Politechnika Częstochowska
Wydział Zarządzania

Praca doktorska

lek. Kinga Nicer

Determinanty motywacyjne i organizacyjne wpływające na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych a perspektywa zarządzania kapitałem ludzkim

Motivational and organizational determinants influencing physicians' participation in professional training from a human capital management perspective

Rozprawa doktorska napisana pod opieką naukową
dr hab. inż. Anny Brzozowskiej, profesor uczelni

Częstochowa 2026

SPIS TREŚCI

WSTĘP 5

ROZDZIAŁ 1
ZARZĄDZANIE KAPITAŁEM LUDZKIM W OCHRONIE ZDROWIA – UJĘCIE ORGANIZACYJNE I STRATEGICZNE 17

1.1. Kapitał ludzki i kompetencje jako źródło przewagi w organizacjach usług profesjonalnych (w tym medycznych) 17
1.2. Zarządzanie kompetencjami i talentami lekarzy: planowanie, rozwój, sukcesja 31
1.3. Retencja i zaangażowanie personelu: rotacja, przeciążenie pracą, wypalenie jako wyzwania zarządcze 39
1.4. Systemy rozwoju pracowników: szkolenia, mentoring, coaching, uczenie się w miejscu pracy 51
1.5. Mierzenie efektywności rozwoju (KPI, ROI szkoleń, model Kirkpatricka) w podmiotach leczniczych 60

ROZDZIAŁ 2
MOTYWACJA DO ROZWOJU ZAWODOWEGO JAKO DETERMINANTA ZACHOWAŃ PRACOWNICZYCH – PERSPEKTYWA ZARZĄDZANIA 73

2.1. Teorie motywacji i ich zastosowanie w zarządzaniu 73
2.2. Motywacja do uczenia się i rozwoju: zachowania rozwojowe pracowników i ich uwarunkowania 100
2.3. Bodźce organizacyjne: systemy nagród, awansów, uznania i ich wpływ na partycypację szkoleniową 126
2.4. Bariery uczestnictwa w szkoleniach jako problem zarządzania 146
2.5. Specyfika profesji lekarskiej jako pracownika wiedzy: autonomia, etos, odpowiedzialność, normy środowiskowe 161

ROZDZIAŁ 3
ORGANIZACYJNE I SYSTEMOWE UWARUNKOWANIA SYSTEMU SZKOLEŃ – PRZYWÓDZTWO, KULTURA, DIGITALIZACJA 183

3.1. Strategie szkoleniowe i polityki HR w organizacjach ochrony zdrowia (modele, standardy, *governance*) 183
3.2. Przywództwo i kompetencje decyzyjne kierownictwa jako czynnik sprawności systemu rozwojowego 213
3.3. Kultura organizacyjna i klimat uczenia się (learning organization) jako determinanta zachowań rozwojowych 222
3.4. Digitalizacja i e-learning jako narzędzie zarządzania rozwojem (dostępność, personalizacja, analityka) 232
3.5. Otoczenie instytucjonalne i regulacyjne oraz wątki etyczne (zastosowania na przykładach dynamicznych segmentów rynku usług medycznych, w tym medycyny estetycznej) 251

ROZDZIAŁ 4
METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH 281

4.1. Cel i hipotezy badawcze 281
4.2. Konstrukcja kwestionariusza badawczego 282
4.3. Dobór próby i procedura badawcza 284
4.4. Statystyki opisowe badanej grupy osób 288

ROZDZIAŁ 5
WYNIKI BADAŃ EMPIRYCZNYCH 293

5.1. Opis narzędzi statystycznych 293
5.2. Analiza czynnikowa konfirmacyjna i analiza rzetelności 295
5.3. Statystyczna weryfikacja hipotez badawczych 321
5.4. Analiza wywiadów 335
5.5. Analiza ścieżek SEM 346

ROZDZIAŁ 6
WALIDACJA MODELU SEM 367

PODSUMOWANIE 379

BIBLIOGAFIA 387

SPIS TABEL 411

SPIS RYSUNKÓW 413

ZAŁĄCZNIKI 415

STRESZCZENIE 423

ABSTRACT 427

WSTĘP

Współczesny sektor ochrony zdrowia funkcjonuje w warunkach narastającej złożoności organizacyjnej, regulacyjnej oraz technologicznej, które w istotny sposób redefiniują sposób wykonywania pracy lekarskiej oraz zarządzania zasobami ludzkimi w placówkach medycznych. Dynamiczny rozwój wiedzy medycznej, postęp technologiczny, cyfryzacja procesów klinicznych, a także rosnące oczekiwania społeczne wobec jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych powodują, że utrzymanie wysokiego poziomu kompetencji zawodowych lekarzy staje się jednym z kluczowych wyzwań współczesnych systemów opieki zdrowotnej. W tym kontekście ustawiczne kształcenie lekarzy przestaje pełnić funkcję wyłącznie formalnego obowiązku wynikającego z regulacji zawodowych, a nabiera znaczenia strategicznego, determinując zdolność organizacji ochrony zdrowia do adaptacji, stabilności operacyjnej oraz długofalowej odporności systemowej.

Szkolenia zawodowe lekarzy stanowią istotny mechanizm aktualizacji wiedzy klinicznej, doskonalenia umiejętności diagnostyczno-terapeutycznych oraz adaptacji do zmieniających się standardów postępowania medycznego. Ich znaczenie wykracza jednak poza wymiar stricte merytoryczny. Uczestnictwo lekarzy w szkoleniach wpływa bowiem na jakość procesów klinicznych, bezpieczeństwo pacjentów, efektywność organizacyjną placówek medycznych oraz stabilność zespołów terapeutycznych. W warunkach nasilających się problemów kadrowych, wysokiej rotacji personelu, przeciążenia pracą oraz zjawiska wypalenia zawodowego, szkolenia zawodowe mogą pełnić również funkcję narzędzia wzmacniającego motywację, zaangażowanie oraz identyfikację lekarzy z organizacją. Z tego względu problematyka uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych wymaga analizy nie tylko z perspektywy edukacyjnej, lecz przede wszystkim z punktu widzenia zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia.

Kapitał ludzki w organizacjach medycznych stanowi zasób o charakterze strategicznym, którego wartość wynika z połączenia wiedzy specjalistycznej, doświadczenia klinicznego, kompetencji decyzyjnych oraz norm etycznych właściwych dla zawodów medycznych. W odróżnieniu od zasobów materialnych i technologicznych, kapitał ludzki charakteryzuje się wysokim stopniem trudności odtworzeniowej, silnym osadzeniem w trajektoriach rozwoju zawodowego oraz zależnością od uwarunkowań organizacyjnych i kulturowych. Oznacza to, że organizacje ochrony zdrowia nie dysponują możliwością szybkiej substytucji utraconych

kompetencji lekarskich, a proces ich odbudowy wymaga długotrwałych i kosztownych działań rozwojowych. W tym sensie szkolenia zawodowe lekarzy stanowią jeden z podstawowych mechanizmów reprodukcji i rozwoju kapitału ludzkiego, warunkujący zdolność organizacji do utrzymania jakości i ciągłości opieki zdrowotnej.

Pomimo powszechnego uznania znaczenia ustawicznego kształcenia lekarzy, analiza literatury przedmiotu wskazuje na istotne ograniczenia dotychczasowych ujęć badawczych. Dominujące opracowania koncentrują się najczęściej na formalnych aspektach systemu szkoleń, takich jak dostępność kursów, obowiązki certyfikacyjne, ramy prawne czy oferta edukacyjna instytucji szkoleniowych. W znacznie mniejszym stopniu podejmowana jest problematyka indywidualnych motywacji lekarzy do uczestnictwa w szkoleniach oraz roli czynników organizacyjnych i zarządczych, które mogą to uczestnictwo wzmacniać lub ograniczać. W szczególności brakuje badań integrujących perspektywę motywacyjną z perspektywą zarządzania kapitałem ludzkim, uwzględniających jednocześnie uwarunkowania systemowe funkcjonowania ochrony zdrowia.

Z perspektywy teorii zarządzania zasobami ludzkimi oraz nurtu zasobowego, uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych nie stanowi wyłącznie indywidualnej decyzji jednostki, lecz pozostaje rezultatem współoddziaływania motywacji wewnętrznej i zewnętrznej, polityk zarządczych, kultury organizacyjnej, dostępności zasobów finansowych i logistycznych oraz uwarunkowań systemowych. Decyzje lekarzy dotyczące rozwoju zawodowego są osadzone w konkretnych realiach organizacyjnych, które mogą sprzyjać akumulacji kompetencji lub prowadzić do ich stagnacji i erozji. W tym kontekście szkolenia zawodowe jawią się jako narzędzie zarządcze, którego efektywność zależy od stopnia dopasowania do potrzeb lekarzy, specyfiki ich specjalizacji oraz strategii rozwoju organizacji medycznej.

Szczególnego znaczenia nabiera problematyka motywacji lekarzy do uczestnictwa w szkoleniach zawodowych. Motywacja ta posiada charakter wielowymiarowy i obejmuje zarówno komponenty wewnętrzne, takie jak potrzeba rozwoju kompetencji, satysfakcja zawodowa czy poczucie odpowiedzialności klinicznej, jak i komponenty zewnętrzne, związane z systemami nagród, możliwościami awansu, polityką zarządczą oraz presją instytucjonalną. Relacje między tymi komponentami pozostają złożone i zróżnicowane w zależności od specjalizacji lekarskiej, etapu kariery zawodowej oraz kontekstu organizacyjnego. Niedostateczne rozpoznanie tych zależności prowadzi do projektowania systemów szkoleniowych, które nie odpowiadają realnym potrzebom lekarzy i nie przynoszą oczekiwanych efektów w postaci wzrostu zaangażowania i jakości pracy.

Równocześnie istotną rolę odgrywają czynniki organizacyjne, w tym kompetencje przywódcze kadry zarządzającej, strategie szkoleniowe placówek medycznych, kultura organizacyjna sprzyjająca uczeniu się oraz stopień digitalizacji procesów edukacyjnych. Decyzje zarządów dotyczące alokacji środków na szkolenia, organizacji czasu pracy, dostępności e-learningu czy wsparcia logistycznego w istotny sposób wpływają na możliwość i skłonność lekarzy do uczestnictwa w szkoleniach. Brak spójnej polityki szkoleniowej, niedostateczna komunikacja lub ograniczona elastyczność organizacyjna mogą stanowić istotne bariery rozwoju zawodowego, nawet w sytuacji wysokiej motywacji indywidualnej.

W kontekście polskiego systemu ochrony zdrowia problematyka ta nabiera szczególnego znaczenia. System ten charakteryzuje się wysokim stopniem regulacji, dominacją finansowania publicznego, ograniczoną elastycznością organizacyjną oraz chronicznymi niedoborami kadrowymi. Uwarunkowania systemowe, w tym regulacje Narodowego Funduszu Zdrowia, ramy prawne wykonywania zawodu lekarza oraz mechanizmy kontraktowania świadczeń, wpływają bezpośrednio na możliwości organizacyjne placówek medycznych w zakresie planowania i realizacji szkoleń zawodowych. Jednocześnie zróżnicowanie regionalne, specjalizacyjne oraz strukturalne powoduje, że dostęp do szkoleń oraz warunki ich realizacji pozostają nierównomierne.

Na tle powyższych uwarunkowań zidentyfikowano istotną lukę badawczą polegającą na braku kompleksowego, empirycznie zweryfikowanego modelu determinant uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych, który integrowałby czynniki motywacyjne, organizacyjne i systemowe w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim. Dotychczasowe badania nie dostarczają spójnego ujęcia relacji pomiędzy indywidualnymi decyzjami lekarzy a politykami zarządczymi placówek medycznych oraz ramami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Brak takiego modelu utrudnia formułowanie skutecznych strategii szkoleniowych oraz ogranicza możliwość wykorzystania szkoleń jako narzędzia stabilizacji i rozwoju kapitału ludzkiego.

Celem głównym niniejszej rozprawy doktorskiej jest identyfikacja i analiza determinant motywacyjnych i organizacyjnych wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych oraz ocena ich znaczenia w kontekście zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia. Realizacja tego celu umożliwia pogłębione zrozumienie mechanizmów kształtujących decyzje lekarzy dotyczące rozwoju zawodowego oraz pozwala na sformułowanie rekomendacji zarządczych ukierunkowanych na zwiększenie efektywności systemów szkoleniowych.

Problem badawczy rozprawy koncentruje się na pytaniu o to, jakie czynniki motywacyjne, organizacyjne i systemowe determinują uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych oraz w jaki sposób ich uwzględnienie może przyczynić się do poprawy efektywności zarządzania kapitałem ludzkim w placówkach medycznych. W ramach problemu głównego sformułowano pytania szczegółowe dotyczące roli polityk zarządczych, dostępności finansowej i logistycznej szkoleń, kompetencji przywódczych zarządów, wpływu digitalizacji, kultury organizacyjnej, zróżnicowania specjalizacyjnego oraz uwarunkowań systemowych.

Na potrzeby rozprawy przyjęto tezę, zgodnie z którą *uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych jest determinowane przez współoddziaływanie motywacji wewnętrznej i zewnętrznej, czynników organizacyjnych oraz uwarunkowań systemowych, a efektywne zarządzanie kapitałem ludzkim umożliwia zwiększenie zaangażowania lekarzy w rozwój zawodowy poprzez dostosowanie strategii szkoleniowych do ich potrzeb i specyfiki specjalizacji*. Weryfikacja tej tezy została oparta na badaniach empirycznych o charakterze ilościowym, przeprowadzonych wśród lekarzy różnych specjalizacji oraz kadry kierowniczej placówek ochrony zdrowia w Polsce.

W celu empirycznej weryfikacji sformułowanej tezy określono zasadniczy cel badawczy, którym pozostaje *identyfikacja oraz pogłębiona analiza kluczowych determinant o charakterze motywacyjnym i organizacyjnym, wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych, a także ocena znaczenia tych determinant w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia*. Problem badawczy rozprawy koncentruje się na *rozpoznaniu czynników motywacyjnych, organizacyjnych oraz systemowych determinujących aktywność szkoleniową lekarzy oraz na ustaleniu, w jaki sposób ich uwzględnienie w praktyce zarządczej może przyczynić się do podniesienia efektywności zarządzania kapitałem ludzkim w placówkach medycznych*. Z punktu widzenia tak zdefiniowanego celu i problemu badawczego sformułowano dziewięć pytań szczegółowych oraz odpowiadające im hipotezy badawcze, które przedstawiono w dalszej części pracy.

