

JOLANTA SIELSKA¹

MONIKA MATECKA²

ELIZA DĄBROWSKA³

JOANNA ZDANOWSKA⁴

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WEWNĘTRZNA OCENA DOKONYWANA PRZEZ KADRĘ KIEROWNICZĄ JAKO NARZĘDZIE ZARZĄDZANIA W PODMIOTACH LECZNICZYCH NA PRZYKŁADZIE SZPITALA KLINICZNEGO

Streszczenie

W artykule przedstawiono wyniki badania, które miało na celu poznanie opinii kierowników na temat funkcjonowania różnych aspektów zarządzania dużym podmiotem leczniczym, jakim jest szpital kliniczny. Badania przeprowadzono w szpitalu klinicznym w Poznaniu w 2012 roku. Uczestniczyło w nim 36 pracowników – menedżerów średniego szczebla. Ocenie podlegały m.in.: skuteczność audytów wewnętrznych, system wynagrodzeń, system komunikacji wewnątrz szpitala, mechanizmy służące utrzymaniu ciągłości działania w sytuacjach kryzysowych. Oceniano również pracę dyrektora szpitala. Blisko 50% osób biorących udział w badaniu wysoko oceniło takie aspekty, jak: system przepływu informacji oraz mechanizmy pozwalające utrzymać działalność szpitala w razie nieprzewidzianych wydarzeń. Niżej oceniony został system wynagrodzeń i awansów, który zdaniem 55,5% osób nie ma wpływu na efektywne zarządzanie pracownikami. Niemal 60% kierowników dostrzegło potrzebę systematycznego przeprowadzania wewnętrznych ocen.

Słowa kluczowe: ocena wewnętrzna, kadra kierownicza, zarządzanie podmiotem leczniczym, bezpieczeństwo pacjenta

¹ mmatecka@ump.edu.pl.

² j.sielska@wspia.pl.

³ dabrowska.eliza@spsk2.pl.

⁴ jzdano@ump.edu.pl.

Wprowadzenie

Przetrwanie podmiotu leczniczego na rynku usług medycznych wymaga zmiany filozofii działania oraz nowego, przedsiębiorczego podejścia menedżerów do zarządzania samą jednostką oraz dostosowania się do zmieniających się uwarunkowań zewnętrznych (zmiany legislacyjne, dynamika rynku usług medycznych, potrzeby wynikające z analizy sytuacji zdrowotnej społeczeństwa). W przeciwnym razie zmiany w otoczeniu traktowane są jako zagrażające organizacji, a reagowanie na ich pojawienie się ma charakter doraźny, nieuwzględniający wypracowanej strategii⁵. Profesjonalista zajmujący się zarządzaniem powinien mieć jednocześnie na uwadze to, że najważniejszym zasobem w organizacji są ludzie i efektywne kierowanie nimi jest podstawą sukcesu⁶. W tym kontekście przeprowadzanie systematycznych badań ankietowych wśród kadry kierowniczej należy rozpatrywać jako element marketingu wewnętrznego ukierunkowanego m.in. na:

- kształtowanie pożądanych postaw wśród kadry kierowniczej średniego szczebla,
- zwiększenie partycypacji kierowników w podejmowaniu decyzji dotyczących funkcjonowania organizacji,
- udział kadry kierowniczej w procesie projektowania i realizowania zmian.

W literaturze przedmiotu, informacje zwrotne oraz propozycje zgłaszane przez personel zaliczane są do istotnych źródeł wewnętrznych wykorzystywanych podczas analizy otoczenia i konstruowania planu marketingowego⁷. Pozwalając menedżerom średniego szczebla na wskazanie problemów organizacji, ponoszonych przez nią porażek oraz niewykorzystanych odpowiednio szans, lider pobudza ich do uczestnictwa w późniejszym procesie transformacji. Osłabia w ten sposób opór wobec zmiany, co daje – w dalszej perspektywie – gwarancję sprawniejszego jej wprowadzenia⁸.

