

Beata Buchelt

Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
e-mail: beata.buchelt@uek.krakow.pl

Joanna A. Jończyk

Politechnika Białostocka
e-mail: j.jonczyk@pb.edu.pl

INNOWACYJNOŚĆ JAKO PODSTAWOWY WYZNACZNIK ZATRUDNIALNOŚCI LEKARZY W SZPITALACH¹

INNOVATIVENESS AS A DETERMINANT OF PHYSICIANS EMPLOYABILITY

DOI: 10.15611/pn.2018.511.04
JEL Classification: M51, I19, H0

Streszczenie: Celem publikacji jest diagnoza stanu praktyk ZZL sprzyjających zatrudnialności lekarzy pracujących w szpitalach. W części teoretycznej artykułu omówiono znaczenie wiedzy w sektorze ochrony zdrowia i wyjaśniono znaczenie terminu „zatrudnialność”, wskazując jednocześnie przyczyny, dla których innowacyjność traktowana jest jako podstawowy jej atrybut, szczególnie w odniesieniu do lekarzy. Z kolei w części empirycznej zaprezentowano wyniki badań przeprowadzonych wśród 100 lekarzy pracujących w 2 szpitalach klinicznych w Polsce. Najwyższe oceny respondentów dotyczyły praktyki zachęcania personelu do rozwoju i dzielenia się wiedzą oraz funkcjonowania systemu oceny uwzględniającego kryteria związane z kreatywnością i innowacyjnością. Z kolei najslabiej oceniono system motywowania uwzględniający osiągnięcia innowacyjne pracowników, procesy doboru uwzględniające cechy kandydatów związane z otwartością na zmiany i kreatywnością oraz zachęcanie personelu do eksperymentowania i podejmowania ryzyka.

Słowa kluczowe: zatrudnialność, wiedza, innowacyjność, praktyki zarządzania zasobami ludzkimi, lekarze.

Summary: The aim of the paper is to diagnose a state-of-art of human resource management practices supporting employability among physicians. The theoretical part of the paper discusses the meaning of knowledge within the healthcare sector. Furthermore, it is explained

¹ Rozważania prezentowane w niniejszym artykule są efektem realizacji projektu badawczego dr Beaty Buchelt nt. „Zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach”, finansowanego ze środków projektu NCN nr 2013/11/B/HS4/01062, oraz dr Joanny A. Jończyk w ramach pracy nr S/WZ/1/2018 i sfinansowane ze środków na naukę MNiSW.

why innovativeness is the determinant of physicians employability. In the empirical part concerned empirical research carried out among a group of hundred physicians in two clinical hospitals were presented. Respondents valued highly practices which encouraged them to develop their knowledge and share it with others. At the same time practices connected with motivational system oriented towards innovation and recruiting practices focused on such the features as creativity, openness for change and risk taking were valued low. The results stimulate to continue the studies in reference to other types of hospitals and various groups of medical personnel.

Keywords: employability, knowledge, innovativeness, human resource management practices, physicians.

1. Wstęp

Sektor ochrony zdrowia stanowi najbardziej dynamicznie rozwijającą się część gospodarki zarówno w wymiarze wiedzy, jak i zapotrzebowania na świadczenia medyczne. W zasadzie można uznać go za filar gospodarki opartej na wiedzy. Jednocześnie warto podkreślić, że permanentnie dokonujące się zmiany w tym sektorze i ich efekty widoczne są nie tylko w podstawowej działalności podmiotów medycznych, ale również w sferze pozamedycznej.

W niniejszej publikacji skupiono uwagę na działaniach prowadzących do doskonalenia wiedzy personelu medycznego, skutkującej nowymi procedurami medycznymi, technologiami albo farmaceutykami. Systematyczne doskonalenie kompetencji specjalistycznych przez wszystkie grupy personelu medycznego, ale przede wszystkim lekarzy, uznano za warunek *sine qua non* prawidłowego funkcjonowania podmiotów leczniczych [Buchelt 2017]. Jedynie personel posiadający aktualną wiedzę medyczną może sprostać takim wyzwaniom, jak dostarczanie zaawansowanych usług medycznych o wysokiej jakości przy zachowaniu efektywności kosztowej. Zatem personel medyczny, charakteryzujący się atrybutem aktualnej wiedzy, staje się coraz bardziej atrakcyjny dla pracodawców działających w sektorze ochrony zdrowia. W tym kontekście atrakcyjność będzie tożsama z terminem „zatrudnialność” [Buchelt 2015].

