

Education of Economists and Managers

ISSN: 1734-087X | ICV: 83.85

Volume 51, Issue 1, March 2019

Received 15 December 2018; Revised 4 February 2019; Accepted 31 March 2019

DOI: 10.33119/01.3001.0013.2361

Rostkowski, T., & Strzemiński, J. (1). Przywództwo w systemie ochrony zdrowia. Education of Economists and Managers. Problems. Innovations. Projects, 51(1), 133-. Retrieved from <https://econjournals.sgh.waw.pl/EEiM/article/view/1300>

Leadership in Healthcare System

Tomasz Rostkowski, Jan Strzemiński

Summary

Health plays a special role both for societies and economies. Regardless of the level of development of health systems and respective expenditures, they are struggling with shortage of resources. In case of Poland, this phenomenon also concerns significant deficiencies in other areas, including personnel. In the light of inevitable and necessary changes, this poses a serious risk both to the health security of Poles and successful implementation of modernization plans. Research carried out by employees of the Warsaw School of Economics highlighted the possibility of solving this problem through the use and development of leadership competences. This article is a starting point for a discussion on the role of the leadership in the process of changes in healthcare system.

Keywords: healthcare, leadership, leaders in healthcare system, followership

Przywództwo w systemie ochrony zdrowia

TOMASZ ROSTKOWSKI

*Institut Kapitału Ludzkiego, Kolegium Nauk o Przedsiębiorstwie,
Szkoła Główna Handlowa w Warszawie*

JAN STRZEMIŃSKI

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

System ochrony zdrowia (OZ) odgrywa szczególną rolę tak dla społeczeństwa, jak gospodarki. Niezależnie od stopnia rozwoju i poziomu wydatków na zdrowie, krajowe systemy jego ochrony borykają się z problemem niedoboru środków. W Polsce owe zjawisko dotyczy także istotnych braków w innych obszarach, w tym przede wszystkim kadrowych. W świetle nieuchronnych i koniecznych zmian stwarza to poważne ryzyko zarówno dla bezpieczeństwa zdrowotnego Polaków, jak i niepowodzenia wdrażanych rozwiązań mających na celu modernizację obecnie działającego systemu. Badanie zrealizowane przez pracowników Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie uwypatniło możliwość rozwiązania tego problemu poprzez wykorzystanie i rozwój kompetencji przywódczych liderów OZ. Artykuł stanowi punkt wyjścia do dyskusji o roli kadry zarządzającej w procesie zmian systemowych OZ.

Słowa kluczowe: ochrona zdrowia, przywództwo, liderzy ochrony zdrowia, *leadership, followership*

Wprowadzenie

Rozwój przywództwa jest jednym z najpoważniejszych wyzwań organizacji w Polsce (Marcinkowski, Sobczak, 2002; Pichola i in., 2018). Ślady zainteresowania cechami, które obecnie są nazywane kompetencjami przywódczymi, można łatwo znaleźć w dziełach antycznych, będących fundamentami nauki europejskiej (zob. np. Arystoteles, 2004). Przywództwo wraz z rozwojem kompetencji pracowników oraz zmieniającymi się potrzebami nowych grup kandydatów wchodzących

na rynek pracy w coraz większym stopniu uzupełnia (Paliga, Pollak, 2017), a nawet zastępuje tradycyjną podstawę funkcjonowania organizacji hierarchicznych, jaką jest władza. Jej tradycyjna koncepcja zakłada, że istnieje możliwość wykonania własnej woli bez względu na sprzeciw innych osób. M. Weber wyodrębnił trzy rodzaje władzy, tj. racjonalną/legalną, charyzmatyczną i tradycyjną (zob. Mazur, 2005, s. 54). Przywództwo jest w tym przypadku kojarzone zazwyczaj z charyzmą. W warunkach nowoczesnych organizacji trudno jest wskazać realne źródło wystarczającej siły, aby zaistniała faktyczna możliwość wymuszenia na pracownikach określonych zachowań. Nawet gdyby taka możliwość powstała, jej wykorzystanie byłoby równoznaczne z przekreśleniem szans wynikających z dobrowolnego zaangażowania się pracowników w realizację zadań. Tym samym oznaczałoby to rezygnację z ich proaktywności, kreatywności i szczerzej gotowości do działania w interesie organizacji.