⁵ M. Kautsch, M. Whitfield, J. Klich, *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 16.

⁶ D. Gach, *Uwarunkowania zachowań indywidualnych w organizacji*, w: *Zachowania organizacyjne. Wybrane zagadnienia*, red. A. Potocki, Difin, Warszawa 2005, s. 9.

⁷ M. Wood, *Plan marketingowy*, PWE, Warszawa 2007, s. 46.

⁸ R. Mrówka, *Przywództwo*, w: *Kultura organizacyjna w zarządzaniu*, red. G. Aniszewska, PWE, Warszawa 2007, s. 119; J. Skalik, *Zarządzanie zmianami w organizacjach medycznych*, w: *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. J. Stępniewski, P. Karnieja, M. Kęsy, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011, s. 31.

Menedżer opieki zdrowotnej to osoba, która nie kieruje bezpośrednio działaniami innych ludzi, ale potrafi z nimi pracować dla osiągnięcia wspólnych celów organizacji. Do istotnych zadań menedżera należy zapewnianie współpracy personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i administracyjnego. Warunkiem współpracy jest wprowadzenie nowych wzorców komunikowania się, nowego sposobu myślenia, a także zwiększenie udziału lekarzy w procesie zarządzania podmiotem leczniczym. Ważne jest również wzmacnianie kreatywności kierowników średniego szczebla, rozumianej jako twórcze rozwiązywanie problemu przez umożliwienie im świadomego uczestnictwa w funkcjonowaniu organizacji⁹. Od osób zarządzającym podmiotem leczniczym oczekuje się zatem kompetencji specjalistycznych, których poziom wpływa na efektywność wykonywania zadań wynikających ze specyfiki zawodu, stanowiska, funkcji oraz kompetencji menedżerskich decydujących o skuteczności zarządzania innymi¹⁰. Menedżer w opiece zdrowotnej winien systematycznie, w zakresie własnej aktywności zawodowej, wykazywać się nowatorstwem w procesie zarządzania placówką, projektować i podejmować działania strategiczne, których konsekwencją będzie nadanie podmiotowi przemyślanej wizji i kierunku rozwoju. Skuteczne zarządzanie podmiotem leczniczym wymaga także umiejętności obserwowania otoczenia i przewidywania zdarzeń, jak również elastyczności, pozwalającej jednostce modyfikować postawy i zachowania w odpowiedzi na nowe doświadczenia¹¹. Profesjonalny menedżer powinien kształtować kulturę organizacyjną w stylu integratywnym, który oznacza, że kierownicy dbają nie tylko o interes organizacji, ale też o pracowników, zapewniając im adekwatne wynagrodzenie i możliwości rozwoju¹². Jak zauważają K. Pająk i A. Zduniak, istotą przywództwa przyszłości winna być troska o ludzi¹³. Należy podkreślić także umiejętność doboru specjalistów na najważniejsze stanowiska. W sytuacji, gdy osoba kierująca podmiotem leczniczym coraz więcej czasu poświęca otoczeniu zewnętrznemu, przede wszystkim w celu

⁹ E. Jerzyk, *Wzmacnianie kreatywności pracowników w procesach innowacyjnych*, w: *Uwarunkowania sprawności innowacyjnej przedsiębiorstw*, red. H. Mruk, R. Nestorowicz, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2011, s. 127.

¹⁰ G. Filipowicz, *Zarządzanie kompetencjami. Perspektywa firmowa i osobista*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014, s. 102–105.

¹¹ E. Mojs, M.D. Głowacka, *Samoocena a nabywanie kompetencji menedżerskich*, w: *Prawo i psychologia w ochronie zdrowia*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 108–109.

¹² J. Penc, *Nowoczesne kierowanie ludźmi. Wywieranie wpływu i współdziałanie w organizacji*, Difin Warszawa 2007, s. 113.