Utrzymywanie zatrudnialności w tym sektorze może być stymulowane zarówno przez sam personel medyczny, jak i podmioty go zatrudniające. Personel ten w określonych warunkach może też zaprzestać aktualizacji swoich kompetencji specjalistycznych. Jak wskazuje obserwacja rzeczywistości, wśród warunków dezaktualizacji kompetencji specjalistycznych, skutkujących utratą faktycznej (opartej na kompetencjach merytorycznych), a nie wymuszonej przepisami prawnymi zatrudnialności (wymogi płatnika publicznego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) dotyczące liczby i kwalifikacji personelu medycznego zatrudnianego przez podmioty kontraktujące świadczenia medyczne), są przede wszystkim [Buchelt 2015]:

- niedobór personelu medycznego, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek, będący skutkiem kształcenia zbyt małej liczby przedstawicieli wskazanych profesji medycz-

nych oraz intensyfikujących się procesów starzenia się ich populacji. W Polsce na 100 000 mieszkańców w roku 2013 przypadało 224 lekarzy i 527 pielęgniarek i położnych,

- brak systemu stymulującego do ciągłego podnoszenia kompetencji specjalistycznych (w Polsce funkcjonuje system oparty na rejestrowaniu odbytych szkoleń lub udziału w konferencjach czy innych kursach specjalistycznych, jednocześnie nie ma rozwiązań weryfikujących aktualność wiedzy medycznej po uzyskaniu tytułu specjalisty).

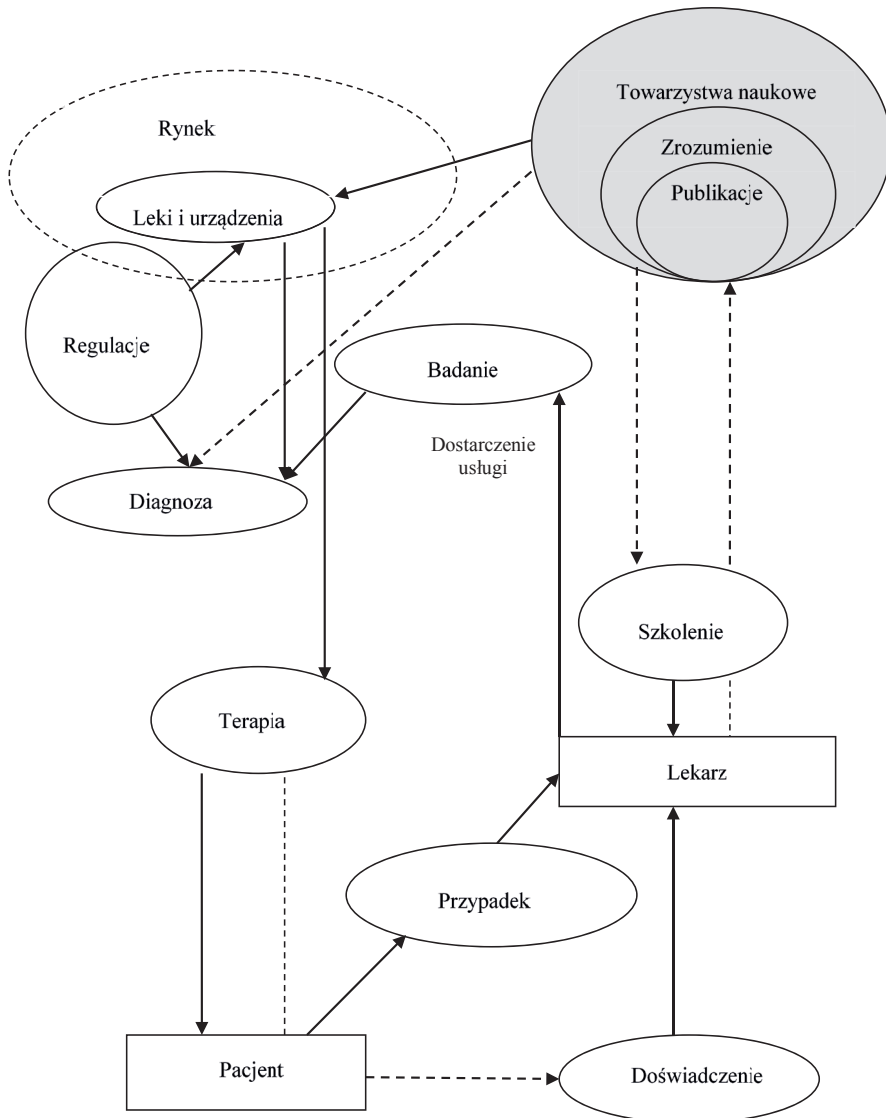
Permanentny rozwój wiedzy personelu medycznego, a zwłaszcza lekarzy, jest szczególnie istotny w szpitalach. To ich decyzje, wynikające z kompetencji specjalistycznych, w zdecydowany sposób wpływają na kosztochłonność i jakość realizowanych procesów [Harris 1977]. Przyjmując zatem, że szpitale wyraźnie orientują się na realizację procedur akutowych (ostrych, krótkoterminowych) [McKee, Healy 2002, s. 4], to lekarze powinni legitymować się wiedzą pozwalającą na wsparcie takiej orientacji.