W celu operacjonalizacji sformułowanego problemu badawczego oraz zapewnienia jego empirycznej weryfikowalności, zasadniczy cel rozprawy został zdekomponowany na zestaw szczegółowych pytań badawczych. Ich konstrukcja odzwierciedla wielowymiarowy charakter analizowanego zjawiska, ujmując uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych jako rezultat współoddziaływania czynników motywacyjnych, organizacyjnych i systemowych. Przyjęte pytania badawcze obejmują zarówno perspektywę indywidualną lekarzy, związaną z ich motywacją do rozwoju zawodowego, jak i perspektywę organizacyjną oraz instytucjonalną, determinowaną przez polityki zarządcze placówek medycznych,

kompetencje kadry kierowniczej oraz uwarunkowania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Tak zaprojektowany układ pytań badawczych umożliwia kompleksową analizę mechanizmów kształtujących decyzje lekarzy w zakresie aktywności szkoleniowej, a jednocześnie pozwala na identyfikację obszarów o kluczowym znaczeniu dla efektywnego zarządzania kapitałem ludzkim w organizacjach medycznych. Na tej podstawie sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jakie polityki zarządcze i strategie szkoleniowe wspierają uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych?
2. W jaki sposób dostępność finansowa i logistyczna wpływa na decyzje lekarzy o udziale w szkoleniach?
3. Jakie są różnice w motywacji wewnętrznej i zewnętrznej lekarzy oraz zarządu w kontekście rozwoju zawodowego?
4. Jak kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządów oddziałują na organizację szkoleń?
5. Jaki wpływ na uczestnictwo w szkoleniach ma digitalizacja i e-learning?
6. W jaki sposób kultura organizacyjna kształtuje podejście do rozwoju zawodowego lekarzy?
7. Czy istnieją znaczące różnice w podejściu do szkoleń między różnymi specjalizacjami lekarskimi?
8. Jak uwarunkowania systemowe (np. NFZ, regulacje prawne) wpływają na dostęp do szkoleń?
9. Jaka jest świadomość lekarzy i zarządów dotycząca wiedzy z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego?

Na podstawie powyższych celów, dokonano weryfikacji postawionych hipotez badawczych:

1. Wyższa dostępność finansowa i logistyczna szkoleń pozytywnie koreluje z większym uczestnictwem lekarzy w szkoleniach.
2. Motywacja wewnętrzna lekarzy (np. chęć rozwoju osobistego) ma większy wpływ na uczestnictwo w szkoleniach niż motywacja zewnętrzna (np. premie finansowe).
3. Kompetencje przywódcze zarządów są istotnym predyktorem skuteczności organizacji szkoleń.
4. Digitalizacja i e-learning zwiększają dostępność szkoleń, szczególnie w mniej zurbanizowanych regionach.
5. Silna kultura organizacyjna sprzyjająca rozwojowi zawodowemu zwiększa zaangażowanie lekarzy w szkolenia.

6. Istnieją znaczące różnice w motywacji do uczestnictwa w szkoleniach między lekarzami różnych specjalizacji.
7. Uwarunkowania systemowe, takie jak regulacje NFZ, ograniczają elastyczność w organizacji szkoleń.
8. Wyższa świadomość dotycząca korzyści płynących ze szkoleń koreluje z większą aktywnością lekarzy w rozwoju zawodowym.

W celu weryfikacji sformułowanych hipotez badawczych oraz realizacji założonych celów poznawczych i aplikacyjnych, dysertacja została podzielona na sześć rozdziałów, poprzedzonych wstępem i zakończonych podsumowaniem. Przyjęta struktura pracy umożliwia systematyczne i logicznie spójne przedstawienie problematyki badawczej, obejmując w części teoretycznej krytyczną analizę krajowej i zagranicznej literatury przedmiotu w zakresie motywacji do rozwoju zawodowego lekarzy oraz zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia. Część empiryczna pracy prezentuje kolejne etapy procesu badawczego, w tym operacjonalizację zmiennych, zastosowaną metodykę badań ilościowych oraz analizę wyników, prowadzącą do identyfikacji determinant motywacyjnych, organizacyjnych i systemowych wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. Całość wywodu badawczego podporządkowana została konstrukcji modelu zarządzania kapitałem ludzkim, który uwzględnia znaczenie szkoleń zawodowych jako instrumentu wspierającego rozwój kompetencji lekarskich oraz efektywność funkcjonowania placówek medycznych.

Zakres pracy obejmuje analizę teoretyczną dorobku nauk o zarządzaniu, psychologii motywacji oraz zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, a także empiryczne rozpoznanie determinant uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych. Przyjęta metodologia badawcza pozwala na uchwycenie złożonych relacji pomiędzy zmiennymi motywacyjnymi, organizacyjnymi i systemowymi oraz ich znaczenia dla praktyki zarządczej. Struktura rozprawy została podporządkowana logice stopniowego pogłębiania analizy. W części teoretycznej przedstawiono przegląd koncepcji motywacji oraz zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia. Część empiryczna obejmuje charakterystykę metodyki badań, analizę wyników oraz dyskusję w odniesieniu do literatury przedmiotu. Całość pracy zamykają wnioski i rekomendacje o charakterze aplikacyjnym, adresowane do kadry zarządzającej placówkami medycznymi oraz decydentów systemowych.

Badaniem objęto lekarzy reprezentujących różne specjalizacje medyczne oraz kadrę kierowniczą jednostek ochrony zdrowia funkcjonujących na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Liczebność próby badawczej wynosi 712 respondentów, co umożliwia uzyskanie wyników o wysokim stopniu reprezentatywności, z uwzględnieniem zróżnicowania zawodowego,

geograficznego oraz demograficznego badanej populacji. W skład próby wchodzą lekarze rezydenci, lekarze specjaliści, a także osoby pełniące funkcje kierownicze, w szczególności menedżerowie i dyrektorzy placówek medycznych. Taki dobór podmiotu badawczego stwarza warunki do wielowymiarowej analizy determinant uczestnictwa w szkoleniach zawodowych, zarówno z perspektywy lekarzy jako bezpośrednich uczestników procesów szkoleniowych, jak i z perspektywy decydentów organizacyjnych odpowiedzialnych za kształtowanie polityk szkoleniowych. Respondenci pochodzą z różnych regionów kraju, obejmujących obszary miejskie i wiejskie, co umożliwia uwzględnienie uwarunkowań lokalnych w interpretacji uzyskanych wyników empirycznych. Badanie empiryczne zostało zrealizowane z zastosowaniem metody sondażu diagnostycznego, przy wykorzystaniu autorskiego kwestionariusza ankiety zatytułowanego *Determinanty uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych*. Narzędzie badawcze zostało udostępnione respondentom przede wszystkim w formie elektronicznej, za pośrednictwem dedykowanej platformy internetowej, z jednoczesnym zapewnieniem wersji papierowej dla osób preferujących tradycyjny sposób udziału w badaniu. Dystrybucja kwestionariusza została przeprowadzona z wykorzystaniem kanałów instytucjonalnych, obejmujących organizacje branżowe, w szczególności okręgowe izby lekarskie, stowarzyszenia medyczne, a także bezpośredni kontakt z wybranymi publicznymi i prywatnymi placówkami ochrony zdrowia. W procesie doboru próby zastosowano losowy dobór warstwowy, uwzględniający kryteria specjalizacji lekarskiej, typu placówki medycznej oraz regionu geograficznego. Przed przystąpieniem do badania wszyscy uczestnicy zostali poinformowani o celu badania, jego dobrowolnym charakterze oraz zasadach przetwarzania danych. Zapewniono pełną anonimowość respondentów, a gromadzenie i analiza danych odbywały się zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych. Kwestionariusz ankiety składa się z części metrycznej, obejmującej zmienne socjodemograficzne i zawodowe, oraz z zestawu twierdzeń ocenianych przy użyciu pięciostopniowej skali Likerta, od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”. Taka konstrukcja narzędzia badawczego umożliwia przeprowadzenie ilościowej analizy statystycznej badanych zależności. Po zakończeniu etapu gromadzenia danych przeprowadzono analizę statystyczną z wykorzystaniem pakietów SPSS oraz AMOS, obejmującą między innymi analizę korelacji, modele regresji oraz analizę wariancji, co pozwala na empiryczną weryfikację sformułowanych hipotez badawczych.

Treści ujęte w pierwszym rozdziale dysertacji koncentrują się na teoretycznych podstawach analizy uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim. W rozdziale dokonano krytycznego przeglądu krajowej

i zagranicznej literatury przedmiotu, obejmującej koncepcje kapitału ludzkiego, teorie motywacji do rozwoju zawodowego oraz współczesne modele zarządzania zasobami ludzkimi w sektorze ochrony zdrowia. W celu uporządkowania wywodu teoretycznego usystematyzowano kluczowe pojęcia i definicje odnoszące się do motywacji wewnętrznej i zewnętrznej, rozwoju kompetencji zawodowych oraz roli szkoleń w procesach akumulacji i reprodukcji kapitału ludzkiego. Szczególną uwagę poświęcono specyfice funkcjonowania organizacji medycznych jako organizacji usług profesjonalnych, w których rozwój kompetencji lekarzy pozostaje bezpośrednio powiązany z jakością procesów klinicznych i bezpieczeństwem pacjentów. W dalszej części rozdziału przedstawiono determinanty organizacyjne i systemowe wpływające na kształtowanie polityk szkoleniowych w placówkach ochrony zdrowia, uwzględniając uwarunkowania regulacyjne, finansowe oraz strukturalne polskiego systemu ochrony zdrowia. Rozdział pierwszy tworzy tym samym teoretyczną podstawę dla dalszych analiz empirycznych, umożliwiając osadzenie badań własnych w spójnym aparacie pojęciowym i koncepcyjnym.

Rozdział drugi dysertacji poświęcono analizie determinant motywacyjnych i organizacyjnych uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych, ujmowanych w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia. W rozdziale skoncentrowano się na identyfikacji i charakterystyce mechanizmów, które kształtują decyzje lekarzy dotyczące podejmowania aktywności szkoleniowej, ze szczególnym uwzględnieniem roli polityk zarządczych, strategii szkoleniowych oraz kompetencji przywódczych kadry kierowniczej placówek medycznych. Przedstawiono znaczenie dostępności finansowej i logistycznej szkoleń jako czynnika warunkującego możliwość uczestnictwa lekarzy w procesach doskonalenia zawodowego, a także omówiono wpływ systemów motywacyjnych oraz narzędzi zarządczych na poziom zaangażowania szkoleniowego personelu medycznego. W dalszej części rozdziału dokonano analizy znaczenia kultury organizacyjnej sprzyjającej uczeniu się oraz roli digitalizacji i e-learningu w zwiększaniu dostępności i elastyczności form szkoleniowych. Uwzględniono również zróżnicowanie specjalizacyjne lekarzy oraz wynikające z niego różnice w potrzebach szkoleniowych i motywacji do rozwoju zawodowego. Rozdział drugi stanowi rozwinięcie i operacjonalizację rozważań teoretycznych przedstawionych w rozdziale pierwszym, tworząc bezpośrednie zaplecze koncepcyjne dla części empirycznej dysertacji.

Rozdział trzeci dysertacji poświęcono metodyce badań własnych oraz charakterystyce przyjętego projektu badawczego, ukierunkowanego na empiryczną identyfikację determinant motywacyjnych, organizacyjnych i systemowych wpływających na uczestnictwo lekarzy

w szkoleniach zawodowych. W rozdziale określono przedmiot i podmiot badań, sformułowano założenia metodologiczne oraz uzasadniono wybór ilościowej strategii badawczej jako adekwatnej do charakteru postawionych problemów i hipotez badawczych. Przedstawiono proces doboru próby badawczej, uwzględniający zróżnicowanie specjalizacyjne, organizacyjne i regionalne respondentów, a także scharakteryzowano zastosowane narzędzie badawcze w postaci autorskiego kwestionariusza ankiety. W dalszej części rozdziału omówiono procedurę gromadzenia danych, zasady zapewnienia anonimowości i zgodności z obowiązującymi regulacjami dotyczącymi ochrony danych osobowych oraz zastosowane metody analizy statystycznej, w tym techniki umożliwiające weryfikację sformułowanych hipotez badawczych. Rozdział trzeci tworzy metodologiczną podstawę dla prezentacji i interpretacji wyników badań empirycznych, stanowiących zasadniczy element części aplikacyjnej dysertacji.

Rozdział czwarty dysertacji poświęcono metodycznym podstawom badań własnych i stanowi on rygorystyczny fundament empirycznej części pracy. W rozdziale dokonano precyzyjnego określenia celu badania oraz sformalizowania zestawu hipotez badawczych, odnoszących się do zależności pomiędzy determinantami motywacyjnymi, organizacyjnymi i systemowymi a uczestnictwem lekarzy w szkoleniach zawodowych w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim. Szczegółowo przedstawiono konstrukcję autorskiego kwestionariusza badawczego, zaprojektowanego do pomiaru wielowymiarowych konstruktów latentnych, obejmujących między innymi: polityki zarządcze, motywację, kompetencje przywódcze, digitalizację, kulturę organizacyjną, uwarunkowania systemowe, wiedzę zawodową oraz etykę zarządczą. W dalszej części rozdziału scharakteryzowano procedurę doboru próby badawczej oraz przebieg badania empirycznego, z uwzględnieniem zastosowania metody celowo-warstwowej, kryteriów włączenia i wyłączenia respondentów, a także działań zapewniających rzetelność i jakość pozyskiwanych danych. Zaprezentowano również statystyki opisowe badanej grupy respondentów, obejmujące charakterystykę socjodemograficzną i zawodową lekarzy oraz kadry kierowniczej placówek ochrony zdrowia, co umożliwia osadzenie dalszych analiz w odpowiednim kontekście empirycznym. Całość rozdziału czwartego ustanawia spójne i metodologicznie uzasadnione ramy badawcze, stanowiące bezpośrednią podstawę dla analizy wyników badań empirycznych i weryfikacji hipotez w kolejnych częściach dysertacji.

Rozdział piąty dysertacji stanowi zasadniczą część empiryczną pracy i koncentruje się na prezentacji oraz interpretacji wyników przeprowadzonych badań empirycznych, odnoszących się do determinant motywacyjnych, organizacyjnych i systemowych

wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. Rozdział ten bezpośrednio realizuje cel główny oraz cele szczegółowe rozprawy, dostarczając empirycznych podstaw do weryfikacji sformułowanych hipotez badawczych oraz do oceny przyjętego modelu teoretycznego w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia. Struktura rozdziału ma charakter dwuetapowy. W pierwszej części skoncentrowano się na walidacji metodologicznej narzędzia badawczego, obejmującej analizę właściwości psychometrycznych zastosowanego kwestionariusza ankiety. Przedstawiono wyniki konfirmacyjnej analizy czynnikowej oraz analiz rzetelności, które potwierdziły trafność teoretyczną, spójność wewnętrzną i stabilność pomiarową wyodrębnionych konstruktów latentnych. Etap ten stanowi niezbędny warunek wiarygodności dalszych analiz statystycznych oraz umożliwia interpretację uzyskanych wyników w odniesieniu do przyjętych założeń teoretycznych. Druga część rozdziału poświęcona została zasadniczej analizie empirycznej zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Zaprezentowano wyniki statystycznej weryfikacji hipotez badawczych, obejmujące analizy korelacyjne, testy różnic oraz modele regresyjne, umożliwiające ocenę kierunku i siły związków pomiędzy determinantami motywacyjnymi, organizacyjnymi i systemowymi a poziomem uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych. Uzupełnieniem tej analizy jest zastosowanie modelowania równań strukturalnych (SEM), które pozwoliło na jednoczesną ocenę złożonej sieci zależności bezpośrednich i pośrednich pomiędzy zmiennymi latentnymi oraz na identyfikację kluczowych czynników o największym znaczeniu predykcyjnym. Wyniki zaprezentowane w rozdziale piątym umożliwiły hierarchizację determinant uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych oraz empiryczne potwierdzenie roli takich obszarów, jak polityki zarządcze, dostępność finansowa i logistyczna, kompetencje przywódcze, digitalizacja procesów rozwojowych, kultura organizacyjna oraz uwarunkowania systemowe. Rozdział ten stanowi zatem empiryczny fundament dla dalszych wniosków syntetycznych oraz rekomendacji zarządczych, rozwijanych w kolejnych częściach dysertacji.