Celem niniejszego artykułu jest próba wskazania specyfiki skuteczności liderów w systemie OZ.

Fenomen przywództwa i próby jego zdefiniowania

Pomimo niewątpliwiej popularności terminu „przywództwo”, niełatwe jest zdefiniowanie tego zjawiska. Jak się wydaje, większość autorów próbuje to uczynić za pośrednictwem pewnego zestawu cech, tj. kompetencji. Jednym z przykładów tego rodzaju podejścia jest „naturalne przywództwo” autorstwa D. Golemana, R. Boyatzisa i A.Mc. Kee (2002).

Możliwe jest także postrzeganie przywództwa jako procesu. Obie koncepcje wydają się mieć istotne atuty, ale mają także ograniczenia. W przypadku podejścia analitycznego przygotowywane listy zwykle pozostawiają wrażenie niepełnych zestawów cech przywódczych. Jest to zrozumiałe, gdyż autorzy próbują stworzyć syntetyczny, uniwersalny model. W jego ramach muszą być pominięte mniej istotne kompetencje. Ważniejszym problemem jest fakt, że tak zdefiniowane cechy nie są łatwe do jednoznacznej oceny. W praktyce często jedno zachowanie osoby diagnozowanej jest uwarunkowane kilkoma lub więcej kompetencjami.

Przy podejściu procesowym o wiele łatwiej jest wyodrębnić konkretne kompetencje, a także ustalić ich wpływ na ostateczny uzyskiwany efekt. Proces przywództwa stosunkowo łatwo można podzielić na etapy i przypisać im konkretne pożądane efekty oraz cechy niezbędne do ich osiągnięcia. Podejście procesowe w wyraźny sposób wskazuje też na złożoność przywództwa i ułatwia analizowanie wzajemnego wpływu lidera (*leadership*) i jego zwolenników (*followership*).

Analiza kilkudziesięciu definicji fenomenu przywództwa wskazuje, że różnią się one od siebie pod względem (Rostkowski, 2006):

- podmiotu (przywódca – lider, formalnie zorganizowana grupa, a w niej relacja lider–zwolennicy, wszystkie potencjalnie zainteresowane osoby),
- formalnego umocowania lidera (przełożony-zwierzchnik, osoba mająca faktyczny wpływ na decyzje i organizację niezależnie od formalnego tytułu do decydowania),
- wiodącego lub kombinacji celu/ów lidera, organizacji, zespołu,
- zakresu wykorzystywanych przez lidera narzędzi.

Analizując literaturę przedmiotu, można odnieść wrażenie, że zdaniem większości autorów celem powinien być maksymalny możliwy rozwój kompetencji przywódczych. Inaczej mówiąc, należy oczekiwać lepszych rezultatów osiąganych przez osoby, które mają bardziej rozwinięte kompetencje. Interaktywność zjawiska przywództwa wskazuje jednak, że warte rozważenia jest zagadnienie dopasowania kompetencji lidera do konkretnych warunków, w tym do kompetencji zwolenników (*followers*) (Kaplan, Kaiser, 2013). Takie podejście wskazuje, że nadmiernie rozwinięte kompetencje liderów mogą blokować wykorzystanie potencjału zwolenników.

Ochrona zdrowia w Polsce i jej znaczenie dla gospodarki

W ujęciu definicyjnym, ochrona zdrowia to: „wszelka społeczna działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia, zapewnienie zdrowego rozwoju następnym pokoleniom” (*Encyklopedia powszechna PWN*, 2018). Realizacja tak szerokiego katalogu zadań wymaga rozwiązań systemowych, angażujących podmioty i osoby o zróżnicowanych profilach kompetencyjnych.

