,41                |
| Chęć ciągłego uczenia się | 691                   | 7,4                            | 4,27                |
| Otwartość                 | 680                   | 7,3                            | 4,20                |
| Empatia                   | 667                   | 7,2                            | 4,12                |
| Wytrwałość                | 656                   | 7,1                            | 4,05                |
| Kreatywność               | 655                   | 7,1                            | 4,04                |
| Asertywność               | 645                   | 6,9                            | 3,98                |
| Optymizm                  | 638                   | 6,9                            | 3,94                |
| Dyspozycyjność            | 617                   | 6,6                            | 3,81                |
| Zdolności przywódcze      | 449                   | 4,8                            | 2,77                |
| Suma                      | 9300                  | 100,0                          | 4,10                |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Samoocena umiejętności interpersonalnych z podziałem na grupy zawodowe zawarta jest w tabelach nr 83 i 84. Do wyliczenia danych badacz posłużył się wzorem wcześniej opisanym<sup>285</sup>. Z opracowania liczbowego 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.

Porównując oceny każdej z czternastu umiejętności dokonane przez badane osoby, można wyróżnić trzy zbiorowości tych cech ze względu na istotność dla personelu medycznego. W pierwszej skupiono cechy wyżej ocenione przez

<sup>285</sup> Wzór na sumę cechy interpersonalnej w grupie zawodowej.

pielęgniarki, są to: systematyczność, dyspozycyjność 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, jak: komunikatywność, empatia, kreatywność oraz chęć ciągłego uczenia się. Dwie pierwsze są umiejętnościami przydatnymi i wykorzystywanymi w relacjach na płaszczyźnie lekarz i pacjent.

Szczególnie w ostatnich latach wzmacnia się znaczenie postawy współczucia, inaczej empatii, charakteryzującej się empatycznymi reakcjami na cierpienie innych, często wywołując poczucie troski o nich. Odczucia empatii często składają się do zachowań mających na celu niesienie pomocy osobom znajdującym się w trudnej sytuacji życiowej czy też osobistej. Empatia wyraża także uczucia, które są w stanie hamować agresję i inne szkodliwe zachowania<sup>286</sup>. 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.

W trzeciej podgrupie zgromadzono cechy, które według badanych są na podobnym poziomie w obu grupach zawodowych. Zalicza się do nich: asertywność, otwartość, odporność na stres, wytrwałość, optymizm, odpowiedzialność oraz zdolności przywódcze.

Przebadani pracownicy, zarówno w grupie lekarzy, jak i pielęgniarek, 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 nr 83. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według pielęgniarek

| Odpowiedź          | Zsumowanie odpowiedzi | Odsetek uzyskanych punktów [%] | Średnia ocena |
|--------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------|
| Odporność na stres | 437                   | 7,8                            | 4,41          |
| Komunikatywność    | 436                   | 7,8                            | 4,40          |
| Odpowiedzialność   | 436                   | 7,8                            | 4,40          |
| Systematyczność    | 435                   | 7,8                            | 4,39          |
| Dokładność         | 432                   | 7,8                            | 4,36          |
| Otwartość          | 410                   | 7,4                            | 4,14          |

<sup>286</sup> J. P. Tangney, J. Stuewig, D. J. Mashek, *Moral Emotions and Moral Behavior*, „Annual Review of Psychology”, nr 58/2007, s. 363.

|                           |      |       |      |
|---------------------------|------|-------|------|
| Chęć ciągłego uczenia się | 409  | 7,3   | 4,13 |
| Empatia                   | 395  | 7,1   | 3,99 |
| Wytrwałość                | 393  | 7,0   | 3,97 |
| Kreatywność               | 387  | 7,0   | 3,90 |
| Asertywność               | 386  | 6,9   | 3,90 |
| Optymizm                  | 381  | 6,8   | 3,85 |
| Dyspozycyjność            | 375  | 6,7   | 3,79 |
| Zdolności przywódcze      | 265  | 4,8   | 2,68 |
| Suma                      | 5577 | 100,0 | 4,02 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Średnia ocena umiejętności posiadanych przez lekarzy jest na poziomie 4,22, z kolei pielęgniarki wystawiły sobie średnią ocenę 4,02.

Przebadani lekarze ocenili, że 6 cech mają na bardzo wysokim poziomie, kolejnych 6 na wysokim poziomie, przeciętną ocenę uzyskała cecha dyspozycyjności. Najmniejszą przydatność oraz samoocenę u lekarzy uzyskała zdolność przywódcza, która nie osiągnęła nawet przeciętnego, lecz niski poziom.

Przedstawicielki zawodu pielęgniarskiego uznały poziom 7 cech jako wysoki, przeciętny osiągnęło 6 umiejętności. Zgodnie z przewidywaniami pielęgniarki za najmniej przydatną oraz rozwiniętą u siebie cechę uznały zdolności przywódcze, które osiągnęły niską ocenę (2,68). Badacz do określenia priorytetowych cech interpersonalnych na stanowiskach wykonawczych posłużył się wzorem na sumę cechy interpersonalnej w grupie.

Tabela nr 84. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według lekarzy

| Odpowiedź                 | Zsumowanie odpowiedzi | Odsetek uzyskanych punktów [%] | Średnia ocena |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------|
| Odpowiedzialność          | 289                   | 7,8                            | 4,59          |
| Odporność na stres        | 288                   | 7,7                            | 4,57          |
| Systematyczność           | 284                   | 7,6                            | 4,51          |
| Dokładność                | 283                   | 7,6                            | 4,49          |
| Chęć ciągłego uczenia się | 282                   | 7,6                            | 4,48          |
| Komunikatywność           | 282                   | 7,6                            | 4,48          |
| Empatia                   | 272                   | 7,3                            | 4,32          |
| Otwartość                 | 270                   | 7,3                            | 4,29          |
| Kreatywność               | 268                   | 7,2                            | 4,25          |
| Wytrwałość                | 263                   | 7,1                            | 4,17          |

ROZDZIAŁ VI  
KOMPETENCJE SPOŁECZNE PERSONELU MEDYCZNEGO

|                      |      |       |      |
|----------------------|------|-------|------|
| Asertywność          | 259  | 7,0   | 4,11 |
| Optymizm             | 257  | 6,9   | 4,08 |
| Dyspozycyjność       | 242  | 6,5   | 3,84 |
| Zdolności przywódcze | 184  | 4,9   | 2,92 |
| Suma                 | 3723 | 100,0 | 4,22 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Dane dotyczące umiejętności interpersonalnych 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.

Tabela nr 85. 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 uzupełniającego badania ilościowego.



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% na cechę interpersonalną.

### **6.3. Pożądane kompetencje społeczne kadry zarządzającej**

W tej części przeanalizowano oczekiwania personelu medycznego w stosunku do menedżerów opieki zdrowia bez uwzględnienia ich umiejętności zarządzania.

W tabeli nr 86 zaprezentowano ocenę umiejętności interpersonalnych dokonaną przez pielęgniarki i lekarzy, ale dotyczących oczekiwań wobec osób zajmujących stanowisko kierownicze. Na tej podstawie można stwierdzić, jakie cechy powinni posiadać kierownicy w ocenie podwładnych. Do wyliczenia danych zawartych w tabelach nr 86, 87 i 89 posłużono się wzorem opisanym wcześniej.

W odróżnieniu od pracowników operacyjnych kierownicy muszą mieć rozwinięte zdolności przywódcze – ta ocena nie może dziwić. Na takim samym poziomie oceniono: umiejętności komunikowania się, odporność na stres, kreatywność oraz odpowiedzialność. Z kolei najniższą ocenę uzyskały takie cechy, jak: dokładność, empatia, otwartość oraz optymizm.

Zestawiając dane z tabeli nr 86, dotyczącej cech interpersonalnych przypisanych menedżerom podmiotów leczniczych z informacjami z tabeli nr 82, zauważa się, że występuje różnica w średniej sumarycznej ocenie cech, która wynosi 4,45 u osób na stanowiskach kierowniczych, a 4,10 dla personelu medycznego.

Oceniając poziom posiadanych umiejętności, zarówno osoby niepiastujące stanowisk menedżerskich, jak również kierownicy komórek organizacyjnych o zawodzie lekarskim bądź pielęgniarskim, wykazali następującą prawidłowość: osoby te, bez względu na zajmowane stanowisko, wysoko oceniają u siebie taką cechę, jak dokładność. Z kolei największa różnica w ocenie rzeczywistych umiejętności i oczekiwań między dyrektorami a specjalistami, dotyczy głównie zdolności przywódczych (różnica wynosi 1,93 w skali pięciostopniowej, czyli 38,6%). W przypadku kreatywności, dyspozycyjności i asertywności różnice między osobami funkcyjnymi a niefunkcyjnymi są na poziomie od 0,39 do 0,61, czyli 8%-12%.

Tabela nr 86. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według personelu medycznego

| Odpowiedź                 | Zsumowanie odpowiedzi | Odsetek uzyskanych punktów [%] | Średnia ocena |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------|
| Zdolności przywódcze      | 761                   | 7,5                            | 4,70          |
| Odporność na stres        | 759                   | 7,5                            | 4,69          |
| Odpowiedzialność          | 758                   | 7,5                            | 4,68          |
| Kreatywność               | 754                   | 7,5                            | 4,65          |
| Komunikatywność           | 752                   | 7,5                            | 4,64          |
| Dyspozycyjność            | 716                   | 7,1                            | 4,42          |
| Chęć ciągłego uczenia się | 715                   | 7,1                            | 4,41          |
| Wytrwałość                | 713                   | 7,1                            | 4,40          |
| Asertywność               | 708                   | 7,0                            | 4,37          |
| Systematyczność           | 703                   | 7,0                            | 4,34          |
| Optymizm                  | 694                   | 6,9                            | 4,28          |
| Otwartość                 | 688                   | 6,8                            | 4,25          |
| Empatia                   | 683                   | 6,8                            | 4,21          |
| Dokładność                | 680                   | 6,7                            | 4,20          |
| Suma                      | 10084                 | 100,0                          | 4,45          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Przedstawicielki zawodu pielęgniarskiego, które dokonały oceny poziomu umiejętności osób na stanowiskach kierowniczych różnych szczebli organizacji, za najważniejsze cechy uznały komunikatywność, kreatywność, odporność na stres oraz zdolności przywódcze. Natomiast najmniejsze znaczenie przypisały takim cechom, jak: dokładność, systematyczność, empatia czy też asertywność. Przy pozostałych pięciu umiejętnościach ocenianych przez cały personel medyczny udział w całkowitych wskazaniach mieści się w przedziale od 7,0 do 7,1%.

Przebadane pielęgniarki wskazały, że od osób zajmujących stanowiska kierownicze oczekują następujących cech interpersonalnych: odporności na stres, kreatywności, zdolności przywódczych, komunikatywności, odpowiedzialności. Kolejne 8 umiejętności wycenionych zostało jako cechy wysoce pożądane i wymagane od kierownictwa różnych szczebli zarządzania szpitalami.

Według tej grupy zawodowej najmniej przydatną umiejętnością jest dokładność, która dla pielęgniarek ma charakter działań manualnych przydatnych w pracy operacyjnej, ale niepotrzebna jest na poziomie zarządzania szpitalami.

Tabela nr 87. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według pielęgniarek

| Odpowiedź                 | Zsumowanie odpowiedzi | Odsetek uzyskanych punktów [%] | Średnia ocena |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------|
| Odporność na stres        | 460                   | 7,6                            | 4,65          |
| Kreatywność               | 459                   | 7,6                            | 4,64          |
| Zdolności przywódcze      | 456                   | 7,5                            | 4,61          |
| Komunikatywność           | 456                   | 7,5                            | 4,61          |
| Odpowiedzialność          | 451                   | 7,4                            | 4,56          |
| Chęć ciągłego uczenia się | 432                   | 7,1                            | 4,36          |
| Wytrwałość                | 431                   | 7,1                            | 4,35          |
| Otwartość                 | 425                   | 7,0                            | 4,29          |
| Dyspozycyjność            | 425                   | 7,0                            | 4,29          |
| Optymizm                  | 425                   | 7,0                            | 4,29          |
| Empatia                   | 422                   | 6,9                            | 4,26          |
| Asertywność               | 417                   | 6,9                            | 4,21          |
| Systematyczność           | 412                   | 6,8                            | 4,16          |
| Dokładność                | 401                   | 6,6                            | 4,05          |
| Suma                      | 6072                  | 100,0                          | 4,38          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Przyjęta przez autora hipoteza o istnieniu powiązania między wskazaniem priorytetowych cech interpersonalnych przez pielęgniarki i menedżerów opieki zdrowotnej została potwierdzona. Stąd wniossek, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy.

Tabela nr 88. Zależność między samooceną cech interpersonalnych przez pielęgniarki a oceną poziomu cech pożądanych przez menedżerów niezbędnych na stanowisku kierowniczym

|                            | Wartość | df | Istotność asymptotyczna (dwustronna) |
|----------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| Test zgodności chi kwadrat | 25,634  | 13 | p=0,019                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Autor uważa, że przedstawiciele zawodu lekarskiego, w odróżnieniu od pielęgniarek, mający więcej możliwości piastowania funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych powinni być lepiej wyposażeni w kompetencje menedżerskie. Według lekarzy za szczególnie ważne umiejętności u osób zarządzających szpitalami uznaje się takie cechy, jak: zdolności przywódcze, odpowiedzialność, odpor-

ność na stres, komunikatywność oraz kreatywność. Wysoka ocena własnych cech przez lekarzy, jak i oczekiwania członków tej grupy w stosunku do osób funkcyjnych dotyczy następujących umiejętności: odpowiedzialności, odporności na stres, komunikatywności oraz systematyczności. Różnice występują w poziomach ocen tych cech. W każdej z powyższych cech różnice między rzeczywistym stanem posiadania określonej umiejętności przez menedżerów i lekarzy mieści się w zakresie od 0,11 do 0,28 na korzyść tej pierwszej grupy.

Tabela nr 89. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według lekarzy

| Odpowiedź                 | Zsumowanie odpowiedzi | Odsetek uzyskanych punktów [%] | Średnia ocena |
|---------------------------|-----------------------|--------------------------------|---------------|
| Odpowiedzialność          | 307                   | 7,6                            | 4,87          |
| Zdolności przywódcze      | 305                   | 7,6                            | 4,84          |
| Odporność na stres        | 299                   | 7,5                            | 4,75          |
| Komunikatywność           | 296                   | 7,4                            | 4,70          |
| Kreatywność               | 295                   | 7,4                            | 4,68          |
| Systematyczność           | 291                   | 7,3                            | 4,62          |
| Asertywność               | 291                   | 7,3                            | 4,62          |
| Dyspozycyjność            | 291                   | 7,3                            | 4,62          |
| Chęć ciągłego uczenia się | 283                   | 7,0                            | 4,49          |
| Wytrwałość                | 282                   | 7,0                            | 4,48          |
| Dokładność                | 279                   | 6,9                            | 4,43          |
| Optymizm                  | 269                   | 6,7                            | 4,27          |
| Otwartość                 | 263                   | 6,5                            | 4,17          |
| Empatia                   | 261                   | 6,5                            | 4,14          |
| Suma                      | 4012                  | 100,0                          | 4,55          |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W kontekście opracowywania koncepcji systemowej niezwykle istotna jest tabela nr 89, która zawiera dane dotyczące domniemanych wymagań wobec osób piastujących funkcje kierownicze. Podobnie, jak w przypadku wiedzy menedżerskiej, tak samo i przy umiejętnościach interpersonalnych występują różnice między cechami na poziomie 0,2-0,5. Wskazuje to na duże oczekiwania pracowników szpitali wobec kierownictwa. Wymagają oni od osób zarządzających szpitalami wiedzy specjalistycznej oraz menedżerskiej, jak również umiejętności interpersonalnych rozwiniętych na wysokim poziomie. Odchylenia standardowe nie są duże w przypadku pracowników w dojrzałym wieku (powyżej 50. roku życia). Aż w 8 na 14 cech odchylenia standardowe mieszczą

się w zakresie 0,2 do 0,4, co wskazuje na bardzo zbliżoną ocenę respondentów. W przypadku innych grup wiekowych oceny są różne, część charakteryzuje się odchyleniem na poziomie 0,4-0,5, ale w części cech oceny mieszczą się w szerszym zakresie od 0,8 do nawet 1,0.

Tabela nr 90. Zależność między samooceną cech interpersonalnych przez lekarzy a oceną poziomu cech poświadczanych przez menedżerów niezbędnych na stanowisku kierowniczym

|                            | Wartość | df | Istotność asymptotyczna (dwustronna) |
|----------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| Test zgodności chi kwadrat | 24,255  | 13 | p=0,029                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Przyjęta przez autora hipoteza o istnieniu powiązania między wyborem cech interpersonalnych przez pielęgniarki i menedżerów opieki zdrowotnej została potwierdzona. Stąd wniosek, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy.

Tabela nr 91. Umiejętności menedżerskie przypisane do osób, które sprawują funkcję kierowniczą według personelu medycznego 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               | 4,5            | 0,6                    | 4,4       | 0,9                    | 4,7             | 0,5                    | 1,732 | 0,180             |
| Komunikatywność           | 4,8            | 0,5                    | 4,9       | 0,4                    | 4,9             | 0,3                    | 1,531 | 0,220             |
| Empatia                   | 4,3            | 1,0                    | 4,4       | 0,9                    | 4,4             | 1,1                    | 0,183 | 0,833             |
| Otwartość                 | 4,6            | 0,7                    | 4,5       | 0,9                    | 4,5             | 0,8                    | 0,214 | 0,808             |
| Kreatywność               | 4,8            | 0,5                    | 4,8       | 0,7                    | 4,9             | 0,3                    | 0,693 | 0,502             |
| Systematyczność           | 4,6            | 0,8                    | 4,8       | 0,6                    | 4,8             | 0,4                    | 1,414 | 0,247             |
| Chęć ciągłego uczenia się | 4,7            | 0,5                    | 4,7       | 0,8                    | 4,8             | 0,4                    | 0,468 | 0,627             |
| Odporność na stres        | 4,8            | 0,5                    | 4,8       | 0,6                    | 4,8             | 0,4                    | 0,173 | 0,842             |
| Dyspozycyjność            | 4,7            | 0,6                    | 4,6       | 0,9                    | 4,8             | 0,4                    | 1,059 | 0,349             |
| Wytrwałość                | 4,7            | 0,6                    | 4,5       | 0,9                    | 4,8             | 0,5                    | 2,136 | 0,122             |
| Optymizm                  | 4,5            | 0,8                    | 4,5       | 0,8                    | 4,6             | 0,6                    | 0,150 | 0,861             |
| Odpowiedzialność          | 4,8            | 0,4                    | 4,9       | 0,5                    | 5,0             | 0,2                    | 1,225 | 0,297             |
| Dokładność                | 4,7            | 0,6                    | 4,6       | 0,9                    | 4,7             | 0,9                    | 0,117 | 0,890             |
| Zdolności przywódcze      | 4,8            | 0,4                    | 4,7       | 0,7                    | 4,9             | 0,3                    | 0,677 | 0,510             |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Według badanych osób, bez względu na wiek, kierownicy powinni posiadać na bardzo wysokim poziomie takie cechy, jak: komunikatywność, kreatywność, systematyczność, chęć ciągłego uczenia się, odporność na stres, dyspozycyjność, odpowiedzialność oraz zdolności przywódcze. W przypadku pozostałych umiejętności oceny są również wysokie. Sytuacja ta pokazuje, że personel medyczny oczekuje, że kierownicy będą posiadać wyższe kompetencje od nich oraz będą kompleksowo przygotowani do pełnienia roli kierowniczej.

Tabela nr 92. Priorytetowe umiejętności, które powinny być cechą profesjonalnego menedżera rekrutowanego spośród personelu medycznego

| Odpowiedź                   | Liczba wskazań | Odsetek odpowiedzi [%] |
|-----------------------------|----------------|------------------------|
| Komunikatywność             | 53             | 14,8                   |
| Odpowiedzialność            | 49             | 13,7                   |
| Empatia                     | 38             | 10,6                   |
| Odporność na stres          | 35             | 9,8                    |
| Dokładność                  | 31             | 8,7                    |
| Chęć ciągłego uczenia się   | 30             | 8,4                    |
| Asertywność                 | 23             | 6,4                    |
| Otwartość                   | 19             | 5,3                    |
| Kreatywność                 | 18             | 5,0                    |
| Systematyczność             | 17             | 4,8                    |
| Dyspozycyjność              | 13             | 3,6                    |
| Wyrwałość                   | 10             | 2,8                    |
| Optymizm                    | 10             | 2,8                    |
| Uczciwość                   | 3              | 0,9                    |
| Zdolności przywódcze        | 2              | 0,6                    |
| Punktualność                | 2              | 0,6                    |
| Umiejętność pracy w zespole | 1              | 0,3                    |
| Bezstronność                | 1              | 0,3                    |
| Prawdopodobność             | 1              | 0,3                    |
| Fachowość                   | 1              | 0,3                    |
| Suma                        | 357            | 100,0                  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W tabeli nr 92 zaprezentowano dane z całej populacji badawczej. Każdy z reprezentantów wskazał dowolne umiejętności, które według niego są najistotniejsze. Badani mogli wybierać cechy z kwestionariusza badawczego, jak również zaproponować nowe umiejętności. Tym samym do piętnastu zaproponowanych

cech respondenci dodali kolejne. Jednakże, oprócz jednej z cech (uczciwości), którą wskazało dwóch badanych, pozostałe cztery umiejętności wybrały pojedyncze osoby. Stąd wniosek, że badani nie zaproponowali istotnych cech interpersonalnych, które są ważne na stanowisku menedżera opieki zdrowia.

Uzyskane wyniki można podzielić na kilka grup.

Pierwszą stanowią cechy bardzo często występujące: komunikatywność oraz odpowiedzialność.

W skład drugiej wchodzi umiejętności często występujące, czyli: empatia, odporność na stres, dokładność oraz chęć ciągłego uczenia się.

Trzecia grupa składa się z cech pojawiających się czasami. Są to: asertywność, otwartość, kreatywność, systematyczność, dyspozycyjność, wytrwałość oraz optymizm.

Ostatnią, czwartą grupę, stanowią umiejętności pojawiające się rzadko bądź bardzo rzadko. Zaliczamy do nich następujące cechy: uczciwość, zdolności przywódcze, punktualność, umiejętność pracy w zespole, bezstronność, prawdomówność oraz fachowość.

Tabela nr 93. Umiejętności menedżerskie przypisane osobom, które sprawują funkcję kierowniczą według personelu medycznego

| Cecha                     | Mediana | Odchylenie standardowe | t-Studenta | Poziom istotności |
|---------------------------|---------|------------------------|------------|-------------------|
| Asertywność               | 4,5     | 0,8                    | 24,733     | 0,000             |
| Komunikatywność           | 4,9     | 0,4                    | 56,554     | 0,000             |
| Empatia                   | 4,4     | 1,0                    | 17,695     | 0,000             |
| Otwartość                 | 4,6     | 0,8                    | 24,252     | 0,000             |
| Kreatywność               | 4,8     | 0,6                    | 38,793     | 0,000             |
| Systematyczność           | 4,7     | 0,6                    | 34,046     | 0,000             |
| Chęć ciągłego uczenia się | 4,7     | 0,6                    | 33,416     | 0,000             |
| Odporność na stres        | 4,8     | 0,5                    | 45,540     | 0,000             |
| Dyspozycyjność            | 4,6     | 0,7                    | 27,450     | 0,000             |
| Wytrwałość                | 4,6     | 0,7                    | 27,433     | 0,000             |
| Optymizm                  | 4,5     | 0,7                    | 25,775     | 0,000             |
| Odpowiedzialność          | 4,9     | 0,4                    | 52,340     | 0,000             |
| Dokładność                | 4,7     | 0,8                    | 25,025     | 0,000             |
| Zdolności przywódcze      | 4,8     | 0,5                    | 42,330     | 0,000             |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Analiza danych przedstawiających pogląd całej próby badawczej w sprawie wymagań i oczekiwań stawianych przed osobami pełniącymi funkcje menedżerskie pokazuje, że cztery cechy oceniane są na zbliżonym poziomie. Są to: komunikatywność, odpowiedzialność, odporność na stres oraz zdolności przywódcze. Wszystkie cechy poddane ocenie przez personel medyczny uzyskały medianę najniższą 4,5, a najwyższą 4,9. Wskazuje to na bardzo wysokie oczekiwania pracowników szpitali w stosunku do osób zarządzających.

Autor na podstawie przeprowadzonych analizy, doszedł do następujących wniosków:

- Istnieje zależność między asertywnością a otwartością.
- Respondenci, którzy uznają się za osoby odpowiedzialne, przejawiają również uzdolnienia przywódcze oraz wykazują się odpornością na stres.

#### **6.4. Aktywność i świadomość potrzeb szkoleniowych personelu medycznego**

Porównanie oczekiwań z rzeczywistą oceną posiadanych umiejętności interpersonalnych oraz komunikowania się pokazuje, że istnieją różnice w ocenie dokonanej przez personel medyczny. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki wyższe wymagania stawiają menedżerom opieki zdrowotnej aniżeli sobie samym. Istotnym czynnikiem, pozwalającym zwiększyć prawdopodobieństwo poprawy cech interpersonalnych, jest świadomość lekarzy i pielęgniarek dotycząca potrzeby doskonalenia kompetencji. Z danych zawartych w tabeli nr 91 wynika, że większość badanych lekarzy chce uczestniczyć w szkoleniach wewnętrznych z tendencją rosnącą. Zmiana do roku bazowego wynosi 11,7%.

Tabela nr 94. Poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach typu wewnętrznego

| Odpowiedź   | Ilościowa struktura odpowiedzi |         | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|-------------|--------------------------------|---------|--------------------------|-------|
| Rok badania | 2011                           | 2018    | 2011                     | 2018  |
| Tak         | 208                            | 214     | 82,2                     | 93,9  |
| Nie         | 45                             | 14      | 17,8                     | 6,1   |
| Suma        | N = 253                        | N = 228 | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

W przypadku pielęgniarek jest to jeszcze wyższy współczynnik i wynosi 94,8% w 2011 r. oraz 96,6% wskazań w 2018 r. W przypadku jednej i drugiej grupy zawodowej pracownicy zainteresowani są głównie pogłębieniem wiedzy oraz umiejętności typowo zawodowych, przydatnych w świadczeniu usług medycznych.



Tabela nr 95. Poziom uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach typu wewnętrznego

| Odpowiedź | Ilościowa struktura odpowiedzi |         | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|-----------|--------------------------------|---------|--------------------------|-------|
|           | 2011                           | 2018    | 2011                     | 2018  |
| Tak       | 598                            | 601     | 94,8                     | 96,6  |
| Nie       | 33                             | 21      | 5,2                      | 3,4   |
| Suma      | N = 631                        | N = 622 | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Część spośród wymienionych wcześniej cech interpersonalnych ma charakter uniwersalny. Są one przydatne i wykorzystywane zarówno na stanowiskach operacyjnych, jak i przez menedżerów opieki zdrowotnej.

Śród nich, które wzmacniają skuteczność doskonalenia kompetencji, oprócz świadomości wyróżnia się również trafność zakresów tematów szkoleń.

Tabele nr 95 i 96 zawierają informacje badawcze dotyczące oceny doboru tematów w szkoleniach typu wewnętrznego. W przypadku respondentów z grupy lekarzy 87% w 2011 r. oraz 90,4% w 2018 r. stwierdza, że poziom szkoleń wewnętrznych mieści się w zakresie przeciętny – wysoki.

Tabela nr 96. Ocena doboru tematów szkoleń wewnętrznych przez lekarzy

| Odpowiedź     | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|---------------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|               | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Bardzo nisko  | 11                             | 7    | 5,5                      | 3,6   |
| Nisko         | 15                             | 12   | 7,5                      | 6,1   |
| Przeciętnie   | 91                             | 79   | 45,5                     | 40,1  |
| Wysoko        | 75                             | 86   | 37,5                     | 43,6  |
| Bardzo wysoko | 8                              | 13   | 4,0                      | 6,6   |
| Suma          | 200                            | 197  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Dla grupy pielęgniarskiej szkolenia wewnętrzne, ze względu na wykonywane zadania i związane z tym potrzeby, m.in. w zakresie obsługi urządzeń, znajomości procedur oraz umiejętność pracy w zespole, są bardziej użyteczne. Aż 90% badanych przedstawicieli tej zbiorowości pozytywnie odnosi się do tematyki szkoleń wewnętrznych. Różnica między grupami medycznymi wynika ze specyfiki obowiązków na stanowiskach pracy.

Tabela nr 97. Ocena doboru tematów szkoleń wewnętrznych przez pielęgniarki

| Odpowiedź     | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|---------------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|               | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Bardzo nisko  | 8                              | 13   | 1,4                      | 2,4   |
| Nisko         | 18                             | 34   | 3,1                      | 6,3   |
| Przeciętnie   | 261                            | 198  | 44,8                     | 36,9  |
| Wysoko        | 264                            | 251  | 45,2                     | 46,8  |
| Bardzo wysoko | 32                             | 41   | 5,5                      | 7,6   |
| Suma          | 583                            | 537  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Pielęgniarki są zainteresowane doskonaleniem kompetencji przydatnych w codziennej pracy związanej z działaniami operacyjnymi. Możliwości awansu zawodowego są ograniczone, w związku z tym pielęgniarki w niewielkim stopniu chcą zdobywać umiejętności przydatne im w momencie awansu zawodowego na stanowisko kierownicze.

Natomiast lekarze chcą poszerzać wiedzę, podnosić kwalifikacje oraz ulepszać umiejętności ukierunkowane na kompetencje specjalistyczne i związane ze specjalnością zawodową. Personel medyczny dużo rzadziej w trakcie szkoleń chce uzyskać wiedzę oraz umiejętności przydatne na stanowiskach kierowniczych.

Podsumowaniem rozważań, w których analizowana jest skuteczność doskonalenia kompetencji personelu medycznego, są dane zawarte w tabelach nr 97 i 98. Wynika z nich, że lekarze średnio oceniają wiedzę oraz umiejętności przekazane w trakcie szkoleń wewnętrznych. Aż 44,7% przebadanych osób w badaniach zrealizowanych w 2011 r. ma pejoratywny stosunek do tego typu doskonalenia zawodowego. Respondenci przebadani w 2018 r. dużo lepiej oceniają poziom realizowanych szkoleń typu wewnętrznego,

Tabela nr 98. Poziom zadowolenia lekarzy ze szkoleń wewnętrznych

| Odpowiedź | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|-----------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|           | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Tak       | 115                            | 139  | 55,3                     | 72,8  |
| Nie       | 93                             | 52   | 44,7                     | 27,2  |
| Suma      | 208                            | 191  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

W grupie pielęgniarek dominuje odczucie zadowolenia z wewnętrznej formy szkoleń. Większy odsetek wśród pielęgniarek aniżeli w grupie lekarzy jest pozytywnie nastawiony do szkoleń wewnętrznych. Grupę zadowolonych osób stanowi

77,8%. Stąd wniosek, że tematy szkoleń mogą być dopasowane do potrzeb zawodowych pielęgniarek. Inną możliwością jest miejsce realizacji szkoleń wewnętrznych. Odbywają się one na terenie szpitala i bardzo często w godzinach od 9.00 do 15.00.

Tabela nr 99. Poziom zadowolenia pielęgniarek ze szkoleń wewnętrznych

| Odpowiedź | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|-----------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|           | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Tak       | 465                            | 432  | 77,8                     | 72,1  |
| Nie       | 133                            | 167  | 22,2                     | 27,9  |
| Suma      | 598                            | 599  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

W odróżnieniu od szkoleń wewnętrznych, opisanych w tabelach nr 98 i 99, poziom uczestnictwa w szkoleniach zewnętrznych pokazuje, że w tego typu szkoleniach udział biorą tylko ci pracownicy, którzy chcą w nich uczestniczyć. W przypadku lekarzy 54,6% w 2011 r. oraz 39% w 2018 r. nie uczestniczy w szkoleniach zawodowych i okołozawodowych.

Tabela nr 100. Poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach typu zewnętrznego

| Odpowiedź | Ilościowa struktura odpowiedzi |         | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|-----------|--------------------------------|---------|--------------------------|-------|
|           | 2011                           | 2018    | 2011                     | 2018  |
| Tak       | 115                            | 139     | 45,4                     | 61,0  |
| Nie       | 138                            | 89      | 54,6                     | 39,0  |
| Suma      | N = 253                        | N = 228 | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Przyjęta przez autora hipoteza o istnieniu powiązania między ciągłością wyboru szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych przez lekarzy została potwierdzona. Stąd wniosek, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy. Wynik wskazuje, że lekarze, którzy uczestniczyli w szkoleniach wewnętrznych, również brali udział w szkoleniach zewnętrznych.

Tabela nr 101. Zależność między dokonywaniem wyboru szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych w latach 2011 i 2018 przez lekarzy

|                            | Wartość | df | Istotność asymptotyczna (dwustronna) |
|----------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| Test zgodności chi kwadrat | 6,652   | 3  | p=0,084                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Badania zrealizowane w 2011 i 2018 r. pokazały, że odpowiednio 70,5% i 72,7% przebadanych pielęgniarek potwierdza, że poziom szkoleń jest satysfakcjonujący i są zainteresowane realizowaną na nich tematyką. Są to podstawowe powody, które determinują ich uczestnictwo w zewnętrznych szkoleniach. Mniejszy odsetek uczestników szkoleń zewnętrznych w stosunku do wewnętrznych wynika z faktu, że pracownicy w celu uczestnictwa w szkoleniu zewnętrznym muszą poświęcić więcej czasu w związku z przemieszczeniem się do miejsca realizowania szkolenia. Czas ten można alternatywnie wykorzystać na odpoczynek czy też relaks. Sami pracodawcy nie są również zainteresowani podnoszeniem kompetencji pracowników w tej formie ze względu na zmniejszoną czasowo efektywność zatrudnienia.

Tabela nr 102. Poziom uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach typu zewnętrznego

| Odpowiedź | Ilościowa struktura odpowiedzi |         | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|-----------|--------------------------------|---------|--------------------------|-------|
|           | 2011                           | 2018    | 2011                     | 2018  |
| Tak       | 445                            | 452     | 70,5                     | 72,7  |
| Nie       | 186                            | 170     | 29,5                     | 27,3  |
| Suma      | N = 631                        | N = 622 | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Przyjęta przez autora hipoteza o istnieniu powiązania między ciągłością wyboru szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych przez pielęgniarki została potwierdzona. Stąd wniosek, że nie ma podstaw do odrzucenia hipotezy. Wynik wskazuje, że pielęgniarki, które uczestniczyły w szkoleniach wewnętrznych, również brały udział w szkoleniach zewnętrznych.

Tabela nr 103. Zależność między dokonywaniem wyboru szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych w latach 2011 i 2018 przez pielęgniarki

|                            | Wartość | df | Istotność asymptotyczna (dwustronna) |
|----------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| Test zgodności chi kwadrat | 7,222   | 3  | p=0,065                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

To, że ponad połowa (61% wskazań) lekarzy uczestniczących w szkoleniach potwierdza ich satysfakcjonujący zakres tematyczny, wynika z faktu, że sami wybierają szkolenia, które ich interesują. Dlatego tak dużo przebadanych osób z tej grupy zawodowej wyżej ocenia szkolenia zewnętrzne aniżeli szkolenia wewnętrzne.

Tabela nr 104. Ocena doboru tematów szkoleń zewnętrznych przez lekarzy

| Odpowiedź     | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|---------------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|               | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Rok badania   | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Bardzo nisko  | 2                              | 9    | 1,9                      | 6,5   |
| Nisko         | 2                              | 10   | 1,9                      | 7,2   |
| Przeciętnie   | 37                             | 41   | 35,2                     | 29,5  |
| Wysoko        | 52                             | 64   | 49,6                     | 46,0  |
| Bardzo wysoko | 12                             | 15   | 11,4                     | 10,8  |
| Suma          | 105                            | 139  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Analiza oceny trafności tematyki szkoleń przez przedstawicielki pielęgniarek wskazuje, że w podobny sposób oceniają one szkolenia zewnętrzne, jak wcześniej wewnętrzne. Na podstawie danych z tabeli nr 105 oraz bezpośrednich rozmów z przedstawicielami tej grupy zawodowej badacz stwierdza, że pielęgniarki zazwyczaj uczestniczą w szkoleniach dotyczących administrowania oraz zarządzania procesami operacyjnymi.

Tabela nr 105. Ocena doboru tematów szkoleń zewnętrznych do potrzeb przez pielęgniarki

| Odpowiedź     | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |
|---------------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|
|               | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Rok badania   | 2011                           | 2018 | 2011                     | 2018  |
| Bardzo nisko  | 3                              | 2    | 0,7                      | 0,4   |
| Nisko         | 16                             | 8    | 3,8                      | 1,8   |
| Przeciętnie   | 145                            | 92   | 34,0                     | 20,3  |
| Wysoko        | 234                            | 229  | 54,9                     | 50,7  |
| Bardzo wysoko | 28                             | 121  | 6,6                      | 26,8  |
| Suma          | 426                            | 452  | 100,0                    | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Wcześniejsze wnioski wynikające z analizy danych zawartych w tabeli 104 zostały potwierdzone danymi ujętymi w tabeli nr 106. Przedstawiciele grupy lekarskiej wysoko oceniają szkolenia zewnętrzne i są nimi usatysfakcjonowani. Wynika to z faktu, że szkolenia odpowiadają im nie tylko ze względu na tematykę, lecz również ważne jest, że prowadzą je osoby będące ekspertami w swojej specjalności i przekazują wiedzę oraz umiejętności praktyczne.