W związku w powyższym celem niniejszej publikacji jest diagnoza stanu praktyk zarządzania zasobami ludzkimi, sprzyjających zatrudnialności lekarzy w kontekście doskonalenia wiedzy i związanej z nią innowacyjności. Przyjmuje się bowiem, że szpital jako strategiczny element systemu ochrony zdrowia powinien podejmować działania na rzecz rozwoju wiedzy stymulującej innowacyjność lekarzy, co z kolei pozwoli im na zachowanie zatrudnialności *employability*. Dlatego w pierwszej kolejności omówiono znaczenie wiedzy w sektorze ochrony zdrowia. Następnie wyjaśniono termin „zatrudnialność” i wskazano przyczyny, dla których innowacyjność traktowana jest jako podstawowy jej atrybut w odniesieniu do lekarzy. W ostatniej części publikacji zaprezentowano wyniki badań dotyczące praktyk personalnych wspierających innowacyjność lekarzy w badanych szpitalach.

2. Wiedza w sektorze ochrony zdrowia

Podstawowym atrybutem sektora ochrony zdrowia jest wiedza rozwijająca się zarówno w procesach spiralnych, jak i linearnych. W literaturze najczęściej uwagi poświęca się rozwojowi oraz dystrybucji i adaptacji specjalistycznej wiedzy medycznej rozwijającej się w procesie interaktywnym (zob. rys. 1). Nadrzędnym celem tego procesu jest poszukiwanie coraz skuteczniejszych rozwiązań problemów zdrowotnych, przede wszystkim klinicznych [Metcalf, James, Mina 2005; Mina i in. 2007]. Rozwój wiedzy w medycynie jest przeważnie wynikiem wylaniającej się trajektorii badań, która raczej ma charakter *ex post* aniżeli *ex ante* [Dosi 1988; Loasby 1991]. Z badań, jakie przeprowadzili Ramlogan i Consoli [2008], wynika, że zasadniczą cechą tworzenia się wiedzy w medycynie jest kreowanie teoretycznych możliwości rozwiązań danego problemu, a następnie praktyczna ich weryfikacja. Dojrzałość jakiegось rozwiązania prowadzi natomiast do proliferacji badań.

Równoległe z procesami *sensu stricto* skoncentrowanymi na rozwoju wiedzy medycznej rozwijają się technologie i wprowadzane są nowe farmaceutyki. Kraje rozwinięte masowo inwestują w digitalizację medycyny, która nie tylko może poprawić efektywność udzielanych świadczeń, ale też ograniczyć problemy wynikające z niedoboru personelu medycznego w systemie ochrony zdrowia. Kluczowe obszary



Rys. 1. Rozwój wiedzy w medycynie

Źródło: opracowanie własne na podstawie [Ramlogan, Consoli 2008, s. 7].

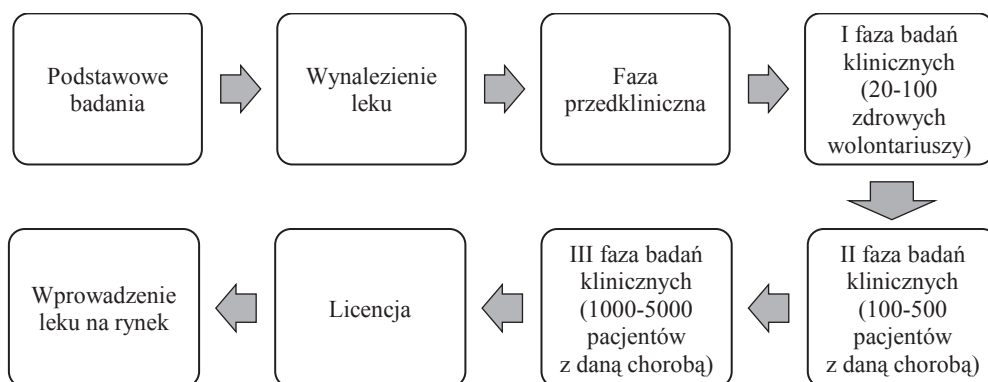
inwestycji w technologię medyczną zawiera tabela 1. Warto podkreślić, że światowym trendem w zakresie technologii medycznych jest inwestycja w przetwarzanie danych, której celem jest wdrożenie mechanizmów umożliwiających jak najdokładniejsze planowanie działań terapeutycznych w odniesieniu do jednostki (pacjenta) z zastosowaniem pomiaru odnoszącego się zarówno do efektów klinicznych, jak i ekonomicznych [*Trendy w polskiej...* 2017, s. 6].