W Polsce system OZ tworzy wiele grup zawodowych:

- lekarze (blisko 145 tys. osób),
- stomatolodzy (blisko 42 tys. osób),
- farmaceuci (blisko 34 tys. osób),
- pielęgniarki (blisko 288 tys. osób),
- położne (blisko 37 tys. osób),
- diagnostki laboratoryjni (blisko 15 tys. osób),
- ratownicy medyczni (blisko 9 tys. osób)
- fizjoterapeuci (blisko 48 tys. osób).

Łącznie szacunkowe zatrudnienie w OZ przekracza 620 tys. osób (Żyra, Malesa, 2017).

Wymienione zawody nie stanowią pełnej reprezentacji OZ. Postępująca specjalizacja, w połączeniu ze zmiennością potrzeb zdrowotnych, wymuszają redefinicję

zakresów obowiązków, przypisanych do poszczególnych stanowisk, a także określanie nowych ról. Można oczekiwać, iż poziom zatrudnienia w OZ będzie ulegał zwiększeniu, a lista specjalności będzie się wydłużać.

O wielkości systemu i jego znaczeniu dla gospodarki świadczy poziom wydatków. W roku 2016 nakłady na ochronę zdrowia wynosiły około 6,52% PKB, co przekłada się na kwotę 121,1 mld PLN (Koziański, 2017). Szacunkowy koszt związany z utratą zdrowia dla gospodarki oszacowano na około 150 mld PLN rocznie (Barszczewska, Miller, 2018).

OZ stanowi jedną z niewielu gałęzi gospodarki, która rośnie niezależnie od aktualnej koniunktury. Polska plasuje się na piątym miejscu w Unii Europejskiej pod względem niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych. Występowanie tego problemu jest zróżnicowane ze względu na status materialny poszczególnych osób. Waha się od około 4% wśród osób zamożnych do ponad 10% wśród osób gorzej sytuowanych (OECD, 2017).

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, liczba osób hospitalizowanych w 2014 r. wynosiła około 6,9 mln (zob. Wojtyniak, Goryński, 2016). Jednocześnie obserwuje się wzrost liczby świadczeń udzielanych w warunkach szpitalnych (NIK, 2017).

Sytuacja OZ oraz rozmaite patologie tego systemu są obiektem zainteresowania wielu osób w Polsce, a media nieustannie informują o licznych problemach. Intencją autorów artykułu nie jest uczestnictwo w tej dyskusji, ale zaproponowanie skutecznego wsparcia dla wprowadzania niezbędnych usprawnień. Wśród katalizatorów proefektywnościowych zmian z pewnością można wymienić sprawne i dostosowane do specyfiki branży oraz słusznym potrzeb pacjentów przywództwo, które zależy od kultury organizacji.

Między kulturą organizacji a przywództwem zachodzi dwukierunkowa zależność. W przypadku OZ jest to uwarunkowanie szczególnie silne i może być obarczone wieloma konsekwencjami (Buchelt, Jończyk, 2017). Usługi medyczne są oparte na wysoce złożonych relacjach między świadczeniobiorcami a świadczeniodawcami (Frankowska, Głowacka, 2012). Uwzględnienie wpływu kultury organizacji na jakość świadczeń zdrowotnych stanowi warunek i pierwszy krok dla proponowanej reorientacji i przyjęcia podejścia, w którym podstawowym celem działania jest pacjent („pacjentocentryzm”¹) (Constans i in., 2014).

¹ Pacjentocentryzm – organizacja opieki zdrowotnej polegająca na skoncentrowaniu działań na pacjencie i dążeniu do zgodności procesu leczenia z jego wartościami, potrzebami i wymaganiami poprzez stały dialog i budowanie zaangażowania świadczeniobiorcy.