Tabela nr 106. Poziom zadowolenia lekarzy ze szkoleń zewnętrznych

| Odpowiedź | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |       |
|-----------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|-------|
|           | Rok badania                    | 2011 | 2018                     | 2011  | 2018  |
| Tak       |                                | 90   | 119                      | 78,3  | 85,6  |
| Nie       |                                | 25   | 20                       | 21,7  | 14,4  |
| Suma      |                                | 115  | 139                      | 100,0 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Przyjęta przez autora hipoteza o istnieniu powiązania między zadowoleniem lekarzy ze szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych nie została potwierdzona. Stąd wniosek, że nie ma zależności między zadowoleniem ze szkoleń obu tych typów

Tabela nr 107. Zależność między poziomem zadowolenia lekarzy ze szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych w latach 2011 i 2018

|                            | Wartość | df | Istotność asymptotyczna (dwustronna) |
|----------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| Test zgodności chi kwadrat | 17,342  | 3  | p=0,000                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Biorąc pod uwagę współczynnik uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach zewnętrznych, wynoszący ponad 70% (tabela nr 102), stwierdzono, że bardzo duża część pielęgniarek jest zadowolona z formy szkoleń. Poziom zadowolenia jest podobny jak w przypadku oceny przydatności szkoleń wewnętrznych.

Analizując dane empiryczne dotyczące umiejętności interpersonalnych, badacz doszedł do wniosku, że personel medyczny jest umotywowany do doskonalenia kompetencji. Jednakże jest to grupa, której działania ukierunkowane są na wiedzę i umiejętności zawodowe. Właśnie w tym zakresie pracownicy chcą modyfikować swoje kompetencje.

Tabela nr 108. Poziom zadowolenia pielęgniarek ze szkoleń zewnętrznych

| Odpowiedź | Ilościowa struktura odpowiedzi |      | Struktura odpowiedzi [%] |       |       |
|-----------|--------------------------------|------|--------------------------|-------|-------|
|           | Rok badania                    | 2011 | 2018                     | 2011  | 2018  |
| Tak       |                                | 375  | 396                      | 84,3  | 87,6  |
| Nie       |                                | 70   | 56                       | 15,7  | 12,4  |
| Suma      |                                | 445  | 452                      | 100,0 | 100,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Spośród cech interpersonalnych zaproponowanych przez badacza wyłania się grupa umiejętności, która jest istotna zarówno na stanowiskach operacyjnych (le-karskich i pielęgniarских), jak i kierowniczych. Personel medyczny będzie zainteresowany doskonaleniem tych cech, które wykorzysta w praktyce zawodowej. Są to: odpowiedzialność, odporność na stres, systematyczność, dokładność, chęć ciągłego uczenia się, komunikatywność, empatia, otwartość, kreatywność oraz wytrwałość.

Przyjęta przez autora hipoteza o istnieniu powiązania między zadowoleniem pielęgniarzek ze szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych nie została potwierdzona. Stąd wniosek, że nie ma zależności między zadowoleniem pielęgniarzek ze szkoleń obu tych typów.

Tabela nr 109. Zależność między poziomem zadowolenia pielęgniarzek ze szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych w latach 2011 i 2018

|                            | Wartość | df | Istotność asymptotyczna (dwustronna) |
|----------------------------|---------|----|--------------------------------------|
| Test zgodności chi kwadrat | 19,563  | 3  | p=0,000                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Inaczej kształtuje się sprawa podnoszenia umiejętności w przypadku asertywności, optymizmu oraz dyspozycyjności. Są to cechy, które personel medyczny ma słabo rozwinięte i tak naprawdę nie chce ich modyfikować. Z kolei badani uznali te cechy za jedne z istotniejszych w profilu umiejętności, którymi wyróżniają się menedżerowie opieki zdrowotnej. Lekarze i pielęgniarki najgorzej oceniają zdolności przywódcze, brak tej cechy znacznie zmniejsza szanse sukcesu przedstawicieli personelu medycznego na stanowiskach kierowniczych.

## 6.5. Komunikacja wewnętrzna w podmiotach leczniczych

Uzupełnieniem rozważań dotyczących umiejętności interpersonalnych jest podrozdział piąty, zatytułowany *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.

Nawiązanie relacji między podmiotami ma źródło w podejściu relacyjnym, które obejmuje wszystkie relacje nawiązywane między podmiotami w wymiarze treści, jakości i struktury<sup>287</sup>.

<sup>287</sup> R. Srivastava, *The healthcare professional's guide to clinical cultural competence*, Mosby Elsevier Canada, Toronto 2007, s. 38.

W pierwszej części badacz podjął się zdiagnozowania relacji między grupami pracowniczymi przy uwzględnieniu kilka założeń. Dane empiryczne zostały zapożyczone z wcześniejszych badań autora, które zostały przeprowadzone w 23 szpitalach zlokalizowanych w dziewięciu województwach<sup>288</sup>.

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 nr 110. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego w 2011 r.

| 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 |

<sup>288</sup> Red. Z. Nęcki, M. Kęsy, *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.



|                      | z personelem administracyjnym |     |    |     |     |      |     |      |    |      |
|----------------------|-------------------------------|-----|----|-----|-----|------|-----|------|----|------|
| Jednospecjalistyczne | 1                             | 0,5 | 7  | 3,8 | 68  | 36,7 | 90  | 48,7 | 19 | 10,3 |
| 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 głównego badania ilościowego.

Badacz, porównując dane pozyskane w odstępie czasu 7 lat, w tych samych podmiotach leczniczych, stwierdza, że ogół pracowników wskazuje na pogorszenie się relacji z przedstawicielami grupy lekarskiej, której oceny są niższe o 15-20% 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 nr 111. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego w 2018 r.

| 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 |

ROZDZIAŁ VI  
KOMPETENCJE SPOŁECZNE PERSONELU MEDYCZNEGO

|                      | 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 głównego badania ilościowego.

W przypadku pracowników administracji szpitalnej relacje grupowe są na podobnym poziomie w badaniach z roku 2011 i 2018.

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 nr 112. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji w 2011 r.

| 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 głównego badania ilościowego.

Porównanie danych badawczych z 2011 i 2018 r. 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 według kryterium wielkości jednostki. Potwierdza się 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 2018 r. w stosunku do danych uzyskanych w badaniu w 2011 r. 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

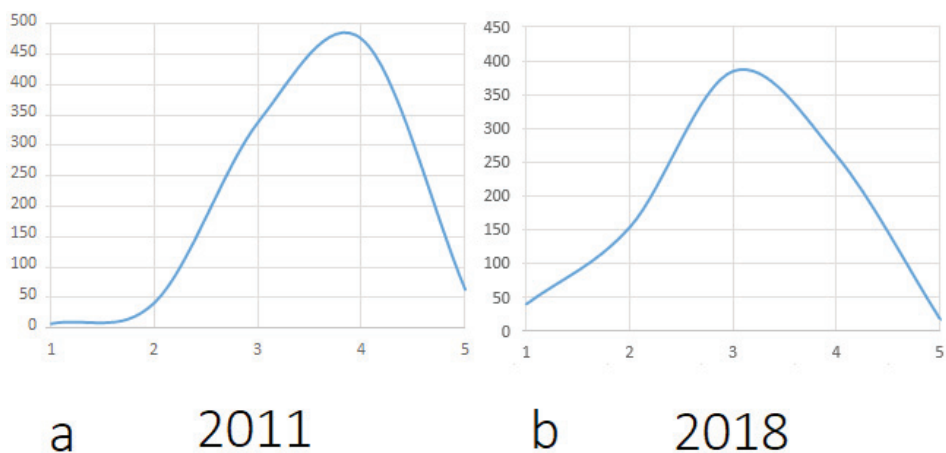
drastycznie wyższa niż w pozostałych rodzajach szpitali. Główną przyczyną jest minimalizacja sytuacji kreujących relacje międzygrupowe. Personel techniczny, ze względu na koszty, nie jest zatrudniany na etacie, lecz pracuje dla szpitali na zasadzie outsourcingu.

Tabela nr 113. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji w 2018 r.

| 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 głównego badania ilościowego.

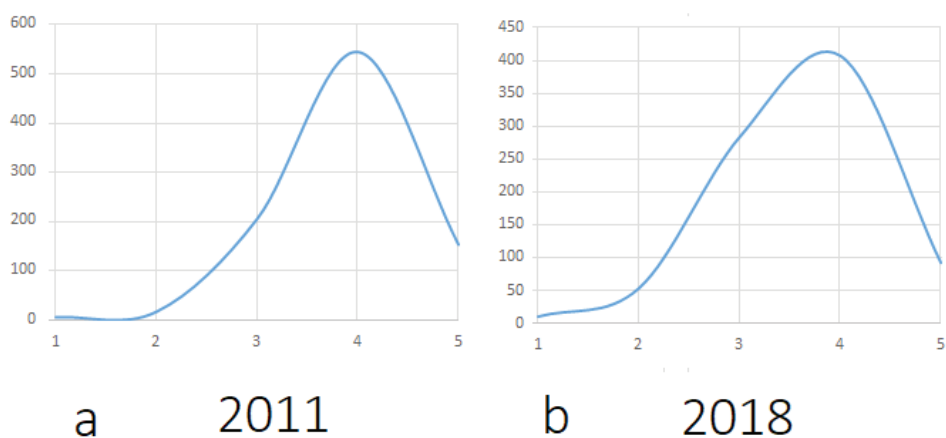
Autor zwraca uwagę, że w przypadku ilustracji nr 10, na której zaprezentowane są rozkłady normalne dotyczące badań relacji interpersonalnych lekarzy w latach 2011 i 2018, szczególnie w drugim przypadku, wyniki rozłożone są w sposób prawidłowy. Zazwyczaj respondenci zaznaczali odpowiedzi z zakresu od 2 do 4, ze wskazaniem na wyższą wartość. Obie krzywe Gaussa są spłaszczone, czyli odchylenia są większe, szczególnie w przypadku b.



Ilustracja nr 10. Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych lekarzy w szpitalu

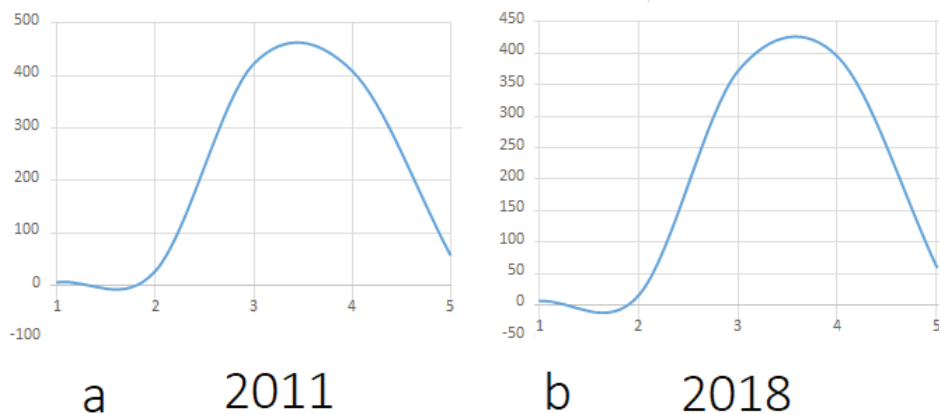
Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Przy wzroście wartości oczekiwanej, zmiennej losowej, rozkład przesuwa się na osi w prawo. Taka sytuacja zachodzi zarówno na ilustracji nr 11 oraz 12. Uzyskane wyniki mogą być wypadkową przeprowadzonej samooceny relacji interpersonalnych w otoczeniu szpitalnym, najliczniejszą grupą są pielęgniarki. Z kolei im mniejsze jest odchylenie standardowe, tym bardziej wysmukły jest rozkład, i odwrotnie, im większe jest odchylenie, tym standard jest bardziej spłaszczony. Pierwsza sytuacja zachodzi na ilustracji nr 11a. W przypadku ilustracji nr 12a i b oraz nr 11b występuje większe odchylenie.



Ilustracja nr 11. Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pielęgniarek w szpitalu

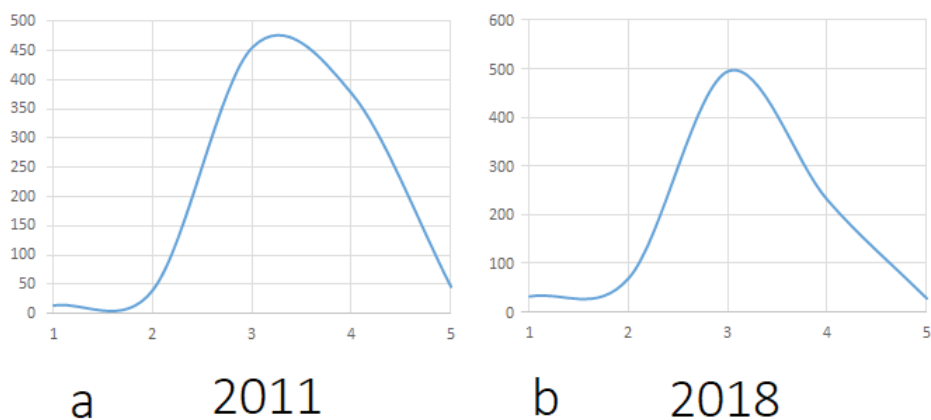
Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.



Ilustracja nr 12. Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pracowników administracyjnych w szpitalu

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Na ilustracji nr 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.



Ilustracja nr 13. Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pracowników technicznych w szpitalu

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Kontakty międzygrupowe pracowników szpitali, przeanalizowane w tabelach nr 114-115, są oparte na kryterium właścicielskim. Na podstawie tych danych badacz stwierdza, że w jednostkach niepublicznych relacje zawodowe są bardziej pozytywne aniżeli w szpitalach publicznych.

Jest to konsekwencja istniejących podziałów, funkcjonujących stereotypów zawodowych, przypisania etykiet, poprzez które opisywane są osoby, obowiązków innej grupy oraz rozdzielności wykonywanych obowiązków zawodowych w dużych szpitalach. W konsekwencji bardzo wysoko notowane są relacje między grupami pracowniczymi w szpitalach niepublicznych, w których najniżej oceniane są relacje z pielęgniarkami. Z kolei wnioski wynikające z danych dotyczących szpitali publicznych nie odbiegają od wcześniej zaobserwowanych wniosków z uwzględnieniem kryterium podziału organizacyjnego.

Tabela nr 114. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium właścicielskiego w 2011 r.

| Forma własności               | Bardzo złe | (%) | Złe | (%) | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%)  |
|-------------------------------|------------|-----|-----|-----|-----------|------|-------|------|--------------|------|
| z lekarzami                   |            |     |     |     |           |      |       |      |              |      |
| Publiczne                     | 8          | 0,9 | 41  | 4,7 | 330       | 37,7 | 438   | 49,9 | 60           | 6,8  |
| Niepubliczne                  | 0          | 0,0 | 2   | 3,8 | 9         | 17,3 | 37    | 71,2 | 4            | 7,7  |
| Razem                         | 8          | 0,9 | 43  | 4,6 | 339       | 36,5 | 475   | 51,1 | 64           | 6,9  |
| z pielęgniarkami              |            |     |     |     |           |      |       |      |              |      |
| Publiczne                     | 7          | 0,8 | 15  | 1,7 | 199       | 22,7 | 518   | 59,1 | 138          | 15,7 |
| Niepubliczne                  | 0          | 0,0 | 3   | 5,8 | 7         | 13,4 | 26    | 50,0 | 16           | 30,8 |
| Razem                         | 7          | 0,8 | 18  | 2,0 | 206       | 22,2 | 544   | 58,5 | 154          | 16,5 |
| z personelem administracyjnym |            |     |     |     |           |      |       |      |              |      |
| Publiczne                     | 7          | 0,8 | 29  | 3,3 | 407       | 46,5 | 381   | 43,4 | 53           | 6,0  |
| Niepubliczne                  | 0          | 0,0 | 0   | 0,0 | 16        | 30,8 | 29    | 55,7 | 7            | 13,5 |
| Razem                         | 7          | 0,8 | 29  | 3,1 | 423       | 45,5 | 410   | 44,1 | 60           | 6,5  |
| z personelem technicznym      |            |     |     |     |           |      |       |      |              |      |
| Publiczne                     | 13         | 1,5 | 38  | 4,3 | 442       | 50,4 | 345   | 39,3 | 39           | 4,4  |
| Niepubliczne                  | 0          | 0,0 | 2   | 3,8 | 13        | 25,0 | 31    | 59,7 | 6            | 11,5 |
| Razem                         | 13         | 1,4 | 40  | 4,3 | 455       | 49,0 | 376   | 40,5 | 45           | 4,8  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Dane badawcze uzyskane w badaniach w 2011 i 2018 r. potwierdzają wcześniejsze wnioski oraz te, które zostały wyprowadzone podczas analizy danych relacyjnych według kryterium właścicielskiego i wielkości organizacji.

ROZDZIAŁ VI  
KOMPETENCJE SPOŁECZNE PERSONELU MEDYCZNEGO

Tabela nr 115. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium właściwości w 2018 r.

| Forma własności               | Bardzo złe | (%) | Złe | (%)  | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%)  |
|-------------------------------|------------|-----|-----|------|-----------|------|-------|------|--------------|------|
| z lekarzami                   |            |     |     |      |           |      |       |      |              |      |
| Publiczne                     | 34         | 4,7 | 130 | 18,1 | 351       | 48,8 | 194   | 27,0 | 10           | 1,4  |
| Niepubliczne                  | 5          | 3,8 | 23  | 17,6 | 33        | 25,2 | 64    | 48,8 | 6            | 4,6  |
| Razem                         | 39         | 4,6 | 153 | 18,0 | 384       | 45,2 | 258   | 30,4 | 16           | 1,9  |
| z pielęgniarkami              |            |     |     |      |           |      |       |      |              |      |
| Publiczne                     | 10         | 1,4 | 53  | 7,4  | 265       | 36,8 | 332   | 46,2 | 59           | 8,2  |
| Niepubliczne                  | 1          | 0,8 | 1   | 0,8  | 19        | 14,5 | 76    | 58,0 | 34           | 25,9 |
| Razem                         | 11         | 1,3 | 54  | 6,4  | 284       | 33,4 | 408   | 48,0 | 93           | 10,9 |
| z personelem administracyjnym |            |     |     |      |           |      |       |      |              |      |
| Publiczne                     | 5          | 0,7 | 11  | 1,5  | 315       | 43,8 | 340   | 47,3 | 48           | 6,7  |
| Niepubliczne                  | 1          | 0,8 | 5   | 3,8  | 58        | 44,3 | 55    | 42,0 | 12           | 9,1  |
| Razem                         | 6          | 0,7 | 16  | 1,9  | 373       | 43,8 | 395   | 46,5 | 60           | 7,1  |
| z personelem technicznym      |            |     |     |      |           |      |       |      |              |      |
| Publiczne                     | 30         | 4,2 | 64  | 8,9  | 385       | 53,5 | 213   | 29,6 | 27           | 3,8  |
| Niepubliczne                  | 1          | 0,8 | 5   | 3,8  | 109       | 83,2 | 16    | 12,2 | 0            | 0,0  |
| Razem                         | 31         | 3,6 | 69  | 8,1  | 494       | 58,2 | 229   | 26,9 | 27           | 3,2  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Kryterium geograficzne przyjęte przy podziale szpitali pozwala określić cechę globalną. Można ją przyjąć jako zjawisko powszechne, występujące na całym terytorium kraju.

Tabela nr 116. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium geograficznego w 2011 r.

| Forma        | Bardzo złe | (%) | Złe | (%) | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%)  |
|--------------|------------|-----|-----|-----|-----------|------|-------|------|--------------|------|
| z lekarzami  |            |     |     |     |           |      |       |      |              |      |
| Dolnośląskie | 1          | 0,5 | 8   | 3,8 | 70        | 33,7 | 117   | 56,3 | 12           | 5,7  |
| Lubelskie    | 0          | 0,0 | 3   | 2,5 | 47        | 39,8 | 60    | 50,9 | 8            | 6,8  |
| Lubuskie     | 1          | 1,4 | 5   | 7,2 | 26        | 37,7 | 32    | 46,5 | 5            | 7,2  |
| Małopolskie  | 1          | 1,6 | 2   | 3,1 | 13        | 20,3 | 39    | 61,0 | 9            | 14,0 |
| Opolskie     | 0          | 0,0 | 0   | 0,0 | 6         | 17,1 | 27    | 77,2 | 2            | 5,7  |
| Podkarpackie | 1          | 0,8 | 6   | 4,8 | 53        | 42,7 | 56    | 45,2 | 8            | 6,5  |
| Śląskie      | 1          | 1,0 | 7   | 6,7 | 38        | 36,5 | 50    | 48,1 | 8            | 7,7  |



## KOMPETENCJE MENEDŻERSKIE PERSONELU MEDYCZNEGO

|                    |                               |     |    |     |     |      |     |      |     |      |
|--------------------|-------------------------------|-----|----|-----|-----|------|-----|------|-----|------|
| Wielkopolskie      | 2                             | 1,4 | 10 | 6,8 | 68  | 46,3 | 60  | 40,8 | 7   | 4,8  |
| Zachodniopomorskie | 1                             | 2,0 | 2  | 4,0 | 18  | 36,0 | 24  | 48,0 | 5   | 10,0 |
| Razem              | 8                             | 0,9 | 43 | 4,6 | 339 | 36,5 | 475 | 51,1 | 64  | 6,9  |
|                    | z pielęgniarkami              |     |    |     |     |      |     |      |     |      |
| Dolnośląskie       | 2                             | 1,0 | 4  | 1,9 | 93  | 44,7 | 91  | 43,7 | 18  | 8,7  |
| Lubelskie          | 0                             | 0,0 | 0  | 0,0 | 24  | 20,3 | 75  | 63,6 | 19  | 16,1 |
| Lubuskie           | 0                             | 0,0 | 1  | 1,4 | 10  | 14,5 | 42  | 60,9 | 16  | 23,2 |
| Małopolskie        | 0                             | 0,0 | 1  | 1,6 | 11  | 17,2 | 36  | 56,2 | 16  | 25,0 |
| Opolskie           | 0                             | 0,0 | 3  | 8,6 | 5   | 14,3 | 19  | 54,3 | 8   | 22,8 |
| Podkarpackie       | 2                             | 1,6 | 3  | 2,4 | 14  | 11,3 | 84  | 67,8 | 21  | 16,9 |
| Śląskie            | 2                             | 1,9 | 3  | 2,9 | 16  | 15,4 | 64  | 61,5 | 19  | 18,3 |
| Wielkopolskie      | 1                             | 0,7 | 2  | 1,4 | 24  | 16,3 | 95  | 64,6 | 25  | 17,0 |
| Zachodniopomorskie | 0                             | 0,0 | 1  | 2,0 | 9   | 18,0 | 28  | 56,0 | 12  | 24,0 |
| Razem              | 7                             | 0,8 | 18 | 2,0 | 206 | 22,2 | 544 | 58,5 | 154 | 16,5 |
|                    | z personelem administracyjnym |     |    |     |     |      |     |      |     |      |
| Dolnośląskie       | 2                             | 1,0 | 11 | 5,3 | 118 | 56,7 | 69  | 33,2 | 8   | 3,8  |
| Lubelskie          | 1                             | 0,8 | 4  | 3,4 | 59  | 50,0 | 47  | 39,9 | 7   | 5,9  |
| Lubuskie           | 0                             | 0,0 | 1  | 1,4 | 29  | 42,0 | 34  | 49,4 | 5   | 7,2  |
| Małopolskie        | 0                             | 0,0 | 1  | 1,6 | 22  | 34,4 | 34  | 53,0 | 7   | 11,0 |
| Opolskie           | 0                             | 0,0 | 0  | 0,0 | 10  | 28,6 | 21  | 60,0 | 4   | 11,4 |
| Podkarpackie       | 2                             | 1,6 | 4  | 3,2 | 49  | 39,5 | 60  | 48,4 | 9   | 7,3  |
| Śląskie            | 1                             | 1,0 | 4  | 3,9 | 48  | 46,1 | 46  | 44,2 | 5   | 4,8  |
| Wielkopolskie      | 1                             | 0,7 | 4  | 2,7 | 67  | 45,6 | 66  | 44,9 | 9   | 6,1  |
| Zachodniopomorskie | 0                             | 0,0 | 0  | 0,0 | 21  | 42,0 | 23  | 46,0 | 6   | 12,0 |
| Razem              | 7                             | 0,8 | 29 | 3,1 | 423 | 45,5 | 410 | 44,1 | 60  | 6,5  |
|                    | z personelem technicznym      |     |    |     |     |      |     |      |     |      |
| Dolnośląskie       | 4                             | 1,9 | 11 | 5,3 | 127 | 61,1 | 60  | 28,8 | 6   | 2,9  |
| Lubelskie          | 2                             | 1,7 | 6  | 5,1 | 44  | 37,3 | 62  | 52,5 | 4   | 3,4  |
| Lubuskie           | 1                             | 1,4 | 5  | 7,2 | 32  | 46,5 | 27  | 39,1 | 4   | 5,8  |
| Małopolskie        | 0                             | 0,0 | 2  | 3,1 | 29  | 45,3 | 30  | 46,9 | 3   | 4,7  |
| Opolskie           | 0                             | 0,0 | 0  | 0,0 | 7   | 20,0 | 22  | 62,9 | 6   | 17,1 |
| Podkarpackie       | 3                             | 2,4 | 7  | 5,6 | 62  | 50,0 | 47  | 38,0 | 5   | 4,0  |
| Śląskie            | 1                             | 1,0 | 4  | 3,8 | 55  | 52,9 | 40  | 38,5 | 4   | 3,8  |
| Wielkopolskie      | 2                             | 1,4 | 4  | 2,7 | 69  | 46,9 | 66  | 44,9 | 6   | 4,1  |
| Zachodniopomorskie | 0                             | 0,0 | 1  | 2,0 | 20  | 40,0 | 22  | 44,0 | 7   | 14,0 |
| Razem              | 13                            | 1,4 | 40 | 4,3 | 455 | 49,0 | 376 | 40,5 | 45  | 4,8  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Autor na podstawie danych przyjął założenie, że lekarze i w mniejszym stopniu pielęgniarki są tymi grupami zawodowymi, które mają najlepsze wewnętrzne relacje międzygrupowe. W przypadku grupy lekarskiej jest to zjawisko na podobnym poziomie we wszystkich grupach zawodowych. Natomiast najlepsze relacje z pielęgniarkami mają same pielęgniarki, przez co, ze względu na liczebność grupy zawodowej, zawiązują pozytywne relacje między grupami zawodowymi.

Potwierdzeniem, że wnioski mają generalny charakter, są dane zawarte w tabelach nr 116 i 117. Są wyjątki – w grupie lekarzy jest to województwo opolskie. Sytuacja wynika z faktu, że na tym obszarze badaniem objęto 1 jednostkę jednospecialistyczną, zakwalifikowaną do małych szpitali. W przypadku pozostałych grup zawodowych również występują wyjątki, jednakże mają one charakter punktowy i odnoszą się do poszczególnych podmiotów leczniczych.

Tabela nr 117. Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium geograficznego w 2018 r.

| Forma              | Bardzo złe | (%) | Złe | (%)  | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%)  |
|--------------------|------------|-----|-----|------|-----------|------|-------|------|--------------|------|
| z lekarzami        |            |     |     |      |           |      |       |      |              |      |
| Dolnośląskie       | 8          | 4,3 | 30  | 16,0 | 111       | 59,0 | 38    | 20,2 | 1            | 0,5  |
| Lubelskie          | 2          | 3,4 | 11  | 19,0 | 28        | 48,3 | 16    | 27,6 | 1            | 1,7  |
| Lubuskie           | 5          | 7,0 | 21  | 29,6 | 29        | 40,9 | 15    | 21,1 | 1            | 1,4  |
| Małopolskie        | 5          | 1,6 | 24  | 3,1  | 63        | 20,3 | 32    | 61,0 | 2            | 14,0 |
| Opolskie           | 0          | 0,0 | 1   | 0,0  | 5         | 17,1 | 9     | 77,2 | 1            | 5,7  |
| Podkarpackie       | 5          | 5,1 | 12  | 12,1 | 56        | 56,6 | 24    | 24,2 | 2            | 2,0  |
| Śląskie            | 5          | 5,4 | 21  | 23,1 | 37        | 40,7 | 27    | 29,7 | 1            | 1,1  |
| Wielkopolskie      | 4          | 4,2 | 16  | 16,8 | 24        | 25,3 | 49    | 51,6 | 2            | 2,1  |
| Zachodniopomorskie | 3          | 7,1 | 8   | 19,0 | 6         | 14,3 | 22    | 52,5 | 3            | 7,1  |
| Mazowieckie        | 2          | 3,1 | 9   | 14,1 | 25        | 39,1 | 26    | 40,6 | 2            | 3,1  |
| Razem              | 39         | 4,6 | 153 | 18,0 | 384       | 45,2 | 258   | 30,4 | 16           | 1,9  |
| z pielęgniarkami   |            |     |     |      |           |      |       |      |              |      |
| Dolnośląskie       | 3          | 1,0 | 13  | 1,9  | 82        | 44,7 | 81    | 43,7 | 9            | 8,7  |
| Lubelskie          | 0          | 0,0 | 3   | 0,0  | 24        | 20,3 | 21    | 63,6 | 10           | 16,1 |
| Lubuskie           | 2          | 0,0 | 9   | 1,4  | 25        | 14,5 | 27    | 60,9 | 8            | 23,2 |
| Małopolskie        | 1          | 0,0 | 6   | 1,6  | 43        | 17,2 | 65    | 56,2 | 11           | 25,0 |
| Opolskie           | 0          | 0,0 | 1   | 8,6  | 5         | 14,3 | 6     | 54,3 | 4            | 22,8 |
| Podkarpackie       | 1          | 1,6 | 6   | 2,4  | 25        | 11,3 | 55    | 67,8 | 12           | 16,9 |
| Śląskie            | 2          | 1,9 | 4   | 2,9  | 21        | 15,4 | 51    | 61,5 | 13           | 18,3 |
| Wielkopolskie      | 1          | 0,7 | 5   | 1,4  | 19        | 16,3 | 58    | 64,6 | 12           | 17,0 |
| Zachodniopomorskie | 0          | 0,0 | 2   | 2,0  | 13        | 18,0 | 18    | 56,0 | 9            | 24,0 |

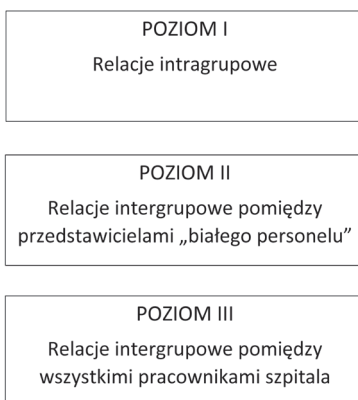
## KOMPETENCJE MENEDŻERSKIE PERSONELU MEDYCZNEGO

|                    |                               |     |    |      |     |      |     |      |    |      |
|--------------------|-------------------------------|-----|----|------|-----|------|-----|------|----|------|
| Mazowieckie        | 1                             | 3,1 | 5  | 14,1 | 27  | 39,1 | 26  | 40,6 | 5  | 3,1  |
| Razem              | 11                            | 1,3 | 54 | 6,4  | 284 | 33,4 | 408 | 48,0 | 93 | 10,9 |
|                    | z personelem administracyjnym |     |    |      |     |      |     |      |    |      |
| Dolnośląskie       | 2                             | 1,1 | 2  | 1,1  | 68  | 36,2 | 107 | 56,8 | 9  | 4,8  |
| Lubelskie          | 0                             | 0,0 | 1  | 1,7  | 27  | 46,6 | 25  | 43,1 | 5  | 8,6  |
| Lubuskie           | 1                             | 1,4 | 1  | 1,4  | 25  | 35,2 | 39  | 54,9 | 5  | 7,1  |
| Małopolskie        | 1                             | 0,8 | 2  | 1,6  | 74  | 58,7 | 42  | 33,3 | 7  | 5,6  |
| Opolskie           | 0                             | 0,0 | 1  | 6,3  | 10  | 62,5 | 3   | 18,7 | 2  | 12,5 |
| Podkarpackie       | 1                             | 1,0 | 2  | 2,0  | 35  | 35,4 | 55  | 55,6 | 6  | 6,0  |
| Śląskie            | 0                             | 0,0 | 1  | 1,0  | 42  | 46,2 | 42  | 46,2 | 6  | 6,6  |
| Wielkopolskie      | 0                             | 0,0 | 2  | 2,1  | 48  | 50,6 | 37  | 38,9 | 8  | 8,4  |
| Zachodniopomorskie | 0                             | 0,0 | 1  | 2,4  | 20  | 47,6 | 16  | 38,1 | 5  | 11,9 |
| Mazowieckie        | 1                             | 1,6 | 3  | 4,7  | 24  | 37,5 | 29  | 45,3 | 7  | 10,9 |
| Razem              | 6                             | 0,7 | 16 | 1,9  | 373 | 43,8 | 395 | 46,5 | 60 | 7,1  |
|                    | z personelem technicznym      |     |    |      |     |      |     |      |    |      |
| Dolnośląskie       | 6                             | 3,2 | 13 | 6,9  | 120 | 63,8 | 45  | 24,0 | 4  | 2,1  |
| Lubelskie          | 1                             | 1,7 | 4  | 6,9  | 28  | 48,3 | 23  | 39,7 | 2  | 3,4  |
| Lubuskie           | 5                             | 7,0 | 9  | 12,7 | 25  | 35,3 | 29  | 40,8 | 3  | 4,2  |
| Małopolskie        | 3                             | 2,4 | 7  | 5,6  | 92  | 73,0 | 21  | 16,7 | 3  | 2,3  |
| Opolskie           | 0                             | 0,0 | 3  | 18,8 | 12  | 75,0 | 1   | 6,2  | 0  | 0,0  |
| Podkarpackie       | 5                             | 5,1 | 11 | 11,0 | 37  | 37,4 | 41  | 41,4 | 5  | 5,1  |
| Śląskie            | 3                             | 3,3 | 7  | 7,7  | 53  | 58,2 | 25  | 27,5 | 3  | 3,3  |
| Wielkopolskie      | 4                             | 4,2 | 6  | 6,3  | 62  | 65,3 | 20  | 21,1 | 3  | 3,1  |
| Zachodniopomorskie | 0                             | 0,0 | 1  | 2,4  | 38  | 90,5 | 2   | 4,7  | 1  | 2,4  |
| Mazowieckie        | 4                             | 6,3 | 8  | 12,5 | 27  | 42,2 | 22  | 34,4 | 3  | 4,6  |
| Razem              | 31                            | 3,6 | 69 | 8,1  | 494 | 58,2 | 229 | 26,9 | 27 | 3,2  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Pracownicy medyczni stanowią skupisko osób, które najwyższy poziom komunikacji osiągają w relacjach intragrupowych, wewnątrz swojej grupy. Kolejny poziom relacji są to kontakty intergrupowe między lekarzami i pielęgniarkami. Niżej znajdują się relacje, dotyczące więzi między przedstawicielami wszystkich grup zawodowych w sektorze ochrony zdrowia.

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 badań empirycznych.

Zjawisko, które zachodzi nazwane jest „hands on management”<sup>289,290</sup>, tłumacząc na język polski jako „zarządzanie podręczne”. Polega ono na tym, że pielęgniarki nie podlegają bezpośrednio lekarzom, ale to 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 „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.

---

<sup>289</sup> 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.

<sup>290</sup> Zob. L. J. Mullins, P. Dosser, *Hospitality management and organisational behaviour*, Pearson Education Limited, Harlow 2013, s. 145.

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 zgromadzonych w tabelach nr 118 i 119 można stwierdzić, 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.