¹³ K. Pająk, A. Zduniak, *Kierownik w XX wieku. Determinanty psychospołeczne sukcesu*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa–Poznań 2003, s. 24.

pozyskania środków na bieżącą działalność i rozwój, zarządzanie organizacją podczas jej nieobecności przejmuje bowiem średnia kadra kierownicza¹⁴.

Biorąc pod uwagę powyższe treści, można nawiązać do koncepcji organizacji uczącej się, której budowanie oznacza wzmocnienie zaangażowania i identyfikowania się pracowników z organizacją, stymulowanie otwartości na zmiany oraz myślenia systemowego i krytycznego, jak również wspieranie aktywności zespołowych, uwzględniających z jednej strony wspólną wizję, z drugiej – dążenie do indywidualnego rozwoju¹⁵.

Cel badań

Badanie miało na celu poznanie opinii kierowników na temat wybranych aspektów zarządzania dużym podmiotem leczniczym, jakim jest szpital kliniczny. Skoncentrowano się na identyfikacji słabych i mocnych stron działalności szpitala. Zgromadzony materiał badawczy można traktować jako punkt wyjścia w procesie projektowania i wprowadzania zmian, czyli określonych działań naprawczych.

Materiał i metoda

Badania przeprowadzono w jednym ze szpitali klinicznych w Poznaniu w lipcu 2012 roku. W badaniach uczestniczyło 36 kierowników różnych jednostek organizacyjnych. Wykorzystano przygotowane na użytek badań narzędzie autorskie, składające się z 48 pytań dotyczących funkcjonowania oraz oceny jakości pracy jednostek organizacyjnych szpitala. Osoby uczestniczące w badaniu proszono o dokonanie oceny wybranych aspektów zarządzania podmiotem leczniczym. Kierownicy oceniali m.in.:

- a) skuteczność audytów wewnętrznych,
- b) wpływ systemu wynagrodzeń na efektywne zarządzanie pracownikami,
- c) efektywność systemu przekazywania informacji pracownikom:
 - formy przekazu (np. strona internetowa, pisma wewnętrzne, poczta elektroniczna),
 - szybkość docierania informacji do adresata,
 - czytelność przekazu.

¹⁴ T. Oleksyn, *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.

¹⁵ H. Mruk, A. Olsztyńska, *Placówki medyczne jako organizacje uczące się*, w: *Zdrowie społeczne. Edukacja i zarządzanie*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wyd. Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, Poznań 2007, s. 141–152.

Sporo uwagi poświęcono ocenie obowiązujących w podmiocie leczniczym procedur, ukierunkowanych na zapewnienie ciągłości jego działania, która warunkuje bezpieczeństwo pacjentów. Biorąc pod uwagę to, że na jakość pracy poszczególnych jednostek organizacyjnych wpływa sposób zarządzania menedżerów wysokiego szczebla, część pytań dotyczyła mocnych i słabych stron osób sprawujących kluczowe funkcje, tj. dyrektora naczelnego, lekarza naczelnego oraz pielęgniarki naczelnej. Podobnej ocenie poddano komórki organizacyjne, których praca ma wpływ na wszystkie oddziały szpitala. Skupiono się m.in. na funkcjonowaniu: Centralnego Laboratorium Mikrobiologicznego, Centralnego Laboratorium Analityczno-Biochemicznego, Apteki Szpitalnej oraz Działu Statystyki Rozliczeń i Sprzedaży Usług Medycznych.

Wyniki badań

Niemal połowa kierowników (47,2%) zauważyła pozytywne zmiany w działalności szpitala, takie jak: zwiększenie częstości i dokładności kontroli epidemiologicznych; przekazywanie przez dyrektora istotnych informacji na temat działalności szpitala (np. stopień realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia); nowe inicjatywy (np. przygotowywanie szpitala do procesu akredytacji); unowocześnienie bazy diagnostycznej i leczniczej szpitala; rozbudowa i modernizacja budynków. Wśród korzystnych zjawisk wymieniono ponadto zmianę postawy dyrektora wobec personelu oraz zmianę postawy personelu wobec klienta-pacjenta. Taki sam procent osób uczestniczących w badaniu (47,2%) wysoko ocenił skuteczność audytów wewnętrznych; ocenę bardzo wysoką wystawiło 8,3% kierowników.