Zarys modelu przywództwa SGH – CKZ

Model przywództwa SGH – CKZ² powstał w wyniku wieloletnich badań prowadzonych przez pracowników Instytutu Kapitału Ludzkiego. Obejmowały one analizę podobnych modeli przygotowanych przez teoretyków oraz uznane międzynarodowe firmy konsultingowe i szkoleniowe, a także badania własne prowadzone na reprezentatywnych grupach pracowników (*followers*) i menedżerów w Polsce. Badania zostały pogłębione poprzez przeprowadzenie serii wywiadów grupowych (*Focus Group Interview*, FGI), których celem było dostosowanie modelu do potrzeb różnych branż i specjalizacji liderów, np. w administracji publicznej, *Interim Managers*, OZ itp.

Model przywództwa SGH – CKZ jest rozwiązaniem wielowymiarowym. Podstawowymi jego obszarami są proces przywódczy oraz kluczowe kompetencje analityczne/universalne. W ramach pierwszego wymiaru kompetencje są uporządkowane pod względem naturalnego przebiegu działań lidera. Obejmują one najistotniejsze cechy lidera z perspektywy kolejnych, dających się wyodrębnić zadań przywódcy. Kompetencje zostały skonstruowane w sposób procesowy, co oznacza, że jest możliwe przyporządkowanie im zarówno konkretnych zachowań, jak i mierzalnych wyników – rezultatów posiadania kompetencji w ujęciu ilościowym i jakościowym.

W modelu nie narzuca się jednej konkretnej idei kierowania, jest on otwarty na zróżnicowane style działania i zakłada się w nim konieczność jego dostosowania do potrzeb konkretnej organizacji.

Oprócz kompetencji procesowych, w modelu wyróżniono 4 podstawowe kompetencje uniwersalne, tj. takie, których stosowania nie można przyporządkować jednoznacznie do konkretnego etapu życia zespołu czy procesu przywództwa. W przypadku tego rodzaju kompetencji stosunkowo łatwo można wskazać konkretne zachowania, które są dowodem na posiadanie odpowiednich cech lidera. Trudniej jest jednak wskazać efekty i dowody biznesowe na wpływ ich rozwoju na poprawę osiąganych rezultatów. Także w przypadku tej grupy kompetencji możliwe, a nawet konieczne są dostosowania wynikające z potrzeb konkretnej organizacji. Możliwe jest np. wskazanie konkretnych źródeł autorytetu, z których powinien korzystać lider, oraz tych, których wykorzystania powinien unikać, realizując wartości organizacji.

Połączenie kompetencji procesowych i uniwersalnych tworzy dwuwymiarową macierz. Zgodnie z założeniami modelu, kolejnym wymiarem jest rodzaj wprowadzanych w organizacji zmian. Oczekiwania wobec liderów powinny być zróżnicowane w zależności od dynamiki zmian w organizacji. Kolejnym wymiarem macierzy

² CKZ – Certyfikacja Kompetencji Zawodowych, szerzej o założeniach tej inicjatywy pracowników SGH – zob. Development Centre Leadership.

są uwarunkowania branży. Wynikają one zarówno ze zróżnicowania pracowników, kierunku ich wykształcenia i specyficznych, ale typowych dla konkretnej grupy organizacji potrzeb, a także natężenia konkurencji, zakresu regulacji, tempa i źródeł rozwoju branży. Jedną z interesujących branż, które wyodrębniono do dalszych badań, jest ochrona zdrowia.

Badanie specyfiki przywództwa w ochronie zdrowia – wyniki

W trakcie przygotowania do badania przyjęto, iż fenomen przywództwa jest uwarunkowany branżowo, tj. specyfika branży w istotny sposób wpływa na oczekiwania kompetencyjne względem liderów. Przeprowadzone badania dowiodły, iż to założenie jest prawdziwe. Występują jednak obszary zbieżności oczekiwań kompetencyjnych w zakresie przywództwa dla różnych branż.