Rozdział szósty dysertacji poświęcono walidacji autorskiego modelu badawczego, opracowanego na podstawie wyników analiz empirycznych przedstawionych w rozdziale piątym. Celem tego rozdziału jest potwierdzenie trafności, stabilności oraz zdolności predykcyjnej przyjętego modelu równań strukturalnych (SEM), opisującego zależności pomiędzy determinantami motywacyjnymi, organizacyjnymi i systemowymi a uczestnictwem lekarzy w szkoleniach zawodowych w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia. W rozdziale przedstawiono wieloetapowy proces walidacji modelu,

obejmujący zarówno ocenę jakości pomiarowej zmiennych latentnych, jak i weryfikację struktury zależności przyczynowo-skutkowych. Dokonano szczegółowej analizy dopasowania modelu do danych empirycznych z wykorzystaniem rygorystycznych wskaźników statystycznych, takich jak RMSEA, CFI, TLI oraz iloraz χ^2/df, co umożliwiło jednoznaczną ocenę adekwatności modelu teoretycznego. Przeprowadzona walidacja potwierdziła wysoką jakość estymacji oraz spójność przyjętych założeń koncepcyjnych z wynikami badań empirycznych. Istotnym elementem rozdziału jest również analiza stabilności modelu, zrealizowana poprzez zastosowanie procedur walidacji krzyżowej, pozwalających na ocenę powtarzalności i odporności uzyskanych zależności na zmiany składu próby badawczej. Uzyskane wyniki umożliwiły ocenę zdolności modelu do wyjaśniania zmienności poziomu uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych oraz potwierdziły jego przydatność jako narzędzia analitycznego w badaniach nad zarządzaniem kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia. Rozdział szósty zamyka empiryczną część dysertacji, dostarczając syntetycznej i metodologicznie uzasadnionej oceny opracowanego modelu badawczego. Stanowi on bezpośrednią podstawę do sformułowania wniosków końcowych oraz rekomendacji o charakterze poznawczym i aplikacyjnym, odnoszących się do projektowania i doskonalenia strategii szkoleniowych oraz systemów zarządzania rozwojem zawodowym lekarzy w placówkach medycznych.

Dysertację zamyka podsumowanie, stanowiące syntetyczne ujęcie przeprowadzonych badań empirycznych oraz kluczowych wniosków wynikających z realizacji sformułowanego celu głównego i celów szczegółowych, a także z weryfikacji postawionych hipotez badawczych. W części tej dokonano integracji rezultatów analiz teoretycznych i empirycznych, wskazując ich znaczenie dla rozwoju wiedzy w obszarze zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia oraz dla praktyki zarządczej w placówkach medycznych. Uzupełnieniem rozprawy jest wykaz tabel i rysunków zamieszczonych w pracy, a także bibliografia obejmująca wykorzystane źródła krajowe i zagraniczne, stanowiące podstawę przeprowadzonych analiz.

Przyjęta struktura rozprawy umożliwia identyfikację kluczowych aspektów oraz determinant motywacyjnych, organizacyjnych i systemowych oddziałujących na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia. Przedstawione analizy, obejmujące krytyczny przegląd literatury przedmiotu, analizę dokumentów i raportów branżowych, a także wyniki przeprowadzonych badań empirycznych o charakterze ilościowym, stanowią podstawę do opracowania autorskiego modelu determinant uczestnictwa lekarzy w procesach

doskonalenia zawodowego. Zastosowanie zróżnicowanych technik analizy statystycznej oraz kompleksowe, wielowymiarowe ujęcie badanego zagadnienia umożliwiły uzyskanie pogłębionego obrazu mechanizmów kształtujących aktywność szkoleniową lekarzy w polskim systemie ochrony zdrowia, a także sformułowanie merytorycznie uzasadnionych wniosków i rekomendacji dotyczących doskonalenia strategii zarządzania kapitałem ludzkim w placówkach medycznych.

Rozdział 1
Zarządzanie kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia – ujęcie organizacyjne i strategiczne

1.1. Kapitał ludzki i kompetencje jako źródło przewagi w organizacjach usług profesjonalnych (w tym medycznych)

Kapitał ludzki stanowi jedną z najstarszych i najtrwalszych kategorii analitycznych współczesnych nauk o zarządzaniu i jakości. W nomenklaturze teorii organizacji termin ten identyfikuje zasób powiązany z potencjałem intelektualnym i operacyjnym pracowników, determinującym zdolność organizacji do wytwarzania wartości oraz generowania trwałej przewagi konkurencyjnej[1]. W ujęciach makroekonomicznych kapitał ludzki traktowany jest jako agregatowa wartość wiedzy, zdolności i kompetencji populacji pracowniczej. Na poziomie organizacji wskazuje na podmiotową charakterystykę pracowników, obejmującą poziom profesjonalizacji, posiadane kwalifikacje, dyspozycje poznawcze oraz uwewnętrznione wzorce działania[2]. W ujęciu teoretycznym kapitał ludzki funkcjonuje jako kategoria hybrydowa, sytuowana na przecięciu ekonomii instytucjonalnej, nauk o organizacji oraz epistemologii wiedzy. Konceptualizacja tego kapitału obciąża się koniecznością integracji perspektywy ontologicznej, która identyfikuje pracowników jako nośniki zasobów, z perspektywą epistemiczną, według której rdzeniowe znaczenie posiada dystrybucja i replikacja wiedzy. Kapitał ludzki przyjmuje zatem charakter zasobu o zróżnicowanej strukturze wewnętrznej: obejmuje komponenty jawne (formalizowane kompetencje, kwalifikacje zawodowe, certyfikaty, licencje) oraz niejawne (intuicyjne wzorce decyzyjne, internalizacja norm profesjonalnych, heurystyki i schematy kategoryzacyjne). Ta dychotomia wskazuje na podwyższoną złożoność procesów zarządczych, gdyż część struktury kapitału ludzkiego funkcjonuje poza standardowymi reżimami pomiarowymi oraz audytowymi. Jednocześnie kapitał ludzki konstytuuje podstawowy komponent modeli zasobowych przedsiębiorstwa (Resource Based View oraz Knowledge Based View), w których organizacja traktowana jest

[1] K. Szopik-Depczyńska, W. Korzeniewicz, Kapitał ludzki w modelu wartości przedsiębiorstwa. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego*, 2011, 24: 177-203.
[2] Z. Ciekanowski, Kapitał ludzki najistotniejszym elementem w organizacji: Human capital the most important element in the organization. *Management and Administration Journal*, 2014, 28.101: 135-148.

jako struktura koordynacji wiedzy operacyjnej[3]. W tych nurtach teoretycznych kapitał ludzki uzyskuje rangę zasobu strategicznego, którego wartość określa się przez spełnienie kryteriów VRIN (*Value*, *Rarity*, *Inimitability*, *Non-substitutability*)[4]. Wartość wynika z potencjału generowania przepływów ekonomicznych. Rzadkość identyfikuje niepowszechny charakter określonych kwalifikacji. Odporność na imitację determinowana jest poprzez osadzenie kompetencji w historii organizacji, ścieżkach doświadczeń zawodowych oraz specyficznych interakcjach społecznych. Brak substytutów wynika z charakteru pracy opartej na wiedzy, której reprodukcja nie podlega prostemu zastąpieniu technologią lub automatyzacją.

W literaturze przedmiotu akcentuje się, że kapitał ludzki odznacza się dynamiką rozwojową, a więc podlega procesom akumulacji, konwersji oraz dyfuzji. Akumulacja obejmuje progresję edukacyjną, zwiększanie profesjonalizacji i wzrost poziomu refleksyjności zawodowej[5]. Konwersja realizuje się w procesach translacji wiedzy indywidualnej w wiedzę organizacyjną, obejmującą manuale operacyjne, standardy diagnostyczne, procedury obsługowe oraz systemy decyzji eksperckich[6]. Dyfuzja występuje w procesach mentoringu, pracy zespołowej i rotacyjnych struktur projektowych, gdzie kapitał ludzki przechodzi z poziomu jednostkowego do poziomu organizacyjnego, generując synergiczne multiplikatory wartości. W organizacjach usług profesjonalnych, ze szczególnym uwzględnieniem sektora medycznego, kapitał ludzki posiada funkcję infrastrukturalną[7]. To znaczy, że jego wartość nie ogranicza się do wymiaru operacyjnego, lecz współtworzy architekturę procesów. Specyfika usług eksperckich, obciążonych wysokim ryzykiem błędu usługowego, intensywnym reżimem regulacyjnym oraz krytyczną odpowiedzialnością społeczną, powoduje, że kapitał ludzki kreuje strukturalne granice efektywności organizacji. Wartość organizacji medycznej ulega zatem sprzężeniu z poziomem zaawansowania kompetencyjnego personelu oraz z jakością powiązań między wiedzą specjalistyczną, doświadczeniem klinicznym i standardami deontologicznymi. W konsekwencji kapitał ludzki w organizacjach usług profesjonalnych staje się kategorią konstytutywną dla architektury przewagi strategicznej. Nie stanowi wyłącznie zasobu eksploatowanego w procesie świadczenia usług, lecz działa jako nośnik tożsamości instytucjonalnej, narzędzie legitymizacji rynkowej i fundament zdolności adaptacyjnych.

[3] V. Pereira, U. Bamel, Extending the resource and knowledge based view: A critical analysis into its theoretical evolution and future research directions. *Journal of Business Research*, 2021, 132: 557-570.
[4] A. Wójcik-Karpacz, Zdolności dynamiczne versus zdolności operacyjne. *Organizacja i Kierowanie*, 2017, 175.1: 51-70.
[5] A. Butkiewicz-Schodowska, Kapitał ludzki we współczesnym zarządzaniu przedsiębiorstwami. *Współczesne Problemy Ekonomiczne. Globalizacja. Liberalizacja. Etyka.*, 2015, 11: 115-123.
[6] I. Sadowski, A. Zawistowska, Mobilność społeczna jako konwersja kapitałów. *Zoon Politikon*, 2015, 6: 43-59.
[7] G. Wronowska, Konwergencja czy dywergencja w obszarze kapitału ludzkiego? *Marketing i Zarządzanie*, 2018, 51.1: 397-408.

Kapitał ludzki determinuje granice skalowalności działalności usługowej, intensywność innowacyjności oraz zdolność do operacjonalizacji wiedzy eksperckiej w warunkach zmienności otoczenia. W literaturze uznaje się zatem, że kapitał ludzki nie podlega tylko klasycznym reżimom zarządzania zasobami, lecz wymaga instrumentarium charakterystycznego dla teorii wiedzy, epistemologii kompetencji i socjologii profesji, a jego struktura łączy sfery poznawcze, normatywne i operacyjne organizacji[8].

W organizacjach usług profesjonalnych, rozumianych jako wyspecjalizowane podmioty opierające swoją działalność na świadczeniu usług intensywnych wiedzochłonnie, takich jak kancelarie prawne, firmy konsultingowe, ośrodki diagnostyczne oraz zakłady opieki zdrowotnej, kapitał ludzki przejmuje funkcję podstawowego aktywa produkcyjnego. W tych organizacjach infrastruktura techniczna, aktywa materialne oraz technologie teleinformatyczne posiadają charakter komplementarny wobec kompetencji i kwalifikacji personelu[9]. Z tej przyczyny struktura organizacji usług profesjonalnych ulega adaptacji pod kątem maksymalizacji produktywności wiedzy oraz intensyfikacji jej translacji w wartość rynkową.

Kapitał ludzki, zgodnie z ustaleniami wywiedzionymi z nurtu zasobowego (*Resource Based View*, RBV), stanowi zasób o cechach VRIN: wartościowy, rzadki, trudny do imitacji oraz niepodlegający substytucji[10]. Struktura tego zasobu obejmuje następujące wymiary[11]:

1. Kompetencje kognitywne, rozumiane jako zinternalizowane dyspozycje poznawcze umożliwiające akwizycję informacji, ich dekodowanie oraz syntezę w wiedzę operacyjną.
2. Kompetencje metodologiczne, manifestujące się w znajomości procedur operacyjnych, standardów zawodowych oraz systemów kontroli jakości.
3. Kompetencje interakcyjne, determinujące sprawność porozumiewania się z interesariuszami, w tym z klientami usług oraz decydentami organizacyjnymi.
4. Kompetencje aksjologiczne, obejmujące internalizację norm etycznych, kodeksów zawodowych oraz standardów deontologicznych.

W warunkach organizacji usług profesjonalnych każdy z wymienionych wymiarów podlega konfrontacji z dwoma mechanizmami organizacyjnymi: instytucjonalizacją wiedzy

[8] J. Dzieńdziora, M. Smolarek, Kapitał ludzki w kreowaniu kapitału intelektualnego organizacji. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie*, 2010, 2: 82-95.
[9] S. Smyczek, Kreacja i transfer wiedzy w sieciach organizacji usług profesjonalnych. *Studia i Prace WNEiZ US*, 2015, 39/2: 235-247.
[10] N.W. Lubis, Resource based view (RBV) in improving company strategic capacity. *Research Horizon*, 2022, 2.6: 587-596.
[11] Y. Sugiarno, D. Novita, Resources-based view (RBV) as a strategy of company competitive advantage: a literature review, [w:] *International Conference On Economics Business Management And Accounting (ICOEMA)*. 2022. s. 656-666.

oraz formalizacją procedur w aspekcie jakości. Instytucjonalizacja wiedzy dokonuje się przez formalne ustrukturyzowanie zasobów poznawczych w postaci standardów diagnostycznych, rekomendacji klinicznych oraz wytycznych operacyjnych. Formalizacja procedur w obszarze jakości realizuje się poprzez implementację systemów audytu, certyfikacji oraz zarządzania ryzykiem operacyjnym[12]. Bieńkowski podkreśla, że instytucjonalizacja wiedzy tworzy warunki umożliwiające replikację działań eksperckich, ponieważ przekształca wiedzę indywidualną w wiedzę organizacyjną, osadzoną w dokumentach normatywnych i protokołach postępowania[13]. Jak wynika z badań Wiśniewskiej, proces ten stabilizuje strukturę poznawczą organizacji medycznej, ograniczając zależność powodzenia działań diagnostyczno-terapeutycznych od zmiennych dyspozycji jednostkowych[14].