Ponad połowa osób uczestniczących w badaniu (55,5%) uważa, że obowiązujący w szpitalu system wynagrodzeń i awansów nie ma wpływu na efektywne zarządzanie pracownikami. Kierownicy najczęściej chcieliby czytelnego systemu premiowania pracowników. Proponowali, aby premie i awans uzależnione były od realizacji kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz efektów pracy i zaangażowania poszczególnych osób. Wskazywali również, że pracownicy powinni znać zasady premiowania tak, by mieli świadomość tego, jakie ich zachowania i działania będą przekładać się na zwiększenie zarobków. Kierownikom zależałoby także na korzystaniu z takiego narzędzia motywowania, jak przyznawanie premii podległym pracownikom, gdyż nagrody społeczne (np. pochwała) postrzegają jako niewystarczające. Chcieliby ponadto, aby system premiowania działał także w odniesieniu do ich własnych starań (dbałość o wysoki poziom

opieki nad pacjentem, prawidłowe funkcjonowanie oddziału, przyjazne środowisko pracy).

Wiele krytycznych uwag odnosiło się do systemu komunikacji wewnątrz szpitala. Zastrzeżenia dotyczyły niedostatecznej funkcjonalności intranetu (strona internetowa, do której dostęp mają wyłącznie pracownicy), szybkości docierania informacji do poszczególnych komórek organizacyjnych, błędnego kierowania pism, np. do nieodpowiednich oddziałów czy zakładów. Na pytanie o sposoby przekazywania informacji (od najczęściej do najrzadziej wykorzystywanego), większość kierowników na pierwszym miejscu zaznaczyła kontakt bezpośredni; zdecydowanie rzadziej wybierano takie odpowiedzi, jak poczta elektroniczna, okresowe raporty o stopniu realizacji zadań, intranet.

W odniesieniu do mechanizmów służących utrzymaniu ciągłości działania podmiotu leczniczego, 66,7% kierowników deklarowało znajomość i prawidłowe funkcjonowanie trybu opracowywania i uaktualniania procedur. Nieco mniej osób uczestniczących w badaniu (63%) zadeklarowało, że w ich jednostce zostały zapewnione mechanizmy służące utrzymaniu ciągłości udzielania świadczeń medycznych oraz opieki nad pacjentem na wypadek sytuacji awaryjnych. Co piąty kierownik (19,4%) wskazał natomiast, że w jego komórce organizacyjnej brakuje takich mechanizmów.

Istotnym warunkiem zapewnienia bezpieczeństwa pacjentom jest zagwarantowanie odpowiedniej liczby personelu. Podczas wymiany doświadczeń w trakcie spotkań organizowanych dla menedżerów ochrony zdrowia, pojawiają się informacje, że stała absencja pracowników w podmiotach leczniczych (zarówno ta związana z planowanymi urlopami, jak i wynikająca z przyczyn chorobowych) utrzymuje się na poziomie 30%. W tym kontekście zasadne wydaje się wypracowanie formalnego systemu zastępstw, który ma odzwierciedlenie w opisach stanowisk, zakresach czynności oraz innych dokumentach regulujących funkcjonowanie komórek organizacyjnych. System zastępstw może być spójny dla całego szpitala bądź uwzględniać specyfikę danego oddziału. Jak wskazują badania własne, taki formalny system zastępstw działa jedynie w co drugim oddziale (52,8% wskazań). Wśród odpowiedzi opisujących sposób radzenia sobie z problemem zapewnienia zastępstwa, szczególnie w sytuacji nagłej, wymieniano – po pierwsze tzw. system zwyczajowy polegający na tym, że obecni przejmują obowiązki osoby zgłaszającej absencję, po drugie – system zastępstw zgodny z opisem stanowisk. Kierownicy, którzy przyznali, że w ich oddziałach nie funkcjonuje formalny system zastępstw, także zapewniali, że potrafią utrzymać ciągłość świadczeń i realizowanych zadań. Warto jednocześnie zauważyć, że połowa