Tabela nr 118. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium organizacyjnego w 2011 r.

| Forma organizacyjna  | Bardzo złe | (%) | Złe | (%)  | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%) |
|----------------------|------------|-----|-----|------|-----------|------|-------|------|--------------|-----|
| Jednospecjalistyczne | 16         | 6,5 | 48  | 19,6 | 69        | 28,2 | 98    | 40,0 | 14           | 5,7 |
| Wielospecjalistyczne | 45         | 4,8 | 162 | 17,5 | 329       | 35,5 | 328   | 35,4 | 63           | 6,8 |
| Razem                | 61         | 5,2 | 210 | 17,9 | 398       | 34,0 | 426   | 36,3 | 77           | 6,6 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Tabela 119. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium organizacyjnego w 2018 r.

| Forma organizacyjna  | Bardzo złe | (%)  | Złe | (%)  | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%) |
|----------------------|------------|------|-----|------|-----------|------|-------|------|--------------|-----|
| Jednospecjalistyczne | 24         | 10,2 | 52  | 22,1 | 84        | 35,7 | 65    | 27,7 | 10           | 4,3 |
| Wielospecjalistyczne | 35         | 5,7  | 136 | 22,1 | 251       | 40,8 | 157   | 25,5 | 36           | 5,9 |
| Razem                | 59         | 6,9  | 188 | 22,1 | 335       | 39,5 | 222   | 26,1 | 46           | 5,4 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Tabela nr 120. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium wielkości organizacji w 2011 r.

| Wielkość organizacji | Bardzo złe | (%) | Złe | (%)  | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%) |
|----------------------|------------|-----|-----|------|-----------|------|-------|------|--------------|-----|
| Duże                 | 35         | 4,3 | 131 | 16,0 | 290       | 35,5 | 300   | 36,7 | 61           | 7,5 |
| Średnie              | 15         | 7,0 | 44  | 20,5 | 68        | 31,6 | 78    | 36,3 | 10           | 4,6 |
| Małe                 | 11         | 7,9 | 35  | 25,0 | 40        | 28,6 | 48    | 34,3 | 6            | 4,2 |
| Razem                | 61         | 5,2 | 210 | 17,9 | 398       | 34,0 | 426   | 36,3 | 77           | 6,6 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Analiza procesu komunikacji w szpitalach uwzględniająca ich wielkość pozwala autorowi stwierdzić, że we wszystkich szpitalach dominuje ocena w zakresie od przeciętnej do dobrej.

Jednocześnie można zbudować tezę, że im większa organizacja, tym więcej osób interesuje się podtrzymaniem i ułożeniem co najmniej dobrych oraz neutralnych relacji z otoczeniem wewnętrznym sektora zdrowia.

Tabela nr 121. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium wielkości organizacji w 2018 r.

| Wielkość organizacji | Bardzo złe | (%)  | Złe | (%)  | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%) |
|----------------------|------------|------|-----|------|-----------|------|-------|------|--------------|-----|
| Duże                 | 51         | 12,3 | 146 | 35,2 | 107       | 25,8 | 83    | 20,0 | 28           | 6,7 |
| Średnie              | 7          | 3,9  | 30  | 16,7 | 71        | 39,4 | 66    | 36,7 | 6            | 3,3 |
| Małe                 | 1          | 0,4  | 12  | 4,7  | 157       | 61,6 | 73    | 28,6 | 12           | 4,7 |
| Razem                | 59         | 6,9  | 188 | 22,1 | 335       | 39,5 | 222   | 26,1 | 46           | 5,4 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

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% respondentów zauważa złe aspekty komunikacji interpersonalnych w swoich placówkach. Z kolei w szpitalach niepublicznych większość kontaktów na poziomie indywidualnym ma pozytywny charakter (61,5% wskazań).

Tabela nr 122. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego w 2011 r.

| 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 głównego badania ilościowego.

Tabela nr 123. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego w 2018 r.

| 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 głównego badania ilościowego.

Dane przedstawione w tabelach nr 124 i 125 zostały sklasyfikowane zgodnie z kryterium geograficznym. Analizując je, badacz podzielił badane szpitale na dwie grupy zróżnicowane pod względem jakości komunikacji interpersonalnej. Spośród dziewięciu województw, w których funkcjonują przebadane szpitale, badani z siedmiu stwierdzili, że dominuje w nich dobry, jak również przeciętny poziom kontaktów międzyludzkich. W województwie śląskim relacje przyjmują odwrotny charakter, przeciętny poziom komunikacji przeważa nad dobrą stroną tego procesu. Z kolei w województwie dolnośląskim wyniki są spłaszczone i przypominają przebiegiem krzywą Gaussa, czyli najbardziej reprezentatywną grupą są osoby wskazujące przeciętny poziom relacji interpersonalnych.

Tabela nr 124. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium geograficznego w 2011 r.

| Województwo        | Bardzo złe | (%)  | Złe | (%)  | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%)  |
|--------------------|------------|------|-----|------|-----------|------|-------|------|--------------|------|
| Dolnośląskie       | 27         | 10,8 | 68  | 27,1 | 70        | 27,9 | 66    | 26,2 | 20           | 8,0  |
| Lubelskie          | 0          | 0,0  | 25  | 16,2 | 55        | 35,7 | 62    | 40,3 | 12           | 7,8  |
| Lubuskie           | 10         | 9,5  | 16  | 15,2 | 34        | 32,4 | 37    | 35,3 | 8            | 7,6  |
| Małopolskie        | 1          | 1,3  | 15  | 19,7 | 25        | 32,9 | 30    | 39,5 | 5            | 6,6  |
| Opolskie           | 3          | 7,1  | 4   | 9,5  | 10        | 23,8 | 20    | 47,7 | 5            | 11,9 |
| Podkarpackie       | 2          | 1,2  | 20  | 12,3 | 59        | 36,5 | 69    | 42,6 | 12           | 7,4  |
| Śląskie            | 9          | 6,5  | 23  | 16,7 | 60        | 43,5 | 44    | 31,9 | 2            | 1,4  |
| Wielkopolskie      | 5          | 2,7  | 29  | 15,8 | 67        | 36,6 | 73    | 40,0 | 9            | 4,9  |
| Zachodniopomorskie | 4          | 6,6  | 10  | 16,4 | 18        | 29,5 | 25    | 41,0 | 4            | 6,5  |
| Razem              | 61         | 5,2  | 210 | 17,9 | 398       | 34,0 | 426   | 36,3 | 77           | 6,6  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Poziom komunikacji między pracownikami w szpitalach jest zróżnicowany w przypadku analizy jednostek niepublicznych i publicznych, z korzyścią dla tej pierwszej grupy. Co ciekawe, w większych organizacjach pracownicy stwierdzają,

że mają lepsze relacje z innymi pracownikami, ale po szczegółowej analizie wyłania się odmienny obraz. Największy odsetek pozytywnych relacji w dużych i średnich szpitalach stanowią kontakty wewnątrz grup zawodowych, w szczególności wpływa na ten wynik grupa pielęgniarek.

Tabela nr 125. Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium geograficznego w 2018 r.

| Województwo        | Bardzo złe | (%)  | Złe | (%)  | Neutralne | (%)  | Dobre | (%)  | Bardzo dobre | (%)  |
|--------------------|------------|------|-----|------|-----------|------|-------|------|--------------|------|
| Dolnośląskie       | 9          | 4,8  | 32  | 17,0 | 97        | 51,6 | 45    | 23,9 | 5            | 2,7  |
| Lubelskie          | 5          | 8,6  | 13  | 22,4 | 17        | 29,3 | 15    | 25,9 | 8            | 13,8 |
| Lubuskie           | 9          | 12,7 | 31  | 43,7 | 18        | 25,4 | 10    | 14,1 | 3            | 4,1  |
| Małopolskie        | 6          | 4,8  | 19  | 15,1 | 59        | 46,8 | 38    | 30,1 | 4            | 3,2  |
| Opolskie           | 0          | 0,0  | 1   | 6,3  | 9         | 56,3 | 3     | 18,7 | 3            | 18,7 |
| Podkarpackie       | 9          | 9,1  | 26  | 26,3 | 44        | 44,4 | 15    | 15,2 | 5            | 5,0  |
| Śląskie            | 8          | 8,8  | 21  | 23,1 | 22        | 24,2 | 35    | 38,4 | 5            | 5,5  |
| Wielkopolskie      | 5          | 5,3  | 21  | 22,1 | 39        | 41,1 | 27    | 28,4 | 3            | 3,1  |
| Zachodniopomorskie | 1          | 2,4  | 3   | 7,1  | 14        | 33,3 | 20    | 47,7 | 4            | 9,5  |
| Mazowieckie        | 7          | 10,9 | 21  | 32,8 | 16        | 25,0 | 14    | 21,9 | 6            | 9,4  |
| Razem              | 59         | 6,9  | 188 | 22,1 | 335       | 39,5 | 222   | 26,1 | 46           | 5,4  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

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<sup>291</sup>.

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<sup>292</sup>.

Autor, na podstawie przeprowadzonych analiz, w kontekście przyjętych celów badawczych, sformułował następujące wnioski w obszarze kompetencji relacyjnych personelu medycznego:

<sup>291</sup> Zob. R. Krupski, *Elastyczność zasobów organizacji*, [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008, s. 87-93.

<sup>292</sup> 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.



- 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, którą dotknęło zjawisko izolacji grupowej, przedstawiciele tej zbiorowości nastawieni są na kreowanie relacji intragrupowych.
- 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.

\*\*\*\*\*

Powyższy rozdział jest pogłębieniem opisu kompetencji przejawianych przez personel medyczny w zakresie potencjału relacyjnego, który jest niezbędny do sprawnego zarządzania organizacją. Kontynuacją tych analiz jest treść rozdziału VII, w którym autor zestawiał kompetencje menedżerskie przejawiane przez lekarzy i pielęgniarki oraz kompetencje pożądane od osób, funkcjonujących w roli menedżera.

## Rozdział VII

# KOMPETENCJE MENEDŻERSKIE I SPOŁECZNE KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ SZPITALAMI

### 7.1. Stan wiedzy menedżerskiej

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 także różnice w przypisanych kompetencjach zależnych od wypełnianych obowiązków czy też specjalizacji zawodowych, szczególnie w przypadku zawodów medycznych.

U osób zaliczanych do grupy zarządczej autor wyróżnia kompetencje<sup>293</sup>, które można podzielić ze względu na szczebel zarządzania na najniższe (operacyjny), średnie i najwyższe<sup>294</sup>. 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 odzwier-

<sup>293</sup> M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 23.

<sup>294</sup> Zob. T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 165-172.

ciedłać 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 zajmować, np.: kierownika komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, ordynatora, przełożonej pielęgniarek, oddziałowej czy też naczelnej.

Autor, podobnie jak twórcy krajowych ram kwalifikacyjnych dla szkolnictwa wyższego, uznał, 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.

W czwartym i piątym rozdziale przeanalizowano dane empiryczne pochodzące z badań przeprowadzonych wśród pracowników zaliczanych do personelu medycznego. W ten sposób uzyskano rzeczywistą ocenę kompetencji menedżerskich badanej grupy, które zostały skonfrontowane z oceną kompetencji pożądanymi na tym stanowisku. Ten wynik z kolei uzyskano w badaniach przeprowadzonych wśród menedżerów opieki zdrowotnej, którzy pełnią tę funkcję co najmniej 10 lat. W założeniu są to osoby posiadające ugruntowaną wiedzę menedżerską oraz doświadczenie kierownicze, jak również rozwinięte umiejętności interpersonalne.

Wnioski dotyczące menedżerów opieki zdrowotnej zamieszczone zostały w rozdziałach piątym i szóstym. W pierwszym z nich omówiono wiedzę menedżerską, w kolejnym umiejętności interpersonalne.

Autor rozpoczął analizę wiedzy menedżerskiej od przytoczenia skumulowanych ocen każdego działu wiedzy. Menedżerowie opieki zdrowotnej dokonali samooceny wiedzy w tych samych zakresach, co lekarze i pielęgniarki.

Tabela nr 126. Samoocena wiedzy menedżerskiej przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź                | Numer grupy zakresu | Suma | Średnia |
|--------------------------|---------------------|------|---------|
| System wynagradzania     | ZF                  | 95   | 4,75    |
| Zarządzanie pracownikiem | PZ                  | 89   | 4,45    |
| Jakość leczenia          | MiJ                 | 88   | 4,40    |
| Umiejętność negocjacji   | PZ                  | 87   | 4,35    |
| Awanse i zwolnienia      | ZK                  | 86   | 4,30    |

ROZDZIAŁ VII  
KOMPETENCJE MENEDŻERSKIE I SPOŁECZNE KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ SZPITALAMI

|   |     |    |      |
|---|-----|----|------|
| Wizerunek zewnętrzny szpitala   | MiJ | 83 | 4,15 |
| Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę  | MiJ | 83 | 4,15 |
| Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne   | MiJ | 83 | 4,15 |
| Budżetowanie  | ZF  | 83 | 4,15 |
| Kontrola przychodów i kosztów   | ZF  | 82 | 4,10 |
| Rozliczenia z NFZ   | ZF  | 82 | 4,10 |
| Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji   | ZZ  | 81 | 4,05 |
| Rekrutacja  | ZK  | 81 | 4,05 |
| Kreowanie szkoleń   | ZK  | 80 | 4,00 |
| Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach   | ZZ  | 80 | 4,00 |
| Komunikacja z współpracownikami   | PZ  | 80 | 4,00 |
| Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziome i pionowe)   | PZ  | 80 | 4,00 |
| Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny)  | NnM | 80 | 4,00 |
| Umiejętność rozwiązywania konfliktów  | PZ  | 79 | 3,95 |
| Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości)  | NnM | 78 | 3,90 |
| Ocena pracowników   | ZK  | 78 | 3,90 |
| Komunikacja z pacjentami  | PZ  | 78 | 3,90 |
| Znajomość procedur obiegu dokumentów  | ZI  | 77 | 3,85 |
| Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia  | ZZ  | 77 | 3,85 |
| Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi  | PZ  | 77 | 3,85 |
| Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych  | ZI  | 77 | 3,85 |
| Motywowanie pracowników   | ZK  | 75 | 3,75 |
| Znajomość zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu) | ZZ  | 68 | 3,40 |
| Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych  | ZI  | 61 | 3,05 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Wyniki zawarto w tabeli 127. Pierwsza kolumna zawiera nazwy zakresów wiedzy menedżerskiej, w drugiej znajdują się opisy skrótów grup wiedzy. Trzecia kolumna zawiera zsumowane oceny wszystkich przebadanych menedżerów opieki zdrowotnej, których obliczenia dokonano za pomocą poniższego wzoru:

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^5 i \cdot L_{WSK_i}$$

gdzie:

$S_{LWSK}$  – suma poziomu wiedzy,

$L_{WSK_i}$  – liczba wskazań i-tej samooceny poziomu wiedzy.

Autor w czwartej kolumnie zamieścił średnią ocenę obszaru wiedzy. Dokonano oceny i określono ważność oraz kolejność zagadnień wiedzy menedżerskiej.

Kolejność działów wiedzy wskazuje na dysonans wiedzy posiadanej przez menedżerów z rzeczywistą wiedzą personelu medycznego. 18 zakresów wiedzy zostało wysoko ocenionych przez menedżerów, taki sam poziom u lekarzy osiągnął jeden dział wiedzy (komunikacja z pacjentem). W przypadku pielęgniarek wszystkie średnie ocen wiedzy były poniżej wartości 4.

Działy wiedzy, ocenione przez menedżerów, można podzielić na pięć grup. Pierwszą stanowi jedno zagadnienie, któremu nadano najwyższy priorytet. Duża grupa badanych menedżerów oceniła wiedzę z systemu wynagradzania na 5. Do drugiej grupy zaliczamy cechy wycenione przez badanych bardzo wysoko, w zakresie od 4,30 do 4,45. Zalicza się do nich cztery działy wiedzy, w tym dwa z grupy psychologii zarządzania. Kolejną, najliczniejszą grupę stanowi 13 zagadnień wiedzy, które mieszczą się ocenie od 4,00 do 4,15.

9 obszarów wiedzy uzyskało ponadprzeciętną ocenę. Menedżerowie uznali, że znają tę teorię w sposób wystarczający do wypełniania roli kierowniczej. Najniższą ocenę, ale wciąż o charakterze ponadprzeciętnej, mają dwa zakresy. Interesujący jest fakt, że badani najniżej ocenili wiedzę z bezpieczeństwa przetwarzania danych osobowych<sup>295</sup>.

Tabela nr 127. Poziom wiedzy menedżerskiej menedżerów opieki zdrowotnej

| Grupa wiedzy                   | Suma | Liczba działów w grupie wiedzy | Średnia na cechę |
|--------------------------------|------|--------------------------------|------------------|
| Zarządzanie finansami          | 342  | 4                              | 4,28             |
| Marketing i jakość             | 337  | 4                              | 4,21             |
| Psychologia zarządzania        | 570  | 7                              | 4,07             |
| Zarządzanie kadrami            | 400  | 5                              | 4,00             |
| Nadzór nad infrastrukturą      | 158  | 2                              | 3,95             |
| Zarządzanie zmianą             | 306  | 4                              | 3,83             |
| Zarządzanie informacją         | 215  | 3                              | 3,58             |
| Średni wynik na działów wiedzy |      |                                | 4,01             |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

<sup>295</sup> Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 1997 nr 133, poz. 883) ze zm.

W ocenie wiedzy menedżerskiej na poziomie grup zwraca uwagę zróżnicowanie poziomu między siedmioma obszarami. Z analizowanych danych wynika, że menedżerowie bardzo wysoko oraz wysoko opiniują cechy w ramach zarządzania finansami oraz marketingu i jakości. Cała wiedza mieszcząca się w ramach tych grup uznawana jest przez menedżerów opieki zdrowotnej za ważną i istotną.

Składowe wiedzy zakwalifikowane do psychologii zarządzania, zarządzania kadrami oraz nadzoru nad infrastrukturą mają zróżnicowane oceny od ponadprzeciętnych do bardzo wysokich. Świadczy to o różnym znaczeniu działów wiedzy w zarządzaniu szpitalami. Badane osoby mają doświadczenie na stanowiskach funkcyjnych. Wskutek tego autor przyjął, że poziom wiedzy menedżerów odpowiada potrzebom na stanowiskach kierowniczych, a nie indywidualnym zainteresowaniom bądź preferencjom badanych osób.

Ostatnie dwie grupy wiedzy (zarządzanie zmianą i zarządzanie informacją) składają się z działów, które menedżerowie określają jako zagadnienia rozwinięte na poziomie ponadprzeciętnym, a nawet wysokim. Jednakże w każdej z grup średnią złożoną obniża jeden składnik wiedzy, który badani ocenili nisko w porównaniu z innymi zakresami.

Tabela nr 128. Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź                     | Liczbowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| System wynagradzania          | 95                            | 4,75          | 27,8                     |
| Budżetowanie                  | 83                            | 4,15          | 24,2                     |
| Rozliczenia z NFZ             | 82                            | 4,10          | 24,0                     |
| Kontrola przychodów i kosztów | 82                            | 4,10          | 24,0                     |
| Średni wynik na obszar wiedzy |                               | 4,28          | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W tabeli nr 128 zamieszczono ocenę menedżerów dotyczącą działów wiedzy wchodzących w skład grupy teorii zarządzania finansami. Analizując szczegółowy opis, badani najwyżej ocenili wiedzę z systemów wynagradzania (4,75 – najwyższa ocena spośród wszystkich recenzowanych zakresów wiedzy). Pozostałe trzy zagadnienia ocenione zostały na podobnym poziomie.

Tabela nr 129. Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź            | System wynagradzania [%] | Budżetowanie [%] | Rozliczenia z NFZ [%] | Kontrola przychodów i kosztów [%] |
|----------------------|--------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| Wcale                | 0,0                      | 0,0              | 5,0                   | 0,0                               |
| W niewielkim stopniu | 0,0                      | 5,0              | 0,0                   | 5,0                               |
| Częściowo            | 10,0                     | 5,0              | 5,0                   | 15,0                              |
| W znacznym stopniu   | 5,0                      | 60,0             | 60,0                  | 45,0                              |
| W pełni              | 85,0                     | 30,0             | 30,0                  | 35,0                              |
| Suma                 | N=20                     | N=20             | N=20                  | N=20                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Wyniki zawarte w tabeli nr 129 stanowią kontynuację rozważań dotyczących zarządzania finansami. Zawarte w tabeli dane pokazują odsetek odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej. Na tej podstawie autor stwierdził, że 85% badanych oceniło wiedzę z systemu wynagradzania na bardzo wysokim poziomie.

Tabela nr 130. Samoocena wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź  | Liczbowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|--|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| Jakość leczenia  | 88                            | 4,40          | 26,2                     |
| Wizerunek zewnętrzny szpitala  | 83                            | 4,15          | 24,6                     |
| Proces świadczenia usług, w tym dostępność usług, czas oczekiwania na usługę | 83                            | 4,15          | 24,6                     |
| Zarządzanie czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne                      | 83                            | 4,15          | 24,6                     |
| Średni wynik na dział wiedzy   |                               | 4,21          | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W przypadku budżetowania oraz rozliczania z NFZ odsetek odpowiedzi jest taki sam, 60% badanych osób oceniło tę wiedzę wysoko. Jedynie w przypadku kontroli przychodów i kosztów badani mają zróżnicowane oceny co do ich wiedzy z tego zakresu, od przeciętnego do bardzo wysokiego poziomu.

Marketing i jakość stanowią składową wiedzę menedżerskiej, która jest bardzo wysoko oceniana przez menedżerów opieki zdrowotnej.

W ramach zagadnienia realizuje się zadania związane z inicjowaniem, koordynowaniem, kontrolowaniem i wspieraniem przedsięwzięć związanych z pod-

noszeniem jakości świadczonych usług medycznych, przy równoczesnym utrzymaniu aktualnych certyfikatów jakości, prowadzeniu działań marketingowych wewnątrz jednostki, jak i w jego otoczeniu oraz public relations ukierunkowanym na społeczeństwo, wzmocnione o odpowiedzialność za opracowanie i wdrażanie działań budujących pozytywny wizerunek szpitala oraz kulturę organizacyjną. Pozostałe zadania dotyczą opracowywania lub współpracy przy wielokierunkowej strategii rozwoju szpitala, organizacji konkursów na zewnętrzne usługi medyczne czy też odpowiedzialności za sprzedaż komercyjną usług medycznych oraz przygotowywania ofert, kalkulacji cenowych i rynkowych oraz tworzenia umów itp.<sup>296</sup>

Jest to wiedza przydatna na stanowiskach pracowniczych oraz kierowniczych na niskim szczeblu zarządzania. Zagadnienie dotyczy procesu diagnozowania oraz leczenia pacjentów składającego się z relacji lekarzy i pielęgniarek z pacjentami, jakości świadczeń medycznych, zarządzania kolejkami (szczególnie w przychodniach u lekarzy rodzinnych), jak również dostępności usług podstawowych oraz specjalistycznych badań.

Najwyższą ocenę u badanych osób uzyskał dział wiedzy dotyczący procedur oraz zasad wynikających z realizacji procesu leczenia. Menedżerowie ocenili swoją wiedzę z pozostałych zagadnień na tym samym, wysokim poziomie (średnia na grupę – 4,15).

Zawarte w tabeli nr 131 dane dają autorowi podstawę do stwierdzenia, że przebadane osoby oceniają wszystkie działy wiedzy z zakresu marketingu i jakości co najmniej ponadprzeciętnie. Wiedza dyrektorów szpitali dotycząca marketingu i jakości tymi różni się od wiedzy personelu medycznego, że nie jest skupiona na planowaniu i organizowaniu działań, lecz bardziej na motywowaniu oraz kontrolowaniu procesu leczenia.

Tabela nr 131. Samoocena wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź            | Jakość leczenia [%] | Wizerunek zewnętrzny szpitala [%] | Proces świadczenia usług ... [%] | Zarządzanie czasem oczekiwania ... [%] |
|----------------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| Wcale                | 0,0                 | 0,0                               | 0,0                              | 5,0                                    |
| W niewielkim stopniu | 0,0                 | 0,0                               | 0,0                              | 0,0                                    |
| Częściowo            | 15,0                | 5,0                               | 10,0                             | 10,0                                   |
| W znacznym stopniu   | 30,0                | 75,0                              | 65,0                             | 45,0                                   |
| W pełni              | 55,0                | 20,0                              | 25,0                             | 40,0                                   |
| Suma                 | N=20                | N=20                              | N=20                             | N=20                                   |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

<sup>296</sup> Określone są przez dokumenty wewnętrzne szpitali, w ramach opisanego stanowiska pracy w regulaminie organizacyjnym bądź realizowanych zadań w ramach misji w statucie szpitala.



Na cele organizacji dotyczące ciągłego doskonalenia, w tym udoskonalenia pracy personelu, może wpływać wiele czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Należą do nich: zmiany na rynku, zmiany technologii, innowacje oraz wymagania klientów i innych stron zainteresowanych. Zmiany takie mogą wymagać od organizacji analizowania potrzeb związanych z kompetencjami. Normy ISO 10014: 2006 oraz ISO 10015: 1999 kładą nacisk na wiedzę wymaganą od menedżerów opieki zdrowotnej oraz wpływ szkoleń na ciągłe doskonalenie kompetencji organizacyjnych poprzez doskonalenie indywidualnych kompetencji.

W normach ISO 10014 wyróżniono najistotniejsze obszary wiedzy menedżerskiej, którymi kadra powinna dysponować, aby organizacja osiągnęła sukces. Do priorytetowych obszarów wiedzy menedżera medycznego autor zaliczył:

- wiedzę ukierunkowaną na potrzeby pacjentów;
- wiedzę dotyczącą potrzeb pracowników podmiotów leczniczych;
- wiedzę dotyczącą potrzeb dostawców sprzętu medycznego oraz farmaceutyków;
- wiedzę dotyczącą potrzeb społeczeństwa w zakresie potrzeb zdrowia, profilaktyki, uwarunkowań społecznych, demograficznych i ekonomicznych zachorowań;
- wiedzę odnośnie wizji, misji oraz strategii jako istotnych informacji dla trwałości i rozwoju organizacji;
- wiedzę dotyczącą konieczności ustalenia ambitnych, realnych i zrozumiałych celów, możliwych do realizacji w istniejących uwarunkowaniach funkcjonowania;
- wiedzę dotyczącą jakości środowiska pracy, koniecznego dla osiągnięcia założonych celów, jego uwarunkowań i determinantów związanych ze specyfiką wykonywania zawodu lekarza, pielęgniarki, pomocniczego personelu medycznego<sup>297</sup>.

W normie 10015 zawarto założenia dotyczące formy i charakteru szkoleń, które przed wdrożeniem wymagają identyfikacji kompetencji koniecznych dla realizacji celów organizacji oraz wskazania obszarów, w których wystąpić mogą tzw. luki kompetencyjne. Norma zakłada, iż proces szkolenia, który może wykorzystywać różne metody, składa się z czterech podstawowych etapów: identyfikacja potrzeb szkoleniowych, zaplanowanie szkolenia, przeprowadzenie szkolenia oraz ocena wpływu szkolenia na efektywność organizacji<sup>298</sup>.

Celem jest pomoc organizacji w tym, aby szkolenie było efektywną i skuteczną inwestycją. Wytyczne podane w normie mogą pomóc organizacji w identy-

<sup>297</sup> Quality management – Guidelines for realizing financial and economic benefits, International Standard ISO 10014: 2006.

<sup>298</sup> Quality Management – Guidelines For Training, International Standard ISO 10015: 1999.

fikowaniu i analizowaniu potrzeb szkoleniowych, w projektowaniu, planowaniu i przeprowadzaniu szkolenia, ocenie danych oraz monitorowaniu i doskonaleniu procesu szkolenia, aby osiągnąć zamierzone cele.

Tabela nr 132. Samoocena wiedzy z zakresu nadzoru nad infrastrukturą przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź  | Liczbowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|--|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny)                   | 80                            | 4,00          | 50,6                     |
| Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości) | 78                            | 3,90          | 49,4                     |
| Średni wynik na dział wiedzy   |                               | 3,95          | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Kolejnym działem wiedzy, który był brany pod uwagę przy ocenie wiedzy dyrektorów szpitali, był nadzór nad infrastrukturą. W jego ramach wyróżniono dwa składniki: nadzór nad posiadanym mieniem oraz planowanie zakupów materiałów rzeczowych. Minimalnie wyższą średnią uzyskał pierwszy z wymienionych zakresów wiedzy.

Tabela nr 133. Samoocena wiedzy z zakresu nadzoru nad infrastrukturą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź            | Nadzór nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny) [%] | Planowanie inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości) [%] |
|----------------------|--|--|
| Wcale                | 0,0  | 0,0  |
| W niewielkim stopniu | 0,0  | 0,0  |
| Częściowo            | 0,0  | 20,0   |
| W znacznym stopniu   | 100,0  | 55,0   |
| W pełni              | 0,0  | 25,0   |
| Suma                 | N=20   | N=20   |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Uwzględniając poziom ocen wiedzy przebadanych dyrektorów szpitali z zakresu nadzoru nad infrastrukturą, autor stwierdził, że wiedza dotycząca nadzoru nad mieniem została zidentyfikowana na identycznym, wysokim poziomie. Natomiast wiedza badanych osób związana z planowaniem inwestycji infrastruktural-

nych ma zróżnicowany poziom, od przeciętnego po bardzo wysoki. Poziom ocen wiedzy może wynikać z faktu, że badaniem objęto menedżerów, którzy wykazali się co najmniej dziesięcioletnim stażem pracy na stanowisku kierowniczym. Analiza całkowitego stażu pracy badanych osób wykazuje, że średni staż wynosi 22, 25 lat. Z porównania powyższych danych ze średnim czasem piastowania funkcji kierowniczych wynika, że menedżerowie nie byli zatrudnieni tylko na stanowiskach funkcyjnych, ale wcześniej pracowali jako pracownicy zatrudnieni na stanowiskach medycznych bądź niemedyceńskich, np. w administracji. Stąd duża wiedza z zakresu nadzoru nad powierzonym mieniem. Ze względu na charakter pracy na stanowisku menedżera, wiedza ta jest mniej przydatna. Planowanie inwestycji jest tym działem wiedzy, który został różnorodnie oceniony. Część dyrektorów stwierdziła, że ma przeciętną wiedzę wynikającą z nieuczestniczenia bezpośrednio w procedurze zamówień publicznych.

Tabela nr 134. Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź                    | Liczbowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|------------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| Rekrutacja                   | 81                            | 4,05          | 20,3                     |
| Motywowanie pracowników      | 75                            | 3,75          | 18,7                     |
| Ocena pracowników            | 78                            | 3,90          | 19,5                     |
| Kreowanie szkoleń            | 80                            | 4,00          | 20,0                     |
| Awanse i zwolnienia          | 86                            | 4,30          | 21,5                     |
| Średni wynik na dział wiedzy |                               | 4,00          | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Każdy kierownik, bez względu na szczebel zarządzania, powinien posiadać wiedzę dotyczącą zarządzania kadrami. Z uzyskanych wyników badań okazuje się, że menedżerowie różnie oceniają wiedzę z tego zakresu. Badani ocenili bardzo wysoko wiedzę dotyczącą awansów i zwolnień. Wskazuje to, że uważają tę wiedzę za istotną w prawidłowym zarządzaniu organizacją, jak również doceniają nowoczesne style zarządzania. Kolejne dwa działy (rekrutacja, kreowanie szkoleń) otrzymały wysokie oceny, które stanowią istotne etapy w procesie zarządzania pracownikami w organizacji. Natomiast niżej oceniono wiedzę dotyczącą motywowania oraz oceniania pracowników. Może się to wiązać z brakiem wiedzy specjalistycznej w tym zakresie. Dyrektorzy z pewnością realizują zadania w tych zakresach zarządzania pracownikami, jednakże wiedza ta nie jest usystematyzowana.

Tabela nr 135. Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź            | Rekrutacja [%] | Motywowanie pracowników [%] | Ocena pracowników [%] | Kreowanie szkoleń [%] | Awanse i zwolnienia [%] |
|----------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------------|
| Wcale                | 0,0            | 0,0                         | 5,0                   | 0,0                   | 0,0                     |
| W niewielkim stopniu | 5,0            | 5,0                         | 0,0                   | 0,0                   | 0,0                     |
| Częściowo            | 5,0            | 45,0                        | 0,0                   | 20,0                  | 5,0                     |
| W znacznym stopniu   | 70,0           | 20,0                        | 90,0                  | 60,0                  | 60,0                    |
| W pełni              | 20,0           | 30,0                        | 5,0                   | 20,0                  | 35,0                    |
| Suma                 | N=20           | N=20                        | N=20                  | N=20                  | N=20                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Tabela nr 135 zawiera opis przedstawiający procentowy udział odpowiedzi w działach wiedzy zaliczonych do zarządzania kadrami. W przypadku takich dziedzin, jak rekrutacja, ocena pracowników, awanse i zwolnienia, pojedyncze przypadki zaniżają ogólną ocenę poziomu wiedzy dyrektorów. Wskazuje to na istotność tej wiedzy w wypełnianiu roli kierowniczej. Natomiast motywowanie pracowników oraz kreowanie szkoleń są dziedzinami wiedzy znanymi w różnym stopniu przez dyrektorów. Stąd wnioszek, że wiedza w tych zakresach nie jest usystematyzowana, lecz zależy od indywidualnych potrzeb oraz preferencji.

Tabela nr 136. Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź  | Liczbowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|--|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych | 77                            | 3,85          | 35,8                     |
| Znajomość procedur obiegu dokumentów                       | 77                            | 3,85          | 35,8                     |
| Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych             | 61                            | 3,05          | 28,4                     |
| Średni wynik na dział wiedzy                               |                               | 3,58          | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W każdej organizacji, w tym i w szpitalach, w celu prawidłowego ich funkcjonowania ważne jest stworzenie procedur obiegu dokumentów, dostosowanie kanałów przekazu informacji oraz przygotowanie narzędzi do gromadzenia, prze-

chowywania danych, tak aby diagnozować stan rzeczowy (sprzętowy), efektywny czas pracy, liczbę pacjentów z podziałem na schorzenia i inne procesy zachodzące w organizacji. Przy tym istotna jest wiedza osób dotycząca procedur, jak również ochrony danych osobowych. Menedżerowie ocenili swoją wiedzę jako ponadprzeciętną, lecz w stosunku do pozostałych dziedzin wiedzy jest ona na niskim poziomie. Największe braki wiedzy u badanych osób stwierdzono w zakresie bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych. Ze względu na wysoki stopień niejawności dotyczący sfery zdrowia fizycznego czy też psychicznego każdy pracownik powinien mieć tę wiedzę na co najmniej wysokim poziomie, tak aby nie dochodziło do sytuacji, gdy dokumenty z danymi osobowymi traktowane są jako zwykłe śmieci i nie są niszczone zgodnie z procedurą utylizacji danych niejawnych na podstawie Ustawy o ochronie danych osobowych<sup>299</sup>.

Tabela nr 137. Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź            | Umiejętność obsługi informatycznych programów wewnętrznych [%] | Znajomość procedur obiegu dokumentów [%] | Bezpieczeństwo przetwarzanych danych osobowych [%] |
|----------------------|--|--|--|
| Wcale                | 0,0  | 0,0                                      | 0,0  |
| W niewielkim stopniu | 5,0  | 5,0                                      | 30,0   |
| Częściowo            | 20,0   | 35,0                                     | 40,0   |
| W znacznym stopniu   | 60,0   | 30,0                                     | 25,0   |
| W pełni              | 15,0   | 30,0                                     | 5,0  |
| Suma                 | N=20   | N=20                                     | N=20   |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Ocena ta stanowi kontynuację wcześniejszego wyводу dotyczącego zarządzania informacją w szpitalu. Większość ocenianych dyrektorów oceniła swoją wiedzę dotyczącą korzystania z programów komputerowych jako co najmniej wysoką, tylko co czwarty badany wskazał, że wiedzę z tego zakresu ma na przeciętnym, a nawet niskim poziomie. Znajomość procedur związanych z obiegiem dokumentów wewnętrznych (głównie związana z obsługą pacjentów) dyrektorzy ocenili różnie, od częściowej do pełnej wiedzy w tym zakresie. Niska ocena w przypadku wiedzy dotyczącej bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych wiąże się z tym, że 70% dyrektorów oceniło wiedzę najwyżej jako przeciętną.

<sup>299</sup> Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. nr 133, poz. 883).

Tabela nr 138. Samoocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź   | Liczbowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|---|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| Zarządzanie pracownikiem  | 89                            | 4,45          | 15,6                     |
| Komunikacja ze współpracownikami                                  | 80                            | 4,00          | 14,0                     |
| Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi                        | 77                            | 3,85          | 13,5                     |
| Komunikacja z pacjentami  | 78                            | 3,90          | 13,7                     |
| Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziome i pionowe) | 80                            | 4,00          | 14,0                     |
| Umiejętność rozwiązywania konfliktów                              | 79                            | 3,95          | 13,9                     |
| Umiejętność negocjacji  | 87                            | 4,35          | 15,3                     |
| Średni wynik na dział wiedzy                                      |                               | 4,07          | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Kolejny zakres wiedzy dotyczący psychologii zarządzania można określić jako wiedzę, którą dyrektorzy mają, jak również są zainteresowani jej doskonaleniem. Wskazuje to, że jest to wiedza, na którą zapotrzebowanie w organizacji jest wysokie nie tylko na stanowiskach kierowniczych, lecz również wśród pracowników operacyjnych, co zostało potwierdzone w rozdziale czwartym niniejszej książki.