Tabela 1. Obszary inwestycji technologicznych w ochronie zdrowia

Obszar technologiczny	Specyfikacja
Poprawa wydajności	Poprawa procesów administrowania
Wsparcie decyzji / medycyna spersonalizowana	Systemy analityczne danych „wejściowych” pozwalające na spersonalizowaną diagnozę i terapię. <i>Data mining</i> oraz sztuczna inteligencja dostarczają możliwości, które są w stanie w sposób przełomowy pomóc w diagnostyce, znacznie ją przyspieszyć, a także minimalizować popełniane błędy
Upewnocnienie pacjentów	Włączanie pacjentów w proces zarządzania własnym zdrowiem, bezpośredni kontakt wirtualny z dostawcą usług
Zabezpieczenie przed cyberatakami	Ochrona danych
Zdalny monitoring zdrowia pacjentów	Mobilne systemy monitoringu zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie [*Top five technology...*; *Trendy w polskiej...* 2017, s. 7].

W wymiarze rozwoju wiedzy medycznej istotną rolę odgrywają również wprowadzane na rynek produkty farmaceutyczne i dynamika postępu, jaki ma miejsce w tym zakresie. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) podkreśla, że obok nowoczesnych technologii dostęp do nowych farmaceutyków jest kluczowy w kontekście zwalczania chorób cywilizacyjnych.



Rys. 2. Proces wprowadzania nowego leku na rynek

Źródło: opracowanie własne na podstawie [*Biopharmaceutical Research...*].

Proces wprowadzania na rynek nowego leku nie dość, że jest długoterminowy, to jeszcze kosztochłonny [Biopharmaceutical Research...] (zob. rys. 2). Niewątpliwie jednak jest to rynek niezmiernie dynamiczny i interesujący z uwagi na osiągnięte przychody. W 2016 r. całkowite przychody w tym sektorze wyniosły 1105 miliardów USD. Na przestrzeni ostatniej dekady wzrosły one dwukrotnie, a przewiduje się, że do 2021 r. wzrosną do poziomu 1470 miliardów USD. Symultanicznie firmy farmaceutyczne inwestują w badania i rozwój, rok do roku zwiększając te inwestycje o około 2-3% [The Statistics...].

Reasumując należy stwierdzić, że rozwój wiedzy medycznej jest wielowymiarowy. Jej absorpcja stanowi przy tym kluczowy czynnik sukcesu podmiotów działających w sektorze ochrony zdrowia. Możliwa jest ona jednak tylko poprzez rozwój specjalistycznych kompetencji zatrudnionego w podmiotach medycznych personelu medycznego, w szczególności lekarzy.

3. Innowacyjność lekarzy jako podstawowy atrybut ich zatrudnialności

W rodzimej literaturze problematyka zatrudnialności (*employability*) nie była dotychczas powszechnie eksplorowanym zjawiskiem. W naszym kraju po raz pierwszy termin „zatrudnialność” został użyty przez Pocztowski [2007]. Natomiast szczegółową eksploracją zatrudnialności i jej uwarunkowań przeprowadziła Marzec [2015]. Na przestrzeni lat w badaniach nad zatrudnialnością wyraźnie wyłoniły się trzy nurty:

1. nurt ekonomiczno-społeczny, w ramach którego zatrudnialność kojarzona jest z różnymi grupami osób aktywnych na rynku pracy, starających się pozyskać lub utrzymać zatrudnienie [Finn 2006],

2. podejście organizacyjne, w którym badacze zastanawiają się, w jaki sposób współczesne organizacje powinny kształtować swoje praktyki zarządzania zasobami ludzkimi, aby te z jednej strony sprzyjały zatrudnianiu cechujących się wysoką elastycznością pracowników, a z drugiej pozwalały na ich utrzymanie [Van Dam 2004],

3. podejście indywidualne, w ramach którego badacze starają się zidentyfikować istotę i atrybuty zatrudnialności na poziomie pracownika [Sanders, de Grip 2004].