Wspomniana już formalizacja procedur w kontekście jakości konstruuje natomiast ramy operacyjne dla monitorowania, walidacji i korygowania działań klinicznych, stanowiąc narzędzie kontroli wewnętrznej oraz źródło danych do rekonstrukcji wiedzy. W modelach wysokiej dojrzałości organizacyjnej owa formalizacja procedur w perspektywie jakości sprzęga się z kulturą profesjonalizmu, czego rezultatem pozostaje struktura wyposażona w mechanizmy wewnętrznej ewaluacji, w której audyt nie posiada jedynie funkcji kontrolnej, lecz funkcję poznawczą i rozwojową. Pintal-Ślimak et al. zauważają, że systemy certyfikacyjne i akredytacyjne w organizacjach medycznych pełnią rolę mechanizmów legitymizacyjnych, budujących zaufanie instytucjonalne oraz wzmacniających pozycję organizacji w polu regulacyjnym[15]. Synergia instytucjonalizacji wiedzy i formalizacji procedur na płaszczyźnie jakości generuje architekturę zdolności organizacyjnej, która umożliwia stabilną konwersję kompetencji indywidualnych w wyniki terapeutyczne o wysokiej powtarzalności. W organizacjach medycznych oznacza to, że ekspercka wiedza lekarza uzyskuje wsparcie systemowe, a nie wyłącznie jednostkowe; decyzje kliniczne zapadają w przestrzeni, w której wiedza indywidualna znajduje odzwierciedlenie i weryfikację w zasobach instytucjonalnych. Prüfer et al. dowodzi, że sprzężenie obu mechanizmów ogranicza entropię organizacyjną i minimalizuje ryzyko poznawcze, ponieważ redukuje liczbę alternatywnych trajektorii

[12] W. Liszkowska, Zarządzanie zasobami załogi, czyli jak uniknąć błędów zarządczych. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie*, 2018, 71.1222: 69-82.
[13] J. Bieńkowski, Oddziaływanie wiedzy na poczucie bezpieczeństwa. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2017, 18.5.3: 179-190.
[14] M. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*. Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, 2021; A. Brzozowska, M. Samek-Wojtyla, Zarządzanie kulturą organizacyjną w jednostkach samorządu terytorialnego. *Zarzadzanie w Kulturze*, 25(3)/2024, 497.
[15] M. Pintal-Ślimak, M. Pietruczuk, M.O. Eusebio, Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych. Diagnostyka laboratoryjna, 2019, 54.4: 285-290.

decyzyjnych prowadzących do rozbieżnych wyników[16]. W rezultacie instytucjonalizacja wiedzy i formalizacja procedur w obszarze jakości konstruują infrastrukturę poznawczą i operacyjną, która zabezpiecza trwałość przewagi organizacji usług profesjonalnych. Obie sfery funkcjonują jako komplementarne moduły, stabilizujące logikę diagnostyczno-terapeutyczną oraz umożliwiające replikację kompetencji eksperckich w warunkach rotacji personelu, zmienności technologicznej i rosnących wymagań regulacyjnych.

Sektor medyczny zajmuje pozycję szczególną wśród organizacji usług profesjonalnych. Wynika to z jego podwyższonego poziomu regulacji prawnych, krytycznej roli społecznej oraz najwyższego poziomu ryzyka operacyjnego związanego z błędem usługowym[17]. W tym środowisku kapitał ludzki charakteryzuje się wysokim stopniem specjalizacji, intensywną ścieżką kształcenia ustawicznego oraz hierarchizacją kwalifikacji zgodnie z przepisami prawa medycznego. W organizacjach medycznych przewagę konkurencyjną uzyskuje się poprzez[18]:

- koncentrację unikalnych kwalifikacji zawodowych poszczególnych specjalistów,
- zdolność translacji wiedzy klinicznej w wartość terapeutyczną,
- minimalizację błędu medycznego poprzez organizacyjną redundancję kompetencji,
- standaryzację procedur oraz ich zgodność z aktualnymi osiągnięciami nauki.

Powyższe elementy wskazują, że przewaga konkurencyjna organizacji medycznych konstytuuje się jako funkcja synergicznego sprzężenia kompetencji jednostkowych i infrastruktury organizacyjnej, gdzie unikalność kwalifikacji specjalistów zostaje wzmocniona przez zdolność instytucji do jej translacji w powtarzalną wartość terapeutyczną. Jak podkreśla Gajda, konfiguracja zasobów eksperckich osadzona w mechanizmach standaryzacji i redundancji kompetencyjnej ogranicza przestrzeń dla błędu klinicznego oraz stabilizuje parametry jakościowe usług zdrowotnych, co materializuje się w formie odpornej przewagi strategicznej[19]. Ostatecznie przewaga ta ulega utrwaleniu dzięki sprzężeniu rzadkości kwalifikacji, zgodności z aktualnymi osiągnięciami nauki oraz organizacyjnej zdolności do przekształcania wiedzy w wartość zdrowotną, związaną z reputacją oraz instytucjonalną.

---

[16] P. Prüfer, E. Baum, D. Karkowska, A. Nowak, R Staszewski (red.), Etyczno-prawne uwarunkowania opieki nad pacjentem, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2023, s. 317, [w:] *Medical Forum*, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2024. s. 83-88.

[17] A. Gawrońska, Zdarzenia niepożądane w procesie świadczenia usług medycznych – perspektywa łańcucha dostaw, [w:] *Logistyka i zarządzanie łańcuchem dostaw w czasach turbulencji, zakłóceń i niestabilnej gospodarki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, s. 91-105.

[18] T. Sikora et al., Kluczowe czynniki konkurencyjności podmiotów leczniczych. *Journal of Education, Health and Sport*, 2021, 11.11: 73-83.

[19] G. Dugiel, J. Kuzka, Wybrane aspekty zarządzania strategicznego szpitala. *Polish Journal of Health and Fitness*, 2016, 1: 78-99.

Kapitał ludzki w organizacjach medycznych obejmuje nie tylko wiedzę specjalistyczną, lecz również kompetencje interakcyjne. Pacjent pełni rolę aktywnego uczestnika procesu świadczenia usług zdrowotnych, zaś jakość interakcji personelu z pacjentem determinuje poziom przestrzegania zaleceń diagnostycznych i terapeutycznych oraz osiągane wyniki kliniczne[20]. Interakcje te posiadają charakter strukturalny, ponieważ wywołują bezpośrednie konsekwencje dla przebiegu procesów terapeutycznych oraz dla bezpieczeństwa zdrowotnego. Ugruntowane w literaturze przedmiotu stanowiska badawcze akcentują, że kompetencje interakcyjne personelu medycznego generują wysoki poziom kompatybilności poznawczej w relacji pacjent – instytucja, co przekłada się na minimalizację napięć informacyjnych, wzrost transparentności procesów terapeutycznych oraz wewnętrzną stabilizację procesu decyzyjnego po stronie pacjenta[21]. Kompetencje interakcyjne obejmują zdolność do przekazywania treści medycznych w sposób umożliwiający pacjentowi rekonstrukcję logiki zaleceń diagnostyczno-terapeutycznych, jak również umiejętność prowadzenia interakcji w warunkach nierównowagi wiedzy i asymetrii informacyjnej. Relacja ta obciąża personel medyczny odpowiedzialnością za konstytucję warunków poznawczego uczestnictwa pacjenta w procesie terapeutycznym, co wprost wpływa na jego współdziałanie i zgodność z rekomendowanymi procedurami. Zdolność personelu do operowania językiem dostosowanym do poziomu percepcji pacjenta, przy jednoczesnym zachowaniu rygoru terminologicznego, generuje przestrzeń dla internalizacji zaleceń i ich późniejszego stosowania[22]. W tym świetle kompetencje interakcyjne funkcjonują jako komponent architektury przewagi organizacji medycznych. Sytuują się na styku wiedzy klinicznej, doświadczenia zawodowego i aksjologii profesji, konstytuując standard jakości usług, który nie podlega substytucji technologicznemu. Intensyfikacja algorytmizacji procesów klinicznych oraz rozwój narzędzi telemedycznych nie neutralizują znaczenia kapitału interakcyjnego, ponieważ narzędzia te bazują na danych generowanych w procesie relacyjnym. Obniżenie jakości interakcji pacjent – personel prowadzi więc do erozji jakości danych wejściowych, spadku trafności diagnozy oraz obniżenia wartości predykcyjnej stosowanych procedur diagnostyczno-terapeutycznych. Kompetencje interakcyjne obejmują również zdolność do prowadzenia relacji z pacjentem wielowymiarowo: poznawczo, emocjonalnie oraz społecznie. Wymiar poznawczy dotyczy prawidłowej translacji informacji medycznych.

[20] J. Schäfer, Personalressourcen und Human Capital Management im Krankenhaus, [w:] *Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2019, s. 213-230.
[21] E. Kuriata-Kościelniak, Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego: uwarunkowania ergonomiczne*, 2020, 127-146.
[22] S. Smyczek, Kreacja i transfer wiedzy w sieciach organizacji usług profesjonalnych. *Studia i Prace WNEiZ US*, 2015, 39/2: 235-247.

Wymiar emocjonalny odnosi się do stabilizacji stanów afektywnych pacjenta, które wywierają wpływ na zgodność z zaleceniami i reakcje organizmu na terapię. Wymiar społeczny dotyczy integracji pacjenta z instytucjonalną infrastrukturą opieki, co umożliwia płynne poruszanie się między jednostkami diagnostycznymi, terapeutycznymi i administracyjnymi. Komponenty te sprzęgają się z wiedzą specjalistyczną, tworząc hybrydowy zasób, którego integralność decyduje o jakości procesu leczenia[23].

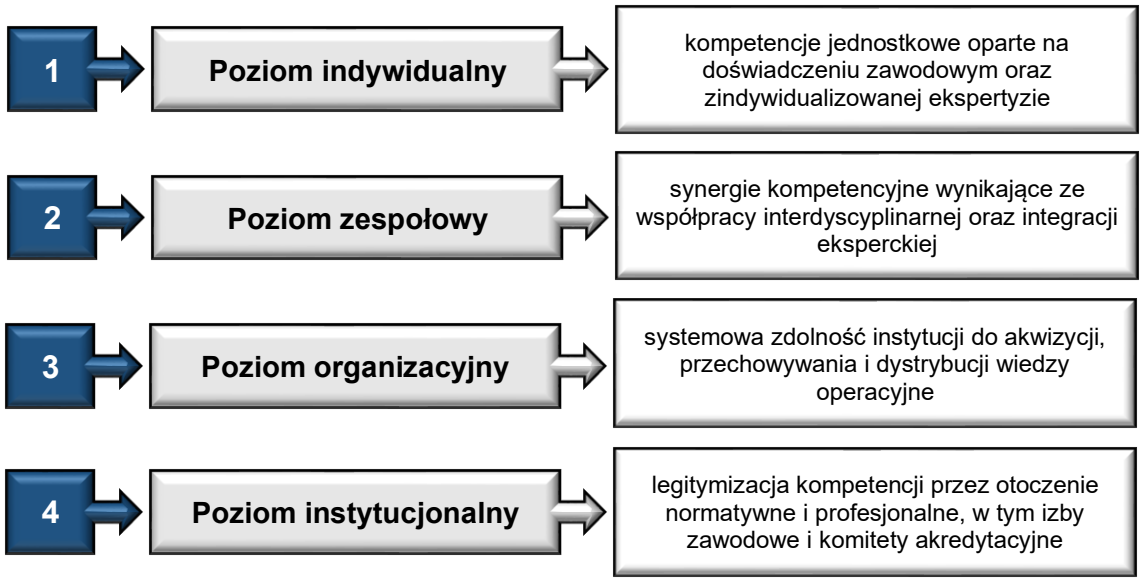
Kapitał ludzki rozumiany jako połączenie wiedzy specjalistycznej i kompetencji interakcyjnych stanowi więc rdzeń przewagi organizacji medycznych. Jego wartość generuje się nie tylko przez zdolność do prawidłowego rozpoznania jednostki chorobowej, lecz również przez umieszczanie pacjenta w przestrzeni współuczestnictwa, gdzie struktura decyzji terapeutycznych jest transparentna, zrozumiała oraz możliwa do realizacji. Tego rodzaju konstrukcja relacji sprzyja akumulacji zaufania instytucjonalnego i stabilizacji współdziałania, co ostatecznie wzmacnia efektywność procesów diagnostyczno-terapeutycznych na poziomie operacyjnym i strategicznym[24]. Kompetencje pracowników organizacji usług profesjonalnych posiadają funkcję transformatora wiedzy w wartość ekonomiczną. Arbitraż kompetencyjny dokonuje się przez wycenę świadczeń opartych na wiedzy, a wartość ta pozostaje skorelowana z prestiżem zawodowym i rynkową pozycją instytucji. Trwałość przewagi konkurencyjnej występuje wyłącznie wtedy, gdy kompetencje pozostają trwale zakorzenione w kulturze organizacyjnej i znajdują wsparcie w systemach zarządzania wiedzą.

W literaturze wyróżnia się cztery poziomy kompetencyjnego kreowania przewagi[25] (rysunek 1).

Konfiguracja tych poziomów wyznacza zdolność organizacji do kreowania wartości wyższej niż wartość generowana przez konkurentów, co w literaturze identyfikowane jest jako zasób strategiczny[26]. W sektorze medycznym trwałość przewagi konkurencyjnej warunkowana jest osadzeniem kompetencji diagnostycznych i terapeutycznych w indywidualnym doświadczeniu klinicznym, skali realizowanych procedur oraz poziomie specjalizacji. Kompetencje te posiadają charakter historyczno-procesualny, ponieważ wynikają z długotrwałej akumulacji doświadczeń indywidualnych oraz zespołowych, utrwalonych

[23] T. Hermanowski, J. Rutkowski, Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki. Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska, 2015, 225-233.
[24] B. Bober, M. Olkiewicz, Jakościowe czynniki efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych: Qualitative factors of the efficiency of hospital services. *Management and Administration Journal*, 2013, 25.98: 269-278.
[25] L.W. Kabue, J.M. Kilika, Firm resources, core competencies and sustainable competitive advantage: An integrative theoretical framework. *Journal of management and strategy*, 2016, 7.1: 98-108.
[26] A. Krawczyk-Sołtys, Wykorzystanie zasobowej teorii organizacji w zarządzaniu szpitalami publicznymi. *Handel Wewnętrzny*, 2017, 368.3/1: 192-202.

w pamięci organizacyjnej. Ich wartość strategiczna wynika z faktu, że nie ulegają transferowi bez utraty integralności poznawczej; przemieszczenie samego specjalisty do innej organizacji nie gwarantuje odtworzenia identycznej konfiguracji kompetencyjnej, gdyż część tej struktury zakorzeniona jest w kulturze organizacyjnej, artefaktach pracy klinicznej oraz wewnętrznej logice współdziałania interdyscyplinarnego.