Tabela nr 139. Samoocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej, cz. 1

| Odpowiedź            | Kształtowanie relacji wewnętrznych w szpitalu (poziome i pionowe) [%] | Umiejętność rozwiązywania konfliktów [%] | Zarządzanie pracownikiem [%] | Komunikacja z pacjentami [%] |
|----------------------|---|--|------------------------------|------------------------------|
| Wcale                | 0,0   | 0,0                                      | 0,0                          | 0,0                          |
| W niewielkim stopniu | 0,0   | 5,0                                      | 0,0                          | 5,0                          |
| Częściowo            | 15,0  | 10,0                                     | 20,0                         | 15,0                         |
| W znacznym stopniu   | 70,0  | 70,0                                     | 15,0                         | 65,0                         |
| W pełni              | 15,0  | 15,0                                     | 65,0                         | 15,0                         |
| Suma                 | N=20  | N=20                                     | N=20                         | N=20                         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W tabelach nr 139 i 140 przedstawiono odsetek odpowiedzi badanych menedżerów opieki zdrowotnej na temat wiedzy z zakresu psychologii zarządzania. Działy wiedzy podzielono na dwie grupy, podobne pod względem wyników. W tabeli 139 znalazły się dziedziny wiedzy, które zostały określone przez dyrek-

torów jako opanowane co najmniej w znacznym stopniu. W przypadku jednego zakresu nawet w stopniu doskonałym. Uwzględniając długość stażu na stanowiskach kierowniczych, stwierdza się, że wysoki poziom kompetencji w omawianych zakresach wiedzy jest wymagany od osób kierujących szpitalem bądź na niższych szczeblach zarządzania.

Tabela nr 140. Samoocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej, cz. 2

| Odpowiedź            | Komunikacja ze współpracownikami [%] | Komunikacja z przełożonymi lub podwładnymi [%] | Umiejętność negocjacji [%] |
|----------------------|--------------------------------------|--|----------------------------|
| Wcale                | 0,0                                  | 0,0  | 0,0                        |
| W niewielkim stopniu | 5,0                                  | 20,0   | 0,0                        |
| Częściowo            | 30,0                                 | 15,0   | 5,0                        |
| W znacznym stopniu   | 5,0                                  | 25,0   | 55,0                       |
| W pełni              | 40,0                                 | 40,0   | 40,0                       |
| Suma                 | N=20                                 | N=20   | N=20                       |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Natomiast w tabeli nr 140 zaprezentowano pozostałe działy wiedzy z grupy psychologii zarządzania. Są to zagadnienia, które badani dyrektorzy opanowali w niższym stopniu. Zjawisko to jest szczególnie dostrzegalne w przypadku wiedzy dotyczącej komunikacji pionowej, którą badane osoby różnorodnie oceniły, na poziomie od niskiego do bardzo wysokiego. Może to zależeć od częstotliwości kontaktów menedżerów opieki zdrowotnej z szeregowymi pracownikami. Badane osoby nie widzą potrzeby posiadania takiej wiedzy, czego konsekwencją jest niska samoocena.

Tabela nr 141. Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź   | Liczbowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|---|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| Znajomość zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia  | 77                            | 3,85          | 25,2                     |
| Znajomość zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiągnięciu sukcesu) | 68                            | 3,40          | 22,2                     |
| Umiejętność wprowadzania zmiany w organizacji   | 81                            | 4,05          | 26,5                     |
| Umiejętność radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach   | 80                            | 4,00          | 26,1                     |
| Średni wynik na dział wiedzy  |                               | 3,83          | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W tabeli nr 141 zawarto dane obejmujące wiedzę z zakresu zarządzania zmianą, do którego wliczono cztery działy wiedzy. Dwa spośród nich dyrektorzy ocenili jako wiedzę, którą mają na wysokim poziomie (wprowadzanie zmian w organizacji oraz radzenie sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach). Pierwszy z zakresów zawiera wiedzę przydatną w zarządzaniu organizacją, w której ze względu na dużą liczbę czynników wewnętrznych czy też zewnętrznych oddziałujących na szpital można mówić, że zarządza się zmianą dotyczącą pracowników, pacjentów, sprzętu medycznego itd. Drugi dział obejmuje umiejętność nieodzowną szczególnie na stanowiskach kierowniczych, na których pracownicy muszą podejmować ważne decyzje wywierające skutek na organizacji. Z pewnością oddziałuje to negatywnie na zachowanie, odczucia i prawidłowe funkcjonowanie decydenta. Z tej przyczyny każdy menedżer powinien być wyposażony w techniki radzenia sobie oraz niwelowania skutków stresu.

Znajomość zmian prawnych w zakresie systemu ochrony zdrowia przez dyrektorów ogólnie oceniana jest na ponadprzeciętnym poziomie. Wskazuje to, że jest to wiedza przydatna na stanowisku kierowniczym. Najniżej spośród działów wiedzy oceniono teorię dotyczącą znajomości zasad mentoringu oraz coachingu, które są nowoczesnymi metodami służącymi wspomaganianiu, wspieraniu pracowników w rozwoju oraz planowaniu rozwoju na podbudowanie profilu kompetencyjnego.

Tabela nr 142. Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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  | 5,0  | 0,0   | 5,0   |
| W niewielkim stopniu | 5,0  | 0,0  | 5,0   | 0,0   |
| Częściowo            | 10,0   | 45,0                                       | 0,0   | 0,0   |
| W znacznym stopniu   | 80,0   | 50,0                                       | 80,0  | 80,0  |
| W pełni              | 5,0  | 0,0  | 15,0  | 15,0  |
| Suma                 | N=20   | N=20                                       | N=20  | N=20  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Rozkład odpowiedzi zaprezentowany w tabeli nr 142 pozwala autorowi stwierdzić, że taki sam odsetek dyrektorów w przypadku trzech działów określiło swoją wiedzę na wysokim poziomie. Inaczej rzecz się ma z wiedzą z zakresu wykorzystywania zasad i reguł mentoringu oraz coachingu. Spośród przebadanych menedżerów dla połowy jest to wiedza znana na wysokim poziomie, dla pozostałych menedżerów na co najwyżej przeciętnym.



Tabela nr 143. Upływ czasu od ostatniej podjętej formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź     | Liczbowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] |
|---------------|-------------------------------|--------------------------|
| Do roku czasu | 7                             | 35,0                     |
| Od 1 do 3 lat | 9                             | 45,0                     |
| Od 3 do 5 lat | 4                             | 20,0                     |
| Powyżej 5 lat | 0                             | 0,0                      |
| W ogóle       | 0                             | 0,0                      |
| Suma          | 20                            | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Analizę samooceny wiedzy menedżerów opieki zdrowotnej autor podsumował danymi dotyczącymi określenia czasu, jaki upłynął od ostatnich działań dotyczących doskonalenia, bądź uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania. Przebadanych dyrektorów można podzielić na dwie grupy; w pierwszej znalazły się osoby, które w sposób ciągły pogłębiają wiedzę, w drugiej zaś menedżerowie doskonalący wiedzę menedżerską rzadziej, między kolejnymi formami doskonalenia wiedzy interwał czasowy mieści się w zakresie od 2 do 5 lat.

Tabela nr 144. Upływ czasu od ostatniej podjętej formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez menedżerów opieki zdrowotnej z uwzględnieniem kryterium wieku

| Odpowiedź     | Struktura odpowiedzi [%] |                |
|---------------|--------------------------|----------------|
|               | Poniżej 50 lat           | Powyżej 50 lat |
| Do roku czasu | 0,0                      | 50,0           |
| Od 1 do 3 lat | 66,7                     | 35,7           |
| Od 3 do 5 lat | 33,3                     | 14,3           |
| Powyżej 5 lat | 0,0                      | 0,0            |
| W ogóle       | 0,0                      | 0,0            |
| Suma          | N = 6                    | N = 14         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Analiza tych danych z uwzględnieniem wieku badanych osób wykazuje, że występują różnice między dyrektorami w wieku do i powyżej 50 lat. Odmienność wynika z podejścia osób do zjawiska zwanego ciągłym, permanentnym uczeniem się. Osoby zakwalifikowane do grupy dyrektorów w wieku powyżej 50 lat częściej doskonalą wiedzę z zakresu zarządzania. W sumie 12 na 14 osób co najmniej raz na 3 lata kończyło jakąś formę doksztalcenia. W przypadku menedżerów do 50. roku życia nie jest to zjawisko występujące z taką intensywnością. Badani dyrek-

torzy rzadziej korzystali z działań nastawionych na uzupełnianie wiedzy menedżerskiej.

Podsumowując tę część zawierającą samoocenę wiedzy z zakresu zarządzania, dokonaną przez menedżerów opieki zdrowotnej, autor stwierdził, że badana grupa ma dużą wiedzę wynikającą z posiadanych kwalifikacji oraz zdobytego przez co najmniej 10 lat doświadczenia w pełnieniu roli kierowniczej na podbudowie umiejętności interpersonalnych oraz komunikowania się. Cechy te zostaną omówione w dalszej części rozdziału siódmego niniejszej publikacji.

## 7.2. Pożądana wiedza menedżerska przez kadrę zarządzającą szpitalami

W drugiej części rozdziału siódmego przedstawiono wiedzę z zakresu zarządzania, na którą zapotrzebowanie zgłosili przebadani menedżerowie opieki zdrowotnej. Wynik zawarty jest w kolumnie czwartej i zawiera sumę ocen w każdym z działów. Do wyznaczenia wyniku posłużono się poniższym wzorem, w którym zliczano poszczególne odpowiedzi z uwzględnieniem ich poziomu, przemnażając liczbę respondentów w określonej grupie.

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^5 i \cdot L_{WSK_i}$$

gdzie:

$S_{LWSK}$  – suma poziomu wiedzy,

$L_{WSK_i}$  – liczba wskazań i-tej samooceny potrzeb wiedzy.

Tabela nr 145. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez personel medyczny

| 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 osiągnięciu 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 uzupełniającego badania ilościowego.

W tabeli nr 145 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 autor stwierdził, 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 nr 146. Współczynnik potrzeb oraz rzeczywistego stanu wiedzy menedżerów opieki zdrowotnej

| Charakter odpowiedzi      | Liczba działów w grupie wiedzy | Potrzeby wiedzy menedżerów opieki zdrowotnej |                                |                        | Samooceńa wiedzy menedżerów opieki zdrowotnej |                                |                        | Różnica w ocenie (samooceńa – 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 uzupełniającego badania ilościowego.

Zestawiając dane z tabeli nr 146, pokazujące zarówno samoocенę, jak i potrzeby doskonalenia wiedzy z zakresu zarządzania menedżerów opieki zdrowotnej, autor proponuje 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 zdrowotnej. Zaliczamy do nich marketing i jakość oraz zarządzanie finansami. Autor stwierdził, że te zagadnienia wiedzy, z niewielkimi wyjątkami, nie są priorytetem. Wprowadzanie innowacji kompetencji na stanowiskach kierowniczych nie należy

rozpocząć od udoskonalania wiedzy z drugiej i trzeciej grupy. Priorytetem należy objąć wiedzę z działów zaliczonych do pierwszej grupy zagadnień.

Tabela nr 147. Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez menedżerów opieki zdrowotnej oraz personelu medycznego

| Charakter odpowiedzi      | Liczba działań w grupie wiedzy | Potrzeby wiedzy menedżerów opieki zdrowotnej |                                |                        | 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 uzupełniającego badania ilościowego.

W powyższej tabeli zestawiono dane ukazujące potrzeby doskonalenia wiedzy menedżerskiej menedżerów opieki zdrowotnej oraz personelu medycznego. Na podstawie zebranych danych autor wywnioskował, 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. Pracownicy pełniący 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, szcze-

gólnie dotyczy to zagadnień z grupy zarządzania zmianą, zarządzania informacją oraz nadzoru nad infrastrukturą. W dalszej części autor przedstawił szczegółowe wyniki badań dotyczące wiedzy z zakresu zarządzania.

Tabela nr 148. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź                     | Liczbowa struktura odpowiedzi | Średnia ocena | Struktura odpowiedzi [%] |
|-------------------------------|-------------------------------|---------------|--------------------------|
| System wynagrodzenia          | 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 jakościowego.

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 wysokim poziomie – chodzi o kontrolę przychodów oraz system wynagrodzenia. 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. Autor sugeruje, aby w procesie doskonalenia kompetencji uwzględnić teorię z zakresu kontroli przychodów i kosztów.

Tabela nr 149. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź            | System wynagrodzenia [%] | 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                              |
| Suma                 | N=20                     | N=20             | N=20                  | N=20                              |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Tabela nr 149 zawiera informacje obrazujące procentowy udział odpowiedzi respondentów. Na ich podstawie autor stwierdził, że podobny odsetek osób chce uzupełnić wiedzę ze wszystkich zagadnień, różnice dotyczą jakościowej struktury odpowiedzi.

Tabela nr 150. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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            | 78                            | 3,90          | 23,9                     |
| Średni wynik na dział wiedzy  |                               | 4,09          | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

W przypadku personelu medycznego ten dział wiedzy był uznawany za jeden z istotniejszych. W przypadku menedżerów sytuacja wygląda inaczej. Zestawiając średnią ocen całej grupy wiedzy z zakresu marketingu i jakości z innymi zagadnieniami, autor zauważył, że poziom potrzeb jest niższy. Porównując potrzeby menedżerów z personelem medycznym (tabela nr 147), stwierdza się, że wyższy stan wiedzy przydatny jest u osób na stanowiskach kierowniczych. Stąd wniosek, że przyszli dyrektorzy o zawodzie lekarskim bądź pielęgniarstwie 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 nr 151. Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Odpowiedź            | Jakość leczenia [%] | Wizerunek zewnętrzny szpitali [%] | Proces świadczenia usług [%] | Zarządzanie czasem [%] |
|----------------------|---------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------|
| 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                   |
| Suma                 | N=20                | N=20                              | N=20                         | N=20                   |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

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. Według dyrektorów działania te są, po pierwsze, opisane w ramach procedur jakościowych, a po drugie, powinny zainteresować personel medyczny.

Tabela nr 152. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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 jakościowego.

Ustalając priorytety potrzeb w ramach obszaru nadzoru nad mieniem, autor stwierdził, 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.

Tabela nr 153. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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  |
| Suma                 | N=20                               | N=20  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

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 nr 154. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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 jakościowego.

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 wniossek, że tych dwóch zagadnień wiedzy z zakresu zarządzania kadrami nie trzeba doskonalić.

Tabela nr 155. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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                    |
| Suma                 | N=20           | N=20                        | N=20                  | N=20                  | N=20                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Wcześniejsze wnioski są w pełni potwierdzone przez dane zamieszczone w tabeli nr 155, które pokazują odpowiedzi respondentów w układzie procentowym. Wysokie, a nawet bardzo wysokie potrzeby dyrektorów dotyczą zagadnienia motywowania pracowników.

Tabela nr 156. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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 jakościowego.

Jest to jeden z trzech najbardziej priorytetowych działów wiedzy menedżerskiej, wynikający z zebranych danych badawczych wśród kadry kierowniczej. 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.

Tabela nr 157. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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   |
| Suma                 | N=20   | N=20                                     | N=20   |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Autor uznał, 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 autor zaliczył do grupy „drugiej kategorii” pod względem przydatności na stanowisku kierowniczym.

Tabela nr 158. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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 jakościowego.

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 zdrowotnej. 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*<sup>300</sup>, 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.

Tabela nr 159. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej, 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                       |
| Suma                 | N=20                    | N=20                    | N=20  | N=20                       |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

W tabelach nr 159 i 160 zaprezentowano odpowiedzi respondentów w ujęciu procentowym. Dotyczą potrzeb wiedzy z zakresu psychologii zarządzania. W tabeli nr 153 zawarte są zagadnienia, które zostały bardzo wysoko ocenione przez dyrektorów. W kolejnej tabeli zawarto składowe wiedzy, na które menedżerowie

<sup>300</sup> M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.

zgłaszają mniejsze zapotrzebowanie. Szczególnie dotyczy to umiejętności rozwiązywania konfliktów oraz zarządzania pracownikiem.

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<sup>301</sup>. 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 nr 160. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej, 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                         |
| Suma                 | N=20                         | N=20                                     | N=20                         |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Tabela nr 161. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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 jakościowego.

<sup>301</sup> 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.

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 rzeczywistością 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.

Zaprezentowane w tabeli nr 162 dane liczbowe z badań pozwalają autorowi 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 nr 162. Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej

| 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  |
| Suma                 | N=20   | N=20                                       | N=20  | N=20  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

W dalszej części autor przedstawił wyniki związane z oczekiwaniami dyrektorów względem działań ukierunkowanych na ciągłe uczenie się, uzupełnianie wiedzy oraz umiejętności. Respondentom zaproponowano kilka możliwości, które zostały podzielone na tradycyjne oraz innowacyjne, ukierunkowane na trening interpersonalny oraz bezpośrednią wymianę wiedzy. Dokonując pomiaru preferencji, autor chciał jednocześnie sprawdzić świadomość i dostrzeżenie potrzeb przez kadrę zarządzającą.

Tabela nr 163. Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Charakter odpowiedzi              | Liczbowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] |
|-----------------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Szkolenia                         | 19                            | 32,8                     |
| Konferencje                       | 5                             | 8,6                      |
| Rozmowa z doświadczonym ekspertem | 17                            | 29,3                     |
| Studiowanie literatury (książki)  | 0                             | 0,0                      |
| Czytanie czasopism branżowych     | 17                            | 29,3                     |
| Inne (jakie?)                     | 0                             | 0,0                      |
| Razem                             | 58                            | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Przedstawione w tabeli nr 163 preferencje dyrektorów dotyczące form doskonalenia wiedzy pozwalają autorowi stwierdzić, że dla badanych pracowników najistotniejsze są trzy formy. Częstotliwość wyboru tych odmian uzupełniania wiedzy różni się znacznie od pozostałych form. Są nimi: szkolenia, rozmowa z doświadczonym ekspertem oraz czytanie czasopism branżowych.

Występuje istotna różnica między wyborem dokonany przez menedżerów a odpowiedziami personelu medycznego. Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze, oprócz szkoleń oraz rozmowy z doświadczonym ekspertem, woleli konferencje aniżeli podnoszenie kompetencji poprzez formę zaliczaną do grupy samodoskonalenia.

Świadczy to o wyższej świadomości menedżerów opieki zdrowotnej, jak również o większej aktywności przejawiającej się poszukiwaniem potrzebnej wiedzy na rynku edukacyjnym, a nie biernym lub aktywnym, uczestnictwem w konferencjach branżowych.

Ta ostatnia forma doskonalenia wiedzy wynika ze specyfiki zawodu wykonywanego przez lekarzy i pielęgniarki, którzy wymieniają się doświadczeniami na tego typu spotkaniach. Powinno się je raczej nazwać treningami umiejętności, ponieważ przyjmują one taką formę, aniżeli konferencjami, które z założenia mają charakter naukowy, a nie pragmatyczny.

Większość pracowników ma świadomość i dostrzega konieczność doskonalenia na zasadzie *life-long-learning*. Zmienność otoczenia, rozwój nauki są to czynniki, które wymuszają doskonalenie kompetencji menedżerskich.

W powyższym rozdziale autor omówił rzeczywistość oraz pożądaną przez menedżerów opieki zdrowotnej wiedzę z zarządzania. Uzupełnieniem tej analizy jest materiał dotyczący umiejętności interpersonalnych menedżerów, który znajduje się w podrozdziale 7.3.

### 7.3. 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 autor podjął 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 nr 164-168 zawierają zsumowane dane mające na celu opisanie istotności umiejętności interpersonalnych. W tym celu autor przyjął zasadę stopniowania cech w skali od 1 (najwyższa) do 5 (najniższa ocena). Stworzony został wzór, który wygląda następująco:

$$S_{LWSK} = \sum_{i=1}^5 i \cdot L_{WSK_i}$$

gdzie:

$S_{LWSK}$  – suma cechy interpersonalnej,

$L_{WSK_i}$  – 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 zdrowotnej a personelem medycznym z uwzględnieniem podziału na grupy zawodowe.

Tabela nr 164 zawiera dane przedstawiające priorytety wyboru, dokonane przez menedżerów opieki zdrowotnej oraz personel medyczny. Każda z przebadanych osób dokonywała wyboru spośród zaproponowanej grupy umiejętności z możliwością uzupełnienia zbiorowości o inne umiejętności. Szeroki wybór cech interpersonalnych spowodował, że zarówno menedżerowie opieki zdrowotnej, jak i personel medyczny opierali się na zaproponowanych umiejętnościach.

Autor po analizie danych dotyczących 14 umiejętności podzielił je na trzy grupy.

Pierwszą stanowią cechy bardzo ważne dla dyrektorów. Są to: komunikatywność, odpowiedzialność, kreatywność, wytrwałość oraz optymizm. Personel medyczny ocenił je na dużo niższym poziomie, jednocześnie wymagał doskonałości, aby mógł w sposób prawidłowy wypełnić rolę kierowniczą. Jest to o tyle



ważne, że dotyczy cech, spośród których 4 z 5 są najistotniejszymi umiejętnościami interpersonalnymi.

Tabela nr 164. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej oraz personelu medycznego

| Charakter odpowiedzi      | Menedżerowie opieki zdrowotnej |                     | Personel medyczny     |                     | Różnica (menedżerowie – personel medyczny) |
|---------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--|
|                           | Zsumowanie odpowiedzi          | Średnia ocena cechy | Zsumowanie odpowiedzi | Średnia ocena cechy |  |
| Komunikatywność           | 100                            | 5,00                | 752                   | 4,64                | + 0,36                                     |
| Odpowiedzialność          | 100                            | 5,00                | 758                   | 4,68                | + 0,32                                     |
| Kreatywność               | 99                             | 4,95                | 754                   | 4,65                | + 0,30                                     |
| Wytrwałość                | 95                             | 4,75                | 713                   | 4,40                | + 0,35                                     |
| Odporność na stres        | 93                             | 4,65                | 759                   | 4,69                | - 0,04                                     |
| Zdolności przywódcze      | 93                             | 4,65                | 761                   | 4,70                | - 0,05                                     |
| Optymizm                  | 92                             | 4,60                | 694                   | 4,28                | + 0,32                                     |
| Otwartość                 | 88                             | 4,40                | 688                   | 4,25                | + 0,05                                     |
| Dyspozycyjność            | 86                             | 4,30                | 716                   | 4,42                | - 0,12                                     |
| Systematyczność           | 85                             | 4,25                | 703                   | 4,34                | - 0,09                                     |
| Chęć ciągłego uczenia się | 82                             | 4,10                | 715                   | 4,41                | - 0,31                                     |
| Dokładność                | 81                             | 4,05                | 680                   | 4,20                | - 0,15                                     |
| Empatia                   | 79                             | 3,95                | 683                   | 4,21                | - 0,26                                     |
| Asertywność               | 77                             | 3,85                | 708                   | 4,37                | - 0,52                                     |
| Suma                      | 1248                           | 4,46                | 10084                 | 4,45                | + 0,01                                     |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Do kolejnej grupy zaliczamy cechy wyceniane przez obie grupy na podobnym poziomie. Należą tu następujące umiejętności: odporność na stres, zdolności przywódcze, otwartość, dyspozycyjność, systematyczność oraz dokładność. Powyższe umiejętności stanowią grupę cech, którą określa podobny poziom oceny przez dyrektorów oraz personel medyczny. Wskutek tego ewentualna korekta tych cech może się odbywać w dalszej perspektywie czasowej.

Trzecia grupa zawiera umiejętności interpersonalne, które personel medyczny ma przesadnie rozbudowane w kontekście ewentualnego wypełniania roli kierowniczej. Stanowią ją następujące cechy: chęć ciągłego uczenia się, empatia oraz asertywność. Wyższy poziom rzeczywistych umiejętności personelu me-

dycznego od pożądaných na stanowisku kierowniczym wynika ze specyfiki wyuczonego oraz wykonywanego zawodu. Zarówno lekarze, jak i pielęgniarki, ze względu na bezpośredni kontakt z pacjentem, muszą mieć rozwiniętą umiejętność odczuwania potrzeb drugiej strony, czyli empatię. Jednocześnie należy być osobą asertywną, czyli umieć wygłaszać opinie, nie ulegać presji, być odpornym na krytykę, realizować zamierzone działania, lecz w granicach nienaruszalności praw innych osób oraz własnych. Chęć ciągłego uczenia się jest cechą wyróżniającą pracowników medycznych, w tym szczególnie lekarzy, którzy muszą uzupełniać wiedzę ze względu na dynamizm zmian w metodach leczenia, czy też rozwój urządzeń leczniczych oraz zmiany na rynku leków.

Tabela nr 165. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej i lekarzy w 2012 r.

| Charakter odpowiedzi      | Menedżerowie opieki zdrowotnej |                     | Lekarze               |                     | Różnica (menedżerowie – personel medyczny) |
|---------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--|
|                           | Zsumowanie odpowiedzi          | Średnia ocena cechy | Zsumowanie odpowiedzi | Średnia ocena cechy |  |
| Komunikatywność           | 100                            | 5,00                | 296                   | 4,70                | + 0,30                                     |
| Odpowiedzialność          | 100                            | 5,00                | 307                   | 4,87                | + 0,13                                     |
| Kreatywność               | 99                             | 4,95                | 295                   | 4,68                | + 0,27                                     |
| Wytrwałość                | 95                             | 4,75                | 282                   | 4,48                | + 0,27                                     |
| Odporność na stres        | 93                             | 4,65                | 299                   | 4,75                | - 0,10                                     |
| Zdolności przywódcze      | 93                             | 4,65                | 305                   | 4,84                | - 0,19                                     |
| Optymizm                  | 92                             | 4,60                | 269                   | 4,27                | + 0,33                                     |
| Otwartość                 | 88                             | 4,40                | 263                   | 4,17                | + 0,23                                     |
| Dyspozycyjność            | 86                             | 4,30                | 291                   | 4,62                | - 0,32                                     |
| Systematyczność           | 85                             | 4,25                | 291                   | 4,62                | - 0,37                                     |
| Chęć ciągłego uczenia się | 82                             | 4,10                | 283                   | 4,49                | - 0,39                                     |
| Dokładność                | 81                             | 4,05                | 279                   | 4,43                | - 0,38                                     |
| Empatia                   | 79                             | 3,95                | 261                   | 4,14                | - 0,19                                     |
| Asertywność               | 77                             | 3,85                | 291                   | 4,62                | - 0,77                                     |
| Suma                      | 1248                           | 4,46                | 4012                  | 4,55                | - 0,09                                     |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

Lekarze to grupa zawodowa, z której osoby są rekrutowane na stanowiska kierowników średniego oraz wyższego szczebla. W tabeli 165 zamieszczone zostały umiejętności interpersonalne typowane przez menedżerów oraz lekarzy. Autor przeprowadził analizę porównawczą między dwiema grupami, na podstawie któ-

rej dokonał oceny wszystkich cech oraz określił poziom różnic w postrzeganiu potrzeby posiadania określonej cechy przez przebadane osoby z obu grup.

Każdy z badanych, oceniając potrzeby na stanowisku menedżera opieki zdrowotnej, 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 oraz wytrwałość. Przebadani dyrektorzy wskazali na trzy pierwsze wymienione cechy jako te, które osoby zarządzające organizacjami bądź komórkami organizacyjnymi muszą posiadać w stopniu doskonałym. 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. Uzupelnieniem tych cech są optymizm oraz otwartość, jako cechy wspomagające i uzupełniające najważniejsze umiejętności interpersonalne.

G. Dessler stwierdził, 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<sup>302</sup>.

Z kolei 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.

Obowiązki oraz rola wynikająca z zajmowania stanowiska kierowniczego nie wymagają, według menedżerów, aby cechy te były na bardzo wysokim poziomie. Wystarczy, aby osiągnęły wysoki, a nawet ponadprzeciętny pułap, tak jak w przypadku asertywności.

<sup>302</sup> G. Dessler, *Managing Organization in an era of change*, The Dryden Press, Orlando 1995, s. 450.

Tabela 166. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej i pielęgniarki w 2012 r.

| Charakter odpowiedzi      | Menedżerowie opieki zdrowotnej |                     | Pielęgniarki          |                     | Różnica (menedżerowie – personel medyczny) |
|---------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--|
|                           | Zsumowanie odpowiedzi          | Średnia ocena cechy | Zsumowanie odpowiedzi | Średnia ocena cechy |  |
| Komunikatywność           | 100                            | 5,00                | 456                   | 4,61                | + 0,39                                     |
| Odpowiedzialność          | 100                            | 5,00                | 451                   | 4,56                | + 0,44                                     |
| Kreatywność               | 99                             | 4,95                | 459                   | 4,64                | + 0,31                                     |
| Wytrwałość                | 95                             | 4,75                | 431                   | 4,35                | + 0,40                                     |
| Odporność na stres        | 93                             | 4,65                | 460                   | 4,65                | 0,00                                       |
| Zdolności przywódcze      | 93                             | 4,65                | 456                   | 4,61                | + 0,04                                     |
| Optymizm                  | 92                             | 4,60                | 425                   | 4,29                | + 0,31                                     |
| Otwartość                 | 88                             | 4,40                | 425                   | 4,29                | + 0,11                                     |
| Dyspozycyjność            | 86                             | 4,30                | 425                   | 4,29                | + 0,01                                     |
| Systematyczność           | 85                             | 4,25                | 412                   | 4,16                | + 0,09                                     |
| Chęć ciągłego uczenia się | 82                             | 4,10                | 432                   | 4,36                | - 0,26                                     |
| Dokładność                | 81                             | 4,05                | 401                   | 4,05                | 0,00                                       |
| Empatia                   | 79                             | 3,95                | 422                   | 4,26                | - 0,31                                     |
| Asertywność               | 77                             | 3,85                | 417                   | 4,21                | - 0,36                                     |
| Suma                      | 1250                           | 4,46                | 6072                  | 4,38                | + 0,08                                     |

Źródło: opracowanie własne na podstawie uzupełniającego badania ilościowego.

W przypadku pielęgniarek sytuacja jest inna niż w przypadku lekarzy, którzy przeszacowali potrzeby umiejętności na stanowisku kierowniczym. Dane zawarte w tabeli nr 160 pokazują obraz pielęgniarek, które pożądane cechy ogólnie niedoszacowały. Spośród 14 umiejętności trzy są znacznie przeszacowane, sześć podobnie ocenionych (w tym dwie cechy zostały identycznie wycenione przez menedżerów oraz pielęgniarki – odporność na stres oraz dokładność). Natomiast w przypadku pięciu umiejętności ocena pielęgniarek została zaniżona, szczególnie dotyczy to odpowiedzialności oraz komunikatywności.

Pielęgniarki podobnie jak lekarze odnoszą subiektywne doświadczenia wynikające z zajmowanego stanowiska pracy do ewentualnych potrzeb na innych stanowiskach.

Po porównawczej analizie między wyceną cech pożądanych na stanowiskach kierowniczych przez menedżerów oraz personel medyczny przyszedł czas na zestawienie cech pożądanych na stanowiskach kierowniczych z rzeczywistymi umiejętnościami personelu medycznego.

Porównanie wyników pokazuje, że rzeczywisty poziom umiejętności jest średnio niższy o 7% od wyceny cech pożądanych na stanowisku kierowniczym.

Tabela nr 167. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej oraz rzeczywiste umiejętności lekarzy w 2012 r.

| Charakter odpowiedzi      | Menedżerowie opieki zdrowotnej |                     | Lekarze               |                     | Różnica (menedżerowie – personel medyczny) |
|---------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--|
|                           | Zsumowanie odpowiedzi          | Średnia ocena cechy | Zsumowanie odpowiedzi | Średnia ocena cechy |  |
| Komunikatywność           | 100                            | 5,00                | 282                   | 4,48                | + 0,52                                     |
| Odpowiedzialność          | 100                            | 5,00                | 289                   | 4,59                | + 0,41                                     |
| Kreatywność               | 99                             | 4,95                | 268                   | 4,25                | + 0,70                                     |
| Wytrwałość                | 95                             | 4,75                | 263                   | 4,17                | + 0,58                                     |
| Odporność na stres        | 93                             | 4,65                | 288                   | 4,57                | + 0,08                                     |
| Zdolności przywódcze      | 93                             | 4,65                | 184                   | 2,92                | + 1,73                                     |
| Optymizm                  | 92                             | 4,60                | 257                   | 4,08                | + 0,52                                     |
| Otwartość                 | 88                             | 4,40                | 270                   | 4,29                | + 0,11                                     |
| Dyspozycyjność            | 86                             | 4,30                | 242                   | 3,84                | + 0,46                                     |
| Systematyczność           | 85                             | 4,25                | 284                   | 4,51                | - 0,26                                     |
| Chęć ciągłego uczenia się | 82                             | 4,10                | 282                   | 4,48                | - 0,38                                     |
| Dokładność                | 81                             | 4,05                | 283                   | 4,49                | - 0,44                                     |
| Empatia                   | 79                             | 3,95                | 272                   | 4,32                | - 0,37                                     |
| Asertywność               | 77                             | 3,85                | 259                   | 4,11                | - 0,26                                     |
| Suma                      | 1248                           | 4,46                | 3723                  | 4,22                | + 0,24                                     |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Najniższe kompetencje lekarze mają w zakresie zdolności przywódczych, kreatywności czy też wytrwałości. Zdolności przywódcze oraz kreatywność stanowią zbiór umiejętności, które są niezbędne na stanowisku kierowniczym w celu kierowania ludźmi, zadaniami czy celami przedsiębiorstwa. Zwyczajowo lekarze przeszacowali cechy przydatne i wykorzystywane na zajmowanym stanowisku pracy. Mówimy o takich umiejętnościach, jak: systematyczność, chęć ciągłego uczenia się, dokładność, empatia oraz asertywność.

Zrównanie rzeczywistych umiejętności lekarzy z poziomem cech pożądanych na stanowisku menedżerskim dotyczy odporności na stres oraz otwartości. Są to umiejętności, których statystyczny lekarz nie musi doskonalić, są na zadowalającym poziomie.

Średni wynik wszystkich rzeczywistych cech pielęgniarek jest niższy od wyniku lekarzy o 4%, lecz w przypadku najważniejszych umiejętności (komunikatywność, odpowiedzialność) różnica wynosi 12% na niekorzyść pielęgniarek. Zestawiając wyniki dotyczące oceny umiejętności wymaganych od dyrektorów z rzeczywistymi cechami pielęgniarek, autor zwraca uwagę, że pielęgniarki mają słabo rozwinięte najważniejsze umiejętności, różnica wynosi od 12 nawet do 21%. Braki te mogą mieć istotny wpływ na prawidłowe funkcjonowanie oraz wypełnianie roli kierowniczej przez pielęgniarki, które awansują na takie stanowisko. Spośród czternastu cech pielęgniarki muszą udoskonalić siedem, podnosząc umiejętności z niskiego poziomu czy też ponadprzeciętnego, wysokiego na pułap bardzo wysoki. Pielęgniarki oceniły pięć cech na wyższym poziomie aniżeli dyrektorzy, jednakże są to umiejętności mniej istotne, które nie mają takiego znaczenia, jak wcześniej wymienione.

Tabela nr 168. Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej oraz rzeczywiste umiejętności pielęgniarek w 2012 r.

| Charakter odpowiedzi      | Menedżerowie opieki zdrowotnej |                     | Pielęgniarki          |                     | Różnica (menedżerowie – personel medyczny) |
|---------------------------|--------------------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|--|
|                           | Zsumowanie odpowiedzi          | Średnia ocena cechy | Zsumowanie odpowiedzi | Średnia ocena cechy |  |
| Komunikatywność           | 100                            | 5,00                | 436                   | 4,40                | + 0,60                                     |
| Odpowiedzialność          | 100                            | 5,00                | 436                   | 4,40                | + 0,60                                     |
| Kreatywność               | 99                             | 4,95                | 387                   | 3,90                | + 1,05                                     |
| Wytrwałość                | 95                             | 4,75                | 393                   | 3,97                | + 0,78                                     |
| Odporność na stres        | 93                             | 4,65                | 437                   | 4,41                | + 0,24                                     |
| Zdolności przywódcze      | 93                             | 4,65                | 265                   | 2,68                | + 1,97                                     |
| Optymizm                  | 92                             | 4,60                | 381                   | 3,85                | + 0,75                                     |
| Otwartość                 | 88                             | 4,40                | 410                   | 4,14                | + 0,26                                     |
| Dyspozycyjność            | 86                             | 4,30                | 375                   | 3,79                | + 0,51                                     |
| Systematyczność           | 85                             | 4,25                | 435                   | 4,39                | - 0,14                                     |
| Chęć ciągłego uczenia się | 82                             | 4,10                | 409                   | 4,13                | - 0,03                                     |
| Dokładność                | 81                             | 4,05                | 432                   | 4,36                | - 0,31                                     |
| Empatia                   | 79                             | 3,95                | 395                   | 3,99                | - 0,04                                     |
| Asertywność               | 77                             | 3,85                | 386                   | 3,90                | - 0,05                                     |
| Suma                      | 1248                           | 4,46                | 5577                  | 4,02                | + 0,44                                     |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Niższy wynik oceny własnych umiejętności dokonany przez pielęgniarki w stosunku do oceny wystawionej sobie przez lekarzy nie musi być skutkiem rzeczywistych różnic, wynikających z niższego poziomu rzeczywistych umiejętności.

Na wynik może wpływać to, że lekarzy charakteryzuje wysoka pewność oraz postrzeganie siebie jako najważniejszego ogniwa w organizacji szpitalnej. Stąd autor wnioskuje, że rzeczywisty wynik samooceny kompetencji interpersonalnych może być wyższy w przypadku pielęgniarek, z kolei lekarze mogli zawyżyć swoje umiejętności, czyli istnieje ewentualność, że w rzeczywistości mogą być niższe.