Niniejsza publikacja wpisuje się w dwa z wyżej wymienionych nurtów ponieważ z jednej strony zdefiniowano termin „zatrudnialność” wobec specyficznej grupy personelu medycznego, jaką są lekarze, a z drugiej zidentyfikowano praktyki szpitali sprzyjające tej zatrudnialności. W literaturze przedmiotu „zatrudnialność” na poziomie jednostki definiowana jest jako potencjał danej osoby wykorzystywany do pozyskania i utrzymania zatrudnienia w określonej sytuacji na rynku pracy [Clarke 2008]. W opinii niektórych badaczy zatrudnialność to zdolność stałego utrzymywania, zdobywania lub kreowania pracy poprzez optymalne zaangażowanie przez pra-

cownika kompetencji zawodowych [Van der Heijde, Van der Heijden 2006]. Elementami zatrudnialności są zatem umiejętności pożądane przez pracodawców, w tym atrybuty osobiste, umiejętności interpersonalne oraz umiejętności techniczne [Dench 1997]. Z kolei Clarke [2008] do składowych zatrudnialności zalicza umiejętności i zdolności (kompetencje²), postawy i zachowania oraz indywidualne charakterystyki. W kontekście powyższych definicji można zatem przyjąć, że zatrudnialność konstruuja elementy stałe i zmienne. Są to zarówno elementy specyficzne dla organizacji, która zatrudnia danego pracownika, jak i elementy uniwersalne zwiększające atrakcyjność danego pracownika na rynku pracy [Buchelt 2015]. Tak zdefiniowana zatrudnialność daje podstawę do stwierdzenia, że w przypadku lekarzy termin ten w zasadzie można utożsamiać z innowacyjnością (*innovativeness*) rozumianą jako gotowość na zmiany [Hurt, Joseph, Cook 1977] – nowe procedury, nowe technologie, nowe farmaceutyki – albo bardziej szczegółowo, jako otwartość, przedsiębiorczość, chęć zmiany oraz zdolność do innowacji i bycia kreatywnym [Berthon, Hulbert, Pitt 1999; Blake, Neuendorf, Valdiserri 2003; Hult, Hurley, Knight 2004; Cowart, Fox, Wilson 2007; Menguc, Auh 2006]. Pomiędzy tymi dwoma terminami niewątpliwie zachodzi zależność interaktywna. Lekarza cechuje zatrudnialność, gdy jest innowacyjny, a innowacyjny lekarz zyskuje zatrudnialność.

4. Działania wspierające innowacyjność lekarzy w świetle wyników badań empirycznych

O innowacyjność tożsamą z zatrudnialnością lekarze powinni zadbać sami. Jednak w kontekście niedoboru zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, trudnościami z pozyskiwaniem i zatrzymywaniem personelu lekarskiego oraz z uwagi na strategiczną istotność wiedzy w podmiotach medycznych, w tym zwłaszcza w szpitalach, uzasadnione wydaje się stwierdzenie, że o innowacyjność lekarzy powinny również dbać podmioty lecznicze.

Z dotychczasowych badań przeprowadzonych w zakresie innowacyjności personelu w organizacjach sektora prywatnego wynika, że występowaniu tego zjawiska sprzyjają zdywersyfikowane praktyki zarządzania zasobami ludzkimi, takie jak: rekrutacja pracowników charakteryzujących się kreatywnością i otwartością na zmiany, rozwój pracowników, ocena personelu uwzględniająca takie kryteria, jak innowacyjność, kreatywność, jak również motywowanie pracowników do innowacyjnej aktywności i nagradzanie za tę aktywność oraz jej wyniki [Searle, Ball 2012; Tan, Nasurđin 2010; Chen, Huang 2009; Shipton i in. 2005; Darroch, McNaughton, 2002; Nonaka, Takeuchi 1995]. W celu weryfikacji wpływu wskazanych praktyk na innowacyjne zachowania personelu medycznego w organizacjach publicznych sektora ochrony zdrowia w latach 2014-2015 przeprowadzono badania w dwóch polskich

² Pojęcie „kompetencja” definiowane jest w literaturze przedmiotu zwykle szerzej i uwzględnia inne elementy, takie jak wiedza, postawy, a nawet zachowania.

szpitalach klinicznych na próbie 100 lekarzy. Odpowiedzi udzielane przez respondentów były kodowane na skali porządkowej pięciostopniowej (od 1 do 5), gdzie 1 oznacza „zdecydowanie nie”, 2 – „raczej nie”, 3 – „nie mam zdania”, 4 – „raczej tak” i 5 – „zdecydowanie tak”. Badaniu poddano stosunek respondentów do następujących stwierdzeń: „W procesie doboru personelu uwzględnia się cechy kandydatów związane z otwartością na zmiany i kreatywnością”, „Pracownicy są zachęceni do eksperymentowania i podejmowania ryzyka”, „Pracownicy są zachęceni do rozwoju i dzielenia się wiedzą”, „System oceny pracowników uwzględnia kryteria związane z kreatywnością i innowacyjnością” oraz „System motywowania uwzględnia osiągnięcia innowacyjne pracowników”. Wyliczenia w badaniu wykonano za pomocą programu STATISTICA 10. Wartość wskaźnika rzetelności skali alpha Cronbacha dla badanych zmiennych była dość wysoka, gdyż wyniosła 0,79. Wyniki dotyczące poszczególnych praktyk zawarto w zbiorczej tabeli 2.