menedżerów średniego szczebla (50%) nie zidentyfikowała w swojej jednostce pracowników, którzy mają kluczowe znaczenie dla jej sprawnego funkcjonowania.

W części dotyczącej oceny prowadzonej jednostki poruszano także aspekty związane z zarządzaniem zespołem. Potrzebę systematycznego przeprowadzania wewnętrznych ocen pracowników wskazało 58% osób. W trakcie realizowania badań ustalono jednak, że zaledwie połowa (50%) kierowników dokonywała takich ocen w swoich jednostkach. Przeprowadzono oceny roczne, półroczne oraz kwartalne (warto zaznaczyć, że w poszczególnych oddziałach wybierano różne przedziały czasowe). Zwraca uwagę to, że tylko jedna osoba uczestnicząca w badaniu korzysta podczas oceny podległych pracowników z przygotowanego w tym celu formularza. Zdecydowana większość kierowników formułuje oceny dotyczące pracownika w bezpośrednim kontakcie z nim, bez odwoływania się do przygotowanych w formie pisemnej kryteriów oceny kompetencji.

Praca osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach oceniana była w skali od 1 do 7 (7 – ocena najwyższa). Średni wynik dla wszystkich ocenianych osób to 5,9. U dyrektora naczelnego wysoko oceniono takie cechy, jak „dostępność” oraz „uprzejmość”, zaś nisko – „otwartość na potrzeby białego personelu” i „umiejętność łagodzenia konfliktów”. Ogólnie nisko oceniono pracę głównego specjalisty ds. polityki personalnej. Treści dotyczące sposobu radzenia sobie menedżerów z zadaniami i problemami charakterystycznymi dla danych stanowisk zamieszczono w tabeli 1.

Tabela 1

Mocne i słabe strony osób na stanowiskach menedżerskich – wypowiedzi kierowników

Stanowisko	Mocne strony (umiejętności, wiedza, postawa)	Słabe strony
Dyrektor naczelnny	<ul style="list-style-type: none"> – otwartość na potrzeby personelu – dostępność – respektowanie norm i ustaleń – konstruktywne rozwiązywanie sytuacji trudnych – dobra orientacja w aspektach prawnych – dbałość o rozwój szpitala i stałe podnoszenie jakości usług medycznych – konsekwencja we wprowadzaniu zmian 	<ul style="list-style-type: none"> – nadmierne uwzględnianie skarg pacjentów i rodzin – brak działań ukierunkowanych na ograniczenie biurokracji – długi okres oczekiwania lub brak odpowiedzi na pisma – od zgłoszenia do rozwiązania problemu upływa dużo czasu
Pielęgniarka naczelnna	<ul style="list-style-type: none"> – właściwy nadzór nad personelem – umiejętność rozwiązywania konfliktów – postawa współpracy 	<ul style="list-style-type: none"> – brak możliwości premiowania

	– kreowanie klimatu organizacyjnego sprzyjającego wprowadzaniu zmian	
Lekarz naczelny	– szybkie reagowanie na problem – dostępność – znajomość różnych aspektów funkcjonowania szpitala, związana z wykonywanym zawodem (anestezjolog) – umiejętność pracy w zespole – podmiotowe podejście do pracowników	– uleganie wpływom pacjentów i rodzin – zbyt szeroki zakres kompetencji – posługiwanie się żargonem administracyjnym, utrudniające komunikację z personelem
Główny specjalista ds. polityki personalnej	– rzetelność – znajomość potrzeb szpitala, pracowników	– brak życzliwości podczas rozmów z nowym pracownikiem – zbyt długi czas oczekiwania na odpowiedź

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Praca jednostek (tab. 2), które pracują na rzecz wszystkich oddziałów, podobnie jak praca osób zatrudnionych na samodzielnych stanowiskach, oceniano w skali od 1 do 7 (7 – ocena najwyższa). Średni wynik dla wszystkich ocenianych jednostek kształtował się na poziomie 5,9.