Poniżej w tabelach nr 169-182 autor przedstawił częściowe wyniki ocenionych kompetencji interpersonalnych pochodzące z badań przeprowadzonych w grupie menedżerów opieki zdrowotnej.

Tabela nr 169. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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 kierownicze, 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 zdrowotnej ocenili potrzeby w tym zakresie na poziomie bardzo wysokim, wręcz doskonałym. Uznali tę cechę za jedną z dwóch najważniejszych spośród całej zbiorowości umiejętności.

Tabela nr 170. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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 kierowniczym, 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 nr 171. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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 zdrowotnej dziewiętnaście osób bardzo wysoko oceniło tę umiejętność, a jedna osoba wysoko. Stąd wniosek, że jest to jedna z ważniejszych cech przydatnych na stanowisku kierowniczym.

Tabela nr 172. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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.

Tabela nr 173. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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.

Odporność na stres jest cechą, która ze względu na obowiązki, podejmowane decyzje oraz odpowiedzialność wynikającą z piastowania stanowiska kierowniczego, zdawałoby 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.

Przywództwo jest kompleksową działalnością. Część spośród naukowców określa to pojęcie jako osobowość przywódcza inne określenie ukierunkowane jest na zarządzanie zespołem<sup>303</sup>. Ta druga działalność jest cechą przebadaną na pracownikach szpitali.

Tabela nr 174. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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.

<sup>303</sup> A. G. Cowling, M. J. K. Stanworth, R. D. Bennett, J. Curran, P. Lyons, *Behavioral sciences for managers*, Hodder and Stoughton, London-Melbourne, Auckland 1988, s. 103.

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.

Autor wskazuje, że poziom wartościowania zdolności przywódczych dokonany przez kadrę zarządzającą daje podstawę do stwierdzenia, że jest to umiejętność istotna w sprawowaniu funkcji kierowniczych. 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 nr 175. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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 nr 176. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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<sup>304</sup> i wynikających z nich błędów o różnym charakterze<sup>305</sup> 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.

Tabela nr 177. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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.

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. 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.

<sup>304</sup> T. L. Means, *Business Communication*, South-Western Cengage Learning, Mason 2010, s. 11-18.

<sup>305</sup> Akademia Biznesu, 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.

Tabela nr 178. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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 doksztalała się, realizowała z takim samym zaangażowaniem zadania w długiej perspektywie czasu, wykonując procedury lecznicze, będzie je powtarzała bez pominięcia jakiegokolwiek etapu w sformalizowanym procesie. Przebadani dyrektorzy uznali, że nie muszą jej posiadać w pełnym zakresie, wystarczy poziom wysoki.

Tabela nr 179. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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<sup>306</sup>, 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 zdrowotnej.

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,

<sup>306</sup> Red. P. Sutherland, J. Crowther, *Lifelong Learning. Concepts and contexts*, Routledge, New York 2008, s. 4-10.

w których liczy się precyzja w ruchach, np. u lekarzy chirurgów. Menedżerowie opieki zdrowotnej w przeważającej większości (95% przebadanych osób) wskazali na potrzebę posiadania cechy na wysokim poziomie.

Tabela nr 180. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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.

Tabela nr 181. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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 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 istotna umiejętność, którą można nazwać zdolnością współodczuwania<sup>307</sup>. Najwięcej dyrektorów wysoko oceniło potrzebę posiadania tej umiejętności. Jednakże podobne wskazania dotyczyły przeciętnego oraz bardzo wysokiego poziomu zapotrzebowania.

<sup>307</sup> Zob. red. N. Eisenberg, J. Strayer, *Empathy and its development*, Cambridge University Press, Cambridge 1987, s. 17-34.

Tabela nr 182. Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej 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.

Ostatnią zdiagnozowaną cechą pod względem potrzeb na stanowiskach kierowniczych 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<sup>308</sup>. 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% dyrektorów oceniło, że asertywność jest umiejętnością przydatną w szpitalach w stopniu wysokim, w większości w relacjach na poziomie personel medyczny a pacjent.

#### **7.4. Świadomość potrzeb szkoleniowych personelu medycznego w obszarze zarządzania szpitalem**

Poniższa część służy autorowi do określenia potrzeb szkoleniowych menedżerów i sprawdzenia, czy istnieje powiązanie między preferencjami dyrektorów a personelem medycznym. Rezultatem tych działań będzie określenie podbudowy, na której autor zaproponuje program doskonalenia kompetencji menedżerskich personelu medycznego.

Tabela nr 183. Uzupełnianie kwalifikacji menedżerskich przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Charakter odpowiedzi | Liczbowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Tak                  | 18                            | 90,0                     |
| Nie                  | 2                             | 10,0                     |
| Suma                 | 20                            | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

<sup>308</sup> Zob. A. Phillips, *Assertiveness and the Manager's Job*, Radcliffe Medical Press, Abingdon 2002, s. 3-16.

W tabeli nr 183 przedstawiono dane pokazujące poziom doskonalenia kompetencji z zakresu zarządzania menedżerów w ostatnich 5 latach. W tej grupie 90% przebadanych osób potwierdziło realizowanie działań ukierunkowanych na uzyskanie nowych kwalifikacji menedżerskich. Wynik ten świadczy o dużej potrzebie uzupełniania wiedzy. Dyrektorzy, którzy nie podjęli żadnych działań w kontekście uzupełniania kwalifikacji menedżerskich, mają co najmniej 55 lat i charakteryzuje ich staż pracy minimum 30 lat.

Wszyscy dyrektorzy uczestniczyli w szkoleniach typu zewnętrznego. Z kolei formę wewnętrzną preferuje o 30% mniej menedżerów. Większe zainteresowanie formą typu zewnętrznego może wynikać ze zdobywania wiedzy na zasadzie metody benchmarkingu. Polega ona na korzystaniu nie tylko z wykładanej wiedzy, czy też umiejętności, a bardziej na obserwacji i dyskusji z innymi menedżerami o ich doświadczeniach związanych z zajmowanym stanowiskiem pracy.

Tabela nr 184. Poziom uczestnictwa w szkoleniach menedżerów opieki zdrowotnej

| Charakter odpowiedzi | Szkolenia wewnętrzne          |                          | Szkolenia zewnętrzne          |                          |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|                      | Liczbowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | Liczbowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] |
| Tak                  | 14                            | 70,0                     | 20                            | 100,0                    |
| Nie                  | 6                             | 30,0                     | 0                             | 0,0                      |
| Suma                 | 20                            | 100,0                    | 20                            | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Tabela nr 185. Ocena doboru tematów szkoleń na potrzeby zawodowe przez menedżerów opieki zdrowotnej

| Charakter odpowiedzi | Szkolenia wewnętrzne          |                          | Szkolenia zewnętrzne          |                          |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|                      | Liczbowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | Liczbowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] |
| Bardzo nisko         | 2                             | 10,0                     | 0                             | 0,0                      |
| Nisko                | 3                             | 15,0                     | 0                             | 0,0                      |
| Przeciętnie          | 7                             | 35,0                     | 3                             | 15,0                     |
| Wysoko               | 8                             | 40,0                     | 16                            | 80,0                     |
| Bardzo wysoko        | 0                             | 0,0                      | 1                             | 5,0                      |
| Suma                 | 20                            | 100,0                    | 20                            | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Autor dokonał porównania danych zawartych w tabelach nr 185 i 186. W wyniku tej analizy badacz zauważył, że dyrektorzy wyżej oceniają tematykę szkoleń zewnętrznych aniżeli wewnętrznych. Jednakże menedżerowie bardziej preferują i chcą uczestniczyć w szkoleniach realizowanych na zewnątrz organizacji. Świadczy to o tym, że szkolenia służą dyrektorom bardziej do spotkań towarzyskich, wymiany poglądów w swoim gronie, aniżeli do uzyskania nowej wiedzy czy też umiejętności.

Tabela nr 186. Zadowolenie ze szkoleń menedżerów opieki zdrowotnej

| Charakter odpowiedzi | Szkolenia wewnętrzne          |                          | Szkolenia zewnętrzne          |                          |
|----------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
|                      | Liczbowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] | Liczbowa struktura odpowiedzi | Struktura odpowiedzi [%] |
| Tak                  | 14                            | 70,0                     | 17                            | 85,0                     |
| Nie                  | 6                             | 30,0                     | 3                             | 15,0                     |
| Suma                 | 20                            | 100,0                    | 20                            | 100,0                    |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania jakościowego.

Zadowolenie dyrektorów prawie w całości pokrywa się z liczbą menedżerów uczestniczących w szkoleniach. W przypadku szkoleń wewnętrznych 100% osób uczestniczących w szkoleniach jest z nich zadowolona. W przypadku szkoleń zewnętrznych trzech respondentów negatywnie wypowiedziało się o tej formie doskonalenia kompetencji.

Dyrektorzy preferują szkolenia zewnętrzne, wynika to z ich charakteru oraz struktury uczestników. W przypadku szkoleń wewnętrznych są one skupione na aspektach proceduralnych, ewentualnie na doskonaleniu umiejętności interpersonalnych w kontekście procesu leczenia. Z kolei dzięki szkoleniom zewnętrznym menedżerowie uzupełniają wiedzę nie tylko w ramach doształcenia sformalizowanego, lecz również na podstawie wymiany poglądów z innymi osobami na stanowiskach kierowniczych.

\*\*\*\*\*

W rozdziale siódmym autor przedstawił analizę i ocenę potrzeb kompetencyjnych kadry zarządzającej, która została oparta na danych pozyskanych z badania ilościowego, przeprowadzonego na osobach piastujących funkcje kierownicze w organizacjach szpitalnych. Rozdział ósmy zawiera opisy wywiadów przeprowadzonych z wybranymi przedstawicielami z kadry zarządzającej, którzy dokonali oceny zbioru kompetencji menedżerskich niezbędnych na stanowisku menedżerskim w szpitalu.





## Rozdział VIII

## **KOMPETENCJE POŻĄDANE NA STANOWISKACH MENEDŻERSKICH W OPINII BADANYCH PRZEDSTAWICIELI KADRY ZARZĄDZAJĄCEJ**

Niniejszy rozdział w założeniu badacza ma służyć pogłębieniu wiedzy w zakresie kompetencji pożądanych oraz niezbędnych u kadry zarządzającej szpitalami. Przeprowadzone badania są oparte na wcześniejszych rezultatach badawczych, uzyskanych zarówno za pośrednictwem metod ilościowych, jak i jakościowych. Zastosowane w badaniu narzędzie wywiadu sformalizowanego według badacza ma wtedy sens oraz szanse powodzenia, jeżeli zostanie oparte na metodzie del-fickiej, czyli wywiad zostanie przeprowadzony wśród specjalistów, a konkretnie liderów kadry zarządzającej na różnych szczeblach organizacyjnych szpitali.

Dzięki temu wzrosnie 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, na podstawie których badacz dokonał wyboru lidera badania, są następujące: minimum dziesięcioletnie doświadczenie kierownicze, bezpośrednie relacje zawodowo-służbowe z personelem medycznym, minimum ukończone studia podyplomowe z zarządzania służbą zdrowia.

Wywiad składa się z 9 otwartych pytań, po to, aby każda z osób bez ograniczeń mogła odpowiedzieć na postawione pytania. Treść wywiadów nie była korygowana przez badacza 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 operacyjnymi<sup>309</sup>, w drugim z tzw. menedżerami średniego szczebla, z kolei w trzecim podrozdziale znajdują się wywiady przeprowadzone z top managementem. Ze względu na ochronę danych osobowych, każda z osób, z którą został przeprowadzony wywiad, została zakodowana w sposób losowy pod określonym numerem ewidencyjnym, od 1 do 20.

### **8.1. Ocena potrzeb kompetencyjnych przez menedżerów I szczebla**

W tej części znalazły się odpowiedzi 6 przedstawicieli kadry zarządzającej na I szczeblu organizacyjnym.

#### **Wywiad z osobą nr 1 zatrudnioną w Wielospecjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Gorzowie Wielkopolskim**

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 redystrybowanie zasobów posiadanych w ramach komórki, jak również bieżącej działalności laboratorium. Czy osoba zarządzająca powinna mieć jakąś wiedzę, jak się to robi? 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 kierowniczym.

*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?

<sup>309</sup> Red. T. Karkowski, B. Pietrzak, *Zarządzanie personelem pielęgniarstwem w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2013, s. 32.

*Od 12 lat realizuję rolę kierownika laboratorium, w tym zakresie wymaga się ode mnie przede wszystkim wiedzy specjalistycznej oraz kierowania i nadzorowania 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 założeniem błędnym. Taka osoba powinna posiadać kompetencje zawodowe oraz charakteryzować się grupą następujących cech: 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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?

*Jest to sprawa indywidualna, jak w każdym zawodzie. Jedni są lepiej przygotowani, inni gorzej, jedni mają predyspozycje, inni nie. Znam przykłady zarówno za „tak”, jak i za „nie”.*

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?

*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 kierowniczych.*

**Wywiad z osobą nr 4 zatrudnioną  
w Szpitalu Specjalistycznym im. Stanisława Staszica w Pile**

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 kierowniczym.  
*Są to: wiedza specjalistyczna wyniesiona ze studiów i kolejnych form kształcenia, umiejętności nabyte i nabywane w czasie sprawowania określonej roli i równoległe 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 zarządzania podmiotami leczniczymi, co do kursów i szkoleń to mam kilka na koncie, zarówno z medycyny, jak z zarządzania.*
6. Czy wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*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 kierowniczych.*
9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?  
*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.*

#### **Wywiad z osobą nr 8 zatrudnioną w 107 Szpitalu Wojskowym w Wałczu**

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 kierowniczym.  
*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*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 kierowniczych?  
*Podobnie jak lekarze, najliczniejsza grupa w szpitalu, najlepiej zorganizowane z nich powinny być naczelnymi bądź oddziałowymi.*

#### **Wywiad z osobą nr 11 zatrudnioną w 105. Kresowym Szpitalu Wojskowym w Żaganiu**

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 kierowniczym.  
*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?

*Tak.*

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?

*Nie wiem.*

### **Wywiad z osobą nr 13 zatrudnioną w Szpitalu Miejskim w Nowej Rudzie**

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 kierowniczym.

*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?

*Lekarze są grupą charakteryzującą się wysokimi kompetencjami zawodowymi i z tego powodu nie powinni zajmować stanowisk kierowniczych. 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 kierowniczych?

*Kompetencje pielęgniarek wynikające z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z 2011 r. są szerokie; ze względu na horyzontalny ich charakter, pielęgniarki powinny skupić się na procesie pracy, a nie na zadaniach wynikających z roli kierowniczej.*

### **Wywiad z osobą nr 14 zatrudnioną w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym UM we Wrocławiu**

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 kierowniczym.

*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?

*Tak, w pełni.*

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?

*W pionie pielęgniarskim jest to praktykowane rozwiązanie i w pełni zgadzam się z nim.*

## **8.2. Ocena potrzeb kompetencyjnych przez menedżerów średniego szczebla**

W tej części znalazły się odpowiedzi 5 przedstawicieli kadry zarządzającej na II szczeblu organizacyjnym.

### **Wywiad z osobą nr 2 zatrudnioną w Szpitalu Uniwersyteckim im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze**

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 kierowniczym.

*Szczególnie ważne jest słuchanie ludzi, zawsze mam czas na rozmowę, lecz co najważniejsze, stworzenie grupy pracowniczej, która stanowi wspólnotę. Wiedza z zarządzania może być 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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?

*Tak, są to osoby, które posiadają wysokie kwalifikacje i tym samym są uprawnione do pełnienia funkcji kierowniczych w szpitalach.*

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?

*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.*

**Wywiad z osobą nr 3 zatrudnioną  
w Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Czarnkowie**

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 kierowniczym.  
*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?  
*Takie same, jak wcześniej wymienione.*
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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*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 kierowniczych?

*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.*

**Wywiad z osobą nr 7 zatrudnioną  
w Dolnośląskim Szpitalu Specjalistycznym im. T. Marciniaka  
Centrum Medycyny Ratunkowej we Wrocławiu**

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 kierowniczych w służbie zdrowia.*
2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku kierowniczym.  
*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*Tak, w pełni.*
9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?  
*Również tak uważam.*

**Wywiad z osobą nr 15 zatrudnioną  
w Szpitalu Powiatowym w Lwówku Śląskim**

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 kierowniczym.  
*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?  
*Takie, jak wcześniej wymienione. 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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*Tak sądzę.*

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?  
*Tak, w ramach ścieżki awansu zawodowego, pielęgniarki mogą pełnić funkcję pielęgniarki oddziałowej, czy naczelnej.*

**Wywiad z osobą nr 19 zatrudnioną  
w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym  
w Szczecinie**

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 kierowniczym.  
*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, 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 wiedza pozyskana 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, dyrektorem – szpitalem, czyli wieloma oddziałami i musi integrować od strony finansowej i organizacyjnej te wszystkie jednostki.*

8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji kierowniczych?  
*Tak, posiadają wiedzę zawodową, która wzbogaca, daje podstawę do zarządzania jednostką.*
9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?  
*Są dobrymi wykonawczyniami zadań operacyjnych, ewentualna kontrola realizacji zadań powinna być po stronie pielęgniarek.*

### **8.3. Ocena potrzeb kompetencyjnych przez menedżerów wyższego szczebla**

W tej części znalazły się odpowiedzi 9 przedstawicieli kadry zarządzającej na III szczeblu organizacyjnym.

#### **Wywiad z osobą nr 5 zatrudnioną w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. Doktora Kazimierza Hołogi w Nowym Tomysłu**

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 wprawdzie być dobrym pracownikiem, dzięki samozaparciu, chęciom poznawczym 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, rzecz można w drodze rewolucji.*

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku kierowniczym.

*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?

*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 kierowniczych?

*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.*

**Wywiad z osobą nr 6 zatrudnioną  
w Wielospecjalistycznym Szpitalu  
– Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Zgorzelcu**

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, księgowo dbać o finanse, dyrektorzy – zarządzać. W tym zakresie, oczywiście tak.*
2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku kierowniczym.  
*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 wiedza pozyskana 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 realizacją, złożonością, źródłami finansowania oraz ilością osób zaangażowanych w działanie.*
8. Czy lekarze są dobrze przygotowani do pełnienia funkcji kierowniczych?  
*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 kierowniczych?  
*Najlepsze pielęgniarki powinny mieć możliwość kierowania koleżankami i podpowiadania im, jak lepiej pracować i wykonywać swoje obowiązki. Taki wzór do naśladowania.*

**Wywiad z osobą nr 9 zatrudnioną  
w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu**

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 kierowniczym.  
*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*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 kierowniczych?  
*Dobrze zarządzają pracą na poziomie operacyjnym. Pielęgniarka z dużym doświadczeniem, wiedzą i umiejętnością pracować zespołowo jest skarbem.*

**Wywiad z osobą nr 10 zatrudnioną  
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Sulechowie**

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?  
*Jeżeli jest lekarzem, rozumie pozostałych pracowników, jeżeli jest 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 kierowniczym.  
*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 wymienionych obszarów jest ważny. W obszarze kompetencji społecznych wyróżnię wypowiedzianie 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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*I tak, i nie. Sprawa indywidualna.*
9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?  
*To również sprawa indywidualna.*

**Wywiad z osobą nr 12 zatrudnioną  
w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Lesznie**

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 kierowniczym.  
*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 wybieramy najlepszego pracownika.*
5. Jakie kwalifikacje uzyskałeś w obszarze zarządzania/ ekonomii? W jakich szkoleniach uczestniczyłeś?  
*Wiedzę prawniczą niezbędną w funkcjonowaniu na zajmowanym stanowisku.*
6. Czy wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*Nie.*
9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?  
*Nie.*

**Wywiad z osobą nr 16 zatrudnioną  
w Dziennym Ośrodku Psychiatrii i Zaburzeń Mowy dla Dzieci i Młodzieży  
we Wrocławiu**

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 kierowniczym.  
*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 uczestczyłeś?  
*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*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 kierowniczych?  
*Są dobrymi kierownikami na poziomie operacyjnym, zadaniowym.*

#### **Wywiad z osobą nr 17 zatrudnioną w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Szamotułach**

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 kierowniczym.  
*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?  
*Mam różne doświadczenie w tym zakresie. Spotkałem zarówno skutecznych dyrektorów-lekarzy, jak też 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 kierowniczych?  
*Podobna sytuacja, jak w przypadku lekarzy. Pielęgniarki potrafią pracować z ludźmi, lecz nie ma rozwiązań systemowych w tym zakresie.*

**Wywiad z osobą nr 18 zatrudnioną  
w Wojewódzkim Centrum Psychiatrii Długoterminowej w Stroniu Śląskim**

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 pracow-*



*nicy 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 kierowniczym.

*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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?

*Potencjał jest, znam pozytywne przykłady. Sprawa ma charakter indywidualny.*

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?

*Tak, podobnie jak lekarze.*

### **Wywiad z osobą nr 20 zatrudnioną w Wielospecjalistycznym Szpitalu Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Nowej Soli**

1. Czy kadra zarządzająca musi wykazywać się jakimiś kluczowymi kompetencjami na tle pracowników podmiotów leczniczych?

*U mnie awans jest wynikiem wieloletniej pracy w placówce, wpierw byłam lekarzem internistą, później ordynatorem, obecnie dyrektorem. Tak, dzięki systema-*

*tycznemu awansowi zyskałam doświadczenie, wiedzę, którą wykorzystuję dla dobra szpitala.*

2. Proszę w kilku słowach opisać, jakie kompetencje powinna przejawiać osoba na stanowisku kierowniczym.

*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, wpięrow 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 wiedza pozyskana 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 kierowniczych?

*Tak, jestem tego przykładem.*

9. Czy pielęgniarki są dobrze przygotowane do pełnienia funkcji kierowniczych?

*Współpracuję z pielęgniarkami, które pełnią funkcje kierownicze, z których wzorowo wywiązują się. Jestem za.*

#### **8.4. Autorska interpretacja informacji badawczych**

Rezultatem przeprowadzonych wywiadów sformalizowanych są powyższe odpowiedzi na 9 pytań podzielonych na 3 grupy, kadrę zarządzającą I, II i III szczebla.

Respondenci na podstawie własnych doświadczeń opisali, w które kompetencje powinna być wyposażona osoba pełniąca funkcję kierowniczą w szpitalu.

Autor badania przeprowadził 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 sprawny zespół zarządzający na I i II szczeblu organizacyjnym, na III poziomie muszą uzupełnić kompetencje o wiedzę i umiejętności ekonomiczne.
- Pielęgniarki stanowią sprawny zespół kadry kierowniczej w celu zarządzania grupą podległych pielęgniarek.
- 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.
- Przez pojęcie kompetencji zawodowych w analizowanym przypadku należy rozumieć 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.

\*\*\*\*\*

W powyższym rozdziale autor zawarł skompilowaną treść wywiadów przeprowadzonych z kadrami zarządzającą w szpitalach na różnych jego szczeblach organizacyjnych. Na podstawie tak zebranych informacji, badacz doszedł do ogólnych wniosków, które zostały zaprezentowane w podrozdziale 8.4. i posłużyły do zbudowania profesjogramu stanowisk menedżera opieki zdrowotnej dla I i II szczebla organizacyjnego oraz pogłębienia wiedzy w zakresie kompetencji pożądanых przez kadrę zarządzającą. Badacz w kolejnym rozdziale zawarł autorskie propozycje innowacji organizacyjno-kompetencyjnych dla kadry menedżerskiej, funkcjonujących w szpitalach.



## Rozdział IX

## KONCEPCJA INNOWACJI KOMPETENCYJNO-ORGANIZACYJNYCH 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*<sup>310</sup>. 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.

<sup>310</sup> K. Wenta, *Uczyć się przez całe życie, aby być i mieć nadzieję na dobrą pracę*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych”, („Polish Journal of Continuing Education”), nr 2 (77), Instytut Technologii Eksploatacji, Radom 2012, s. 21.

## 9.1. Deficyt kompetencji w obszarze funkcji menedżerskich

W przypadku zawodów medycznych zaliczamy do nich m.in. lekarzy, pielęgniarki i położne. Przedstawiciele z wymienionych zawodów są zobligowani od 2011 r. 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 lat<sup>311</sup>.

W przypadku pielęgniarek (i położnych) również akty prawne wymuszają posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych oraz stażu pracy<sup>312</sup>. 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 rozporządzenia<sup>313</sup>, musi on posiadać „tytuł zawodowy lekarza lub lekarza dentystry 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 rozdziałach od czwartego do ósmego, autor doszedł do wniosku, że nie można analizować wiedzy

<sup>311</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry z dnia 20 grudnia 2012 r. (Dz. U. 2012 nr 0, poz. 1543).

<sup>312</sup> 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.

<sup>313</sup> Ibidem.

i umiejętności personelu medycznego w odniesieniu do obu grup zawodowych. Występujące różnice w wynikach są tak duże, że należy oddzielnie analizować sytuację w grupie lekarzy oraz 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. 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 zdrowotnej, można stwierdzić, że pielęgniarki, a w mniejszym stopniu lekarze, muszą uzupełnić wiedzę menedżerską. Obecny poziom jest niewystarczający do pełnienia funkcji menedżerskich. 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.

Kolejną składową kompetencji rozważaną w kontekście funkcji kierowniczej są umiejętności 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 postrzegają 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% na nieko-



rzyść pielęgniarek, a w przypadku niektórych umiejętności różnica sięgać może nawet 7%, a najmniejsza różnica występuje przy ocenie dyspozycyjności i wynosi 1% na korzyść lekarzy. Reasumując, wszystkie cechy są w samoocenie pozytywnej 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, jak 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.

Analizując kompetencje interpersonalne, autor stwierdza, że lekarze są lepiej przygotowani do pełnienia funkcji menedżerskich. Największe różnice na niekorzyść pielęgniarek dotyczą umiejętności skupionych na komunikacji różnorodnego 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 kadry zarządzającej pełnią lekarze. Zazwyczaj jest to stanowisko ordynatora bądź kierownika komórki organizacyjnej. W niektórych szpitalach nawet co szósty zatrudniony lekarz pełni funkcję menedżerską. W przypadku pielęgniarek nie jest to już tak duży odsetek, spośród których co siedemdziesiąta piąta pielęgniarka pełni funkcję menedżerską<sup>314</sup>.

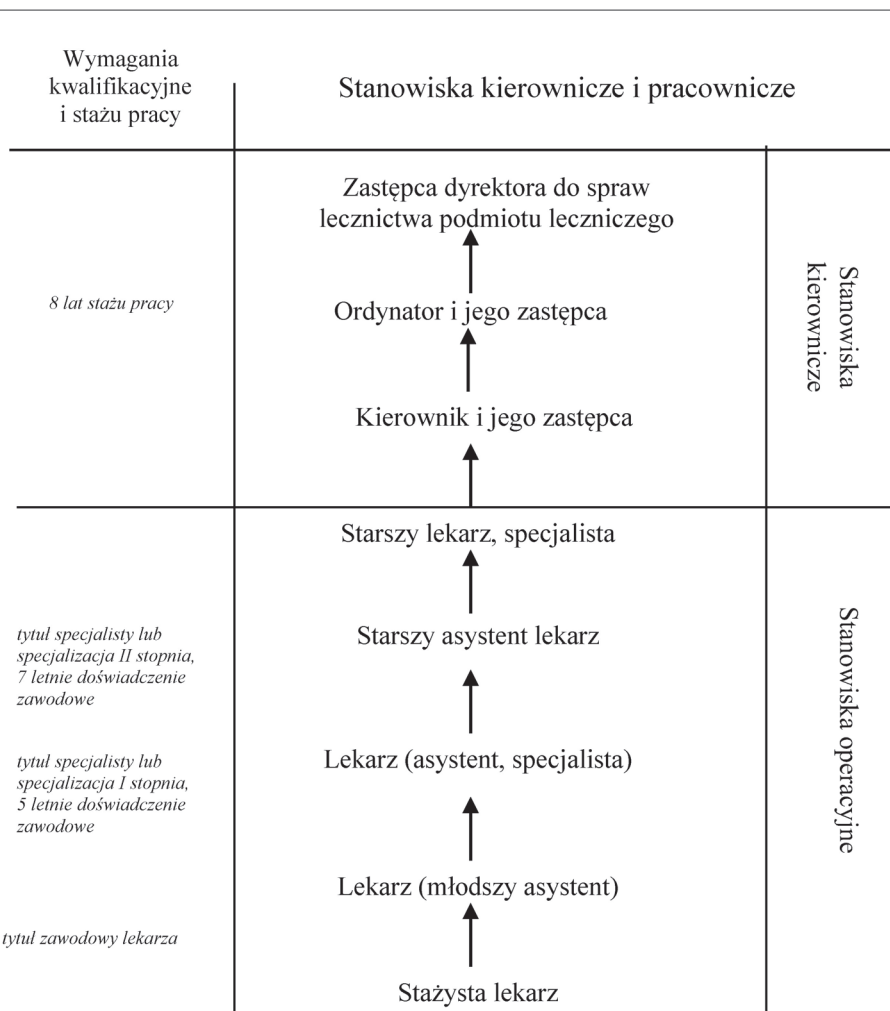
Badania pokazują, że 60-80% podstawowej opieki, świadczonej tradycyjnie przez lekarza, z powodzeniem mogą wykonywać pielęgniarki<sup>315</sup>. Przy jednoczesnym wzroście wymagań kwalifikacyjnych dla zawodu pielęgniarki, w związku z tym przyrost wiedzy medycznej personelu pielęgniarskiego skutkuje tym, że

<sup>314</sup> Dane zebrane w wybranych pięciu szpitalach z województwa dolnośląskiego.

<sup>315</sup> *Pielęgniarki o swoich miejscach pracy*, „Rynek Zdrowia”, nr 76, listopad 2011.

lekarze mogą w większym stopniu być zastąpieni przez pielęgniarki i zajmować się zadaniami wynikającymi z roli im przypisanej w ramach kultury organizacyjnej. Wpływie to na wzrost efektywności leczniczej jednostki. Wyposażeni w dodatkowe kompetencje lekarze będą mogli pełnić funkcje kierownicze bez zachwiania funkcjonowania szpitala na płaszczyźnie leczniczej. 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 menedżerskich, 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.

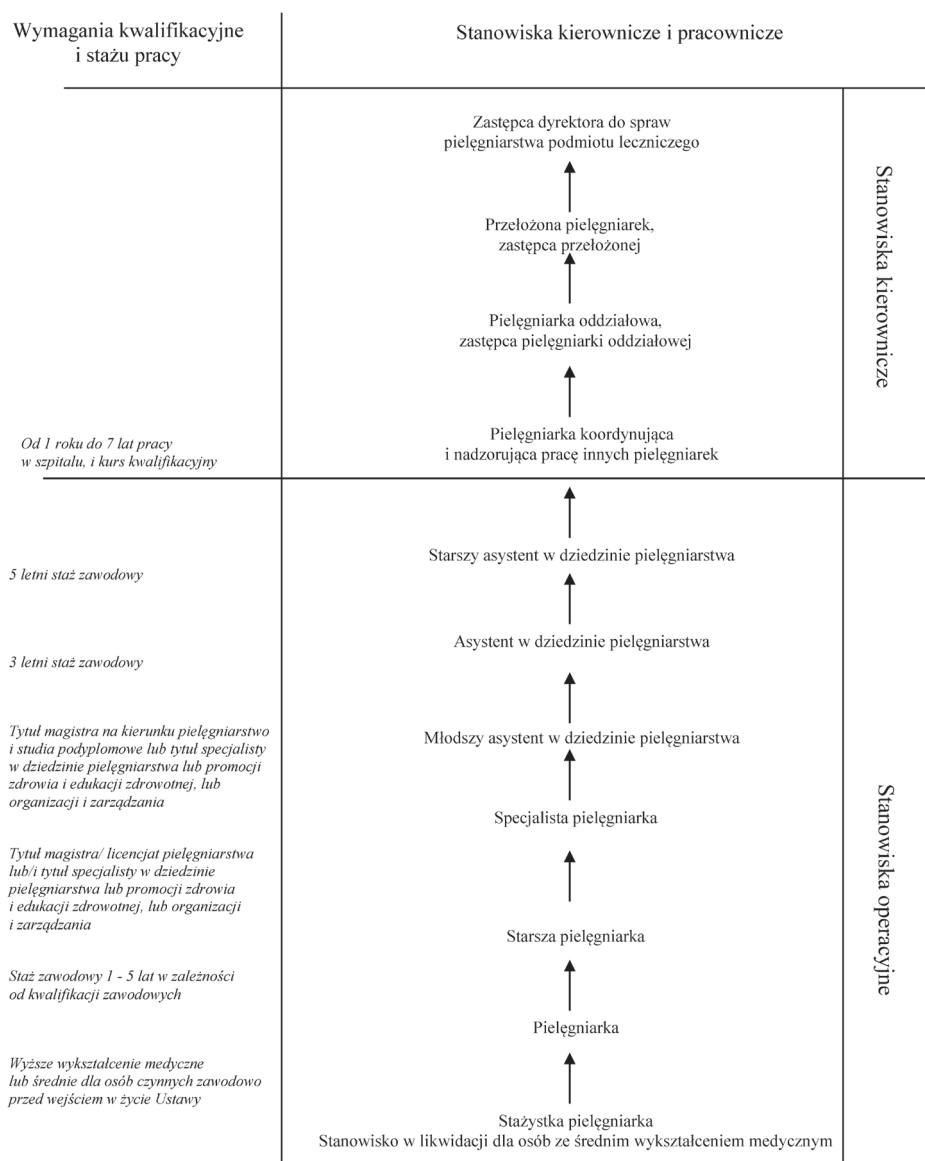
W ten sposób osoby awansowane na funkcję menedżerską można opisać jako „kierowników niespodzianki”. Nie wiadomo, czy podołają zadaniu, czy będą w stanie zarządzać podległemu zasobowi ludzkemu czy sprzętowemu. Są to dylematy, które z pewnością towarzyszą decydentom w chwili ogłoszenia wyniku konkursu 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”, a powinna „przełożony-podwładny”. Relacje te różnią się charakterem, zastosowaniem czy też przedmiotem relacji. Na ilustracjach nr 15 i 16 zaprezentowano ścieżki awansu zawodowego lekarzy i pielęgniarek, ukazujące szczeble awansu pionowego z podziałem na stanowiska wykonawcze i zarządcze. 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.



Ilustracja nr 15. Ścieżka awansu zawodowego dla lekarzy z podziałem na stanowiska operacyjne i kierownicze

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Pionowa ścieżka awansu zawodowego pielęgniarek jest bardziej rozbudowana od ścieżki dedykowanej lekarzom. Autor sklasyfikował siedem stanowisk wykonawczych oraz cztery kierownicze.



Ilustracja nr 16. Ścieżka awansu zawodowego dla pielęgniarek z podziałem na stanowiska wykonawcze i kadry zarządzające

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W rozporządzeniu uwzględniono pielęgniarki nieposiadające zawodowego wykształcenia wyższego, w przypadku nowo zatrudnianych osób wymagane jest wykształcenie wyższe, z kolei pielęgniarki czynne zawodowo przed wejściem w ży-

cie rozporządzenia mogą wykonywać zawód na wcześniejszych warunkach kwalifikacyjnych do 31 grudnia 2020 r., 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.

#### Trzeci poziom zarządzania

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| Zastępca dyrektora do spraw pielęgniarstwa podmiotu leczniczego<br>lub/ i<br>Przełożona pielęgniarek/ Zastępca | Zastępca dyrektora ds. medycznych |
|--|-----------------------------------|

#### Drugi poziom zarządzania

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| Pielęgniarka oddziałowa/ Zastępca | Ordynator/ Zastępca |
|-----------------------------------|---------------------|

#### Pierwszy poziom zarządzania

|                           |                     |
|---------------------------|---------------------|
| Pielęgniarka koordynująca | Kierownik/ Zastępca |
|---------------------------|---------------------|

Ilustracja nr 17. Stanowiska kierownicze na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną obsadzone przez personel medyczny

Źródło: opracowanie własne na podstawie aktów prawnych.

Wspomaganie i rozwój kadr zarządczej 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 ustawa<sup>316</sup> o przekształceniu ich w spółki prawa handlowego.

<sup>316</sup> Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654).

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<sup>317</sup>.

Operacyjny menedżer zdrowia zajmuje pozycję 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 pozycję w hierarchii organizacyjnej. W tej sytuacji liniowi menedżerowie opieki medycznej znaleźli się w sytuacji dwuznacznej, dlatego ich funkcja zasługuje na dyskusję. Niezadowolone 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.

Autor, odwołując się do studiowanej literatury, wyróżnił dwa podejścia, pierwsze dotyczące zmian organizacyjnych (teoria O) i drugie, o charakterze ekonomicznym (teoria E). Oba są ukierunkowane na konieczność poprawy ogólnej efektywności organizacji<sup>318</sup>.

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)<sup>319</sup>.

---

<sup>317</sup> P. Bourret, *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Editions Broché, 2008.