Tabela 2. Odpowiedzi respondentów dotyczące stanu praktyk zarządzania zasobami ludzkimi sprzyjających innowacyjności (w %)

Zmienna	Odpowiedź				
	zdecydowanie nie	raczej nie	nie mam zdania	raczej tak	zdecydowanie tak
W procesie doboru personelu uwzględnia się cechy kandydatów związane z otwartością na zmiany i kreatywnością	28	14	19	17	22
Pracownicy są zachęceni do eksperymentowania i podejmowania ryzyka	31	13	26	15	15
Pracownicy są zachęceni do rozwoju i dzielenia się wiedzą	22	8	21	24	25
System oceny pracowników uwzględnia kryteria związane z kreatywnością i innowacyjnością	31	6	22	18	22
System motywowania uwzględnia osiągnięcia innowacyjne pracowników	47	11	23	10	9

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Pierwsza z badanych zmiennych w ramach koncepcji zatrudnialności zorientowanej na innowacyjność dotyczyła doboru personelu uwzględniającego takie cechy kandydatów, jak otwartość na zmiany i kreatywność. Jak wynika z rozkładu danych, zarówno negatywne, jak i pozytywne opinie lekarzy w kwestii stosowania w szpitalach powyższej praktyki rozkładają się dość równomiernie. I tak pozytywnych odpowiedzi (połączenie odpowiedzi „raczej tak” i „zdecydowanie tak”) udzieliło 39% respondentów, zaś negatywnych (połączenie odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie”) o 3% więcej, tj. 42%. Jednocześnie należy podkreślić, że spora grupa respondentów, bo 19%, nie wyraziła opinii na ten temat, co może świadczyć o słabym zainteresowaniu lekarzy praktykami rekrutacji i jej kryteriami w odniesieniu do innowacyjności w wykonywanej pracy.

Drugą z badanych praktyk dotyczyła zachęcania personelu do eksperymentowania i podejmowania ryzyka. W tym przypadku ocena respondentów była w większym stopniu negatywna (44%) niż pozytywna (30%), a wielu respondentów (26%) nie wyraziło w ogóle żadnej opinii. Takie oceny mogą wynikać z niskiej tolerancji dla niepewności i ryzyka w pracy charakteryzującej lekarzy, na którą już wskazywały wyniki pionierskich badań Freidsona przeprowadzone wśród personelu amerykańskich szpitali [Freidson 1972, s. 158-184].

Kolejną zmienną poddaną analizie było zachęcanie personelu do rozwoju i dzielenia się wiedzą. Jak wynika z rozkładu danych, w przypadku tej praktyki dominują bardziej pozytywne odpowiedzi respondentów, tj. 49%, niż w przypadku poprzednich praktyk. Jednocześnie warto podkreślić, że znaczna grupa lekarzy (30%) wyraziła negatywną opinię w powyższej kwestii. Może to wynikać z kształtowania się nowych oczekiwań wśród personelu lekarskiego, dotyczących potrzeby stałego wsparcia organizacji w zakresie zdobywania wiedzy i rozwoju, szczególnie wobec tak szybko zachodzących zmian w medycynie.

Następną praktyką, dotyczącą praktyk ZZL zorientowanych na innowacyjność, było stosowanie wobec personelu systemu ocen uwzględniającego kryteria kreatywności i innowacyjności. Analizując otrzymane wyniki, należy zauważyć, że w opinii 40% lekarzy ocena tej praktyki była pozytywna (połączenie odpowiedzi „raczej tak” i „zdecydowanie tak”). Jednocześnie równie duża grupa respondentów, bo 37%, wyraziła negatywny stosunek do tej praktyki. Podobnie jak w przypadku poprzednich zmiennych dość liczna grupa, bo 22%, lekarzy nie wyraziła w ogóle swojej opinii. Sytuacja ta może świadczyć o słabym zainteresowaniu tej grupy zawodowej procesami oceny. Może to również wynikać z ogólnej niechęci do oceniania i jednocześnie wysokiej samooceny środowiska lekarskiego, często powiązanej z trudnością przyjmowania krytyki ze strony innych.