Tabela 2

Najważniejsze zasoby i deficyty jednostek mających kluczowe znaczenie dla szpitala klinicznego – wypowiedzi kierowników

Jednostka organizacyjna	Mocne strony jednostki organizacyjnej	Słabe strony jednostki organizacyjnej
Centralne Laboratorium Mikrobiologiczne	– sprawność działania – fachowość personelu – przestrzeganie terminów – szeroki zakres wykonywanych badań – entuzjazm – umiejętność współpracy z klinicystami	– pracownie znajdują się w różnych miejscach – brak dostępności wyników badań w sieci komputerowej
Centralne Laboratorium Analityczno-Biochemiczne	– sprawność działania – współpracujący, kompetentny, komunikatywny i empatyczny personel – innowacyjność – wyniki badań dostępne w sieci komputerowej	– bardzo długi czas oczekiwania na wynik w sieci komputerowej
Apteka	– sprawność działania – profesjonalny personel – bardzo dobra współpraca kierownika apteki z oddziałami	– niedoskonały system informacyjny – pracownie znajdują się w różnych miejscach – zdarza się, że sprzęt i leki są zamawiane bez konsultacji z oddziałami

		– zdarza się, że realizacja recept trwa powyżej 24 godz.
Dział Statystyki, Rozliczeń i Sprzedaży Usług Medycznych	– wzorowa obsługa – bezbłędnie wykonuje zadania – fachowość – dobra komunikacja – dobra współpraca	– często nieekonomiczna klasyfikacja rozliczeń

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań.

Osobnego komentarza wymaga wypowiedź dotycząca słabości Działu Statystyki, Rozliczeń i Sprzedaży Usług Medycznych. Zastrzeżenia kierowników dotyczyły „często nieekonomicznej klasyfikacji rozliczeń”. Biorąc pod uwagę to, że roczne kontrakty szpitali klinicznych z Narodowym Funduszem Zdrowia sięgają kwot 200 mln zł, a nawet wyższych, nieprawidłowości w rozliczaniu procedur medycznych mogą oznaczać dla szpitala poważne straty. Niewątpliwie zatem ten fragment wyników badań powinien stać się przedmiotem dodatkowych analiz. W przypadku potwierdzenia występowania nieprawidłowości w rozliczeniach z Narodowym Funduszem Zdrowia konieczne byłoby wdrożenie zmian organizacyjnych, ewentualnie wprowadzenie szkoleń.

Podsumowanie

Analizując zasoby ocenianych osób zarządzających, kierownicy zwrócili uwagę przede wszystkim na dwa aspekty:

- umiejętności komunikacyjne (stąd wypowiedzi takie, jak: „otwartość”, „dobra współpraca”, „dostępność”, „dobra komunikacja” itp.),
- wiedza, umiejętności specjalistyczne i doświadczenie oczekiwane na danym stanowisku (przykłady wypowiedzi: „dobra orientacja w aspektach prawnych”, „profesjonalizm”, „wysokie kompetencje”, „fachowość”, „bzbłędnie wykonuje zadania”).

Jeśli chodzi o deficyty ocenianych osób i jednostek organizacyjnych, należy stwierdzić, że wypowiedzi kierowników koncentrowały się wokół następujących zagadnień:

- problemów organizacyjnych (przykłady wypowiedzi: „pracownie znajdują się w różnych miejscach”, „niedoskonały system informatyczny”),
- szybkości rozwiązywania zadania/problemu (przykłady wypowiedzi: „długi czas oczekiwania lub brak odpowiedzi na pisma”, „długi czas oczekiwania na odpowiedź”, „długie oczekiwanie na realizację zleceń”).