<sup>318</sup> M. Beer, N. Nohria, *Breaking the Code of Change*, „Harvard Business Review”, 78, No. 3 (May-June) 2000, s. 133-141.

<sup>319</sup> Zob. S. P. Robbins, N. Langton, *Organizational Behaviour: Concepts, Controversies, Applications*, Prentice Hall, Toronto 2003.

W dalszej części autor swoje propozycje odnosi do przemian w zakresie organizacyjnym i kompetencyjnym pracowników.

Badacz w analizie uwzględnił podejście amerykańskie, zorientowane na osobę, jej kompetencje, przy zastosowaniu behawioralnych wywiadów środowiskowych. Podejście to różni się od podejścia brytyjskiego, skoncentrowanego na technikach analizy pracy, zorientowanych na zadaniach i opartych na analizie funkcjonalnej, której celem jest zidentyfikowanie raczej niezbędnych ról, zadań oraz obowiązków związanych z wykonywaną pracą niż umiejętności tych osób, które odnoszą sukces<sup>320</sup>.

## 9.2. Kompetencje pożądane przez menedżerów I i II szczebla organizacyjnego

W niniejszym podrozdziale autor prezentuje profil kompetencyjny cech poświadczonych na stanowiskach menedżerskich w zakresie ścieżki awansu dedykowanej personelowi medycznemu. Skutkiem tego badacz przystąpił do opracowania diagnozy kompetencji poświadczonych na określonych stanowiskach pracy, która dotyczy menedżera pierwszej linii oraz menedżera średniego szczebla ds. lecznictwa.

Metodą, którą wykorzystano do opracowania profesjogramu stanowiska<sup>321</sup>, jest metoda sprzężenia zwrotnego typu 270 stopni, która pozwala na uwzględnienie w badaniu punktu widzenia pracowników w trzech wymiarach: podwładnego, przełożonego oraz tzw. samooceny<sup>322</sup>. 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<sup>323</sup>, którą jako pierwszy zastosował P. Ward w 1987 r. w pracy jako dyrektor ds. szkoleń grupowych w firmie Tesco. Powyższa metoda jest oparta na 4 źródłach pozyskiwania informacji z otoczenia stanowiska pracy.

Badacz z niej zrezygnował 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.

<sup>320</sup> T. Kupczyk, M. Stor, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria, badania i praktyka biznesowa*, Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu, Wrocław 2017, s. 13-14.

<sup>321</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 187-188, 601.

<sup>322</sup> P. Ward, *360-degree feedback*, CIPD House, Londyn 1997, s. 20-27.

<sup>323</sup> Ibidem.



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.

Badacz na podstawie doświadczenia stwierdził, że wskazana metoda jest optymalnym rozwiązaniem przy uwzględnieniu charakteru i zakresu badania, czynników organizacyjnych i finansowych.

Autor do pozyskania informacji z otoczenia wewnętrznego posłużył 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<sup>324</sup> 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 firmowych pojawiają się jako trzecia grupa cech, która jest również istotna dla budowania profilu kompetencyjnego. Autor zwraca uwagę, że kompetencje firmowe 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 nr 187.

Badacz nie przyjął 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 pożądaných kompetencji:

- 1 – poziom elementarny,
- 2 – poziom elementarny wzmocniony,
- 3 – poziom zawodowy,
- 4 – poziom wyższy,

<sup>324</sup> M. Sidor-Rządkowska, *Kompetencyjne systemy ocen pracowników. Przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 60-62; B. Jamka, *Czynnik ludzki we współczesnym przedsiębiorstwie: zasób czy kapitał? Od zarządzania kompetencjami do zarządzania różnorodnością*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 128; G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami: perspektywa firmowa i osobista*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014, s. 14, 117-118; M. Kęsy, *Kształtowanie kompetencji menedżerskich personelu medycznego w szpitalach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013, s. 24.



- 5 – poziom wyższy profesjonalny,  
6 – poziom wybitny, najwyższy profesjonalizm.

Tabela nr 187. Pożądane kompetencje na stanowisku menedżera pierwszej linii

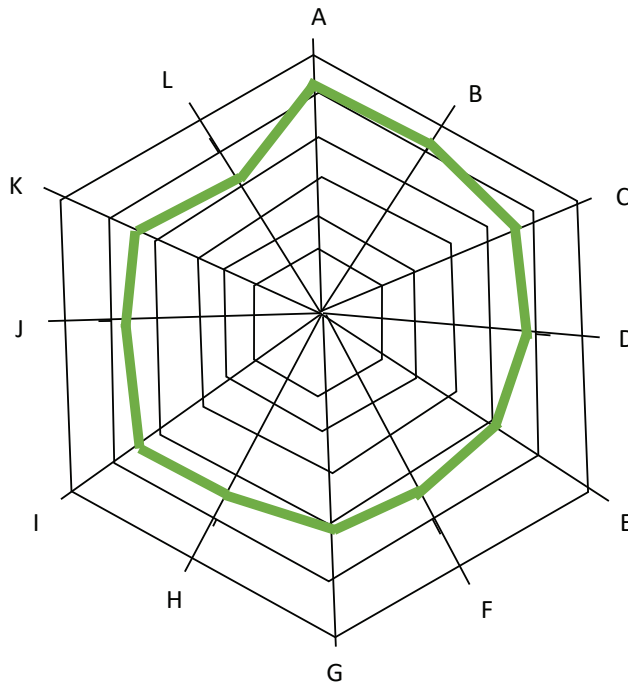
| Kompetencje zawodowe  |  | Średnia ocena |
|-----------------------|--|---------------|
| A                     | Wiedza merytoryczna  | 5,1           |
| B                     | Umiejętności manualne  | 5,1           |
| C                     | Znajomość procedur medycznych                                      | 4,5           |
| D                     | Wiedza i umiejętność korzystania z nowoczesnej aparatury medycznej | 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 firmowe   |  | Średnia ocena |
| I                     | Znajomość prawa  | 4,6           |
| J                     | Personalizacja opieki  | 4,7           |
| K                     | Współpraca zespołowa   | 4,5           |
| L                     | Znajomość firmy  | 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 „wchodzi” 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 (znajomość firmy, współpracę zespołową, personalizację opieki, znajomość prawa, odpowiedzialność) lub w procesie szkoleniowym (sprawne komunikowanie się, odporność na stres, umiejętność rozwiązywania konfliktów).

Na ilustracjach nr 18 i 19 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).

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 działań w tym zakresie. 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.



Ilustracja nr 18. Profesjogram stanowiska menedżera pierwszej linii

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych i informacji pierwotnych.

Wyniki przedstawione w tabeli nr 188 wskazują na rosnące oczekiwania w zakresie cech kompetencyjnych wymaganych od osób, które chcą awansować na II szczebel menedżerski. Personel medyczny, który chce uzyskać awans w pionie kadry zarządzającej, musi 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 specjalizacji dla zawodów medycznych.

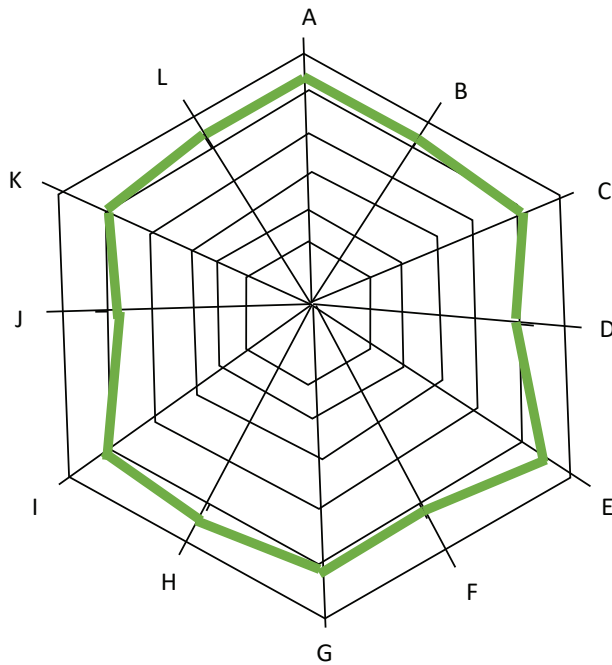
Tabela nr 188. Pożądane kompetencje na stanowisku menedżera średniego szczebla

| Kompetencje zawodowe  |  | Średnia ocena | Różnica<br>tab. 192 – tab. 191 |
|-----------------------|--|---------------|--------------------------------|
| A                     | Wiedza merytoryczna  | 5,3           | +0,2                           |
| B                     | Umiejętności manualne  | 5,2           | +0,1                           |
| C                     | Ciągłe uczenie się   | 5,0           | brak                           |
| D                     | Wiedza i umiejętność korzystania z nowoczesnej aparatury medycznej | 4,9           | +0,0                           |
| Kompetencje społeczne |  | Średnia ocena | Różnica<br>tab. 192 – tab. 191 |
| E                     | Sprawne komunikowanie się  | 5,4           | +1,3                           |
| F                     | Odpowiedzialność   | 5,1           | +0,5                           |
| G                     | Etyka i wartości zawodowe  | 5,1           | brak                           |
| H                     | Zarządzanie partycypacyjne   | 5,3           | brak                           |
| Kompetencje firmowe   |  | Średnia ocena | Różnica<br>tab. 192 – tab. 191 |
| I                     | Znajomość prawa  | 5,1           | +0,5                           |
| J                     | Personalizacja opieki  | 4,8           | +0,1                           |
| K                     | Współpraca zespołowa   | 5,0           | +0,5                           |
| L                     | Znajomość firmy  | 5,3           | +1,1                           |

Źródło: opracowanie własne na podstawie wywiadu środowiskowego.

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 firmowych 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 firmowych 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 nr 19. Profesjogram stanowiska 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 autor dochodzi do następujących wniosków:

1. Lekarze i pielęgniarki na początku kariery 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 są doskonalone w procesie pracy.
6. Kompetencje społeczne należy doskonalić głównie w procesie szkolenia i sukcesywnie wdrażać na piastowanym stanowisku menedżerskim.

### 9.3. Struktura kompetencji menedżerskich na wszystkich szczeblach organizacji

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<sup>325</sup>, którzy okazują się być bezradni wobec głębokiego kryzysu moralnego<sup>326</sup>. Można rzec, że podejście medyczne przegrywa z podejściem ekonomicznym wobec leczenia. Osobiście autor jest zwolennikiem 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.

Jakiegokolwiek zmiany wymagają zaangażowania się wszystkich pracowników i to niezależnie od tego, na jakim szczeblu struktury organizacyjnej się znajdują, czy są członkami zarządu, menedżerami I czy II szczebla, lekarzami, pielęgniarkami, czy też pracownikami pomocniczymi.

Od lat 80. XX w. w literaturze anglosaskiej badano stosunki między personelem medycznym a paramedycznym pod kątem dominacji pracowników z pierwszej grupy. W tej perspektywie socjologicznej<sup>327</sup> uwidocznili się podwójny interes pielęgniarek w przejściu z medycznych stanowisk operacyjnych na stanowiska związane z administrowaniem opieką pielęgniarską w ramach zadań na stanowiskach kierowniczych szczebla operacyjnego, co w konsekwencji skutkowało:

- ucieczką pielęgniarek spod kurateli lekarskiej, ponieważ na każdym szczeblu personel pielęgniarski 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 organizacyjno-kompetencyjnych pojawiają się trudności, które stanowią podłoże do niepewności ze strony pracowników szpitali, a dotyczą:

<sup>325</sup> F. Pierru, *L'hôpital entreprise. Une self-fulfilling prophecy avortée*, Politix, Vol. 12, nr 46, 1999, s. 7-47.

<sup>326</sup> R. Couanau, *Rapport sur l'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée Nationale, Paris 2003.

<sup>327</sup> 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 zarządczych na wszystkich poziomach zarządzania szpitalem;
- braku odpowiedzi ze strony organów założycielskich oraz ministerstwa zdrowia odnośnie problematyki szkolenia menedżerów zdrowia.

Szpitalne przekształcone w spółki prawa handlowego będą wymagały od swoich zarządzających, aby sprościli „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 współlistnieją 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 menedżerskie 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 niewystarczająca 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 chcący w sposób prawidłowy wypełniać obowiązki w roli kadry zarządzającej, nie mogą realizować się w zawodzie. Zubaża 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, „utrata 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 młodszy adepci medycyny. Natomiast brak pełnego zaangażowania w sprawy mene-

dżerskie skutkuje spadkiem sprawności zespołu i pogorszeniem się wskaźników ekonomicznych. Oczywiście autor nie uwzględnił w tych rozważaniach kompetencji menedżerskich personelu medycznego.

Wszystkie spostrzeżenia wynikające z badań oraz studiów literaturowych skłaniają autora 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 kompetencjami pracowniczymi.

W tym celu należy ewolucję systemu oprzeć na teorii „O” ukierunkowanej na zmiany organizacyjno-kompetencyjne w szpitalach.

Szpital, opierając się na standaryzacji zachowań personelu, stanowi pewnego rodzaju biurokrację 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”<sup>328</sup>.

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<sup>329</sup>.

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<sup>330</sup>.

W szpitalach francuskich korpus kierowniczy 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 pielęgniarkom spod tzw. władzy administracyjnej. Z pewnością w przypadku zapożyczenia takich samych pomysłów i wdrożenia ich w polskich

<sup>328</sup> H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, Paris 1982, s. 329.

<sup>329</sup> C. Harman, S. Brelade, *Knowledge Management and the Role of HR*, Prentice Hall, Pearson Education Limited, London 2000, s. 5.

<sup>330</sup> T. Oleksyn, *Praca i płaca w zarządzaniu*, Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2001, s. 231.



szpitalach spowodowałoby takie samo zjawisko, polegające na uciekaniu lekarzy spod kontroli ze strony pielęgniarek. Z tego względu autor proponuje rozdzielić zarządzanie personelem medycznym na dwie części: lekarską i pielęgniarską, w których kadra zarządzająca wybierana byłaby spośród pracowników tej samej grupy zawodowej.

Lekarze i pielęgniarki, ze względu 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.

Propozycja rozkładu kompetencji na stanowiskach kierowniczych 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 kadrami 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 autor proponuje ograniczyć do kompetencji społecznych, skupionych na zarządzaniu pracownikami. Menedżerowie II 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, badacz dzieli 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 autorowi przyjąć, że lekarze i pielęgniarki, jako pracownicy 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 obsadzone 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 kierowniczych. Przeciwnie, 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 wykształcenie medyczne ukierunkowane na praktyczne użycie go 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% ogółu pracowników szpitali, łatwiej można zastąpić pielęgniarki w miejscu pracy, które po uzupełnieniu wiedzy menedżerskiej i udoskonaleniu niektórych umiejętności interpersonalnych mogłoby stanowić potencjalny zasób siły menedżerskiej.

Autor, na podstawie wniosków z badań pierwotnych oraz za T. Oleksynem<sup>331</sup>, stwierdza, że nie można przyjmować za R. L. Katzem, 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. Badacz przyjął regułę, że im wyższe stanowisko w strukturze organizacyjnej, tym wyższe wymagania kompetencyjne wobec osoby piastującej stanowisko menedżerskie. Na podstawie przeprowadzonych wywiadów z przedstawicielami kadry zarządzającej szpitalami oraz obserwacji w miejscu badania autor uśrednił przyrost sumaryczny

<sup>331</sup> T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006, s. 168-177.

kompetencji na poszczególnych szczeblach organizacyjnych. I tak, w przypadku menedżera operacyjnego suma kompetencji wynosi 100%, u menedżera średniego szczebla następuje przyrost kompetencji +20% w stosunku do menedżera pierwszej linii. Przedstawiciele grupy top management posiadają kompetencje o wartości sumarycznej 140%, czyli wzrost o 40% w stosunku do wartości bazowej, czyli kompetencji menedżera operacyjnego.

Należy założyć, że na ogół do najwyższych stanowisk „przebijają się” ludzie najzdolniejsi i najciężej pracujący<sup>332</sup>.

Struktura kompetencji menedżerów w szpitalach jest inna od tych proponowanych przez badaczy 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 pielęgniarzach „uzurpujących uwagę pozostałych grup zawodowych”.

Na podstawie zbudowanego profesjogramu dla stanowiska menedżerskiego na I i II szczeblu organizacyjnym (podrozdział 9.3.) stwierdza się, że struktura kompetencji w podmiotach leczniczych jest inna od uniwersalnych zaproponowanych przez R. L. Katza czy zmodyfikowanej wersji modelu, autorstwa T. Oleksyna.

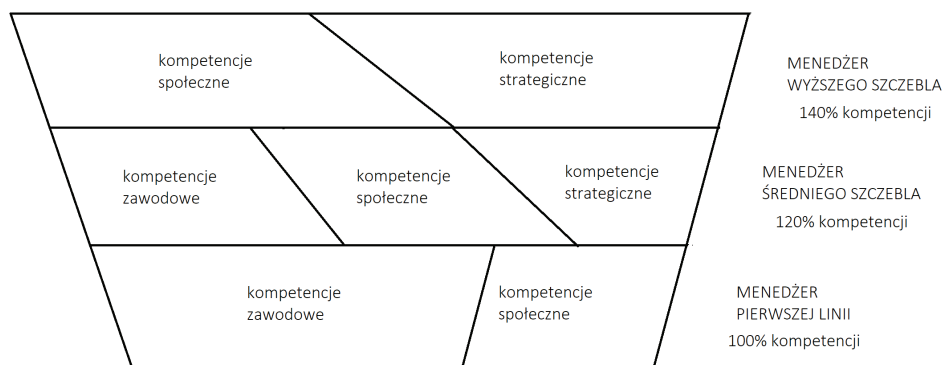
Na I szczeblu organizacyjnym menedżer przyjmuje rolę mentora lub coacha, który przede wszystkim skupia się na uczeniu oraz wspomaganie podwładnych w zakresie wyuczonej specjalizacji. Podległy mu zespół składa się ze specjalistów w swojej profesji, których zadania polegają głównie na sprawnym realizowaniu 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% kompetencji zawodowych), z rozwiniętymi umiejętnościami interpersonalnymi (30% 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. Funkcja planowania i organizowania przeniesione są na II szczebel zarządzania.

II i III szczebel menedżerski charakteryzuje się tym, że powinny być obsadzone 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. Badacz proponuje model mieszany, w którym funk-

<sup>332</sup> Ibidem, s. 169.

cja 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%), wspomaganych kompetencjami społecznymi (40%).

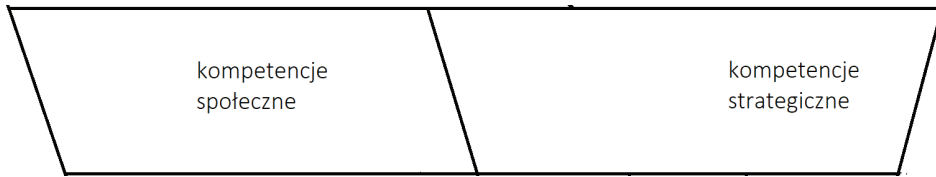


Ilustracja nr 20. Struktura kompetencji na poszczególnych szczeblach menedżerskich

Źródło: opracowanie własne.

Poniżej zaprezentowane jest rozwiązanie zaproponowane przez autora dla II szczebla menedżerskiego w szpitalach, na którym występują dwa stanowiska menedżerskie z podziałem funkcjonalnym, na organizacyjno-administracyjnego oraz leczniczego.

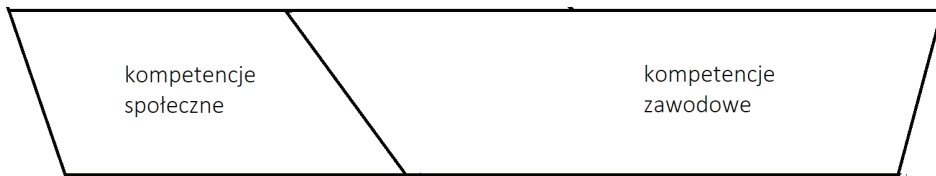
Na ilustracji nr 21 przedstawiona jest struktura kompetencji dla menedżera ds. organizacyjno-administracyjnego, dla którego najistotniejsze są kompetencje strategiczne (55%), wzbogacone kompetencjami społecznymi (45%).



Ilustracja nr 21. Struktura kompetencji menedżera ds. organizacyjnych i administracyjnych na II szczeblu organizacyjnym

Źródło: opracowanie własne.

Ilustracja nr 22 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% w obszarze kompetencji medycznych. Natomiast kompetencje społeczne menedżerów II szczebla organizacyjnego w odniesieniu do I szczebla powinny być wyższe o 6%.



Ilustracja nr 22. Struktura kompetencji menedżera ds. leczniczych na II szczeblu organizacyjnym

Źródło: opracowanie własne.

#### 9.4. Dedykowane menedżerom metody doskonalenia kompetencji

Rozwój personelu medycznego ma charakter systemowy, opisany jest za pomocą aktów prawnych, które regulują, ukierunkowują oraz określają rozwój kompetencji zawodowych pracowników z tej grupy zawodowej. Tak, jak opisano i uregulowano ścieżki awansu zawodowego pracowników zatrudnionych na stanowiskach lekarza<sup>333, 334</sup>, jak i pielęgniarki<sup>335, 336</sup>, tak w przypadku stanowisk kierowniczych nie są one już tak szczegółowo opisane.

<sup>333</sup> Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 5 grudnia 1996 r., ze zm. z dnia 28 kwietnia 2011 r.

<sup>334</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry z dnia 26 września 2012 r.

<sup>335</sup> Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 r.

<sup>336</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego pielęgniarek i położnych z dnia 26 lipca 2000 r. (Dz. U. nr 69, poz. 815 z późn. zm.).

Szkolenia na stanowisku pracy – „on the job” i poza stanowiskiem pracy – „off the job”. W ramach szkoleń w miejscu pracy zaliczamy: udział w pracach projektowych, grupowe formy pracy, coaching, mentoring, powierzanie zadań zleconych, zastępstwa na stanowiskach pracy oraz rotację na stanowisku pracy. Natomiast na działania w ramach szkoleń poza stanowiskami pracy składają się: seminaria, konferencje, gry ról, metoda sytuacyjna, analizy przypadków oraz treningi grupowe<sup>337</sup>.

Zjawisko to pokazuje złe praktyki w zarządzaniu podmiotami leczniczymi. Brak rozwiązań systemowych dotyczących wymogów kompetencyjnych, przy minimalnych obostrzeniach kwalifikacyjnych na stanowiska menedżerskie, które mogą zajmować osoby nieposiadające wiedzy, umiejętności ani innych cech predysponujących do pełnienia tej funkcji, a jedynym ich asumptem do pełnienia funkcji jest bycie lekarzem, czy rzadziej pielęgniarką. W ten sposób obniża się sprawność zespołu zarządzanego przez „niesprawnego” menedżera, już nawet w krótkiej perspektywie czasowej. Wdrożenie nowego pracownika na stanowisko pracy trwa od 3 do 6 miesięcy, w przypadku stanowiska menedżerskiego należy przyjąć co najmniej ten górny okres, ze względu na specyfikę oraz wymogi kompetencyjne, które są niezbędne i pożądane do pełnienia tej funkcji. Brak podstawowej wiedzy i umiejętności menedżerskich, umiejętności relacyjnych u osoby przejmującej stanowisko zarządcze skutkuje, że zespół od strony organizacyjnej „sam się zarządza”. Do tego osoba nie przejawia przydatnych cech osobowościowych, które predysponują do zajmowania stanowiska menedżerskiego. Niedoskonałym rozwiązaniem jest sytuacja, gdy na czele zespołu lub oddziału staje osoba z dużym autorytetem zawodowym (np. profesor nauk medycznych), jednakże nie rozwiązuje to problemu z niedostatkami w zakresie kompetencji menedżerskich. Zespół pozostaje wtedy pod wpływem przełożonego, lecz często zadania nie są optymalnie realizowane z uwzględnieniem czynników ekonomicznych, ze względu na brak fachowej wiedzy po stronie przełożonego, co powoduje niepotrzebne straty finansowe i organizacyjne. Owszem, są procedury medyczne, jednakże bardzo duży wpływ na nie mają decyzje podejmowane przez przełożonego. Zespół autorytarnie zarządzany nie potrafi dokonywać wyborów i jest ubezwłasnowolniony w zakresie wykonywania zadań, jak i podejmowania decyzji realizacyjnych.

W Polsce, tak samo jak w całej Unii Europejskiej, lekarze mają obowiązek stałego pogłębiania i aktualizowania swoich kompetencji zawodowych, głównie ukierunkowanych na wiedzę oraz umiejętności przydatne w codziennej pracy, nie tylko w zakresie czysto medycznym, lecz również kompetencji interpersonalnych wykorzystywanych w procesie świadczenia usług medycznych. Jednakże te drugie nie cieszą się dużym zainteresowaniem. Często przez lekarzy są one niedocenia-

<sup>337</sup> A. Pochtowski, *Zarządzanie szkoleniami w firmie*, [w:] *Szkolenie i rozwój pracowników a sukces firmy*, red. A. Ludwicyński, PFPK, Warszawa 1999, s. 320-321.

ne, jak również marginalizowane. Lekarze wychodzą z założenia, że je posiadają i wiedzą, jak mają zachować się w trudnych sytuacjach.

Dr K. Dziubiński pełniący funkcję dyrektora Ośrodka Doskonalenia Zawodowego Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie stwierdził, że z powodu bardzo szybkiego postępu wiedzy medycznej można przyjąć, że jej „okres półrozpadu” jest krótszy niż 10 lat. W pełni zgadzam się z tym stwierdzeniem, zmiany technologii medycznej, a co za tym idzie, rozwój wiedzy specjalistycznej jest tak dynamiczny, że lekarze, w mniejszym stopniu pielęgniarki, muszą w sposób ciągły pogłębiać wiedzę zawodową. Szkolenia dla lekarzy nie mogą być wyłącznie produktem komercyjnym. Ich nadrzędnym celem powinno być podniesienie umiejętności i wiedzy lekarza, ugruntowujące prestiż tego zawodu. Wskazano również na szkolenia wewnętrzne jako tę formę kształcenia, która powinna zostać upowszechniona. Od dłuższego czasu izby lekarskie obserwują zmniejszanie się frekwencji lekarzy na szkoleniach. Analiza tego zjawiska wykazała, że lekarze mają coraz mniej czasu na udział w zajęciach doskonalących ich umiejętności zawodowe<sup>338</sup>. Zorientowanie się lekarzy i pielęgniarek na rozwój zawodowych w związku ze ścieżką awansu zawodowego uniemożliwia im poświęcenie się pracy na stanowisku menedżerskim, jak również doskonalenia kompetencji z tego obszaru. W tabelach nr 189-199 zawarte zostały wyniki badań personelu medycznego, które dotyczą nastawienia i preferencji lekarzy i pielęgniarek do pogłębiania wiedzy oraz umiejętności. Autor zwraca uwagę, że wyniki dotyczą preferencji szkoleniowych dotyczących szkoleń typu medycznego. Większość spośród przebadanych pracowników medycznych uczestniczyło w zajęciach doskonalących kompetencje, realizowanych na terenie szpitali. Wyższy udział w szkoleniach wewnętrznych pielęgniarek w stosunku do lekarzy wynika z formy tych zajęć. Są one głównie ukierunkowane na nabywanie oraz doskonalenie umiejętności zawodowych dotyczących pragmatycznej strony procesu leczenia, czyli obsługi sprzętu medycznego, wykonywania czynności leczniczych. Z kolei dla lekarzy szkolenia wewnętrzne są mniej atrakcyjną formą doskonalenia kompetencji. Wynika to z innych potrzeb, które nie są w pełni możliwe do zrealizowania w ramach tego typu szkoleń. Przez okres 7 lat szkolenia zmieniły charakter ze szkoleń specjalizacyjnych oraz horyzontalnych na szkolenia dostosowane do potrzeb organizacji pracy oraz wymogów formalno-prawnych. Przy tym wzrósł stopień uczestnictwa lekarzy w szkoleniach o około 8%, co może wynikać z rosnących wymagań zawodowych wobec lekarzy.

<sup>338</sup> P. Migalski, *Bardzo ważna wartość dodana*, „Rynek Zdrowia”, nr 66, styczeń 2011.

Tabela nr 189. Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach typu wewnętrznego

| Odpowiedzi | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|            | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Tak        | 208                                   | 206     | 82,5                             | 90,4 | 598  | 593     | 94,8                                  | 95,3 |
| Nie        | 44                                    | 22      | 17,5                             | 9,6  | 33   | 29      | 5,2                                   | 4,7  |
| Suma       | N = 252                               | N = 228 | 100                              | 100  | N = 631                                    | N = 622 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

W badaniu zrealizowanym w 2011 r. z danych wynika, że zarówno lekarze, jak i pielęgniarki zainteresowani są szkoleniami wewnętrznymi, realizowanymi w jeden dzień. Wiąże się to z potrzebą uzyskania przez nich praktycznej wiedzy, którą mogą wykorzystać w pracy, zapoznanie się z nowym sprzętem medycznym. W przypadku szkoleń wewnętrznych personel medyczny nie jest zainteresowany, aby przyjmowały one charakter towarzyskich spotkań, lecz były merytoryczne i wносиły wartość dodaną do wiedzy i umiejętności zawodowych.

Badania z 2018 r. ukazały jedną zmianę w preferencjach lekarzy dotyczącą czasu trwania szkoleń, więcej osób jest zainteresowanych szkoleniami, które trwają trzy dni. Może być wynikiem obciążenia pracą personelu medycznego, czas szkoleń jest czasem wypoczynku. Jest to argument, który nie pojawił się w rozmowach z samymi zainteresowanymi, lecz w części wywiadów środowiskowych przeprowadzonych z przedstawicielami pozostałych grup zawodowych, którzy wskazali na takie zjawisko.

Tabela nr 190. Preferowana długość trwania szkoleń wewnętrznych w ocenie personelu medycznego

| Odpowiedzi  | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|-------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|             | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Jeden dzień | 176                                   | 105     | 88,9                             | 51,3 | 523  | 478     | 89,1                                  | 81,1 |
| Dwa dni     | 10                                    | 16      | 5,1                              | 7,8  | 37   | 87      | 6,3                                   | 14,8 |
| Trzy dni    | 3                                     | 79      | 1,5                              | 38,5 | 9  | 23      | 1,5                                   | 3,9  |
| Więcej dni  | 9                                     | 5       | 4,5                              | 2,4  | 18   | 1       | 3,1                                   | 0,2  |
| Suma        | N = 198                               | N = 205 | 100                              | 100  | N = 587                                    | N = 589 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Szkolenia zawodowe nie mają uzasadnienia w szkoleniach wewnętrznych realizowanych dla lekarzy. Dla nich ważna jest wymiana wiedzy i pozyskiwanie jej



od autorytetów w swojej profesji. W przypadku szkoleń typu wewnętrznego jest to bardzo utrudnione. Szkolenia, które powinny być organizowane, dotyczą aspektów pozazawodowych, wspomagających funkcjonowanie pracownika w podmiocie leczniczym.

Konfrontując preferencje lekarzy i pielęgniarek w zakresie oceny jakościowej realizowanych szkoleń wewnętrznych, w których uczestniczyli, zauważa się, że odczucia personelu medycznego są co prawda powyżej przeciętnej, lecz nie osiągają one bardzo wysokich ocen. Wynikać to może ze słabego dopasowania tematyki zajęć do potrzeb lekarzy i pielęgniarek. Autor proponuje przeprowadzenia diagnozy potrzeb personelu medycznego w celu dopasowania tematyki do ich oczekiwań. Ze względu na „pogoń za specjalizacją”, preferencje lekarzy i pielęgniarek są powiązane z działaniami realizowanymi w pracy zawodowej. Z przeprowadzonych wywiadów środowiskowych wynika, że lekarze chcą uczestniczyć w szkoleniach zawodowych, na których realizowane są zagadnienia przydatne w wykonywaniu zawodu. Natomiast pielęgniarki angażują się w szkolenia związane z zadaniami bieżącymi, wykonywanymi w codziennej pracy, dotyczącymi spraw zawodowych, lecz również psychologicznej płaszczyzny pracy.

Tabela nr 191. Dostosowanie tematów szkoleń wewnętrznych do potrzeb personelu medycznego w ocenie samych zainteresowanych

| Odpowiedzi    | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|---------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|               | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Bardzo nisko  | 11                                    | 1       | 5,5                              | 0,4  | 8  | 3       | 1,4                                   | 0,5  |
| Nisko         | 15                                    | 18      | 7,5                              | 8,8  | 18   | 21      | 3,1                                   | 3,6  |
| Przeciętnie   | 91                                    | 68      | 45,5                             | 33,2 | 261  | 199     | 44,8                                  | 33,8 |
| Wysoko        | 75                                    | 93      | 37,5                             | 45,4 | 264  | 301     | 45,2                                  | 51,1 |
| Bardzo wysoko | 8                                     | 25      | 4,0                              | 12,2 | 32   | 65      | 5,5                                   | 11,0 |
| Suma          | N = 200                               | N = 205 | 100                              | 100  | N = 583                                    | N = 589 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Badacz na podstawie danych uzyskanych w 2011 r. stwierdza, że ocena szkoleń wewnętrznych przez pielęgniarki jest pozytywna, mniej optymistycznie zapatrują się lekarze na sprawę, którzy dzielą się na dwie prawie równe grupy, zarówno tych zadowolonych, jak i niezadowolonych. Może mieć to związek z niedopasowaniem tematów, którymi lekarze są zainteresowani. Pielęgniarki nie muszą tak rygorystycznie wypełniać warunków awansu zawodowego. Zmiana zakresu szkoleń wewnętrznych wpłynęła na postrzeganie ich przez lekarzy i pielęgniarki, odpowiednio 32% (!) i 13,2%.



Tabela nr 192. Poziom zadowolenia personelu medycznego ze szkoleń wewnętrznych

| Odpowiedzi | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|            | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Tak        | 140                                   | 179     | 55,3                             | 87,3 | 491  | 537     | 77,9                                  | 91,1 |
| Nie        | 113                                   | 26      | 44,7                             | 12,7 | 139  | 52      | 22,1                                  | 8,9  |
| Suma       | N = 253                               | N = 205 | 100                              | 100  | N = 630                                    | N = 589 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Z kolei szkolenia zewnętrzne nie cieszą się takim zainteresowaniem wśród personelu medycznego, jak szkolenia wewnętrzne. Większy odsetek pielęgniarek jest pozytywnie nastawiona na taką formę kształcenia, stąd wnioszek, że można takie szkolenia realizować, jednakże rzadziej aniżeli szkolenia typu wewnętrznego, które mają charakter pragmatyczny. W przypadku lekarzy ten typ kształcenia nie cieszy się zainteresowaniem, autor sugeruje zrezygnować z wdrażania takiej formy doskonalenia kompetencji zawodowych na rzecz wiedzy z obszaru pozaspecjalizacyjnego, związanego z funkcjonowaniem prawno-organizacyjnym w szpitalu.

Tabela nr 193. Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach typu zewnętrznego

| Odpowiedzi | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|            | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Tak        | 115                                   | 139     | 45,4                             | 61,0 | 445  | 392     | 63,0                                  | 70,5 |
| Nie        | 138                                   | 90      | 54,6                             | 39,0 | 186  | 230     | 37,0                                  | 29,5 |
| Suma       | N = 253                               | N = 228 | 100                              | 100  | N = 631                                    | N = 622 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Co ciekawe, preferowany czas trwania szkoleń zewnętrznych różni się od czasu realizacji szkoleń wewnętrznych. Lekarze jeszcze w 2011 r. w mniejszym stopniu byli zainteresowani tego typu kształceniem, lecz już 7 lat później 61% respondentów spośród lekarzy uczestniczyło w szkoleniach zewnętrznych. Przedstawiciele wyższego personelu medycznego zmienili swoje preferencje w zakresie czasu realizacji szkolenia. Obecnie preferują szkolenia trzydniowe. Najwięcej pielęgniarek chce realizować tego typu szkolenia w czasie 1-2 dni. Często takie szkolenia, podobnie jak konferencje<sup>339</sup>, składają się z części merytorycznej oraz

<sup>339</sup> Tabele od 94 do 109 zawierające dane dotyczące form szkoleń preferowanych przez personel medyczny.

towarzysko-impresowej lub po prostu uczestnicy mają czas wolny, podczas którego mogą odpocząć.

Tabela nr 194. Preferowana długość trwania szkoleń zewnętrznych w ocenie personelu medycznego

| Odpowiedzi  | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|-------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|             | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Jeden dzień | 47                                    | 35      | 47,5                             | 25,2 | 179  | 179     | 44,3                                  | 45,7 |
| Dwa dni     | 21                                    | 14      | 21,2                             | 10,1 | 104  | 75      | 25,8                                  | 19,1 |
| Trzy dni    | 10                                    | 82      | 10,1                             | 59,0 | 34   | 116     | 8,4                                   | 29,6 |
| Więcej dni  | 21                                    | 8       | 21,2                             | 5,7  | 87   | 22      | 21,5                                  | 5,6  |
| Suma        | N = 99                                | N = 139 | 100                              | 100  | N = 404                                    | N = 392 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Pracownicy medyczni, którzy uczestniczyli w szkoleniach zewnętrznych wyżej ocenią dobór tematyki zajęć. Autor sądzi, że jest to wynikiem dokonanego wyboru oraz charakteru szkoleń doskonalących stricte kompetencje zawodowe w obszarze specjalizacji. W tego typu szkoleniach uczestniczą zainteresowali tematyką zajęć oraz osoby, które świadomie dokonały tego wyboru. Stąd tak pozytywna ocena szkoleń zewnętrznych.