Na podstawie interpretacji struktury wydatków w OZ uznano, iż w pierwszej kolejności należy dokonać analizy, opierając się na trzonie systemu, jakim jest szpitalnictwo. Stąd wnioski i rekomendacje w największej mierze odnoszą się do warunków działania szpitali. Z racji interdyscyplinarności OZ, do badania zostali zaproszeni nie tylko eksperci zatrudnieni w szpitalach, lecz także przedstawiciele placówek podstawowej opieki zdrowotnej, przedsiębiorcy z branży medycznej i stomatologicznej oraz farmaceuci.

Badanie uwarunkowań przywództwa w OZ zostało przeprowadzone w czerwcu 2018 r. w Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. W badaniu wzięło udział 15 menedżerów OZ, działających w systemie zarówno publicznym, jak i prywatnym. Badanie zostało przeprowadzone metodą zogniskowanego wywiadu grupowego.

W wyniku badania zidentyfikowano trudności, z którymi na co dzień mierzą się liderzy OZ. Wynikają one nie tylko z wagi i stopnia skomplikowania sztuki medycznej, lecz także ze specyficznych uwarunkowań branżowych oraz charakterystyki zatrudnionych osób.

Za fundament uwarunkowań polskiego systemu OZ uczestnicy uznali zjawisko niedoboru. Nie dotyczy ono wyłącznie sfery finansów i stosunkowo niskich nakładów na zdrowie. O wiele poważniejszym problemem jest niedobór kadr. Uczestnicy badania zauważyli, że w sytuacji starzenia się kadr medycznych i ograniczenia efektywności organizacji procesu leczenia (głównie przez postępującą biurokratyzację działań) maleją zdolności wytwórcze poszczególnych jednostek, w konsekwencji zaś – całego systemu. Jednocześnie tempo wdrażania ulepszeń i rozwiązań pozwalających ograniczyć wykorzystanie czasu pracy lekarzy jest niskie. Nowoczesne technologie medyczne, częściowa automatyzacja procesu leczenia i obsługi pacjenta wciąż nie są dostatecznie obecne w polskim systemie OZ.

Fakt ten w opinii badanych jest niekorzystny nie tylko dla lekarzy, lecz także, a właściwie przede wszystkim, dla pacjentów. Nowoczesne narzędzia i metody wiążą się bezpośrednio z wyższą jakością świadczeń zdrowotnych. Ich stosowanie pozwala skutecznie ograniczać ryzyko związane z niepewnością ostatecznych efektów leczenia. Te spostrzeżenia ukierunkowują wyzwania dla liderów branży oraz stanowią podstawowe źródło oczekiwań kompetencyjnych.

Zmniejszająca się dostępność kadr wzmacnia u osób zatrudnionych w OZ przeświadczenie unikalności. Jego pierwotnym fundamentem jest wyjątkowa, bezpośrednia odpowiedzialność medyków za zdrowie i życie pacjentów. Lekarze jako grupa zawodowa mają unikalny zestaw kompetencji. Ich wiedza, doświadczenie nabywane podczas lat edukacji i praktyki sprawiają, że ich praca nie podlega łatwej substytucji. O ile owo uwarunkowanie nie wpływa wprost na pacjentów, o tyle dla menedżerów i liderów OZ stanowi istotne wyzwanie. Ich obowiązkiem, oprócz zapewnienia rentowności placówek i świadczenia najwyższej jakości usług zdrowotnych, staje się okazywanie odpowiedniego szacunku kadrom medycznym, gwarantowanie wysokiego komfortu pracy wszystkim zatrudnionym i możliwości pełnej koncentracji na realizowanych zadaniach (przy jednoczesnym poszanowaniu autonomiczności lekarzy w realizacji sztuki lekarskiej). Jakkolwiek konieczne jest uwzględnienie potrzeby podejmowania natychmiastowych działań oraz jednoznacznych i trafnych decyzji w ograniczonym czasie, zasobach i rozbudowanych regulacjach prawnych.