Ostatnia z badanych praktyk dotyczyła stosowania systemu motywowania uwzględniającego osiągnięcia innowacyjne pracowników. Jak wynika z rozkładu danych, znacząca większość ocen personelu lekarskiego, bo 58%, była negatywna (połączenie odpowiedzi „raczej nie” i „zdecydowanie nie”). Sytuacja ta może wynikać ze znacznych rozbieżności pomiędzy wysokością oczekiwanego a wysokością otrzymywanego przez lekarzy wynagrodzenia. Jednocześnie negatywna ocena tej praktyki może być związana z niedostosowaniem rozwiązań motywacyjnych stosowanych w badanych szpitalach do specyfiki pracy poszczególnych grup zawodowych, w tym lekarzy.

5. Zakończenie

W warunkach nieustannego rozwoju sektora ochrony zdrowia należy uznać, że specjalistyczna wiedza medyczna i jej absorpcja to najbardziej aktualny wymóg innowacyjności organizacji tego sektora. Z tego punktu widzenia i szpitali ważne jest świadome kształtowanie specjalistycznych kompetencji lekarzy w kontekście

ich zatrudnialności, które z kolei związane jest w znacznej mierze ze zdolnością i motywacją tego personelu do wykorzystywania swojego potencjału na rzecz innowacyjności.

Z zaprezentowanych w publikacji wyników badań wynika, że najwyższe oceny proinnowacyjnych praktyk w badanych szpitalach dotyczyły zachęcania do rozwoju i dzielenia się wiedzą oraz funkcjonowania systemu oceny uwzględniającego kryteria związane z kreatywnością i innowacyjnością. Z kolei najslabiej oceniono system motywowania uwzględniający osiągnięcia innowacyjne pracowników, procesy doboru uwzględniające cechy kandydatów związane z otwartością na zmiany i kreatywnością oraz zachęcanie personelu do eksperymentowania i podejmowania ryzyka. Warto tu podkreślić, że brak motywowania do innowacyjności często jest podnoszony jako zasadnicza przeszkoda w kształtowaniu proinnowacyjnych praktyk zarządzania ludźmi [Kanter 1983] i wymaga usunięcia na drodze do rozwoju innowacyjności. W przypadku praktyki zachęcania do ryzyka i eksperymentowania powinien powstać w szpitalach jasny przekaz ze strony kierownictwa, że popiera ono takie działania i jest gotowe na ponoszenie ryzyka towarzyszącego testowaniu nowości.

Podsumowując przeprowadzone rozważania, obraz zatrudnialności zorientowanej na innowacyjność w badanych szpitalach wymaga zmian. Wydaje się, że szpitale powinny rozważyć kompleksowe podejście do powyższej problematyki poprzez poprawę poziomu realizacji wszystkich praktyk ZZL związanych z pozyskiwaniem i utrzymaniem zatrudnialności lekarzy zorientowanej na rozwój innowacyjności. Mając świadomość, że przeprowadzone badania nie są wolne od ograniczeń i dotyczą dwóch wybranych szpitali, wydaje się, że otrzymane wyniki mogą stanowić wskazówkę dla naczelnego kierownictwa szpitali w odniesieniu do potrzeby silniejszego ukierunkowania proinnowacyjnych praktyk ZZL na zatrudnialność w tych organizacjach. Jednocześnie warto rozważyć rozszerzenie zakresu badań na inne praktyki ZZL, takie jak kształtowanie relacji międzyludzkich w pracy czy planowanie kariery, oraz inne grupy zawodowe, tak aby w większym stopniu móc modelować zatrudnialność personelu ukierunkowaną na rozwój innowacyjności.

Literatura

- Biopharmaceutical Research and Development, PHRMA, http://phrma-docs.phrma.org/sites/default/files/pdf/rd_brochure_022307.pdf (23.01.2018).
- Berthon P., Hulbert J.M., Pitt L.F., 1999, *To serve or create? Strategic orientations toward customers and innovativeness*, California Management Review, 42 (1), s. 37-58.
- Blake B.F., Neuendorf K.A., Valdiserri C.M., 2003, *Innovativeness and variety of internet shopping*, Internet Research: Electronic Networking Applications and Policy, 13 (3), s. 56-169.
- Buchelt B., 2015, *Contextual conditions as factors depreciating the meaning of the employability concept among physicians*, Zarządzanie Zasobami Ludzkimi, nr 6, s. 83-95.
- Buchelt B., 2017, *Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków.