Tabela nr 195. Dostosowanie tematów szkoleń zewnętrznych do potrzeb personelu medycznego w ocenie samych zainteresowanych

| Odpowiedzi    | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowe struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|---------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|               | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Bardzo nisko  | 2                                     | 1       | 1,9                              | 0,7  | 3  | 3       | 0,7                                   | 0,8  |
| Nisko         | 2                                     | 10      | 1,9                              | 7,2  | 16   | 18      | 3,8                                   | 4,6  |
| Przeciętnie   | 37                                    | 35      | 35,2                             | 25,2 | 145  | 72      | 34,0                                  | 18,4 |
| Wysoko        | 52                                    | 72      | 49,6                             | 51,8 | 234  | 242     | 54,9                                  | 61,7 |
| Bardzo wysoko | 12                                    | 21      | 11,4                             | 15,1 | 28   | 57      | 6,6                                   | 14,5 |
| Suma          | N = 105                               | N = 139 | 100                              | 100  | N = 426                                    | N = 392 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Należy zwrócić uwagę, że w okresie 7 lat rynek szkoleniowy dostosował się do potrzeb personelu medycznego, modyfikując ofertę na potrzeby instytucjonalne (szkolenia wewnętrzne związane z procesem leczenia) oraz indywidualne, wynikające z potrzeb kompetencyjnych poszczególnych osób ze względu na specjalizację (szkolenia typu zewnętrznego).

Poziom satysfakcji lekarzy i pielęgniarek uczestniczących w szkoleniach zewnętrznych jest wysoki, czterech na pięciu pracowników medycznych pozytywnie ocenia tę formę kształcenia. Trzeba przy tym pamiętać, że wysoki poziom satysfakcji z działań wykonywanych przez pracowników jest podstawą produktywności i wysokiej jakości<sup>340</sup>.

Jest to dowód, że w tego typu szkoleniach powinni uczestniczyć pracownicy zainteresowani wykładaną tematyką, co wpłynie na większą skuteczność tych szkoleń. Również w przypadku tej odmiany kształcenia należy przeprowadzić badania potrzeb kompetencyjnych personelu medycznego.

Tabela nr 196. Poziom zadowolenia personelu medycznego ze szkoleń zewnętrznych

| Odpowiedzi | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|            | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Tak        | 90                                    | 121     | 82,6                             | 88,3 | 375  | 361     | 87,2                                  | 92,3 |
| Nie        | 19                                    | 16      | 17,4                             | 11,7 | 55   | 30      | 12,8                                  | 7,7  |
| Suma       | N = 109                               | N = 137 | 100                              | 100  | N = 430                                    | N = 391 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Dane przedstawione w tabeli nr 196 są kontynuacją rozważań w zakresie preferencji szkoleniowych personelu medycznego. Wybór terminu zajęć w ramach czasu pracy może wiązać się z niechęcią tracenia czasu wolnego na kształcenie bądź z wniosku, że osoba wypoczęta więcej wyniesie z zajęć, aniżeli osoba po kilku, a nawet kilkunastu godzinach pracy.

Autor na podstawie badań zrealizowanych w 2018 r. stwierdza, że nastąpiła zmiana oczekiwań obu grup zawodowych, które chcą aby szkolenia realizowane były w godzinach pracy. Głównymi przyczynami takiego stanu w przypadku pielęgniarek jest niezadowolenie z poziomu wynagrodzenia, jak również roli pełnionej w szpitalu. Natomiast lekarze głównie mają problem z brakiem czasu wolnego i nie chcą poświęcać więcej swojego czasu na potrzeby szkoleniowe.

<sup>340</sup> M. Bugdol, *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 157 i 159.

Tabela nr 197. Oczekiwanie przez personel medyczny realizowania szkoleń w czasie pracy

| Odpowiedzi      | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|-----------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|                 | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Nigdy           | 29                                    | 8       | 11,4                             | 5,8  | 104  | 67      | 16,5                                  | 17,1 |
| Rzadko          | 15                                    | 9       | 6,0                              | 6,6  | 17   | 11      | 2,7                                   | 2,8  |
| Czasami         | 35                                    | 14      | 13,8                             | 10,2 | 75   | 22      | 11,9                                  | 5,6  |
| Często          | 23                                    | 43      | 9,1                              | 31,4 | 43   | 97      | 6,8                                   | 24,8 |
| Bardzo często   | 110                                   | 49      | 43,5                             | 35,8 | 312  | 149     | 49,4                                  | 38,2 |
| Brak odpowiedzi | 41                                    | 14      | 16,2                             | 10,2 | 80   | 45      | 12,7                                  | 11,5 |
| Suma            | N = 253                               | N = 137 | 100                              | 100  | N = 631                                    | N = 391 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Tabela nr 198. Realizacja szkoleń w tygodniu w ocenie personelu medycznego

| Odpowiedzi      | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowe struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|-----------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|                 | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Nigdy           | 40                                    | 5       | 15,8                             | 3,6  | 96   | 32      | 15,2                                  | 8,2  |
| Rzadko          | 14                                    | 11      | 5,5                              | 7,9  | 20   | 64      | 3,2                                   | 16,3 |
| Czasami         | 27                                    | 24      | 10,7                             | 17,3 | 50   | 52      | 7,9                                   | 13,3 |
| Często          | 17                                    | 67      | 6,7                              | 48,2 | 40   | 89      | 6,3                                   | 22,7 |
| Bardzo często   | 99                                    | 28      | 39,2                             | 20,1 | 306  | 91      | 48,5                                  | 23,2 |
| Brak odpowiedzi | 56                                    | 4       | 22,1                             | 2,9  | 119  | 64      | 18,9                                  | 16,3 |
| Suma            | N = 253                               | N = 139 | 100                              | 100  | N = 631                                    | N = 392 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Analizując łącznie dane zamieszczone w tabelach nr 198 i 199, określić można zjawisko polegające na pozytywniejszym postrzeganiu szkoleń realizowanych w tygodniu, w czasie pracy. Szkolenia weekendowe mają zazwyczaj charakter konferencyjny, jednakże personel medyczny woli zajęcia realizować w okresie od poniedziałku do piątku.

Tabela nr 199. Realizacja szkoleń w weekendy w ocenie personelu medycznego

| Odpowiedzi      | Liczbowa struktura odpowiedzi lekarzy |         | Struktura odpowiedzi lekarzy [%] |      | Liczbowa struktura odpowiedzi pielęgniarek |         | Struktura odpowiedzi pielęgniarek [%] |      |
|-----------------|---------------------------------------|---------|----------------------------------|------|--|---------|---------------------------------------|------|
|                 | 2011                                  | 2018    | 2011                             | 2018 | 2011                                       | 2018    | 2011                                  | 2018 |
| Nigdy           | 126                                   | 2       | 49,8                             | 1,4  | 342  | 89      | 54,2                                  | 22,7 |
| Rzadko          | 27                                    | 21      | 10,7                             | 15,1 | 28   | 78      | 4,4                                   | 19,9 |
| Czasami         | 18                                    | 14      | 7,1                              | 10,1 | 52   | 65      | 8,2                                   | 16,6 |
| Często          | 4                                     | 15      | 1,6                              | 10,8 | 22   | 52      | 3,5                                   | 13,2 |
| Bardzo często   | 16                                    | 86      | 6,3                              | 61,9 | 42   | 9       | 6,7                                   | 2,3  |
| Brak odpowiedzi | 62                                    | 1       | 24,5                             | 0,7  | 145  | 99      | 23,0                                  | 25,3 |
| Suma            | N = 253                               | N = 139 | 100                              | 100  | N = 631                                    | N = 392 | 100                                   | 100  |

Źródło: opracowanie własne na podstawie głównego badania ilościowego.

Rozwój pracowników jest zespołem działań w zakresie wzbogacania wiedzy, rozwijania zdolności i umiejętności, kształtowania motywacji oraz kondycji fizycznej i psychicznej pracowników, które powinny powodować wzrost ich indywidualnego kapitału ludzkiego oraz wartości kapitału ludzkiego organizacji<sup>341</sup>.

Każdy lekarz w celach doskonalenia kompetencji może je realizować poprzez następujące działania:

1. Realizowanie programu specjalizacji lub umiejętności.
2. Udział w kursie medycznym nieobjętym programem odbywanej specjalizacji lub nabywanej umiejętności.
3. Odbywanie praktyki klinicznej w krajowym lub zagranicznym ośrodku specjalistycznym.
4. Udział w krajowym lub zagranicznym kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym.
5. Udział w posiedzeniu oddziału stowarzyszenia działającego jako „specjalistyczne lekarskie towarzystwo naukowe”, zwane dalej „towarzystwem naukowym”, albo działającego jako „kolegium specjalistów”.
6. Udział w szkoleniu wewnętrznym organizowanym przez zakład opieki zdrowotnej, w którym lekarz udziela świadczeń zdrowotnych, lub przez grupę lekarzy.
7. Wykłady lub doniesienia w formie ustnej lub plakatowej na kongresie, zjeździe, konferencji lub sympozjum naukowym.

<sup>341</sup> Red. H. Król, A. Ludwicyński, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, s. 432.

8. Udział w testowym programie edukacyjnym akredytowanym przez towarzystwo naukowe lub kolegium specjalistów.
9. Uzyskanie stopnia lub tytułu naukowego.
10. Napisanie i opublikowanie fachowej książki medycznej, artykułu w fachowym, recenzowanym czasopiśmie lub edukacyjnego programu multimedialnego.
11. Napisanie i opublikowanie książki, artykułu lub programu multimedialnego o charakterze popularnonaukowym.
12. Przetłumaczenie i opublikowanie fachowej książki medycznej, artykułu lub innej pracy naukowej.
13. Kierowanie specjalizacją lekarzy lub nabywaniem przez lekarzy umiejętności.
14. Prowadzenie szkolenia lekarzy stażystów.
15. Indywidualną prenumeratę fachowego czasopisma medycznego indeksowanego przez filadelfijski *Instytut Informacji Naukowej* lub *Index Copernicus*.
16. Przynależność do Towarzystwa Naukowego lub Kolegium Specjalistów<sup>342</sup>.

Wytyczenie celu jest ważną funkcją w procesie doskonalenia w określonym obszarze. Dlatego autor zauważa dysfunkcję w postępowaniu części lekarzy, którzy dwie ścieżki awansowe chcą ze sobą powiązać, tworząc tzw. komplementarną ścieżkę awansową nakierowaną na awans zawodowy, jak i menedżerski. Należy zauważyć, że doskonalenie kompetencji nie może być realizowane w tym samym czasie (równoległe) na dwóch ścieżkach ze względu na wysoki stopień specjalizacji oraz ograniczony czas. Badacz sugeruje zastosowanie rozwiązania polegającego na doskonaleniu sekwencyjnym, podzielonym na etapy doskonalenia kompetencji indywidualnych, wspartych rozwiązaniami systemowymi. W zależności od tego, jakich kompetencji dotyczy doskonalenie, należy zastosować różne metody szkoleniowe. W przypadku ścieżki zawodowej autor proponuje metody oparte na mentoringu, ukierunkowane na kształceniu typu indywidualnego. Realizowane one są na zasadzie benchmarkingu, wymiany doświadczeń, spostrzeżeń, a przede wszystkim wiedzy i umiejętności. Ważne jest wykorzystanie nowoczesnych technologii, które wzbogacają proces doskonalenia kompetencji zawodowych. Ścieżka ukierunkowana na doskonalenie kompetencji menedżerskich według autora powinna być oparta na grupowych formach kształcenia. Do najbardziej proaktywnych formuł badacz zalicza: konferencje, seminaria, wyjazdy studyjne oraz spotkania z liderami, czyli „najlepszymi z najlepszych” menedżerów.

Systemowy przymus pogłębiania kwalifikacji zawodowych, jak również wymagania kompetencyjne stawiane lekarzom i pielęgniarkom, uzupełnione o ich

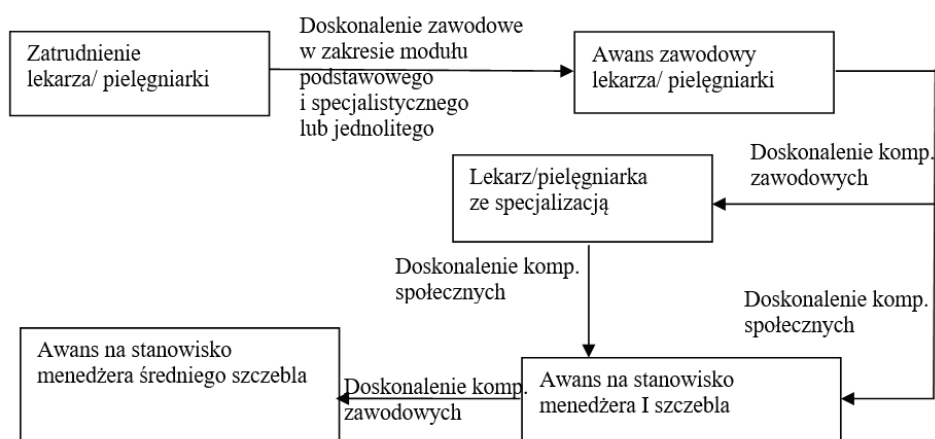
<sup>342</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 6 października 2004 r. (Dz. U. .04.231.2326).

dużą świadomość zawodową powodują, że personel medyczny, co jest pozytywne, zaangażowany jest w ciągłe doskonalenie kompetencji zawodowych. W konsekwencji autor stawia tezę, że personel medyczny nie powinien być brany pod uwagę przy obsadzie stanowisk menedżerskich na najwyższym szczeblu organizacyjnym szpitala.

Propozycje badacza są wynikiem przeprowadzonych analiz za pomocą metody triangulacji danych. Dyskurs autora dotyczy dwóch ujęć: statycznego i dynamicznego. W ujęciu statycznym skuteczne doskonalenie kompetencji wymaga opracowania profesjogramu kompetencji pożądaných na stanowisku menedżera pierwszej linii oraz menedżera średniego szczebla w ramach ścieżki menedżerskiej personelu medycznego. Opis stanowisk dostępny jest w podrozdziale 9.2.

Uzupełnieniem statycznego ujęcia jest dobór metod rozwoju indywidualnego lekarzy i pielęgniarek, które są optymalnie dopasowane do potrzeb kompetencyjnych na I i II szczeblu menedżerskim. Opracowanie zamieszczone jest powyżej w podrozdziale 9.4.

W ujęciu dynamicznym istotą jest proces osiągnięcia pożądanego obrazu kompetencji dla stanowisk oraz metod szkoleniowych, poprzez wyznaczenie priorytetów co do grup kompetencji oraz doskonalenie składowych kompetencji zawodowych lub społecznych w sekwencyjnym układzie czasowym. Celem nadrzędnym jest optymalizacja efektywności ponoszonych nakładów ekonomicznych w stosunku do zaplanowanego wyniku.



Ilustracja nr 23. Proces doskonalenia kompetencji personelu medycznego na ścieżce menedżerskiej

Źródło: opracowanie własne.

Powyższy schemat doskonalenia kompetencji personelu medycznego odzworowuje kolejność działań, które są postawione przed kadrą medyczną, w zależności, czy chcą się skupić na stricte doskonaleniu w ramach specjalizacji, czy też chcą zarządzać na I lub II szczeblu organizacyjnym. Osoby, które podejmą decyzję, muszą uzupełnić wiedzę i umiejętności z zakresu kompetencji społecznych.

### **9.5. Innowacje organizacyjne na szczeblach menedżerskich**

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<sup>343</sup>.

Proponowane przez autora przekształcenie w strukturze zarządzania nawiązuje do wyeliminowania przedstawicieli zawodów medycznych na III szczeblu organizacyjnym oraz wdrożenia 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, pojawią się 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.

<sup>343</sup> 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.



|  |   |
|--|---|
| Ścieżka awansu w pionie kadry<br>zarządzającej<br>dla pielęgniarek | Ścieżka awansu w pionie kadry<br>zarządzającej<br>dla lekarzy |
| Trzeci poziom zarządzania  |   |
| Brak możliwości awansu   | Brak możliwości awansu  |
| Drugi poziom zarządzania   |   |
| Menedżer ds. pielęgniarstwa  | Menedżer ds. leczenia   |
| Pierwszy poziom zarządzania  |   |
| Menedżer Zespołu X   | Menedżer Zespołu Y  |

Ilustracja nr 24. Propozycja stanowisk menedżerskich na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną dedykowana personelowi medycznemu

Źródło: opracowanie własne na podstawie aktów prawnych.

Menedżer liniowy jest stanowiskiem, które w pełni może być wykorzystywane 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 obserwować najlepszego spośród siebie i doskonalić nowe umiejętności oraz wiedzę zawodową w zakresie nauk medycznych.

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<sup>344</sup>.

Warunkiem koniecznym jest rozdzielenie od siebie grup zawodowych: lekarzy i pielęgniarek, które będą wspólnie ze sobą współpracować w procesie leczenia, jednakże bez podległości jednych wobec drugich, lecz na równi.

W wyniku tego działania powinna poprawić się jakość współpracy<sup>345</sup>. Autor zakłada, że obok medycznych stanowisk kierowniczych są również tzw. organizacyjno-administracyjne jej odpowiedniki, przeznaczone dla profesjonalnych

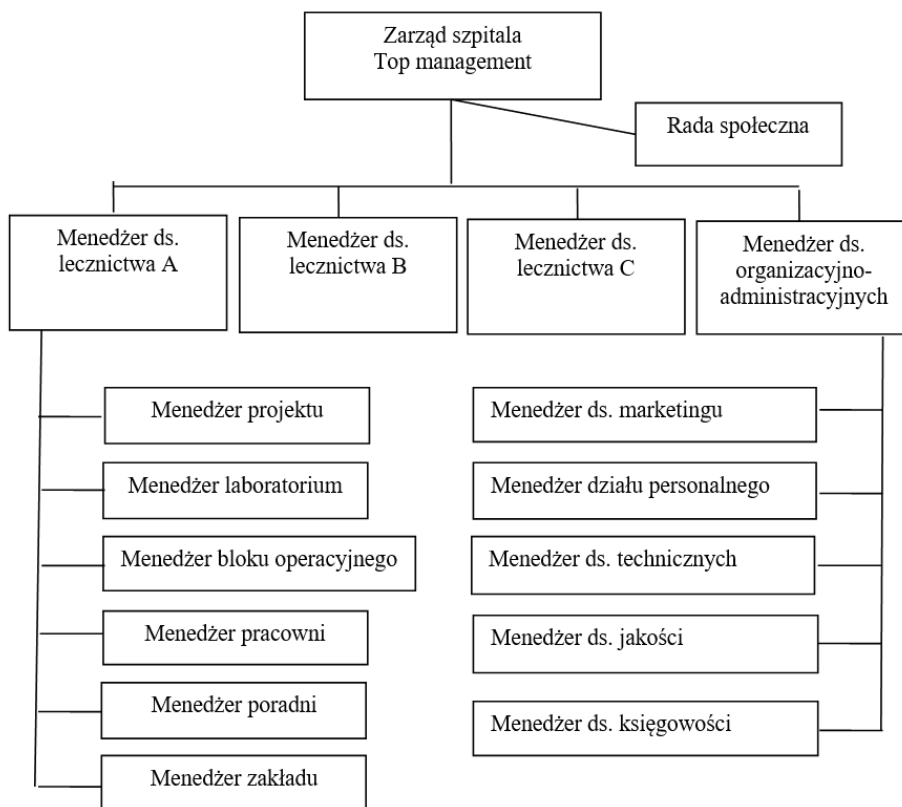
<sup>344</sup> F. Dougnet, I. Munoz, *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*, DREES, document de travail, nr 48, Juin 2005.

<sup>345</sup> M. Kęsy, *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012, s. 157-165.

menedżerów nieposiadających wykształcenia medycznego, lecz wyposażonych w kwalifikacje, wiedzę oraz umiejętności z zakresu zarządzania organizacjami. W zależności od mniejszego bądź większego doświadczenia w podmiotach leczniczych piastują funkcję na II lub III szczeblu organizacyjnym w szpitalach. Monopolizacja stanowisk menedżerskich przez personel medyczny dotyczy I szczebla organizacyjnego.

Poniżej autor proponuje 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 II 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.



Ilustracja nr 25. Propozycja innowacji organizacyjnej z uwzględnieniem kompetencji menedżerów poszczególnych szczebli zarządzania

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań teoretycznych i empirycznych.

Zaproponowana struktura organizacyjna jest kompilacją dwóch modeli, struktury dywizjonalnej oraz projektowej. Cechą charakterystyczną tego schematu jest zdecentralizowanie odpowiedzialności za funkcjonowanie komórek na II szczeblu organizacyjnym, z kolei menedżerowie pierwszej linii ponoszą odpowiedzialność za bieżącą działalność poszczególnych komórek organizacyjnych. W założeniu menedżerowie z grupy top management zajmują się koordynacją działań na II szczeblu menedżerskim, a przede wszystkim planowaniem i zarządzaniem strategicznym.

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 decyzje w sposób sprawny. Często jest zmuszony lawirować między różnymi przeszkodami natury prawnej, społecznej i 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<sup>346</sup>.

## **9.6. Ograniczenia w obszarze proponowanych innowacji**

Jak każda przemiana, zarówno i ta zaproponowana przez autora, typu kompetencyjno-organizacyjnego, może napotkać na trudności przy ewentualnym jej wdrożeniu. Autor dzieli 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

<sup>346</sup> J. Pfeffer, R. I. Sutton, *Evidence-Based Management*, "Harvard Business Review", January 2006.

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 jest wdrażana 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 r. (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 r., w którym to dokumencie są odniesienia do stanowisk kierowniczych w organizacji szpitalnej. Z kolei na podstawie tych dokumentów opracowywane są statuty szpitali oraz regulaminy organizacyjne, ale ich zmiana jest konsekwencją ewentualnych zmian w prawie ochrony zdrowia i wdrożenie ich odbywa się rozdzielnie w każdym ze szpitali. Obecne prawo nie stanowi przeszkody we wdrożeniu koncepcji, jednakże nie ma ona charakteru systemowego.

Kolejna 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 musi 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 – do zamknięcia szpitali bądź redukcji 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 na stratę nawet kompetencji pojedynczych specjalistów z dziedziny medycyny? Wyjść jest kilka, lecz trzeba wybrać „odpowiednie drzwi”. Zaproponowana koncepcja jest jednym z alternatywnych

rozwiązań, ukierunkowanych 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. leczenia i ds. organizacyjno-administracyjnego. Z zaangażowaniem profesjonalnych menedżerów na poziomie top management, z którego zostałyby wyeliminowany personel medyczny.

Przyniesie następujące efekty. Po pierwsze, wzrośnie sprawność organizacyjna podmiotów leczniczych w oparciu o profesjonalnych menedżerów, zaangażowanych na II 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 szpitalnych na różnych szczeblach organizacyjnych funkcje pełnią menedżerowie rekrutujący się spośród personelu medycznego. Nie jest to zaskakująca sytuacja, ponieważ znakomita większość zatrudnionych pracowników w szpitalach wywodzi się spośród przedstawicieli zawodów z grupy medycznej.

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 najliczniej reprezentowani. Natomiast przedstawiciele pozostałych grup zawodowych pełnią tzw. rolę służebną (pomocniczą) w działalności szpitali.

W zależności od tego, czy mamy na myśli szpital publiczny, czy niepubliczny, udział personelu medycznego jest odpowiednio mniejszy lub większy, lecz zawsze wynosi przynajmniej 70% ogółu zatrudnionych.

Sytuacja, w której dyrektorem szpitala jest lekarz, nie jest rzadkim obrazkiem z życia podmiotu leczniczego – właściwie jest normą. Jednakże należy zastanowić się, czy taka sytuacja powinna mieć miejsce w podmiotach leczniczych. Pewnie tak, lecz przy innych uwarunkowaniach wewnątrz- i zewnątrzsystemowych. Autor wymieni 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.

Autor proponuje wprowadzić innowację organizacyjno-kompetencyjną, w której optymalnie zostaną zagregowane kompetencje zawodowe lekarzy i pielęgniarek oraz wzrośnie sprawność podmiotów leczniczych.

Propozycje autora oparte są na istniejącej strukturze menedżerskiej, w której coraz większe znaczenie zyskuje I i III szczebel menedżerski, kosztem szczebla II (patrz model Klepsydry). Autor proponuje na stanowisko menedżera liniowego zatrudniać wysokiej klasy specjalistów, którzy wyróżniają się kompetencjami za-

wodowymi, dzięki czemu pełnią rolę mentorów lub coachów wobec podległych im pracowników.

Wyniki badań obcych z 2015 r.<sup>347</sup> 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, brak 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. leczenia, rekrutowanych spośród lekarzy i pielęgniarek, przejawiających 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 kilkuletnich badaniach naukowych autora, teoretycznych na podstawie literatury i empirycznych w terenie, było zidentyfikowanie i ujawnienie ukrytych możliwości w systemie organizacyjnym szpitala i zaproponowanie zmian o charakterze innowacyjnym, jakie każda organizacja szpitalna może przeprowadzić własnymi siłami i za pomocą posiadanych zasobów.

---

<sup>347</sup> *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.

## BIBLIOGRAFIA

- Anderson D. L., *Organization Development. The process of leading organizational change*, Sage Publications, Thousand Oaks (California) 1999.
- Armstrong M., *A Handbook of human resource management*, Billings and SONS Limited, Worcester 1990.
- Armstrong M., *A Handbook of human resource management. Practice*, Kogan Page Limited, London 2006.
- Armstrong M., *Armstrong's Handbook of reward management practice. Improving performance through reward*, Kogan Page Limited, London 2010.
- Armstrong M., *Managing people. A practice guide for line managers*, Kogan Page Limited, London 2001.
- Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
- Armstrong M., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001.
- Bach S., *International migration of health Workers: Labor and social issues*, International Labor Office, Geneva, July 2003.
- Bartkowiak G., *Psychologia w zarządzaniu. Nowe spojrzenie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2010.
- Becker G. S., *The Oxford Handbook of Human Capital*, Oxford Univeristy Press, Oxford 2011.
- Beer M., Nohria N., *Breaking the Code of Change*, "Harvard Business Review", 78, No. 3 (May-June) 2000.
- Bennett H., Gatrell J., Packham R., *Medical appraisal: collecting evidence of performance through 360° feedback*, "Clinician in Management", 12 (4), 2004.
- Red. Berg C., *A Guide to the Project Management Body of Knowledge*, Project Management Institute, Newtown Square, Pennsylvania 2000.
- Bielski M., *Organizacje: istota, struktury, procesy*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1992.
- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008, Warszawa 2008.
- 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.
- Bojarczuk B., *Macierze umiejętności*, „Personel”, 1-15 września 2001 r.



- Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital: un travail de lien invisible*, Editions Broché, 2008.
- Boyatzis R. E., *The Competent Manager: A Model for Effective Performance*, Wydawnictwo John Wiley and Sons, New York 1982.
- Boyatzis R. E., Goleman D., *The Emotional Competence Inventory*, Hay Group, Boston 1996.
- Boyer L., Scouarnec A., *La prospective des métiers*, Editions EMS, Caen 2009.
- Bratnicki M., *Kompetencje przedsiębiorstwa – od określenia kompetencji do zbudowania strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000.
- Brilman J., *Nowoczesne koncepcje i metody zarządzania*, PWE, Warszawa 2002.
- Brzeziński Z., *Dobór uczestników i zarządzanie zespołem projektowym*, [w:] *Zarządzanie projektami współfinansowanymi z funduszy publicznych: planowanie i realizacja*, red. M. Szwabe, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2007.
- Bugdol M., *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- 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.
- Chandler S., Black D., *The Hands-off Manager: How to Mentor People and Allow Them to Be Successful*, Book-mart Press, New York 2007.
- Cheetham G., Chivers G., *Professions, Competence and informal learning*, Edward Elgar Publishing Limited, Northampton 2005, Massachusetts.
- Chępa S., *Kwalifikacje kadr kierowniczych przedsiębiorstw przemysłowych*, Wyd. Akademii Ekonomicznej im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wrocław 2003.
- Churchill G. A., *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- 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.
- Couanau R., *Rapport sur l'organisation interne de l'hôpital*, Assemblée Nationale, Paris 2003.
- Cowling A. G., Stanworth M. J. K., Bennett R. D., Curran J., Lyons P., *Behavioural sciences for managers*, Hodder and Stoughton, London-Melborne, Auckland 1988.
- Czakon W., *Mity o badaniach jakościowych w naukach o zarządzaniu*, „Przegląd Organizacji”, nr 9/2009.
- Czapla T. P., *Modelowanie kompetencji pracowniczych w organizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011.
- Dajczak K., Hille-Jarząbek S., *Koncepcja zarządzania wiedzą w polskim szpitalu*, [w:] *Studies & Proceedings of Polish Association for Knowledge Management*, t. 27, Bydgoszcz 2010.
- Dardouri N., Tomassella S., *Modèles dynamique de retroaction*, CEM, 2003.
- Deklaracja bolońska. Szkolnictwo wyższe w Europie, wspólna Deklaracja Europejskich Ministrów Edukacji, zebranych w Bolonii w dniu 19 czerwca 1999 r.

- Dessler G., *Managing Organization in an era of change*, The Dryden Press, Orlando 1995.
- Dołhacz M., Fudaliński J., Kosała M., Smutek H., *Podstawy zarządzania. Koncepcje – strategie – zastosowania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- 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, Kraków 2006, 4 (2).
- Doman G., Doman J., *How To Teach Your Baby To Read. The gentle revolution*. Square One Publishers, New York 2006.
- Dougnat F., Munoz I., *Les effets de l'accréditation et des mesures d'amélioration sur la qualité des soins sur l'activité des personnels soignants*, DREES, document de travail, nr 48, Juin 2005.
- Drucker P.F., *Peter Drucker on the Profession of Management*, Harvard Business School Publishing, Boston 1998.
- Drucker P., *Praktyka zarządzania*, Wyd. Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie, Kraków 1998.
- Drucker P., *Management. Tasks, Responsibilities, Practices*. Routledge, London i New York 1974.
- 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.
- 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.
- Red. Eisenberg N., Strayer J., *Empathy and its development*, Cambridge University Press, Cambridge 1987.
- Emisja programu „Pomoc ze wschodu”, Fakty TVN, 29.03.2018 r.
- 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.
- Epstein R. M., Hundert E., *Defining and Assessing Professional Competence*, JAMA 2002.
- Eraut M., *Developing Professional Knowledge and Competence*, RoutledgeFalmer, New York 1994.
- Erfurt U., *Pracownicy zakładu opieki zdrowotnej*, [http://www.emedyk.pl/artykul.php?Idartykul\\_rodzaj=10&idartykul=545](http://www.emedyk.pl/artykul.php?Idartykul_rodzaj=10&idartykul=545), w dniu 21 września 2006 r.
- Escrig-Tena A. B., Bon-Llusar J. C., *A Model for Evaluating Organizational Competencies: An Application in Context of a Quality Management Initiative*, “Decision Science”, Vol. 36, No. 2, 2005.
- Europejskie ramy kwalifikacji dla uczenia się przez całe życie (ERK), Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich, Luksemburg 2009.
- Fayol H., *Critical Evaluations in Business and Management*, Routledge, London and New York 2002.

- Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami: perspektywa firmowa i osobista*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
- Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi*, PWE, Warszawa 2004.
- Freidson E., *La profession médicale*, Payot, Paris 1984.
- Frey C. B., Osborne M. A., *The future of employment: How susceptible are jobs to computerisation?*, 10.2013, University of Oxford.
- Gableta M., *Istota i znaczenie potencjału pracy w przedsiębiorstwie*, [w:] *Potencjał pracy przedsiębiorstwa*, red. M. Gableta, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu, Wrocław 2006.
- Gick A., Tarczyńska M., *Motywowanie pracowników*, PWE, Warszawa 1999.
- Głowacka M. D., Mojs E., *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- 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.
- Główny Urząd Statystyczny, *Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia*, Warszawa 2009.
- Gramlewicz M., *Oblicza kryzysu społecznego w polskiej służbie zdrowia*, „Śląsk” Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2007.
- Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Griffin R. W., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2017.
- Hardcastle D. A., Powers P. R., Wenocur S., *Community Practice. Theories and skills for social workers*, Oxford University Press, Oxford-New York 2011.
- Harman C., Brelade, S. *Knowledge Management and the Role of HR*, Prentice Hall, Pearson Education Limited, London 2000.
- Hersey P., Blanchard K. H., *Management of Organizational Behavior: Utilizing Human Resources*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, New Jersey 1982.
- Hinterhuber H. H., *Strategische Unternehmensführung*, De Gruyter, Berlin-New York 2004.
- Hussey D., *Strategic Management form theory to implementation*, Butterworth, Oxford 1998.
- 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.
- Infor.pl, Biznes, *Jak mierzyć kompetencje zawodowe?*, 3.11.2011.
- Innowacyjny model preinkubacji przedsiębiorczej osób w wieku 50+*, zał. nr 3 do Opis Produktu Finalnego. Piramida Kompetencji, POKL.06.01.01-22-188/11, Wyd. Fundacja Gospodarcza, Gdynia 2014.
- Jamka B., *Czynnik ludzki we współczesnym przedsiębiorstwie: zasób czy kapitał? Od zarządzania kompetencjami do zarządzania różnorodnością*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.

- Janiszewska M., *Zarządzanie kompetencjami osób drogą do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa*, [w:] *Teoretyczne i praktyczne aspekty funkcjonowania gospodarki*, red. T. Berna, Katedra Mikroekonomii Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2009.
- Janowska Z., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, PWE, Warszawa 2010.
- Jeffrey D., *Patient-centred Ethics and Communication at the End of Life*, Radcliffe Publishing, Oxford 2006.
- Juchnowicz M., Rostkowski T., Sienkiewicz Ł., *Narzędzia i praktyka zarządzania zasobami ludzkimi*, Poltext, Warszawa 2010.
- Kaczmarczyk S., *Badania marketingowe. Metody i techniki*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2003.
- 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 5th International Conference, August 22-25, Montreal 1996.
- Kanungo R. N., Misra S., *Managerial resourcefulness: A reconceptualization of management skills*, "Human Relations", nr 12, 1992.
- Red. Karkowski T., Pietrzak B., *Zarządzanie personelem pielęgniarstka w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wyd. Wolters Kluwer Polska, Kraków 2013.
- Kast F., Rosenzweig J., *Organization and Management, A Systems Approach*, Mc Graw Hill, New York 1970.
- Katz R. L., *Skills of an Effective Administrator*, "Harvard Business Review", Boston, Massachusetts, September-October 1974.
- Katz R. L., Kahn D., *The social psychology of organizations*, John Wiley&Sons, New York 1978.
- Red. Kautsch M., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej. Nowe wyzwania*, Wolters Kluwer, Warszawa 2010.
- Kęsy M., *Kompetencje zawodowe młodych. Możliwości szkolnictwa zawodowego a potrzeby pracodawców*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- Kęsy M., *Relacje i komunikacja w świecie medycznym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2012.
- Kęsy M., Wyniki badań własnych zrealizowanych w ramach projektu badawczego „Ekonomizacja relacji interpersonalnych personelu medycznego z pacjentem w opiece zdrowotnej”, 2017-2018.
- Kęsy M., Karniej P., *Innovative hospital staff management methods in Poland*, [w:] "Scientific Journal. Service Management", Vol. 10, nr 779, Szczecin 2013.
- 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.
- 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.

- 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).
- Knowledge Management in the Learning Society, *Educations and skills*, Centre for Educational Research and Innovation, OECD, Paris 2000.
- 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.
- Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1989.
- Koper A., Wdowiak L., Wronska I., *Służbowe więzi organizacyjne w szpitalu*, „Zdrowie Publiczne”, nr 1/2, 2003.
- 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.
- Kossowska M., Sołtysińska I., *Szkolenia pracowników a rozwój organizacji*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
- Red. Krajewski-Siuda K., *Prognoza skali emigracji lekarzy z Polski*, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Bytom 2008.
- Red. Król H., Ludwiczynski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Krupski R., Bąkowska-Morawska U., Piwoni-Krzyszowska E., *Elastyczność zasobów relacyjnych*, [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008.
- Krupski R., *Elastyczność zasobów organizacji*, [w:] *Elastyczność organizacji*, red. R. Krupski, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008.
- Krzyżanowski L., *O podstawach kierowania organizacjami inaczej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.
- Ksykiewicz-Dorota A., *Podstawy organizacji pracy pielęgniarstwa*, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
- Kubot Z., *Status ordynatora*, ABACUS Biuro Promocji Medycznej, nr 2/2001 (10 Vol. 3), 2001.
- Kuhn T., *Struktura rewolucji naukowych*, PWN, Warszawa 1968.
- Kupczyk T., Stor M., *Zarządzanie kompetencjami. Teoria, badania i praktyka biznesowa*, Wyższa Szkoła Handlowa we Wrocławiu, Wrocław 2017.
- Kwaśna I., Sacewicz-Górska M., *Jakie zawody są poszukiwane naprawdę?*, Informator Kariery 2008/2009.
- Kwiatkowski S. M., *Idea uczenia się przez całe życie*, [w:] *Pedagogika pracy*, red. S. M. Kwiatkowski, A. Bogaj, B. Baraniak, WAIp, Warszawa 2007.
- Kwiatkowski S. M., Symela K., *Standardy kwalifikacji zawodowych. Teoria, metodologia, projekty*, Wyd. Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2001.