W opinii badanych, troska kadry zarządzającej o dobrostan pracowników, brak zgody na wykonywanie przez nich mało efektywnych działań spowoduje zarówno wzrost jakości usług, jak i poprawę wyników ekonomicznych całej branży. Równocześnie zauważono, że obecnie nie istnieją żadne rozwiązania systemowe, które przyczyniałyby się do realizacji tego celu. Kondycja lekarzy, zapewnienie możliwości rozwoju zawodowego oraz rzetelnej ewaluacji posiadanych kompetencji pozostaje ich wyłączną troską. Fakt ten, szkodząc lekarzom, utrudnia pracodawcom z OZ pozyskiwanie wartościowych pracowników.

Według badanych, do eskalacji problemu niedoboru kadr dochodzi również w związku z niską elastycznością i wydłużonym procesem kształcenia. Czas potrzebny do wykształcenia lekarza specjalisty przekracza 10 lat, co uniemożliwia sprawne reagowanie na zmieniające się potrzeby zdrowotne. Rozwiązania tego problemu można upatrywać w:

- dywersyfikacji procesu kształcenia – m.in. poprzez szkolenie techników do określonych procedur (badani przywołali przykład okulistyki rosyjskiej, w której są kształceni technicy jednej procedury, gotowi do pracy pod nadzorem lekarza w ciągu kilku miesięcy od rozpoczęcia kształcenia);
- zwiększeniu dostępności kształcenia specjalizacyjnego, połączone ze zwalczaniem hierarchiczności i ekskluzywności określonych specjalizacji;

- odejściu od kształcenia holistycznego (ogólnego) na rzecz specjalizacji (badani wskazali, że obecnie w praktyce lekarze realizują wąski katalog świadczeń, nie wykorzystując całej posiadanej wiedzy);
- ustaleniu katalogu działań młodych lekarzy (rozszerzanego wraz z doświadczeniem); obecnie lekarze w trakcie specjalizacji mają bardzo ograniczone pole działania, wszystkie ich prace muszą być wykonywane pod nadzorem, a tuż po zakończeniu specjalizacji uzyskują pełną swobodę działań.

Obecnie zauważalna dominacja szpitalnictwa w procesie udzielania świadczeń tłumi możliwość wykorzystania pełnego potencjału i kompetencji wszystkich zawodów medycznych. Jeden z uczestników badania, na co dzień zarządzający dużym szpitalem, tak opisał tę sytuację: „W teorii zdecydowana większość działań powinna być realizowana w POZ. Dlatego tak ważne jest wzmocnienie lekarzy i innego personelu, który tam pracuje. Nie wykorzystujemy dziś w sposób optymalny różnych grup pracowników. Lekarze są przeciążeni mało merytorycznymi zadaniami. Pielęgniarki również. Tymczasem farmaceuci są traktowani jako sprzedawcy leków i suplementów diety, a opieka farmaceutyczna nie istnieje lub nie jest na wystarczającym poziomie. Trzeba w taki sposób zorganizować system, aby duża część problemów pacjentów była rozwiązywana przez farmaceutów, pielęgniarki i inne osoby niebędące lekarzami. Należy się nauczyć korzystać z ich kompetencji. Do tego potrzeba wzmocnić prestiż tych osób!”

W dalszej kolejności badani wskazali, że rozwój komplementarnego (a czasem substytucyjnego) systemu opieki prywatnej uwydatnia problem lojalności. Personel medyczny niejednokrotnie podejmuje działalność konkurencyjną w prywatnych gabinetach, a państwowe szpitale są sprowadzane do roli podmiotów udzielających świadczeń medycznych w ciężkich i mało opłacalnych przypadkach.