Rysunek 1. Cztery poziomy kompetencyjnego kreowania przewagi

Źródło: opracowanie na podstawie L.W. Kabue, J.M. Kilika, Firm resources, core competencies and sustainable competitive advantage: An integrative theoretical framework. *Journal of management and strategy*, 2016, 7.1: 98-108.

W organizacjach medycznych trwałość przewagi konkurencyjnej pozostaje zależna od komponentu kompetencyjnego, który nie poddaje się pełnej kodyfikacji ani transferowi, a który obejmuje zarówno wiedzę proceduralną (*procedural knowledge*), jak i zinternalizowane modele decyzyjne ukształtowane w toku styczności z unikalnymi konfiguracjami objawów, rzadkimi jednostkami chorobowymi oraz złożonymi sekwencjami terapeutycznymi[27]. Wartość ta wzrasta proporcjonalnie do poziomu złożoności procedur klinicznych, dla których standardy działania nie zapewniają wyczerpującej instrukcji operacyjnej, a efekty terapeutyczne stanowią rezultat synergii między wiedzą specjalistyczną, intuicją kliniczną i zespołową rekonstrukcją wiedzy. Specyficzny charakter kompetencji diagnostycznych i terapeutycznych wprowadza do struktury przewagi konkurencyjnej element asymetrii poznawczej, polegający na tym, że organizacje konkurencyjne nie dysponują narzędziami umożliwiającymi pełną imitację wiedzy

[27] J. Konttila et al., Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 2019, 28.5-6: 745-761.

praktycznej bez dostępu do tożsamej trajektorii doświadczeń klinicznych[28]. Próby imitacji prowadzą do replikacji form formalnych (np. procedury, standardy, moduły szkoleniowe), lecz bez możliwości odwzorowania treści implicytnych, osadzonych w praktykach zawodowych i dyspozycjach percepcyjnych specjalistów. W rezultacie organizacja medyczna dysponująca taką konfiguracją kapitału ludzkiego uzyskuje *quasi-monopol* poznawczy na określone segmenty działalności diagnostyczno-terapeutycznej, co wzmacnia jej pozycję instytucjonalną, rynkową oraz społeczną. Należy podkreślić, że trwałość przewagi opartej na kompetencjach medycznych uzależnia się również od spójności między mikro-poziomem jednostkowym (ekspertyza profesjonalisty), mezo-poziomem zespołowym (synergia interdyscyplinarna) oraz makro-poziomem organizacyjnym (infrastruktura procesów wspierających). Zachwianie którejkolwiek z tych warstw prowadzi do erozji przewagi; utrata ekspertów bez mechanizmów transferu wiedzy skutkuje dyspersją kompetencji, natomiast utrata spójności zespołowej obniża zdolność organizacji do przekształcania wiedzy indywidualnej w wiedzę organizacyjną. W rezultacie konfiguracja kompetencji diagnostycznych i terapeutycznych stanowi rdzeń architektury przewagi organizacji medycznych, ponieważ determinuje nie tylko jakość rezultatów klinicznych, lecz również percepcję instytucji przez otoczenie regulacyjne oraz społeczne[29]. Przewaga ta zachowuje swoją trwałość nawet w warunkach rosnącego nasycenia usług zdrowotnych rozwiązaniami technologicznymi, ponieważ wartość technologii ujawnia się wyłącznie w powiązaniu z wiedzą ekspercką, a nie w oderwaniu od niej. Ostatecznie to kapitał ludzki, ustrukturyzowany, wykształcony w toku rozwoju organizacji i nierozerwalny z kulturą profesjonalizmu, wyznacza granice możliwej do osiągnięcia wartości oraz zakres strategicznej odporności organizacji medycznych na presje konkurencyjne.

Konceptualizacja kapitału ludzkiego jako zasobu strategicznego podlega ograniczeniom wynikającym z uwarunkowań organizacyjnych i systemowych. Krzemińska zauważa, że mimo jego potencjału jako determinanty przewagi, kapitał ludzki pozostaje zasobem o wysokiej wrażliwości strukturalnej, uzależnionej od koherencji infrastruktury zarządczej, kultury organizacyjnej oraz stabilności otoczenia regulacyjnego[30]. Jak wynika z badań Zapłaty, sam fakt posiadania zaawansowanych kompetencji nie gwarantuje odporności organizacji medycznej, jeśli środowisko instytucjonalne nie zapewnia warunków dla ich reprodukcji,

[28] M. Dobska, Dehumanizacja usług medycznych oraz przywracanie symetryczności relacji w kontaktach profesjonalista–pacjent. *Handel Wewnętrzny*, 2015, 356.3: 24-36.
[29] A. Agwunobi, P. Osborne, Dynamic capabilities and healthcare: a framework for enhancing the competitive advantage of hospitals. *California Management Review*, 2016, 58.4: 141-161.
[30] E. Krzemińska, Zarządzanie konkurencyjnością w podmiotach ochrony zdrowia. *HUMANITAS Zarządzanie*, 2020, 21.4: 95-107.

transferu i utrzymania[31]. Harris et al. podkreślają, że w szczególności w organizacjach medycznych kapitał ludzki posiada charakter podatny na erozję, ponieważ jego wartość zależy od trwałości pamięci organizacyjnej, spójności aksjologicznej oraz zdolności systemów do stabilizowania relacji między wiedzą ekspercką a procesami operacyjnymi[32]. W rezultacie identyfikuje się zestaw zagrożeń, które ograniczają strategiczną użyteczność kapitału ludzkiego organizacji medycznych i obniżają jego potencjał generowania trwałej przewagi[33]:

- dezintegrację wiedzy wskutek braku systemów transferu wewnętrznego,
- dyspersję kompetencji spowodowaną rotacją personelu oraz brakiem transparentnych ścieżek kariery,
- erozję norm etycznych w sytuacjach presji ekonomicznej,
- ryzyka regulacyjne wynikające z dynamicznych zmian prawa zawodowego i standardów akredytacyjnych.

W organizacjach medycznych dodatkowo występuje zagrożenie wynikające z rosnącej standaryzacji i algorytmizacji procesów. Nadmierna formalizacja procedur potrafi ograniczać autonomię profesjonalną, obniżając innowacyjność diagnostyczną i zdolność do niestandardowego reagowania w sytuacjach klinicznych. Ostatecznie prowadzi to do deprecjacji potencjału jednostkowego i osłabienia synergii kompetencyjnej. Jak zauważa Euteneier et al., intensyfikacja standaryzacji bez równoległego wzmacniania przestrzeni dla decyzji eksperckich generuje strukturalną inercję, w której personel medyczny traci możliwość pełnego wykorzystania posiadanych zasobów poznawczych[34]. Wübken podkreśla, że algorytmizacja procesów klinicznych redukuje liczbę alternatywnych ścieżek decyzyjnych, co ogranicza dostęp do heurystyk diagnostycznych wypracowanych na gruncie doświadczeń praktycznych, a tym samym minimalizuje szansę identyfikacji wariantów niestandardowych jednostek chorobowych[35]. Z większą skalą formalizacji procedur koreluje również osłabienie kultury refleksyjnej, która stanowi fundament aktualizacji wiedzy specjalistycznej oraz narzędzie ochrony przed rutyną działań klinicznych. W rezultacie organizacja medyczna traci

[31] S. Zapłata, Odporność organizacyjna: kontekst – czynniki pośredniczące – efekty. *Organizacja i Kierowanie*, 2025, 198.2: 103-120.
[32] C. Harris, P. Cortvriend, P. Hyde, Human resource management and performance in healthcare organisations. *Journal of health organization and management*, 2007, 21.4/5: 448-459.
[33] B. Buchelt, Strategiczna istotność zarzadzania zasobami ludzkimi a faktyczny poziom rozwoju funkcji personalnej w publicznych i niepublicznych jednostkach sektora usług medycznych. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2011, 2 (79): 73-85.
[34] A. Euteneier et al., Risikoreduzierende Prozesse, [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024, s. 525-568.
[35] M. Wübken, J. Oswald, A. Schneider, Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2013, 107.9-10: 632-637.

zdolność do autorekonstrukcji w warunkach zmienności technologicznej i epidemiologicznej, co według Dugiel i Kuzki warunkuje erozję przewagi strategicznej, ponieważ wartość zasobów eksperckich przestaje materializować się w formie innowacji terapeutycznych i stabilnych wyników klinicznych[36]. Dopiero równowaga między standaryzacją a autonomią profesjonalną umożliwia ochronę i rozwój kapitału ludzkiego, ponieważ system procedur stanowi wówczas narzędzie wsparcia, a nie ograniczenia. W świetle powyższego nadmierna formalizacja procedur jawi się jako czynnik klasyfikowany obok dezintegracji wiedzy czy dyspersji kompetencji, który obniża zdolność organizacji medycznych do generowania wartości z posiadanych zasobów. Zagrożenie to podkreśla konieczność projektowania systemów zarządczych, które integrują bezpieczeństwo proceduralne z przestrzenią dla innowacyjności profesjonalnej, zapewniając warunki dla zachowania integralności i efektywności kapitału ludzkiego.

Zarządzanie kapitałem ludzkim w organizacjach usług profesjonalnych wymaga konstrukcji systemów zdolnych do stabilizowania, reprodukowania i rozwijania zasobów eksperckich w sposób zgodny z dynamiką otoczenia naukowego, technologicznego i regulacyjnego. Paździor zauważa, że kapitał ludzki w tego rodzaju organizacjach posiada charakter zasobu rdzeniowego, wobec czego jego utrzymanie wymaga rozbudowanej infrastruktury zarządczej, której funkcją staje się ochrona wartości poznawczej i operacyjnej kompetencji[37]. Jak wynika z badań Lisa, mechanizmy te muszą uwzględniać złożoność relacji między wiedzą indywidualną a wiedzą organizacyjną, w szczególności w organizacjach medycznych, gdzie transfer kompetencji determinowany jest konfiguracją ścieżek specjalizacji, dostępem do technologii oraz standardami etycznymi[38]. W tym sensie zarządzanie kapitałem ludzkim nie sprowadza się do tradycyjnego modelu zarządzania personelem, lecz obejmuje instytucjonalne projektowanie warunków w celu materializowania wartości kompetencji, ich dyfuzji wewnętrznej oraz ochrony przed erozją. Euteneier et al. podkreślają, że efektywne systemy zarządzania kapitałem ludzkim działają jako regulatory stabilności poznawczej organizacji, zapewniając zgodność między strukturą kompetencyjną a profilem działalności operacyjnej[39]. Brak tych systemów prowadzi do rozbieżności między

[36] G. Dugiel, J. Kuzka, Wybrane aspekty zarządzania strategicznego szpitala. *Polish Journal of Health and Fitness*, 2016, 1: 78-99.
[37] A. Paździor, Importance of human capital management in health care institutions, [w:] *Innovation in the Digital Economy*. Routledge, 2023, s. 113-124.
[38] A. Lis, Relacyjny wymiar zdolności organizacji do absorpcji wiedzy zewnętrznej. *Organizacja i Kierowanie*, 2017, 176.2: 313-328.
[39] A. Euteneier et al., Personaleinsatz, [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024, s. 471-524.

potencjałem eksperckim a zdolnością do jego wykorzystania, co skutkuje zwiększonym ryzykiem operacyjnym, wzrostem entropii procesowej oraz dezintegracją wiedzy. W konsekwencji zarządzanie kapitałem ludzkim w organizacjach usług profesjonalnych wymaga konstrukcji systemów[40]:

- zarządzania wiedzą, integrujących źródła formalne i nieformalne,
- standaryzacji kompetencyjnej, identyfikującej profile wymaganych kwalifikacji,
- wzrostu kompetencyjnego, obejmującego ustawiczne kształcenie oraz mentoring ekspercki,
- audytu kompetencji, ustanawiającego korelację między poziomem kwalifikacji a wynikami pracy.

Systemy te funkcjonują jako komplementarne moduły, których spójność determinuje zdolność organizacji do konwersji zasobów poznawczych w wartość usługową. Kowalski zauważa, że zarządzanie wiedzą stabilizuje strukturę poznawczą organizacji, ponieważ umożliwia formalizację doświadczeń jednostkowych i ich translację do standardów operacyjnych[41]. Standaryzacja kompetencyjna działa jako narzędzie eliminacji luk kompetencyjnych oraz precyzji alokacji zadań eksperckich, co obniża ryzyko błędu operacyjnego oraz wzmacnia integralność procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Wzrost kompetencyjny, jak podkreśla Abdulmuhsin et al., stanowi fundament długofalowej odporności organizacyjnej, ponieważ zapewnia ciągłą aktualizację zasobów eksperckich w relacji do ewolucji nauki oraz technologii medycznych[42]. Audyt kompetencji pełni funkcję sprzężenia zwrotnego, umożliwiającego ocenę adekwatności profilu kwalifikacyjnego do osiąganych wyników operacyjnych, zarówno na poziomie jednostkowym, jak i zespołowym. Wyniki audytu zasilają system zarządzania wiedzą oraz procesy rozwojowe, domykając cykl doskonalenia kompetencyjnego i przeciwdziałając erozji pamięci organizacyjnej. W organizacjach medycznych audyt uzyskuje dodatkowe znaczenie, ponieważ staje się narzędziem ochrony bezpieczeństwa klinicznego i zgodności z reżimami regulacyjnymi. Ostatecznie systemowe zarządzanie kapitałem ludzkim konfiguruje architekturę odporności organizacji usług profesjonalnych. Spójność i komplementarność wymienionych modułów

[40] A. Pietruszka-Ortyl, Indywidualny kapitał intelektualny profesjonalisty – model konceptualny. *Humanitas Zarządzanie*, 2023, 24.3: 127-142.
[41] M.R. Zahedi, M. Piri, Effective Knowledge Management in the Covid-19 Pandemic: A Model with Emphasis on Intellectual Capital in Medical and Healthcare Organizations Based on Blockchain. *International Journal of Knowledge Processing Studies*, 2024, 4.3: 162-183.
[42] A.A. Abdulmuhsin et al., Impact of artificial intelligence and knowledge management on proactive green innovation: the moderating role of trust and sustainability. *Asia-Pacific Journal of Business Administration*, 2025, 17.3: 765-795.

minimalizuje podatność na ryzyka strategiczne, umożliwia replikację wartościowych kompetencji i wzmacnia zdolność organizacji do adaptacji w warunkach zmienności otoczenia. Jak wynika z badań Ayatollahi et al., organizacje, które wdrażają opisane systemy w sposób całościowy, uzyskują podwyższoną trwałość przewagi i zwiększoną zdolność do konwersji wiedzy eksperckiej w wartość instytucjonalną, kapitał związany z reputacją oraz wartość terapeutyczną[43].