- Lado A. A., Wilson M. C., *Human resources system and sustained competitive advantage: a competency-based perspective*, "Academy of Management Review", nr 19/4, 1994.
- Lawler E. E., Ledford G., *A skill-based approach to human resources management*, "European Management Journal", nr 10 (4), 1992.
- Lekarze emeryci ratują system przed kadrową katastrofą*, „Rynek Zdrowia”, nr 5 (153), 8.11.2018.
- Lenglard F., *L'essentiel du Management par les meilleurs professeurs*, [w:] *Management et risque juridique du dirigeant*, MBA, Paris 2005.
- Levy-Leboyer C., *Kierowanie kompetencjami. Bilanse doświadczeń zawodowych*, Poltext, Warszawa 1997.
- Lewandowski R., Walkowiak R. (red.), *Zarządzanie w ochronie zdrowia. Problemy wybrane*, Wydawnictwo Olsztyńska Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania im. Prof. T. Kotarbińskiego, Olsztyn 2011.
- Lista największych szpitali w Polsce*, „Puls Medycyny. Dodatek tematyczny”, nr 19 (312), 20.02.2017 r.
- Lockyer K., Muhlemann A., Oakland J., *Production and Operations Management*, Pitman, London 1992.
- Lundy O., Cowling A. G., *Strategic Human Resource Management*, Routledge, New York 1996.
- Lussier R. N., Kimball D. C., *Applied Sport Management Skills*, Human Kinetics, Champaign, Illinois 2014.
- Red. Łuczak M., Małys Ł., *Współczesne koncepcje i trendy w branży motoryzacyjnej*, Wyd. Advertiva, Poznań 2016.
- 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.
- Matczewski A., Sławik A., *Holistyczne podejście do zarządzania komunikacją korporacyjną*, [w:] *Komunikacja i jakość w zarządzaniu*, t. 1, red. T. Wawak, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2010.
- Mazurkiewicz A., *Sprawność działania – interpretacja teoretyczna pojęcia*, [w:] *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy*, nr 20/2011, s. 47-57.
- McClelland D., *Testing for Competence Rather Than for „Intelligence”*, American Psychologist 28, January 1973.
- Means T. L., *Business Communication*, South-Western Cengage Learning, Mason 2010, s. 11-18.
- Michalski T., *Statystyka*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 2004.
- Midwifery and Health Visiting*, United Kingdom Central Council for Nursing, 35, 1999.
- Migalski P., *Bardzo ważna wartość dodana*, „Rynek Zdrowia”, nr 66, styczeń 2011.
- Minister zdrowia o deficycie wśród położnych i pielęgniarek*, „Rynek Zdrowia”, nr 1 (149), 26.01.2018.
- Ministerstwo Zdrowia, *Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013. Dokument przyjęty przez Radę Ministrów w dniu 21 czerwca 2005 r.*



- Mintzberg H., *Structure et dynamique des organisations*, Editions d'Organisation, Paris 1982.
- Moczydłowska J., *Zarządzanie kompetencjami zawodowymi a motywowanie pracowników*, Difin, Warszawa 2008.
- Morgan G., *Obrazy organizacji*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Morgan G., *Riding the Waves of Change: Developing Managerial Competencies for a Turbulent World*, Jossey-Bass, Oxford 1988.
- Moskalewicz B., *Medycyna jako system społeczny*, [w:] *Wstęp do socjologii medycyny*, red. A. Ostrowska, Warszawa 1990.
- Możliwości i bariery rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów*, Skrócona wersja raportu z badania – wyniki, wnioski i rekomendacje, Warszawa 2012.
- Red. Mróz T., *Uwarunkowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce – aspekty prawne i socjologiczne*, Wyd. Temida 2, Białystok 2012.
- Mullins L. J., Dosser P., *Hospitality management and organisational behaviour*, Pearson Education Limited, Harlow 2013.
- Najwyższa Izba Kontroli, *Informacja o wynikach kontroli dostępności wybranych świadczeń opieki zdrowotnej*, Warszawa, lipiec 2010.
- Red. Nęcki Z., Kęsy M., *Postawy personelu medycznego wobec zarządzania szpitalem*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013.
- Nowak S., *Metodologia badań społecznych*, PWN, Warszawa 1985.
- Obmach J., Słomczyński W., *Planowanie rozwoju kadry lekarskiej, ekspertyza*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, XII 2000, Internet, <http://www.im.uj.edu.pl/JerzyObmach/MZ2000.pdf>, (17 września 2006 r.).
- Oleksyn T., *Zarządzanie zasobami ludzkimi w organizacji*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
- Oleksyn T., *Praca i płaca w zarządzaniu*, Wydawnictwo Międzynarodowa Szkoła Menedżerów, Warszawa 2001.
- Oleksyn T., *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
- Oleksyn T., *Zarządzanie potencjałem pracy w organizacjach różnej wielkości*, [w:] *Zarządzanie strategiczne kapitałem ludzkim*, red. A. Ludwiczynski, K. Stobiński, Poltext, Warszawa 2001.
- Opolski K., Dykowska G., Możdżonek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo fachowe CeDeWu.pl, Warszawa 2005.
- Pawlak Z., *Personalna funkcja firmy – procesy i procedury kadrowe*, Poltext, Warszawa 2003.
- Peszko A., *Podstawy zarządzania organizacjami*, Uczelniane Wydawnictwo Naukowo-Techniczne, Kraków 2002.
- Peterson S. J., Bredow T. S., *Middle Range Theories. Application to nursing research*, Wolter Kluwer Health, Philadelphia 2009.
- Phillips A., *Assertiveness and the Manager's Job*, Radcliffe Medical Press, Abingdon 2002.
- Pielęgniarki o swoich miejscach pracy*, „Rynek Zdrowia”, nr 76, listopad 2011.

- Pierru F., *L'hôpital entreprise. Une self-fulfilling prophecy avortée*, Politix, Vol. 12, 1999, nr 46.
- Red. Pietrzak B., Karkowski T., *Zarządzanie personelem pielęgniarstwie w podmiotach leczniczych. Zagadnienia wybrane*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Pittman P., Aiken L. H., Buchan J., *International Migration of Nurses: Introduction*, Health Services Research 2007, 42 (3).
- Pocztowski A., *Zarządzanie szkoleniami w firmie*, [w:] *Szkolenie i rozwój pracowników a sukces firmy*, red. A. Ludwiczynski, PFPK, Warszawa 1999.
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, PWE, Warszawa 2003.
- Pocztowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie – procesy – metody*, PWE, Warszawa 2007.
- Pocztowski A., *Rola naczelnego kierownictwa, kierownika ds. personalnych i kierowników liniowych w strategicznym zarządzaniu zasobami ludzkimi*, [w:] *Strategiczne zarządzanie zasobami ludzkimi*, PFPK, Warszawa 2000.
- Polski Komitet Normalizacyjny, Norma ISO 9001:2008, Systemy zarządzania jakością. Wymagania, Norma Europejska EN ISO 9001:2008 ma status Polskiej Normy, luty 2009.
- Polsko-Amerykańska Fundacja Wolności, <http://www.pafw.pl/programy/>, w dniu 10.05.2012.
- Potocki A., *Instrumenty komunikacji wewnętrznej w przedsiębiorstwie*, Difin, Warszawa 2008.
- 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.
- 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.
- Rakowska A., Sitko-Lutek A., *Doskonalenie kompetencji menedżerskich*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000.
- Rampersad H. R., *Kompleksowa karta wyników*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2004.
- Rankin N., *Raising performance through people: the ninth competency survey*, “Competency and Emotional Intelligence”, January 2002.
- Red. Reason P., Bradbury H., *Handbook of Action Research: Concise Paperback Edition*, SAGE Publications, London 2006.
- Robbins S. P., DeCenzo D. A., *Podstawy zarządzania*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
- Robbins S. P., Langton N., *Organizational Behaviour: Concepts, Controversies, Applications*, Prentice Hall, Toronto 2003.
- Robillard L., *Marketing hospitalier. Un oxymore qui prend sens*, “Revue Hospitalière de France” (dwumiesięcznik), Juillet/Août 2007.



- Rolfhus E. L., Ackerman P. L., *Assessing individual differences in knowledge: Knowledge, intelligence, and related traits*, "Journal of Educational Psychology", 91 (3) 1999.
- Rostkowski T., *Zarządzanie kompetencjami w UE, [w:] Standardy europejskie w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Juchnowicz, Poltext, Warszawa 2004.
- Rozporządzenie Ministra Transportu, Budownictwa i Gospodarki Morskiej z dnia 2 sierpnia 2012 r. (Dz. U. 2012.973).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 20 października 2005 r. (Dz. U. 05.213.1779).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów z dnia 6 października 2004 r.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty z dnia 26 września 2012 r. (Dz. U. 2012 nr 0, poz. 1082).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2004 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty z dnia 20 grudnia 2012 r. (Dz. U. 2012 nr 0, poz. 1543).
- 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., na podstawie art. 50 ust. 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. nr 112, poz. 654), z dnia 2 października 2012 r.
- Rutka R., *Organizacja zakładu opieki zdrowotnej, [w:] Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, red. B. Nogalski, J. M. Rybicki, Wyd. Dom Organizatora TNOiK, Toruń 2002.
- Sajkiewicz A., *Jakość zasobów pracy. Kultura, kompetencje, konkurencyjność*, Poltext, Warszawa 2002.
- Sanghi S., *The Handbook of Competence Mapping. Understanding, Designing and Implementing Competency Models in Organization*, Sage, New Delhi 2008.
- Saracen A., *Planowanie i organizacja pracy w oddziałach organizacyjnych i położniczych jakością opieki pielęgniarskiej*, Materiały z Ogólnopolskiej Konferencji „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków 2000.
- Schiavo R., *Health Communication from theory to practice*, Jossey-Bass, San Francisco 2007.
- Secord H., *Implementing best practices in human resources management*, CCH Canadian Limited, Toronto 2003.
- Senge P. M., *The Fifth Discipline: The Art and Practice of The Learning Organization*, Crown Publishing Group, New York 2006.
- Shaw M. E., *Group Dynamic: The psychology of small group behavior*, McGraw-Hill, New York 1976.

- Shortell S. M., Kaluzny A. D., *Podstawy zarządzania opieką zdrowotną*, Vesalius, Kraków 2001.
- Sidor-Rządkowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników: przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
- Sidor-Rządkowska M., *Kształtowanie nowoczesnych ocen pracowniczych*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
- Sidor-Rządkowska M., *Kompetencyjne systemy ocen pracowników. Przygotowanie, wdrażanie i integrowanie z innymi systemami ZZL*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Sobczak M., Rakowska K., *Asertywność kierownika. Doniesienie z badań nad poziomem asertywności kadry kierowniczej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu*, „Problemy Pielęgniarstwa”, VIA MEDICA, t. 16, zeszyt nr 1, 2, 24, Gdańsk 2008.
- Spałek S., *Krytyczne czynniki sukcesu w zarządzaniu projektami*, Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Monografia nr 76, Gliwice 2004.
- Spencer L. M. Jr., Spencer S. M., *Competence at Work: Models for Superior Performance*, Wiley, New York 1993.
- 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.
- Srivastava R., *The healthcare professional's guide to clinical cultural competence*, Mosby Elsevier Canada, Toronto 2007.
- Steinmann H., Schreyogg G., *Zarządzanie. Podstawy kierowania przedsiębiorstwem. Koncepcje funkcje, przykłady*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Wrocławskiej, Wrocław 1998.
- Stewart T. A., *Intellectual capital: The New Wealth of Organizations*, Nicholas Brealey, London 1997.
- Stewart T. A., *The Wealth of Knowledge: Intellectual Capital and the Twenty-first Century Organization*, Currency, New York 2001.
- Red. Stępniewski J., *Strategia, finanse i koszty szpitala*, Wyd. Wolters Kluwer, Warszawa 2008.
- Stoner J. A. F., Wankel Ch., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 1994.
- Red. Sutherland P., Crowther J., *Lifelong Learning. Concepts and contexts*, Routledge, New York 2008.
- Swayne L. E., Duncan W. J., Ginter P. M., *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Sveiby K. E., *The New Organizational Wealth: Managing and Measuring knowledge-based assets*, Berret-Koehler Publishers, San Francisco 1997.
- Światowa Organizacja Zdrowia, <http://www.who.un.org.pl/files/431/WHO%2060%20lat%20brozura.pdf>, w dniu 20.04.2012.
- Symela K., *Standardy programowania treści kształcenia zawodowego*, [w:] *Model polskich standardów kwalifikacji zawodowych*, red. M. Butkiewicz, Wyd. IteE, Warszawa-Radom 1995.
- Szreder M., *Metody statystyczne*, PWE, Warszawa 2004.

- Szrejner A., *Po pierwsze: określić wymagania*, „Personel i Zarządzanie”, nr 10 (175) 2004.
- Tadeusiewicz R., *Informatyka medyczna*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2010.
- Tangney J. P., Stuewig J., Mashek D. J., *Moral Emotions and Moral Behavior*, “Annual Review of Psychology”, nr 58/2007.
- Tate W., *Developing Corporate Competence: A High-Performance Agenda for Managing Organizations*, Gower Publishing, Aldershot 1995.
- Taylor F., *The Principles of Scientific Management*, Harper & Brothers, New York 1911, wydana ponownie przez Preinger Library, San Francisco, California 2006.
- 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.
- Thierry D., Sauret Ch., *Zarządzanie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Wydawnictwo Poltext, Warszawa 1994.
- Thierry D., Sauret Ch., Monod N., *Zatrudnienie i kompetencje w przedsiębiorstwie w procesie zmian*, Poltext, Warszawa 1994.
- 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 r.
- Thornton G. C., Byham W. C., *Assessment centers and managerial performance*, Academic Press, New York 1982.
- Tomorowicz A., *Struktura kompetencji społecznych w ujęciu interakcyjnym*, „Psychiatria”, t. 8, nr 3, 91-96, [www.psychiatria.viamedica.pl](http://www.psychiatria.viamedica.pl), 2011.
- Tyrańska M., *Zarządzanie kompetencjami menedżerskimi w przedsiębiorstwie*, [w:] *Współczesne tendencje w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, red. M. Tyrańska, Difin, Warszawa 2012.
- Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 2004 r. nr 144, poz. 1529 z późn. zm.).
- Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. 2011 nr 112, poz. 654).
- Ustawa o izbach aptekarskich z dnia 19 kwietnia 1991 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 856.).
- Ustawa o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 1997 nr 133, poz. 883) ze zmianami.
- Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r., nowelizacja Ustawy weszła w życie z dniem 31.12.2012 r. (Dz. U. nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).
- Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 28 kwietnia 2011 r., Dz. U. 2011 nr 113, poz. 657.
- Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2011.174.1039, 2012-01-01 zm. Dz. U. 2011.291.1707 art. 16).

- Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 5 grudnia 1996 r. (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. nr 136, poz. 857).
- Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty z dnia 28 kwietnia 2011 r.
- Ustawa Prawo zamówień publicznych, Dz. U. z 2010 r. nr 113, poz. 759, art. 4 pkt 8, z dnia 15 września 2012 r.
- Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (Dz. U. 1991 nr 91, poz. 408).
- Walkowiak R., *Zarządzanie zasobami ludzkimi*, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń 2007.
- Ward P., *360-degree feedback*, CIPD House, Londyn 1997.
- 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.
- Weightman J., *Managing people*, Chartered Institute of Personnel and Development, London 2004.
- Wenta K., *Uczyć się przez całe życie, aby być i mieć nadzieję na dobrą pracę*, „Edukacja Ustawiczna Dorosłych”, 2 (77), („Polish Journal of Continuing Education”), Instytut Technologii Eksploatacji, Radom 2012, s. 21.
- Whiddett S., Hollyfirde S., *Modele kompetencyjne w zarządzaniu zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
- Whiddett S., Hollyforde S., *The Competencies handbook*, Institute of Personnel and Development, London 2003.
- Więcej o raporcie GUS: ochrona zdrowia w liczbach*, „Rynek Zdrowia”, 2011.
- Włodarczyk C., Poździoch S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Wojteczek J., *Pięć lat bez lekarzy*, „Menedżer Zdrowia”, nr 5, 2009.
- Wolter L. F., Pena J. J., *Health Care Administration. Principles and Practices*, Aspen Publishers, Rockville 1987.
- Woodruffe C., *Ośrodki oceny i rozwoju, narzędzia analizy i doskonalenia kompetencji pracowników*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
- Working together for health*, The World Health Report, Geneva 2006.
- Wudarzewski W., *System kompetencji funkcjonalnych i wyznaczniki jego sprawności*, [w:] Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 963, Akademia Ekonomiczna we Wrocławiu, Wrocław 2002.
- Verma V. K., *Organizing Projects for Success*, [w:] *The Human Aspects of Project Management*, Project Management Institute, Newtown Square, Pennsylvania 1995, Vol. 1.
- Załącznik do instrukcji nr 35/61 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 9 czerwca 1961 r.
- 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).
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2017.

Żuber R., *Zarządzanie rozwojem przedsiębiorstwa. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2008.

Quality management – Guidelines for realizing financial and economic benefits, International Standard ISO 10014: 2006.

Quality Management – Guidelines For Training, International Standard ISO 10015: 1999.

Akademia Biznesu, 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).

## SPIS TABEL I ILUSTRACJI

### A. Tabele

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 1  | Struktura zatrudnienia na koniec roku w wybranych podmiotach leczniczych według charakteru czynności wykonywanych przez pracowników w latach 2002-2004 (w %) | 58  |
| 2  | Struktura zatrudnienia w 25 podmiotach leczniczych w 2018 r.   | 59  |
| 3  | Podział szpitali według struktury własnościowej  | 117 |
| 4  | Podział szpitali według liczby struktury organizacyjnej  | 118 |
| 5  | Podział szpitali ze względu na liczbę zatrudnionych pracowników  | 119 |
| 6  | Podział szpitali ze względu na przynależność terytorialną  | 120 |
| 7  | Liczba zebranych ankiet z podziałem na poszczególne szpitale   | 121 |
| 8  | Podział szpitali ze względu na strukturę własnościową oraz organizacyjną   | 123 |
| 9  | Podział szpitali ze względu na przynależność terytorialną  | 124 |
| 10 | Wyniki badań w pojedynczych szpitalach z uwzględnieniem kryterium geograficznego   | 124 |
| 11 | Podział badanych osób ze względu na płeć   | 125 |
| 12 | Podział badanych osób ze względu na wiek   | 126 |
| 13 | Podział badanych osób ze względu na przynależność do grupy zawodowej   | 127 |
| 14 | Podział badanych osób ze względu na całkowity staż pracy   | 128 |
| 15 | Podział badanych osób ze względu na staż pracy u aktualnego pracodawcy   | 129 |
| 16 | Struktura próby badawczej  | 129 |
| 17 | Średni wiek i staż pracy ogółem, według zawodu oraz według płci lekarzy  | 131 |
| 18 | Specjalizacje zawodowe przebadanego personelu medycznego   | 132 |
| 19 | Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium płci  | 132 |
| 20 | Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium wieku   | 133 |
| 21 | Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium całkowitego stażu pracy na stanowiskach kierowniczych   | 133 |

|    |   |     |
|----|---|-----|
| 22 | Analiza grupy badawczej z uwzględnieniem kryterium całkowitego stażu pracy                          | 134 |
| 23 | Zakres tematyczny uzupełnianej wiedzy menedżerskiej przez personel medyczny                         | 136 |
| 24 | Działy wiedzy doskonalone przez personel medyczny   | 138 |
| 25 | Stopień samouzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy                                 | 140 |
| 26 | Stopień samouzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki                            | 140 |
| 27 | Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania finansami                                   | 141 |
| 28 | Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu marketingu i jakości                                    | 142 |
| 29 | Ocena własna wiedzy personelu medycznego z zakresu nadzoru nad infrastrukturą                       | 142 |
| 30 | Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania kadrami                                     | 143 |
| 31 | Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania informacją                                  | 144 |
| 32 | Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu psychologii zarządzania                                 | 145 |
| 33 | Ocena wiedzy personelu medycznego z zakresu zarządzania zmianą                                      | 146 |
| 34 | Częstotliwość uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy                               | 146 |
| 35 | Częstotliwość uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki                          | 147 |
| 36 | Uzupełnianie wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy   | 148 |
| 37 | Uzupełnianie wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki  | 148 |
| 38 | Formy uzupełniania kompetencji zawodowych przez lekarzy   | 149 |
| 39 | Formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez lekarzy                                       | 149 |
| 40 | Formy uzupełniania kompetencji zawodowych przez pielęgniarki  | 150 |
| 41 | Formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez pielęgniarki                                  | 151 |
| 42 | Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez personel medyczny                      | 153 |
| 43 | Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy w działach wiedzy przez personel medyczny    | 154 |
| 44 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu systemu wynagradzania przez personel medyczny         | 155 |
| 45 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu budżetowania przez personel medyczny                  | 155 |
| 46 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu rozliczania z NFZ przez personel medyczny             | 156 |
| 47 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu kontroli przychodów i kosztów przez personel medyczny | 156 |

---

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 48 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu jakości leczenia przez personel medyczny   | 157 |
| 49 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu wizerunku zewnętrznego szpitali przez personel medyczny  | 157 |
| 50 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu procesu świadczenia usług przez personel medyczny (w tym dostępności usług oraz czasu oczekiwania na usługę) | 158 |
| 51 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zarządzania czasem związanym z oczekiwaniem na świadczenie zdrowotne przez personel medyczny                         | 158 |
| 52 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem powierzonym (np. sprzęt medyczny) przez personel medyczny                                | 159 |
| 53 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu planowania inwestycji infrastrukturalnych (w sprzęt lub nieruchomości) przez personel medyczny               | 160 |
| 54 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu rekrutacji przez personel medyczny   | 161 |
| 55 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu motywowania pracowników przez personel medyczny  | 161 |
| 56 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu oceny pracowników przez personel medyczny  | 162 |
| 57 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu kreowania szkoleń przez personel medyczny  | 162 |
| 58 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu awansów i zwolnień przez personel medyczny   | 163 |
| 59 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności obsługi informatycznych programów wewnętrznych przez personel medyczny                          | 163 |
| 60 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości procedur obiegu dokumentów przez personel medyczny  | 164 |
| 61 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu bezpieczeństwa przetwarzanych danych osobowych przez personel medyczny                                       | 165 |
| 62 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania pracownikiem przez personel medyczny   | 165 |
| 63 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji ze współpracownikami przez personel medyczny   | 166 |
| 64 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji z przełożonymi lub podwładnymi przez personel medyczny   | 166 |
| 65 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności rozwiązywania konfliktów przez personel medyczny  | 167 |



|    |  |     |
|----|--|-----|
| 66 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu kształtowania relacji wewnętrznych w szpitalu (poziomych i pionowych) przez personel medyczny  | 168 |
| 67 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu komunikacji z pacjentami przez personel medyczny   | 168 |
| 68 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności negocjacji przez personel medyczny  | 169 |
| 69 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zmian prawnych dotyczących sektora zdrowia przez personel medyczny  | 169 |
| 70 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu znajomości zasad mentoringu i coachingu (partnerska relacja między mistrzem i uczniem, wspieranie podwładnych w osiąganiu sukcesu) przez personel medyczny | 170 |
| 71 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności wprowadzania zmiany w organizacji przez personel medyczny   | 170 |
| 72 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu umiejętności radzenia sobie ze stresem i w trudnych sytuacjach przez personel medyczny   | 171 |
| 73 | Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez personel medyczny z podziałem na grupy zawodowe  | 172 |
| 74 | Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez pielęgniarki z podziałem na staż pracy   | 172 |
| 75 | Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez lekarzy z podziałem na staż pracy  | 173 |
| 76 | Poziom wiedzy personelu medycznego z poszczególnych działów wiedzy menedżerskiej   | 174 |
| 77 | Poziom wiedzy personelu medycznego przy uwzględnieniu podziału na grupy zawodowe   | 174 |
| 78 | Poziom wiedzy personelu medycznego przy uwzględnieniu podziału na kryterium wieku  | 175 |
| 79 | Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny   | 176 |
| 80 | Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny według kryterium przynależności zawodu  | 176 |
| 81 | Potrzeby doskonalenia wiedzy przez personel medyczny według kryterium wieku  | 177 |
| 82 | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według personelu medycznego   | 182 |
| 83 | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według pielęgniarek   | 183 |
| 84 | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowiskach operacyjnych według lekarzy  | 184 |

---

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 85  | Umiejętności menedżerskie przypisane personelowi medycznemu z uwzględnieniem grup wiekowych  | 185 |
| 86  | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według personelu medycznego   | 187 |
| 87  | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według pielęgniarek   | 188 |
| 88  | Zależność między samooceną cech interpersonalnych przez pielęgniarki a oceną poziomu cech pożądaných przez menedżerów niezbędnych na stanowisku kierowniczym | 188 |
| 89  | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby na stanowisku kierowniczym według lekarzy  | 189 |
| 90  | Zależność między samooceną cech interpersonalnych przez lekarzy a oceną poziomu cech pożądaných przez menedżerów niezbędnych na stanowisku kierowniczym      | 190 |
| 91  | Umiejętności menedżerskie przypisane do osób, które sprawują funkcję kierowniczą według personelu medycznego z uwzględnieniem grup wiekowych                 | 190 |
| 92  | Priorytetowe umiejętności, które powinny być cechą profesjonalnego menedżera rekrutowanego spośród personelu medycznego                                      | 191 |
| 93  | Umiejętności menedżerskie przypisane osobom, które sprawują funkcję kierowniczą według personelu medycznego  | 192 |
| 94  | Poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach typu wewnętrznego  | 193 |
| 95  | Poziom uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach typu wewnętrznego   | 194 |
| 96  | Ocena doboru tematów szkoleń wewnętrznych przez lekarzy  | 194 |
| 97  | Ocena doboru tematów szkoleń wewnętrznych przez pielęgniarki   | 195 |
| 98  | Poziom zadowolenia lekarzy ze szkoleń wewnętrznych   | 195 |
| 99  | Poziom zadowolenia pielęgniarek ze szkoleń wewnętrznych  | 196 |
| 100 | Poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach typu zewnętrznego  | 196 |
| 101 | Zależność między dokonywaniem wyboru szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych w latach 2011 i 2018 przez lekarzy  | 196 |
| 102 | Poziom uczestnictwa pielęgniarek w szkoleniach typu zewnętrznego   | 197 |
| 103 | Zależność między dokonywaniem wyboru szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych w latach 2011 i 2018 przez pielęgniarki   | 197 |
| 104 | Ocena doboru tematów szkoleń zewnętrznych przez lekarzy  | 198 |
| 105 | Ocena doboru tematów szkoleń zewnętrznych do potrzeb przez pielęgniarki  | 198 |
| 106 | Poziom zadowolenia lekarzy ze szkoleń zewnętrznych   | 199 |

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 107 | Zależność między poziomem zadowolenia lekarzy ze szkoleń wewnętrznych i zewnętrznych w latach 2011 i 2018       | 199 |
| 108 | Poziom zadowolenia pielęgniarek ze szkoleń zewnętrznych   | 199 |
| 109 | Zależność między poziomem zadowoleniem pielęgniarek ze szkoleń zewnętrznych i wewnętrznych w latach 2011 i 2018 | 200 |
| 110 | Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego w 2011 r.         | 201 |
| 111 | Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium organizacyjnego w 2018 r.         | 202 |
| 112 | Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji w 2011 r.   | 203 |
| 113 | Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium wielkości organizacji w 2018 r.   | 205 |
| 114 | Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium właścicielskiego w 2011 r.        | 208 |
| 115 | Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium właścicielskiego w 2018 r.        | 209 |
| 116 | Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium geograficznego w 2011 r.          | 209 |
| 117 | Ocena relacji zawodowych z przedstawicielami grup zawodowych według kryterium geograficznego w 2018 r.          | 211 |
| 118 | Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium organizacyjnego w 2011 r.                               | 214 |
| 119 | Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium organizacyjnego w 2018 r.                               | 214 |
| 120 | Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium wielkości organizacji w 2011 r.                         | 214 |
| 121 | Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium wielkości organizacji w 2018 r.                         | 215 |
| 122 | Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego w 2011 r.                              | 215 |
| 123 | Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium właścicielskiego w 2018 r.                              | 216 |
| 124 | Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium geograficznego w 2011 r.                                | 216 |
| 125 | Jakość komunikacji między pracownikami według kryterium geograficznego w 2018 r.                                | 217 |
| 126 | Samooceń wiedzy menedżerskiej przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 220 |
| 127 | Poziom wiedzy menedżerskiej menedżerów opieki zdrowotnej  | 222 |

---

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 128 | Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 223 |
| 129 | Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 224 |
| 130 | Samoocena wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 224 |
| 131 | Samoocena wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 225 |
| 132 | Samoocena wiedzy z zakresu nadzoru nad infrastrukturą przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 227 |
| 133 | Samoocena wiedzy z zakresu nadzoru nad infrastrukturą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej                                   | 227 |
| 134 | Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 228 |
| 135 | Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 229 |
| 136 | Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 229 |
| 137 | Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej                                       | 230 |
| 138 | Samoocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 231 |
| 139 | Samoocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej, cz. 1                               | 231 |
| 140 | Samoocena wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej, cz. 2                               | 232 |
| 141 | Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 232 |
| 142 | Samoocena wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 233 |
| 143 | Upływ czasu od ostatniej podjętej formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez menedżerów opieki zdrowotnej                                  | 234 |
| 144 | Upływ czasu od ostatniej podjętej formy uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania przez menedżerów opieki zdrowotnej z uwzględnieniem kryterium wieku | 234 |
| 145 | Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez personel medyczny  | 235 |
| 146 | Współczynnik potrzeb oraz rzeczywistego stanu wiedzy menedżerów opieki zdrowotnej   | 237 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 147 | Współczynnik potrzeb związanych z uzupełnianiem wiedzy przez menedżerów opieki zdrowotnej oraz personelu medycznego                                | 238 |
| 148 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania finansami przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 239 |
| 149 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zarządzania finansami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej                          | 239 |
| 150 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 240 |
| 151 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu marketingu i jakości z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej                   | 240 |
| 152 | Stopień potrzeb uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 241 |
| 153 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu nadzoru nad mieniem z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej                   | 241 |
| 154 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 242 |
| 155 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania kadrami z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej                   | 243 |
| 156 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 243 |
| 157 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania informacją z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej                | 244 |
| 158 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 244 |
| 159 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej, cz. 1        | 245 |
| 160 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu psychologii zarządzania z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej, cz. 2        | 246 |
| 161 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 246 |
| 162 | Stopień potrzeby uzupełniania wiedzy z zakresu zarządzania zmianą z podziałem na zagadnienia przez menedżerów opieki zdrowotnej                    | 247 |
| 163 | Formy uzupełniania wiedzy preferowane przez menedżerów opieki zdrowotnej   | 248 |
| 164 | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej oraz personelu medycznego | 250 |
| 165 | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej i lekarzy w 2012 r.       | 251 |

---

|     |   |     |
|-----|---|-----|
| 166 | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej oraz rzeczywiste umiejętności lekarzy i pielęgniarzy w 2012 r. | 253 |
| 167 | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej oraz rzeczywiste umiejętności lekarzy w 2012 r.                | 254 |
| 168 | Cechy interpersonalne, które powinny posiadać osoby zajmujące stanowisko kierownicze według menedżerów opieki zdrowotnej oraz rzeczywiste umiejętności pielęgniarek w 2012 r.           | 255 |
| 169 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca komunikowania się   | 256 |
| 170 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca odpowiedzialności   | 256 |
| 171 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca kreatywności  | 257 |
| 172 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca wytrwałości   | 257 |
| 173 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca odporności na stres   | 258 |
| 174 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca zdolności przywódczych  | 258 |
| 175 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotyczących optymizmu   | 259 |
| 176 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca otwartości  | 259 |
| 177 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca dyspozycyjności   | 260 |
| 178 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca systematyczności  | 261 |
| 179 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca chęci ciągłego uczenia się  | 261 |
| 180 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca dokładności   | 262 |
| 181 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca empatii   | 262 |
| 182 | Struktura odpowiedzi menedżerów opieki zdrowotnej dotycząca asertywności  | 263 |
| 183 | Uzupełnianie kwalifikacji menedżerskich przez menedżerów opieki zdrowotnej  | 263 |
| 184 | Poziom uczestnictwa w szkoleniach menedżerów opieki zdrowotnej  | 264 |

|     |  |     |
|-----|--|-----|
| 185 | Ocena doboru tematów szkoleń na potrzeby zawodowe przez menedżerów opieki zdrowotnej                       | 264 |
| 186 | Zadowolenie ze szkoleń menedżerów opieki zdrowotnej  | 265 |
| 187 | Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach typu wewnętrznego  | 606 |
| 188 | Preferowana długość trwania szkoleń wewnętrznych w ocenie personelu medycznego                             | 308 |
| 189 | Dostosowanie tematów szkoleń wewnętrznych do potrzeb personelu medycznego w ocenie samych zainteresowanych | 320 |
| 190 | Poziom zadowolenia personelu medycznego ze szkoleń wewnętrznych  | 320 |
| 191 | Uczestnictwo personelu medycznego w szkoleniach typu zewnętrznego  | 321 |
| 192 | Preferowana długość trwania szkoleń zewnętrznych w ocenie personelu medycznego                             | 322 |
| 193 | Dostosowanie tematów szkoleń zewnętrznych do potrzeb personelu medycznego w ocenie samych zainteresowanych | 322 |
| 194 | Poziom zadowolenia personelu medycznego ze szkoleń zewnętrznych  | 323 |
| 195 | Oczekiwanie przez personel medyczny realizowania szkoleń w czasie pracy                                    | 323 |
| 196 | Realizacja szkoleń w tygodniu w ocenie personelu medycznego  | 324 |
| 197 | Realizacja szkoleń w weekendy w ocenie personelu medycznego  | 325 |
| 198 | Pożądanane kompetencje na stanowisku menedżera pierwszej linii   | 325 |
| 199 | Pożądanane kompetencje na stanowisku menedżera średniego szczebla  | 326 |

## B. Ilustracje

|    |   |     |
|----|---|-----|
| 1  | Struktura dywizjonalna preferowana w szpitalach   | 81  |
| 2  | Struktura macierzowa zastosowana w organizacji  | 83  |
| 3  | Struktura projektowa  | 85  |
| 4  | Model tradycyjnej piramidy dla menedżerów w organizacji                                 | 86  |
| 5  | Model klepsydry dla menedżerów w organizacji  | 87  |
| 6  | Zarządzanie umiejętnościami na trzech poziomach zarządzania                             | 90  |
| 7  | Metodologia badań empirycznych personelu medycznego oraz kadry zarządzającej szpitalami | 102 |
| 8  | Metodologia i metodyka badania ilościowego  | 103 |
| 9  | Metodologia i metodyka badania jakościowego   | 104 |
| 10 | Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych lekarzy w szpitalu                   | 206 |
| 11 | Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pielęgniarek w szpitalu              | 206 |

---

|    |   |     |
|----|---|-----|
| 12 | Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pracowników administracyjnych w szpitalu                                 | 207 |
| 13 | Rozkład normalny jakości relacji interpersonalnych pracowników technicznych w szpitalu                                      | 207 |
| 14 | Poziom relacji między pracownikami zatrudnionymi w szpitalach   | 213 |
| 15 | Ścieżka awansu zawodowego dla lekarzy z podziałem na stanowiska operacyjne i kierownicze                                    | 300 |
| 16 | Ścieżka awansu zawodowego dla pielęgniarek z podziałem na stanowiska wykonawcze i kadry zarządzającej                       | 301 |
| 17 | Stanowiska kierownicze na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną obsadzone przez personel medyczny             | 302 |
| 18 | Profesjogram stanowiska menedżera pierwszej linii   | 307 |
| 19 | Profesjogram stanowiska menedżera średniego szczebla  | 309 |
| 20 | Struktura kompetencji na poszczególnych szczeblach menedżerskich  | 316 |
| 21 | Struktura kompetencji menedżera ds. organizacyjnych i administracyjnych na II szczeblu organizacyjnym                       | 317 |
| 22 | Struktura kompetencji menedżera ds. leczniczych na II szczeblu organizacyjnym   | 317 |
| 23 | Proces doskonalenia kompetencji personelu medycznego na ścieżce menedżerskiej   | 328 |
| 24 | Propozycja stanowisk menedżerskich na różnych poziomach zarządzania organizacją szpitalną dedykowana personelowi medycznemu | 330 |
| 25 | Propozycja innowacji organizacyjnej z uwzględnieniem kompetencji menedżerów poszczególnych szczebli zarządzania             | 331 |