Mając na względzie przytoczone uwarunkowania, należy stwierdzić, iż oczekiwania wobec liderów OZ są trudne do spełnienia i odmienne od potrzeb zgłaszanych wobec menedżerów działających w podmiotach innych branż. Wymaga się od nich nie tylko świadomości zachodzących procesów, wysokiej wiedzy, doświadczenia i umiejętności, lecz także pewnej elastyczności, umiejętności godzenia sprzecznych interesów w niekorzystnych warunkach zewnętrznych, najwyższej odpowiedzialności za powierzone zadania oraz pasji w ich realizacji. Dodatkowo, konieczne jest zwrócenie uwagi na prestiż wszystkich zawodów medycznych, wprowadzenie standaryzacji i automatyzacji procesów. OZ oczekuje lidera, który ciągle poszerzając swą wiedzę i umiejętności, potrafi być wizjonerem, kierującym się wyłącznie dobrem pacjentów i powierzonego personelu. Musi on aktywnie działać na rzecz budowania prestiżu wszystkich osób zaangażowanych w proces leczenia.

Wymienione ogólne wymagania dotyczące postaw i kompetencji przywódczych przekładają się na konkretne działania, których wymaga się od wyższej kadry

zarządzającej szpitalem. Dyrektorzy, tak medyczni jak i administracyjni, powinni przede wszystkim:

- nadzorować proces kształcenia i wymiany kadr,
- opiekować się kadrą medyczną i być odpowiedzialnymi za jej właściwy stan,
- wyznaczać, pomagać w realizacji i egzekwować wykonanie zadań,
- wyznaczać standardy pracy,
- dostosować organizację pracy do oczekiwań i kompetencji kadry medycznej,
- budować prestiż współpracowników.

Wszystkie te działania muszą być prowadzone przy pełnej świadomości, że wynik finansowy organizacji jest niezwykle istotny, ale obecnie podstawowe wyzwanie wobec systemu to zapewnienie ciągłości jego działania oraz dostępu do usług medycznych.

Przebieg dyskusji jednoznacznie wskazuje, że problem przywództwa jest niezwykle istotny w jednostkach OZ. Kompetencje liderów mogą, przynajmniej w niektórych przypadkach, zniwelować niedoskonałości systemu, a energia liderów może być wykorzystana do jego doskonalenia. Widoczne są zapóźnienia w świadomym rozwoju tego rodzaju kompetencji, a wiele oczywistych praktyk kierowania zespołem nie są wykorzystane.

Podsumowanie

Z przeprowadzonego badania wynika, że istnieje wiele źródeł specyfiki przywództwa w systemie OZ, do których można zaliczyć:

- wielkość, różnorodność i dużą dynamikę zmian w systemie,
- znaczenie usług medycznych dla użytkowników systemu,
- braki kadrowe i wysoką czasochłonność kształcenia kadr,
- przeregulowanie systemu,
- nieprzystającą do potrzeb kulturę organizacji,
- reaktywność systemu,
- branżowe uwarunkowania, takie jak: dostępne technologie medyczne, metody leczenia i zapobiegania chorobom.

Przedstawiona lista to zarówno uwarunkowania przywództwa, jak i podstawowe wyzwania, przed którymi stoją obecnie liderzy OZ. Ich kompetencje mogą w dużym stopniu stanowić remedium na problemy systemowe.