Opisana konfiguracja systemów zarządzania kapitałem ludzkim wskazuje, że efektywność organizacji usług profesjonalnych uzależnia się nie tylko od precyzyjnie zaprojektowanych mechanizmów operacyjnych, lecz również od istnienia głębokiego fundamentu normatywnego, który stabilizuje ich działanie i umożliwia ich długofalową reprodukcję. Struktury zarządcze, obejmujące zarządzanie wiedzą, standaryzację kompetencji, wzrost kompetencyjny oraz audyt, zapewniają warunki techniczno-procesowe dla materializowania wartości eksperckiej. Ich funkcjonowanie wykazuje jednak pełną efektywność wyłącznie wtedy, gdy zakorzenia się w środowisku kulturowym sprzyjającym uwewnętrznianiu profesjonalnych wzorców działania. W literaturze podkreśla się, że brak spójnego zaplecza aksjologicznego prowadzi do erozji tych systemów, nawet przy zaawansowanej infrastrukturze zarządczej, ponieważ kompetencje nie ulegają trwałej internalizacji, lecz pozostają jedynie zewnętrznym wymogiem proceduralnym. Szczególne znaczenie uzyskuje rozwój kultury organizacyjnej osadzonej na aksjologii profesjonalizmu, gdzie znaturalizowane wzorce oddziaływań interpersonalnych wzmacniają lojalność pracowników oraz internalizację misji instytucji[44]. Tego rodzaju kultura eliminuje konieczność kontroli reglamentacyjnej i stwarza warunki do samoorganizacji procesów eksperckich. Szczególne znaczenie uzyskuje rozwój kultury organizacyjnej osadzonej na aksjologii profesjonalizmu, gdzie znaturalizowane wzorce oddziaływań interpersonalnych wzmacniają lojalność pracowników oraz internalizację misji instytucji. Tego rodzaju kultura eliminuje konieczność kontroli reglamentacyjnej i stwarza warunki do samoorganizacji procesów eksperckich. Kultura ta konstytuuje jednocześnie matrycę normatywną, w której obowiązki zawodowe i etos pracy zyskują rangę imperatywów wewnętrznych, a nie zewnętrznie narzuconych. Profesjonalizm trwale wbudowany w habitus organizacyjny generuje sprzężenie zwrotne między wartościami deklarowanymi a rzeczywistymi działaniami operacyjnymi.

[43] H. Ayatollahi, K. Zeraatkar, Factors influencing the success of knowledge management process in health care organisations: a literature review. *Health Information & Libraries Journal*, 2020, 37.2: 98-117.
[44] H.H. Alsaqqa, C.E. Akyürek, Organizational culture in healthcare organizations: a systematic review. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 8.1: 83-109.

W takich warunkach organizacja uzyskuje stabilność poznawczą, ponieważ aktorzy instytucjonalni rekonfigurują własne działania zgodnie z logiką wspólnego dobra organizacyjnego zamiast interesów doraźnych. Znaczenie tego modelu ujawnia się zwłaszcza w organizacjach medycznych, gdzie etyka zawodowa oraz odpowiedzialność kliniczna determinują poziom bezpieczeństwa terapii i finalne wyniki zdrowotne. Aksjologia profesjonalizmu konstruuje ponadto fundament zaufania instytucjonalnego, co stabilizuje relacje z pacjentami, jednostkami regulacyjnymi oraz środowiskiem naukowym. Wysoki poziom spójności aksjologicznej obniża konflikty decyzyjne, ponieważ kierunki działania personelu wynikają z uwewnętrznionych kryteriów jakości, a nie z doraźnych impulsów. W dłuższej perspektywie taki model kultury organizacyjnej sprzyja akumulacji kapitału opartego na reputacji, który wzmacnia pozycję instytucjonalną organizacji oraz jej atrakcyjność dla specjalistów o najwyższych kwalifikacjach[45]. Jednocześnie samoorganizacja procesów eksperckich intensyfikuje adaptacyjność strukturalną, co przekłada się na podwyższoną odporność na zmiany regulacyjne, rynkowe oraz technologiczne. W rezultacie rozwój kultury organizacyjnej osadzonej na aksjologii profesjonalizmu staje się komponentem izolującym przewagę strategiczną, ponieważ uniemożliwia jej pełną imitację przez organizacje konkurencyjne pozbawione analogicznego fundamentu normatywnego.

Kapitał ludzki oraz kompetencje pracowników organizacji usług profesjonalnych stanowią zasadnicze źródło przewagi konkurencyjnej, której trwałość pozostaje uzależniona od specyficznego charakteru zasobów, zdolności ich zabezpieczania oraz ich integracji z systemami zarządzania wiedzą. W sektorze medycznym rola kapitału ludzkiego zostaje spotęgowana przez podwyższone ryzyka operacyjne, intensywność regulacji oraz krytyczne znaczenie usług dla bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa. Organizacje usług profesjonalnych uzyskują trwałą przewagę w warunkach wysokiej spójności między komponentami kapitału ludzkiego a infrastrukturą zarządczą, co świadczy o strategicznym znaczeniu kompetencji i kwalifikacji personelu w procesach budowania pozycji rynkowej i instytucjonalnej.

[45] T.A. Adisa, E.S. Oruh, B. Akanji, A critical discourse analysis of the link between professional culture and organisational culture. *Employee Relations: The International Journal*, 2020, 42.3: 698-716.

1.2. Zarządzanie kompetencjami i talentami lekarzy: planowanie, rozwój, sukcesja

Zarządzanie kompetencjami i talentami lekarzy stanowi krytyczny komponent strategii organizacji medycznych, determinujący ich zdolność do utrzymania parametrów jakościowych usług zdrowotnych oraz stabilności operacyjnej. W nurcie współczesnych teorii zasobowych kompetencje lekarskie identyfikuje się jako zasób strukturalny o podwyższonej trudności imitacyjnej, którego wartość wynika z konfiguracji wiedzy specjalistycznej, doświadczenia klinicznego i norm etycznych[46]. Zarządzanie tym zasobem wymaga konstruowania systemów integrujących planowanie strategiczne, rozwój kompetencji oraz sukcesję kadrową, co w konsekwencji wyznacza trajektorię długofalowej odporności konkurencyjnej organizacji medycznych. W takim ujęciu kompetencje lekarskie nie funkcjonują jako zasób pasywny, lecz jako dynamiczna, ewoluująca struktura poznawcza poddawana stałej rekonstrukcji poprzez praktykę kliniczną, doskonalenie zawodowe oraz interakcje z otoczeniem naukowym. Zarządzanie nimi zakłada konieczność budowania wielowarstwowych mechanizmów koordynacji, obejmujących zarówno poziom indywidualny (ekspertyza specjalistyczna), jak i poziom organizacyjny (systemy dyfuzji wiedzy oraz infrastruktura wspierająca rozwój). Integracja planowania kompetencyjnego i rozwoju talentów lekarzy pełni funkcję stabilizatora strategicznego, ponieważ umożliwia adaptacyjne modelowanie zasobów eksperckich do zmian demograficznych, epidemiologicznych oraz technologicznych. W perspektywie średnio- i długookresowej organizacje medyczne uzyskują odporność operacyjną, gdy systemy zarządzania kompetencjami synchronizują tempo rozwoju personelu z tempem ewolucji otoczenia regulacyjnego oraz naukowego. Brak adekwatności w kontekście tej synchronizacji prowadzi do rozbieżności między potencjałem klinicznym a wymogami procesów diagnostyczno-terapeutycznych, co skutkuje wzrostem ryzyka błędu medycznego oraz erozją reputacji instytucji.

Wysoki poziom trudności imitacyjnej kompetencji lekarskich wynika z ich ukształtowanego w czasie charakteru, osadzonego w indywidualnych trajektoriach doświadczeń klinicznych i zakorzenionego w pamięci organizacyjnej. Oznacza to, że przewaga strategiczna oparta na talencie medycznym nie ulega łatwemu transferowi, nawet w sytuacji przejęcia personelu przez organizacje konkurencyjne, ponieważ wartościowa część kapitału kompetencyjnego ulokowana jest w synergicznych relacjach zespołowych, kulturze

[46] K. Kucznik, Gospodarka oparta na wiedzy jako trend stymulujący zarządzanie talentami. *Współczesne problemy ekonomiczne w badaniach młodych naukowców*, 2019, 134-149.

organizacyjnej oraz instytucjonalnych wzorcach pracy. Zarządzanie talentami lekarskimi wymaga więc ustanowienia instytucjonalnych mechanizmów zabezpieczających te relacje, w tym ścieżek rozwoju eksperckiego, mentoringu sukcesyjnego oraz infrastruktury zarządzania wiedzą umożliwiającej konwersję wiedzy indywidualnej w wiedzę organizacyjną. W rezultacie zarządzanie kompetencjami i talentami lekarzy staje się strategicznym narzędziem izolacji przewagi organizacji medycznych, ponieważ umożliwia kontrolę nad zasobem, którego wartość wynika z charakteru zasobów, który uniemożliwia ich pełny transfer, odtworzenie oraz zredukowanie do jednolitych standardów proceduralnych. Konceptualizacja kompetencji lekarskich jako kluczowego zasobu tworzy podstawę dla nowoczesnych modeli zarządzania, w których bezpieczeństwo kliniczne, reputacja instytucjonalna i efektywność procesów terapeutycznych pozostają zmiennymi współzależnymi[47].

Planowanie kompetencji lekarskich obejmuje procesy identyfikacji wymagań kompetencyjnych wobec lekarzy na różnych etapach rozwoju zawodowego oraz ich korelację z profilem działalności organizacji. W odróżnieniu od tradycyjnych modeli planowania kadrowego operujących prostą podażą i popytem, planowanie kompetencji lekarzy obciąża się koniecznością uwzględniania ryzyka klinicznego, parametrów obciążeń diagnostyczno-terapeutycznych oraz konfiguracji specjalizacji niezbędnych do realizacji ścieżek terapeutycznych. Proces planowania wymaga zatem systemowej analizy kompetencyjnej, obejmującej[48]:

- diagnozę luki kompetencyjnej w strukturze specjalistycznej,
- identyfikację kluczowych specjalizacji determinujących bezpieczeństwo kliniczne,
- alokację zadań eksperckich zgodnie z profilem kompetencyjnym personelu,
- prognozowanie zapotrzebowania na kompetencje w perspektywie zmian epidemiologicznych i technologicznych.

Zestawienie powyższych elementów wskazuje, że proces planowania kompetencji lekarskich uzyskuje charakter wielowymiarowej procedury diagnostyczno-strategicznej, której przedmiotem staje się nie tylko bieżąca konfiguracja zasobów eksperckich, lecz również ich przyszła struktura determinowana zmiennością wiedzy medycznej, technologii oraz uwarunkowań epidemiologicznych. Jak podkreśla Kowalska-Bobko et al., spójna analiza luki kompetencyjnej, identyfikacja obszarów krytycznych i prognozowanie zapotrzebowania

[47] J. Van Den Broek, P. Boselie, J. Paauwe, Cooperative innovation through a talent management pool: A qualitative study on coopetition in healthcare. *European Management Journal*, 2018, 36.1: 135-144.
[48] Z. Czajka, Rola kompetencji zawodowych w dopasowaniu kwalifikacji wymaganych w zawodach medycznych w zakresie świadczeń zdrowotnych. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2019, 17.2: 49-61.

tworzą matrycę operacjonalizacji kapitału ludzkiego, warunkującą zdolność organizacji medycznej do stabilnej reprodukcji jakości klinicznej oraz minimalizacji ryzyka systemowego[49]. W konsekwencji planowanie kompetencji funkcjonuje jako rdzeń infrastruktury zarządczej, który łączy perspektywę operacyjną z perspektywą strategiczną, zapewniając warunki dla długofalowej odporności organizacyjnej i trwałości wyników terapeutycznych.

Planowanie kompetencji lekarskich stanowi instrument kształtowania architektury procesów klinicznych. Dysproporcja między strukturą kompetencji a profilem działalności prowadzi do wzrostu ryzyka błędu diagnostyczno-terapeutycznego, natomiast nadmiar kompetencji w obszarach niekrytycznych generuje entropię organizacyjną i obniża efektywność pracy zespołów. Spójność między planowaniem kompetencji a strategią organizacji medycznej wyznacza więc poziom jej operacyjnej równowagi. Domagała zauważa, że planowanie kompetencji w organizacjach medycznych pełni funkcję koordynatora poznawczego, ponieważ strukturyzacja wiedzy i doświadczeń klinicznych warunkuje stabilność ścieżek terapeutycznych oraz redukcję zmienności decyzyjnej[50]. Jak wynika z badań Fanelli et al., rozbieżność między mapą kompetencji a rzeczywistymi potrzebami diagnostycznymi prowadzi do zaburzenia sekwencji działań terapeutycznych, co skutkuje wzrostem obciążenia poznawczego lekarzy oraz naruszeniem integralności procesów klinicznych[51]. Konieczność planowania kompetencji w sposób sprzężony z profilem działalności organizacji medycznej podkreśla Jarva et al., wskazując, że konfiguracja zasobów eksperckich stanowi determinantę możliwości implementacji nowych technologii medycznych oraz adaptacji do zmienności standardów naukowych[52]. Planowanie kompetencji lekarskich funkcjonuje więc jako narzędzie redukcji ryzyka strategicznego i stabilizacji operacyjnej; struktura kompetencyjna uzgodniona z profilem działalności klinicznej umożliwia płynne przejścia między etapami procesu terapeutycznego, bez generowania nadmiernych kosztów poznawczych i proceduralnych. Jak dowodzi Goniewicz et al., organizacje medyczne, które porządkują zasoby kompetencyjne zgodnie z architekturą procesów klinicznych, uzyskują niższy poziom fluktuacji decyzyjnych oraz wyższy poziom prawdopodobieństwa utrzymania

[49] I. Kowalska-Bobko et al., Skill mix in medical and about medical professions. *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*, 2020, 71.3: 337-352.
[50] A. Domagała, Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego - potrzeba czy konieczność? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie,* 2013, 11.2: 148-158.
[51] S. Fanelli et al., Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspective. *BMC health services research*, 2020, 20.1: 303.
[52] E. Jarva et al., Healthcare professionals' digital health competence and its core factors; development and psychometric testing of two instruments. *International Journal of Medical Informatics*, 2023, 171: 104995.

wartości prognozowanych efektów zdrowotnych[53]. Planowanie kompetencji lekarskich konstytuuje również fundament bezpieczeństwa klinicznego, ponieważ umożliwia precyzyjną alokację odpowiedzialności eksperckich oraz identyfikację obszarów wymagających rekonstrukcji wiedzy. Steinert wskazuje, że brak planowania sukcesyjnego w obszarach wysokiego ryzyka prowadzi do erozji pamięci organizacyjnej i utraty zdolności reprodukcji standardów diagnostycznych[54]. Z perspektywy zarządzania strategicznego planowanie kompetencji lekarskich uzyskuje rangę czynnika izolującego przewagę organizacyjną, ponieważ wyznacza granice, w których organizacja medyczna efektywnie materializuje posiadany kapitał ludzki w wartość zdrowotną, instytucjonalną i tę, związaną z reputacją. Jak zauważa Alam et al., struktury kompetencyjne, które pozostają spójne ze strategią organizacji medycznej, umożliwiają konwersję wiedzy klinicznej w wyniki terapeutyczne odporne na presje konkurencyjne oraz zmienność warunków regulacyjnych[55]. W rezultacie planowanie kompetencji lekarskich staje się nie tylko narzędziem organizacyjnym, lecz również narzędziem epistemicznym, które stabilizuje logikę poznawczą procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Krawczyk-Sołtys podkreśla, że planowanie kompetencji pełni funkcję matrycy, na której opiera się możliwość skalowania działalności klinicznej bez naruszenia jakości usług zdrowotnych[56]. Organizacje medyczne, które implementują planowanie kompetencji jako element stałej infrastruktury zarządczej, uzyskują zwiększoną odporność operacyjną, zarówno w wymiarze mikro (procesy terapeutyczne), jak i makro (pozycja instytucjonalna oraz zdolność adaptacji do zmian systemowych).