Badania realizowane wśród pracowników powinny być powtarzane regularnie. Ich wyniki stanowią bowiem cenne źródło informacji dla menedżerów zarządzających podmiotem leczniczym w sytuacji projektowania i wdrażania zmian w odpowiedzi na potrzeby sektora usług zdrowotnych.

Bibliografia

- Filipowicz G., *Zarządzanie kompetencjami. Perspektywa firmowa i osobista*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2014.
- Gach D., *Uwarunkowania zachowań indywidualnych w organizacji*, w: *Zachowania organizacyjne. Wybrane zagadnienia*, red. A. Potocki, Difin, Warszawa 2005.
- Jerzyk E., *Wzmacnianie kreatywności pracowników w procesach innowacyjnych*, w: *Uwarunkowania sprawności innowacyjnej przedsiębiorstw*, red. H. Mruk, R. Nestorowicz, Wyd. Uniwersytetu Ekonomicznego, Poznań 2011.
- Kautsch M., Whitfield M., Klich J., *Zarządzanie w opiece zdrowotnej*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Mojs E., Głowacka M.D., *Samoocena a nabywanie kompetencji menedżerskich*, w: *Prawo i psychologia w ochronie zdrowia*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Mrówka R., *Przywództwo*, w: *Kultura organizacyjna w zarządzaniu*, red. G. Aniszewska, PWE, Warszawa 2007.
- Mruk H., Olsztyńska A., *Placówki medyczne jako organizacje uczące się*, w: *Zdrowie społeczne. Edukacja i zarządzanie*, red. M.D. Głowacka, E. Mojs, Wyd. Wyższej Szkoły Komunikacji i Zarządzania, Poznań 2007.
- Oleksyn T., *Zarządzanie kompetencjami. Teoria i praktyka*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2006.
- Pająk K., Zduniak A., *Kierownik w XX wieku. Determinanty psychospołeczne sukcesu*, Dom Wydawniczy Elipsa, Warszawa–Poznań 2003.
- Penc J., *Nowoczesne kierowanie ludźmi. Wywieranie wpływu i współdziałanie w organizacji*, Difin, Warszawa 2007.
- Skalik J., *Zarządzanie zmianami w organizacjach medycznych*, w: *Innowacje organizacyjne w szpitalach*, red. J. Stępniewski, P. Karnieja, M. Kęsy, Wolters Kluwer business, Warszawa 2011.
- Wood M., *Plan marketingowy*, PWE, Warszawa 2007.

INTERNAL EVALUATION MADE BY THE MANAGERIAL STAFF AS A MANAGEMENT TOOL IN HEALTH CARE ENTITIES – THE CASE OF A CLINICAL HOSPITAL

Summary

The paper presents the results of the research aimed at finding out the managers' opinions about the functioning of various aspects of managing a large health care entity such as a clinical hospital. The research was conducted in a clinical hospital in Poznan in the 2012 year. 36 employees – middle managers – participated in the study. The following ones were, among others, evaluated: internal audit effectiveness, the remuneration system, the system of communication inside the hospital, the way of updating procedures and the mechanisms serving to maintain the continuity of

activity in times of emergency. The work of the hospital's management was also evaluated. Nearly 50% of the participants of the study highly evaluated such aspects as, among others: the information flow system and the mechanisms allowing for maintaining the hospital's activity in the case of unpredictable events. The remuneration and promotion system was lower evaluated; in the opinion of 55.5% of the participants it does not have an influence on the effective employee management. Almost 60% of the managers perceived the need for systematic internal evaluation.

Keywords: internal assessment, managerial staff, health care entity management, patient safety

Translated by Jolanta Sielska, Monika Matecka, Eliza Dąbrowska, Joanna Zdanowska