- Chen C. J., Huang J.W., 2009, *Strategic human resource practices and innovativeness performance. The mediating role of knowledge management capacity*, Journal of Business Research, vol. 62, no.1, s. 104-114.
- Clarke M., 2008, *Understanding and managing employability in changing career context*, Journal of European Industrial Training, no. 32(4), s. 258-284.
- Cowart K.O., Fox G.L., Wilson A.E., 2007, *A Structural look at consumer innovativeness and self-congruence in new product purchases*, Psychology and Marketing, 25(12), s. 1111-1130.
- Darroch J., McNaughton R., 2002, *Examining the link between knowledge management practices and types of innovativeness*, Journal of Intellectual Capital, vol. 3, no. 3, s. 210-222.
- Dench S., 1997, *Changing skill needs: what makes people employable?*, Industrial and Commercial Training, no. 29(6).
- Dosi G., 1988, *The nature of the innovative process*, [w:] Dosi G., Freeman C., Nelson R., Silverberg G., Soete L. (red.), *Technical Change and Economic Theory*, Pinter, London.
- Finn D., 2006, *From full employment to employability: A new deal for Britain's unemployed?*, International Journal of Manpower, no. 21, s. 384-399.
- Freidson E., 1972, *Profession in Medicine. A Study of Sociology of Applied Knowledge*, Wydawnictwo Harper & Row, New York.
- Harris J.E., 1977, *The internal organization of hospitals: Some economic implications*, The Bell Journal of Economics, no. 8(2), s. 467-482.
- Hult G.T.M., Hurley R.F., Knight G.A., 2004, *Innovativeness – its antecedents and impact on business performance*, Industrial Marketing Management, 33(5), s. 429-438.
- Hurt H.T., Joseph K., Cook C.D., 1977, *Scales for the measurement of innovativeness*, Human Communication Research, no. 4, s. 58-65.
- Kanter R. M., 1983, *The change masters: Innovation for productivity in the American corporation*, Simon & Schuster, New York.
- Loasby B.J., 1991, *Equilibrium and Evolution: an Exploration of Connecting Principles in Economics*, University Press, Manchester.
- Marzec I., 2015, *Uwarunkowania rozwoju zatrudnialności pracowników w organizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice.
- McKee M., Healy J., 2002, *The significance of hospitals: an introduction*, [w:] McKee M., Healy J. (eds), *Hospitals in a Changing Europe*, World Health Organization, Open University Press, Buckingham-Philadelphia.
- Menguc B., Auh S., 2006, *Creating a firm-level dynamic capability through capitalizing on market orientation and innovativeness*, Journal of the Academy of Marketing Science, no. 34 (1), s. 1552-7824.
- Metcalfe J.S., James A., Mina A., 2005, *Emergent innovation systems and the delivery of clinical services: the case of intra-ocular lenses*, Research Policy, no. 34(9), s. 1283-1304.
- Mina A., Ramlogan R., Tampubolon G., Metcalfe J.S., 2007, *Mapping evolutionary trajectories: applications to the growth and transformation of medical knowledge*, Research Policy, no. 36 (5), s. 789-806.
- Nonaka I., Takeuchi H., 1995, *The knowledge-creating company. How Japanese companies create the dynamics of innovation*, Oxford University Press, Oxford.
- Pocztowski A., 2007, *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Strategie, procesy, metody*, PWE, Warszawa.
- Ramlogan R., Consoli D., 2008, *Knowledge, understanding and the dynamics of medical innovation*, European Journal of Economic and Social Systems, no. 20, s. 231-249.
- Sanders J., de Grip A., 2004, *Training, task flexibility and the employability of low-skilled workers*, International Journal of Manpower, no. 25(1), s. 73-89.
- Searle R.H., Ball K.S., 2012, *Supporting Innovativeness through HR Policy: Evidence from the UK*. Creativity & Innovativeness Management, no. 12(1), s. 50-62.

- Shipton H., Fay D., West M., Patterson M., Birdi K., 2005, *Managing people to promote innovativeness*, *Creativity and Innovative Management*, no. 14(2), s. 118-128.
- Tan C.L., Nasurdin A.M., 2010, *Human resource management practices and organizational innovativeness: An empirical study in Malaysia*, *Journal of Applied Business Research*, no. 2(4), s. 105-115.
- The Statistics Portal, <https://www.statista.com/topics/1764/global-pharmaceutical-industry/> (23.01.2018).
- Top five technology investment areas for healthcare organizations*, *Managed Healthcare Executive*, <http://managedhealthcareexecutive.modernmedicine.com/managed-healthcare-executive/news/top-five-technology-investment-areas-healthcare-organizations> (22.01.2018).
- Trendy w polskiej ochronie zdrowia*, 2017, <https://www.pwc.pl/pl/pdf/9-trendow-w-ochronie-zdrowia-2017-pwc.pdf> (22.01.2018).
- Van Dam K., 2004, *Antecedents and consequences of employability-orientation*, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, no. 13, s. 29-51.
- Van der Heijde C.M., Van der Heijden B.I.J.M., 2006, *A competence-based and multidimensional operationalization and measurement of employability*, *Human Resource Management*, no. 45(3), s. 449-476.