Rozwój kompetencji lekarzy obejmuje zarówno progresję formalną (szkolenia specjalizacyjne, certyfikacje, staże kliniczne), jak i progresję nieformalną, obejmującą mentoring, coaching ekspercki oraz współpracę interdyscyplinarną. W literaturze przedmiotu akcentuje się, że rozwój ten nie ogranicza się do akumulacji wiedzy, lecz obejmuje refleksyjne utrwalanie doświadczeń, stanowiące fundament doskonalenia decyzji klinicznych[57]. Istotnym komponentem rozwoju kompetencji lekarskich pozostaje edukacja ustawiczna, rozumiana jako ciągła adaptacja wiedzy i umiejętności do zmieniających się standardów naukowych,

[53] K. Goniewicz et al., The importance of pre-training gap analyses and the identification of competencies and skill requirements of medical personnel for mass casualty incidents and disaster training. *BMC public health*, 2021, 21.1: 114.
[54] Y. Steinert, Developing medical educators: A journey, not a destination. *Understanding medical education: evidence, theory, and practice*, 2018, 531-548.
[55] K. Alam et al., Assessing regional digital competence: Digital futures and strategic planning implications. *Journal of rural studies*, 2018, 60: 60-69.
[56] A. Krawczyk-Sołtys, Kompetencje menedżerskie w kształtowaniu kompetencji organizacyjnych jednostek ratownictwa medycznego w świetle badań. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 2019, 175: 95-104.
[57] S. Taubner, C. Sharp, Mentale Flexibilität durch implizites soziales Lernen. *Die Psychotherapie*, 2024, 69.1: 24-32.

technologicznych i regulacyjnych. W organizacjach medycznych edukacja ustawiczna realizuje funkcję stabilizacyjną: minimalizuje ryzyko dezaktualizacji kompetencji, a tym samym ogranicza erozję przewagi strategicznej wynikającej z kapitału ludzkiego[58]. Z kolei programy rozwoju talentów lekarzy skupiają się na identyfikacji jednostek o ponadstandardowym potencjale eksperckim, zdolnych do kreowania nowych standardów praktyki klinicznej oraz generowania innowacji terapeutycznych. Rozwój talentów wymaga więc strukturalizacji działań rozwojowych, w tym[59]:

- konstrukcji ścieżek progresji klinicznej i badawczej,
- alokacji lekarzy w projektach wysokiego ryzyka operacyjnego celem intensyfikacji doświadczeń,
- udziału w programach międzynarodowej wymiany wiedzy,
- uczestnictwa w zespołach interdyscyplinarnych zajmujących się diagnostyką rzadkich jednostek chorobowych.

Powyższe obszary wskazują, że rozwój talentów lekarskich wymaga systemowego i intencjonalnego projektowania ścieżek progresji eksperckiej, w których jednostkowy potencjał kompetencyjny podlega stymulacji poprzez ekspozycję na zróżnicowane środowiska poznawcze i operacyjne. Kopacz zauważa, że konstrukcja ścieżek kliniczno-badawczych tworzy trajektorie długofalowego rozwoju, wzmacniające zdolność lekarza do integracji osiągnięć naukowych z praktyką terapeutyczną, co wprost przekłada się na odporność instytucji na zmienność standardów medycznych[60]. Jak wynika z badań Schneider et al., alokacja specjalistów w projektach wysokiego ryzyka operacyjnego intensyfikuje akumulację wiedzy milczącej oraz zwiększa gęstość doświadczeń, które stanowią fundament refleksyjnego podejmowania decyzji klinicznych w sytuacjach niepełnej informacji[61]. Hinkelmann podkreśla natomiast, że uczestnictwo w programach wymiany międzynarodowej i zespołach interdyscyplinarnych katalizuje rekombinację wiedzy, umożliwiając translację innowacji terapeutycznych i diagnostycznych do lokalnych praktyk organizacyjnych, co wzmacnia strategiczną autonomię organizacji medycznej[62]. W ujęciu całościowym proces rozwoju

---

[58] O. Bróż, Prawne uregulowania wykonywania zawodów medycznych jako część systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego-Seria Prawnicza*, 2020, 28: 25-39.
[59] B. Buchelt, J.A. Jończyk, Innowacyjność jako podstawowy wyznacznik zatrudnialności lekarzy w szpitalach. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2018, 511: 50-61.
[60] J. Kopacz, Niedobór talentów w branży medycznej. *Menedżer Zdrowia*, 2019, 2019.5: 93-95.
[61] K.N. Schneider et al., Generation Y in der Chirurgie - der Konkurrenzkampf um Talente in Zeiten des Nachwuchsmangels. *Der Chirurg*, 2020, 91.11: 955-961.
[62] J. Hinkelmann et al., Die junge Ärztegeneration im Krankenhaus: Kompetenzbasierte Karrierepfade im Universitätsklinikum, [w:] *Lebensphasen und Kompetenzmanagement: Ein Berufsleben lang Kompetenzen erhalten und entwickeln*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018, s. 93-109.

talentów lekarskich stanowi zatem architekturę inwestycji w strategiczną zdolność organizacji do długookresowego odtwarzania kluczowych kompetencji, pozwalającą nie tylko utrzymać, lecz również wzmacniać przewagę organizacyjną poprzez generowanie zasobów niemożliwych do szybkiej imitacji. Reuβ et al. wskazuje, że dopiero holistycznie ustrukturyzowany system rozwoju talentów prowadzi do powstania quasi-rent kompetencyjnych, w których wartość ekspercka materializuje się w wymiernych wynikach terapeutycznych, związanych z reputacją oraz instytucjonalnych[63]. Ostatecznie rozwój talentów lekarskich jawi się jako mechanizm izolacji przewagi, w którym potencjał jednostkowy zostaje włączony w trajektorie rozwojowe o charakterze systemowym, tworząc zasób o podwyższonej odporności na erozję, dyspersję i imitację. Organizacje medyczne operujące w oparciu o systemowy rozwój talentów uzyskują wysoki poziom odporności strategicznej, gdyż zabezpieczają zdolność do odtwarzania i rozwijania kapitału ludzkiego. Opisane mechanizmy rozwoju talentów lekarskich ukazują, że inwestycja w potencjał ekspercki nie kończy się na akumulacji wiedzy i doświadczeń, lecz wymaga trwałego zakotwiczenia w strukturze organizacyjnej, tak aby nie ulegał on deprecjacji ani dyspersji. Jak podkreśla Wrześniewska-Wal et al., organizacja medyczna zachowuje odporność strategiczną wyłącznie wtedy, gdy zasoby kompetencyjne podlegają transmisji między generacjami specjalistów oraz strukturalnej ochronie przed utratą zdolności operacyjnych[64]. W tym ujęciu rozwój talentów staje się zintegrowanym komponentem architektury kapitału ludzkiego, przygotowującym grunt pod kolejne procesy wzmacniające stabilność instytucjonalną i ciągłość wiedzy eksperckiej. Zestawienie tych zależności prowadzi do wniosku, że dalszym wymiarem zarządzania kompetencjami lekarzy staje się organizacyjne zabezpieczenie ciągłości zasobów poprzez mechanizmy przekazywania wiedzy, odpowiedzialności klinicznej i funkcji decyzyjnych. W konsekwencji sukcesja jawi się jako dalsze stadium zarządzania talentami, ponieważ zabezpiecza ciągłość rozwojowych trajektorii eksperckich i pozwala, aby potencjał wyselekcjonowanych jednostek przekształcał się z kapitału indywidualnego w zasób organizacyjny o trwałej wartości instytucjonalnej.

Sukcesja lekarzy w organizacjach medycznych posiada charakter krytyczny, ponieważ dotyczy zasobów, których utrata generuje natychmiastową destabilizację jakości i ciągłości opieki. Ramseur et al. definiuje sukcesję jako zinstytucjonalizowany proces zapewniania

[63] S. Reuß, M. Brohm, M. Schubert, Zukunft sichern: Wie werden Gesundheitsberufe wieder unwiderstehlich für den Nachwuchs? *Die Urologie*, 2025, 1-6.
[64] I. Wrześniewska-Wal, V. Korporowicz-Żmichowska, Rezylientność i adaptacyjność polityki zdrowotnej w czasach zagrożeń egzystencjalnych: Studium na przykładzie kadry medycznej. *Studia z Polityki Publicznej/Public Policy Studies*, 2025, 11.4: 7-25.

ciągłości zasobów kompetencyjnych, umożliwiający reprodukcję kapitału eksperckiego w warunkach zmienności kadrowej[65]. W ujęciu Bano et al. sukcesja stanowi mechanizm ochrony zasobów nieprzenaszalnych, w szczególności wiedzy milczącej, która „posiada wartość strategiczną wyłącznie wtedy, gdy istnieją narzędzia jej translacji do struktur organizacyjnych"[66]. Z kolei według Ruffin sukcesję należy rozumieć jako proces transformacji kapitału indywidualnego w kapitał organizacyjny, w którym wiedza kliniczna, doświadczenie i etos zawodowy ulegają utrwaleniu w pamięci instytucjonalnej poprzez powtarzalne wzorce działania, artefakty kulturowe i procedury eksperckie[67]. Sukcesja kompetencji obejmuje nie tylko przekazywanie obowiązków administracyjnych i klinicznych, lecz również transfer wiedzy milczącej, osadzonej w praktykach zawodowych i dyspozycjach decyzyjnych. Wiedza milcząca (*tacit knowledge*), zgodnie z klasyczną definicją Supanitchaisiri et al., stanowi zasób „trudny do werbalizacji, uwewnętrzniony w percepcji i działaniu jednostki, możliwy do przekazania wyłącznie poprzez praktykę i współuczestnictwo"[68]. W organizacjach medycznych ten typ wiedzy obejmuje między innymi: umiejętność identyfikacji niestandardowych wzorców objawów, intuicyjne rozpoznawanie ryzyka klinicznego oraz umiejętność podejmowania decyzji diagnostyczno-terapeutycznych w sytuacjach niepełnej informacji. Sukcesja tej wiedzy wymaga zatem wdrażania mechanizmów zapewniających replikację zasobów poznawczych, w szczególności[69]:

- formalizację wiedzy w postaci standardów i procedur klinicznych,
- transfer decyzji eksperckich poprzez obserwację pracy klinicznej i współuczestnictwo w procedurach,
- mentoring sukcesyjny, w ramach którego lekarz o wysokiej randze eksperckiej przygotowuje następcę do przejęcia roli.

Jak zauważa Turner, sukcesja stanowi proces „wielowektorowej translacji zasobów eksperckich", ponieważ wymaga jednoczesnej integracji transferu wiedzy proceduralnej, aksjologicznej i relacyjnej, obejmującej wzorce porozumiewania się z pacjentami oraz

[65] P. Ramseur et al., The implementation of a structured nursing leadership development program for succession planning in a health system. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2018, 48.1: 25-30.
[66] Y. Bano, S.S.Omar, F. Ismail, Revitalising organisations' emergency succession planning in the face of the covid-19 outbreak. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, 2021, 30.1: 3253-3268.
[67] T.R. Ruffin, Strategies for healthcare organizations in succession planning, [w:] *Succession Planning: Promoting Organizational Sustainability*. Cham: Springer International Publishing, 2018, s. 137-153.
[68] M. Supanitchaisiri, O. Natakuatoong, S. Sinthupinyo, The innovative model for extracting tacit knowledge in organisations. *International Journal of Knowledge Management Studies*, 2020, 11.1: 81-101.
[69] Y. Ayub, O. Kogeda, P. Okuthe, M. Lall, Capturing tacit knowledge: A case of traditional doctors in Mozambique. *South African Journal of Information Management*, 2018, 20.1: 1-8.

współpracy interdyscyplinarnej[70]. Sukcesja nie stanowi procesu o charakterze liniowym, lecz dynamikę sprzężenia zwrotnego, w której następca przejmuje nie tylko funkcje, lecz również fragment kultury profesjonalnej i tożsamości organizacyjnej. Oznacza to, że sukcesja obejmuje transfer habitusu zawodowego, który, zgodnie z koncepcją Bourdieu, manifestuje się poprzez uwewnętrznione schematy percepcji, klasyfikacji i działania, a jego transmisja wymaga środowiska instytucjonalnego sprzyjającego internalizacji[71]. Jakość sukcesji wyznacza więc stopień ciągłości wiedzy organizacyjnej, a tym samym trwałość przewagi strategicznej. Fadeyi et al. podkreślają, że sukcesja pełni funkcję izolującego mechanizmu przewagi (isolating mechanism), zabezpieczającego zasoby wiedzy przed dyfuzją do otoczenia konkurencyjnego oraz przed erozją wynikającą z rotacji personelu[72]. Brak planowania sukcesyjnego prowadzi do dyspersji kompetencji, utraty reputacji, a w skrajnych sytuacjach do naruszenia bezpieczeństwa klinicznego pacjentów. W konsekwencji sukcesja lekarzy staje się nie tylko zadaniem operacyjnym, lecz również imperatywem strategicznym, determinującym zdolność organizacji medycznej do utrzymywania ciągłości usług zdrowotnych, reprodukcji zasobów eksperckich i ochrony wartości instytucjonalnej przed dezintegracją. Zarządzanie kompetencjami i talentami lekarzy wymaga zintegrowanego systemu:

- audytu kompetencyjnego,
- mapowania zasobów ludzkich w relacji do procesów klinicznych,
- narzędzi kontroli jakości kompetencji,
- programów rekonstrukcji wiedzy i jej translacji do form proceduralnych.