Bibliografia

- Arystoteles (2004). *Polityka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Barszczewska, O., Miller, A. (2016). *Jaki wpływ na gospodarkę ma sektor ochrony zdrowia?* http://www.politykazedrowotna.com/12809_jaki-wplyw-na-gospodarke-ma-sektor-ochrony-zdrowia, 3.12.2018.
- Buchelt, B.I., Jończyk, J.A. (2017). Powiązania kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych. *Zarządzanie Publiczne*, 40(2), 50–64.
- Constand, M.K., MacDermid, J.C., Dal Bello-Haas, V., Law, M. (2014). Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Services Research*, 14, 271–280.
- Development Centre Leadership. www.rozwojliderow.pl, 3.12.2018.
- Encyklopedia powszechna PWN* (2018). Hasło – Ochrona zdrowia. <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/ochrona-zdrowia;3949681.html>, 3.12.2018.
- Frankowska, A., Głowacka, M.D. (2012). Kultura organizacyjna w jednostce świadczącej usługi medyczne. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu*, 229, 163–172.
- Gadomska-Lila, K. (2015). Kultura i przywództwo w organizacji jako potencjał procesów odnowy organizacyjnej. *Management Forum*, 3(1), 70–76.
- Goleman, D., Boyatzis, R., McKee, A. (2002). *Naturalne przywództwo. Odkrywanie mocy inteligencji emocjonalnej*. Wrocław–Warszawa: Jacek Santorski–Wydawnictwa Biznesowe.
- Kaplan, R.E., Kaiser, R.B. (2013). *Uważaj na swoją siłę*. Jarosław Szulski&Co Dom Wydawniczy.
- Koziński, M. (2017). *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2016 r.* Warszawa: GUS.
- Marcinkowski, A.S., Sobczak, J. (2002). Luka przywództwa w procesie radykalnych zmian organizacyjnych. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 3–4, 93–107.
- Mazur, S. (2005). Historia administracji publicznej. W: J. Hausner (red.), *Administracja publiczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 41–62.
- NIK (2017). *NIK o realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku*. Warszawa. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-realizacji-zadan-narodowego-funduszu-zdrowia-w-2016-roku.html>, 3.12.2018.
- OECD (2017). *State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2017*. Brussels. https://ec.europa.eu/health/1sites/health/files/state/docs/chp_poland_polish.pdf, 3.12.2018.
- Paliga, M., Pollak, A. (2017). Inteligencja emocjonalna, orientacja pozytywna i autentyczne przywództwo wśród polskich menedżerów. Doniesienie z badań. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 5, 123–139.
- Pichola, I., Stoński, P., Zarudzki, P., Maciaszek, I., Celmer, M. (2018). *Trendy HR 2018. Czas odpowiedzialnych firm*. Deloitte. http://branden.biz/wp-content/uploads/2018/04/2018_HC_Trends_PL.pdf, 3.12.2018.

- Rostkowski T. (red.) (2006). *Rozwój kompetencji przywódczych w Polsce – raport z badań*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Wojtyniak, B., Goryński, P. (2016). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH.
- Żyra, M., Malesa, E. (2017). *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r.* Warszawa: GUS.

Summary

Leadership in Healthcare System

Health plays a special role both for societies and economies. Regardless of the level of development of health systems and respective expenditures, they are struggling with shortage of resources. In case of Poland, this phenomenon also concerns significant deficiencies in other areas, including personnel. In the light of inevitable and necessary changes, this poses a serious risk both to the health security of Poles and successful implementation of modernization plans. Research carried out by employees of the Warsaw School of Economics highlighted the possibility of solving this problem through the use and development of leadership competences. This article is a starting point for a discussion on the role of the leadership in the process of changes in healthcare system.

Keywords: healthcare, leadership, leaders in healthcare system, followership

Dr hab. Tomasz Rostkowski, prof. SGH

Dr hab. nauk ekonomicznych (zarządzanie), profesor SGH w Instytucie Kapitału Ludzkiego, Kierownik Zakładu Zarządzania Kapitałem Ludzkim SGH. Ekspert specjalizujący się we wprowadzaniu proefektywnościowych zmian w przedsiębiorstwach i instytucjach publicznych oraz tworzeniu i wdrażaniu systemów zarządzania kapitałem ludzkim. Autor licznych raportów i publikacji naukowych. Stale współpracuje z przedsiębiorstwami, instytucjami publicznymi i organizacjami pracodawców.

Mgr Jan Strzemiński

Student Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, zaangażowany w działalność na rzecz najważniejszych osób i instytucji tworzących system ochrony zdrowia w Polsce. Specjalizuje się w automatyzacji procesów biznesowych, analizie

poziomu efektywności działań podmiotów ochrony zdrowia oraz wprowadzaniu zmian sprzyjających jego rozwojowi. Uczestniczy w licznych działaniach na rzecz rozwoju kompetencji osób zaangażowanych w opiekę zdrowotną.