Ostatecznie zarządzanie kompetencjami lekarskimi definiuje architekturę bezpieczeństwa klinicznego oraz determinuje zdolność organizacji medycznych do generowania wartości przez innowacje terapeutyczne, stabilizację procesów decyzyjnych i ochronę zasobów eksperckich. Konceptualizacja talentów lekarskich jako zasobu strategicznego umiejscawia je w centrum modeli zarządczych, w których bezpieczeństwo kliniczne i trwałość przewagi stanowią zmienne współzależne. Zarządzanie kompetencjami i talentami lekarzy wyznacza obszar krytyczny dla organizacji medycznych. Planowanie, rozwój i sukcesja stanowią elementy spójnego ekosystemu poznawczego, którego celem jest zapewnienie ciągłości zasobów eksperckich oraz stabilności działania. Organizacje medyczne

[70] P. Turner, Linking leadership and succession planning, [w:] *Leadership in Healthcare: Delivering Organisational Transformation and Operational Excellence*. Cham: Springer International Publishing, 2018, s. 233-262.
[71] B.S. Ngcamu, Succession planning and leadership development in a faculty of health sciences. *Global Journal of Health Science*, 2019, 11.11: 101-101.
[72] O. Fadeyi et al., Analyzing succession management practise in the context of organizational survival: A qualitative approach. *International Journal for Quality Research*, 2019, 13.2: 413-432.

osiągają strategiczną odporność wyłącznie wtedy, gdy integralność kompetencji lekarskich zostaje osadzona w systemach zarządzania wiedzą, kulturze profesjonalizmu oraz strukturach instytucjonalnych wspierających progresję talentów.

1.3. Retencja i zaangażowanie personelu: rotacja, przeciążenie pracą, wypalenie jako wyzwania zarządcze

Zarządzanie kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia stanowi jeden z fundamentalnych obszarów współczesnego zarządzania publicznego i organizacyjnego, którego ranga wynika z faktu, iż zasoby ludzkie pełnią w tym sektorze funkcję zarówno operacyjną, jak i strategiczną. W ujęciu paradygmatu zasobowego (*resource-based view*) personel medyczny oraz powiązane z nim kompetencje kliniczne, doświadczenie zawodowe, wiedza proceduralna i zdolności decyzyjne tworzą zasób o cechach strategicznych, tj. cechujący się trudnością imitacji, ograniczoną substytucyjnością oraz wysoką zależnością od ścieżki rozwoju (*path dependence*)[73]. Oznacza to, że organizacje ochrony zdrowia nie dysponują pełną możliwością „odtworzenia" utraconego kapitału ludzkiego w krótkim horyzoncie, ponieważ proces profesjonalizacji i specjalizacji zawodów medycznych cechuje się wysokim kosztem, długim cyklem kształcenia oraz koniecznością kumulacji doświadczeń praktycznych. W konsekwencji zarządzanie personelem medycznym nie może być redukowane do prostych mechanizmów alokacji pracy czy administrowania zatrudnieniem, lecz stanowi kluczowy komponent zdolności organizacji do wytwarzania wartości publicznej, rozumianej jako bezpieczeństwo zdrowotne, jakość świadczeń oraz ciągłość opieki. Z perspektywy teorii systemowych sektor ochrony zdrowia stanowi układ złożony, w którym współwystępują liczne podsystemy (między innymi: kliniczny, finansowy, kadrowy, regulacyjny i technologiczny), pozostające w relacjach sprzężeń zwrotnych oraz zależności nieliniowych. W takim układzie kapitał ludzki pełni rolę elementu integrującego, ponieważ jest jednocześnie nośnikiem kompetencji niezbędnych do realizacji procesów klinicznych oraz medium koordynacji i adaptacji organizacyjnej w warunkach zmienności otoczenia. Zdolność systemu do utrzymania równowagi funkcjonalnej zależy zatem od stabilności i jakości zasobów ludzkich, a ich erozja prowadzi do efektów kaskadowych w innych obszarach: spadku dostępności świadczeń, wydłużania kolejek, obniżenia jakości opieki, wzrostu ryzyka zdarzeń

[73] J. Kosiol et al., Resource-based view: A new strategic perspective for public health service managers. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 2023, 18.1: 8-19.

niepożądanych oraz wzrostu kosztów pośrednich wynikających z dezorganizacji pracy. W tym sensie zarządzanie kapitałem ludzkim stanowi jeden z kluczowych mechanizmów utrzymywania odporności systemowej, rozumianej jako zdolność do absorpcji szoków, adaptacji i odtwarzania sprawności operacyjnej. W tym ujęciu szczególnego znaczenia nabierają zagadnienia retencji i zaangażowania personelu medycznego. Retencja może zostać ujęta jako miara zdolności organizacji do podtrzymania ciągłości zasobów o strategicznej wartości, natomiast zaangażowanie jako wskaźnik jakości relacji pomiędzy pracownikiem a organizacją, obejmujący identyfikację z misją instytucji, gotowość do ponoszenia wysiłku oraz utrzymywanie wysokich standardów profesjonalnych. W logice paradygmatu zasobowego retencja nie stanowi jedynie zmiennej kadrowej, lecz mechanizm podtrzymywania zasobów trudnych do replikacji, które warunkują sprawność procesów klinicznych i organizacyjnych[74].

Z kolei w perspektywie systemowej zaangażowanie można interpretować jako zasób regulacyjny, wzmacniający zdolność organizacji do koordynacji pracy zespołowej, redukcji napięć operacyjnych oraz utrzymywania jakości w warunkach presji i niepewności. Warunki chronicznych niedoborów kadrowych, narastającej presji organizacyjnej oraz rosnących oczekiwań społecznych ujawniają szczególną wrażliwość ochrony zdrowia na zaburzenia w obszarze kapitału ludzkiego. W wymiarze makro niedobory personelu należy postrzegać nie tylko jako deficyt liczbowy, lecz jako zaburzenie równowagi systemowej pomiędzy popytem na świadczenia a podażą pracy wysoko wyspecjalizowanej. Zaburzenie to intensyfikuje się w warunkach zmian demograficznych, epidemiologicznych oraz technologicznych, które zwiększają złożoność pracy klinicznej i organizacyjnej. W konsekwencji na poziomie systemowym pojawia się ryzyko utrwalenia mechanizmów kompensacyjnych polegających na intensyfikacji pracy istniejących kadr, co krótkookresowo podtrzymuje dostępność świadczeń, lecz długookresowo przyczynia się do degradacji dobrostanu personelu i pogłębiania odpływu pracowników. W wymiarze mikro, tj. na poziomie organizacji, presja ta materializuje się w formie przeciążenia pracą, obciążenia dyżurowego, ograniczenia możliwości regeneracji oraz wzrostu obciążeń administracyjnych. Powoduje to stopniowe przesuwanie równowagi organizacyjnej w kierunku trybu funkcjonowania reaktywnego, skoncentrowanego na bieżącym „podtrzymywaniu ciągłości", kosztem rozwoju kompetencji, doskonalenia procesów i budowania kultury organizacyjnej sprzyjającej stabilności zatrudnienia. W tym kontekście retencja i zaangażowanie przestają być kategoriami

[74] S. Almeida et al., Retaining health carers: the role of personal and organisation job resources. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 2019, 6.2: 98-113.

„miękkimi", a stają się zmiennymi o krytycznym znaczeniu dla zdolności organizacji do utrzymania jakości i bezpieczeństwa świadczeń. Problemy te manifestują się przede wszystkim w postaci wysokiej rotacji personelu, długotrwałego przeciążenia pracą oraz narastającego zjawiska wypalenia zawodowego, które pozostają w ścisłych relacjach przyczynowo-skutkowych[75]. W ujęciu systemowym rotacja personelu nie stanowi wyłącznie fluktuacji zatrudnienia, lecz mechanizm utraty zasobu strategicznego, który inicjuje kaskadę konsekwencji: spadek stabilności zespołów, osłabienie pamięci organizacyjnej, pogorszenie koordynacji procesów klinicznych oraz wzrost obciążeń pozostałych pracowników. W perspektywie organizacyjnej rotacja generuje także koszty transakcyjne i adaptacyjne, obejmujące rekrutację, wdrożenie, szkolenie, a także czas potrzebny do osiągnięcia pełnej sprawności operacyjnej przez nowy personel. Jednocześnie odpływ doświadczonych pracowników ogranicza zdolność organizacji do uczenia się i doskonalenia, co w warunkach dynamicznego otoczenia sektorowego stanowi czynnik obniżający zdolności dynamiczne organizacji. Przeciążenie pracą należy interpretować jako mechanizm kompensacyjny systemu wobec deficytów zasobowych, który w krótkim horyzoncie łagodzi skutki niedoboru personelu, natomiast w długim horyzoncie staje się czynnikiem destrukcyjnym. W modelu wymagań i zasobów pracy przeciążenie jest funkcją nadmiernych wymagań przy jednoczesnym niedoborze zasobów organizacyjnych (autonomii, wsparcia, przewidywalności), co prowadzi do erozji energii, spadku satysfakcji i ograniczenia zdolności adaptacyjnej personelu[76]. W tym kontekście wypalenie zawodowe ujawnia się jako rezultat chronicznego niedopasowania pomiędzy wymaganiami systemu a możliwościami regeneracyjnymi i zasobowymi pracowników, a jego skutki przekładają się na spadek jakości opieki, pogorszenie relacji z pacjentami oraz wzrost intencji odejścia z zawodu[77]. W rezultacie opisane zjawiska tworzą samonapędzający się mechanizm sprzężeń zwrotnych: rotacja intensyfikuje przeciążenie, przeciążenie zwiększa ryzyko wypalenia, a wypalenie potęguje rotację, co w skali systemowej prowadzi do trwałej destabilizacji zasobów ludzkich.

Z powyższych przesłanek wynika, że analiza retencji i zaangażowania personelu medycznego wymaga jednoczesnego uwzględnienia perspektywy makro i mikro. W perspektywie makro kluczowe staje się zidentyfikowanie systemowych determinant podaży

[75] D. Darbyshire et al., Retention of doctors in emergency medicine: a scoping review of the academic literature. *Emergency Medicine Journal*, 2021, 38.9: 663-672.
[76] E. Marcisz-Dyla, Stres w zawodzie lekarza – przegląd badań empirycznych. *Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej*, 2024, 15: 56-65.
[77] J.A. Jończyk, Wypalenie zawodowe personelu medycznego – krótki przegląd przykładów z okresu pandemii SARS-CoV-2. *Nowoczesne Systemy Zarządzania*, 2022, 17.2: 69-78.

pracy medycznej, mechanizmów alokacji zasobów oraz regulacyjnych warunków pracy, które wpływają na skłonność do migracji, rezygnacji z zawodu lub zmian sektorowych. W perspektywie mikro konieczne staje się rozpoznanie wewnętrznych mechanizmów organizacyjnych, takich jak organizacja pracy, styl przywództwa, kultura organizacyjna, systemy wsparcia i rozwoju oraz rozwiązania sprzyjające równoważeniu obciążeń. Dopiero integracja tych poziomów analizy umożliwia trafne ujęcie przyczyn i konsekwencji rotacji, przeciążenia pracą i wypalenia zawodowego, a tym samym tworzy podstawę do formułowania adekwatnych rekomendacji zarządczych oraz projektowania interwencji o charakterze strategicznym.

Retencja personelu medycznego, ujmowana jako zdolność organizacji do długookresowego utrzymania pracowników dysponujących kluczowymi kompetencjami zawodowymi, posiada bezpośrednie i pośrednie implikacje dla jakości oraz bezpieczeństwa pacjenta, które w ujęciu systemowym stanowią nadrzędne kategorie oceny sprawności funkcjonowania ochrony zdrowia. Jakość opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwo pacjenta nie są bowiem wyłącznie rezultatem dostępności infrastruktury technicznej czy obowiązujących procedur, lecz pozostają w istotnym stopniu zależne od stabilności zespołów medycznych, ciągłości wiedzy klinicznej oraz efektywności koordynacji działań terapeutycznych, których nośnikiem jest personel medyczny o wysokim poziomie doświadczenia i kompetencji. Wysoki poziom retencji sprzyja utrzymaniu ciągłości opieki nad pacjentem, rozumianej jako spójność procesu diagnostyczno-terapeutycznego w czasie oraz koherentność decyzji klinicznych podejmowanych przez zespół medyczny. Stabilność zatrudnienia umożliwia kumulację wiedzy o pacjentach, lepsze rozpoznanie ich potrzeb zdrowotnych oraz skuteczniejszą komunikację wewnątrz, co w sposób bezpośredni ogranicza ryzyko błędów medycznych, niepożądanych zdarzeń klinicznych oraz fragmentaryzacji opieki. Z perspektywy systemowej retencja personelu pełni zatem funkcję mechanizmu stabilizującego procesy kliniczne i organizacyjne, wzmacniając zdolność systemu do zapewnienia bezpiecznych i wysokiej jakości świadczeń zdrowotnych. Obniżony poziom retencji prowadzi natomiast do naruszenia ciągłości zespołów terapeutycznych, co skutkuje zwiększoną zmiennością składu personelu zaangażowanego w proces leczenia. Zjawisko to osłabia efektywność komunikacji klinicznej, utrudnia przekazywanie wiedzy o stanie pacjentów oraz zwiększa ryzyko niejednoznaczności decyzyjnych. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że częsta rotacja personelu sprzyja występowaniu luk informacyjnych, które w warunkach złożonych procesów medycznych stanowią istotne źródło zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjenta. W tym sensie niska retencja generuje ryzyko systemowe, ponieważ jej skutki

kumulują się na poziomie organizacyjnym i przekładają na jakość opieki w skali całego systemu ochrony zdrowia[78].

Retencja personelu medycznego pozostaje również w ścisłym związku z kulturą bezpieczeństwa pacjenta, rozumianą jako zbiór norm, wartości i praktyk organizacyjnych ukierunkowanych na minimalizację ryzyka oraz uczenie się na podstawie zdarzeń niepożądanych. Stabilność zespołów sprzyja budowaniu zaufania, otwartej komunikacji oraz gotowości do zgłaszania i analizowania błędów, co stanowi fundament skutecznych systemów zarządzania jakością i bezpieczeństwem. Wysoka fluktuacja personelu osłabia natomiast procesy uczenia się organizacyjnego, ograniczając zdolność do identyfikacji przyczyn źródłowych zdarzeń niepożądanych oraz implementacji działań naprawczych. Z perspektywy paradygmatu zasobowego retencja personelu medycznego warunkuje utrzymanie zasobu strategicznego, który bezpośrednio wspiera zdolności organizacji do zapewnienia jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Doświadczony personel pełni funkcję stabilizatora systemowego, umożliwiając adaptację procedur do specyficznych sytuacji klinicznych oraz podejmowanie decyzji w warunkach niepewności. Utrata tego zasobu prowadzi do zwiększenia obciążeń poznawczych pozostałych pracowników, częstszej konieczności podejmowania decyzji przez mniej doświadczony personel oraz wzrostu podatności systemu na błędy wynikające z braku znajomości lokalnych procedur i kontekstu organizacyjnego.

W ujęciu makrosystemowym niska retencja personelu medycznego prowadzi do narastania nierówności w dostępie do bezpiecznej i wysokiej jakości opieki zdrowotnej, szczególnie w regionach dotkniętych deficytem kadr. Konsekwencją tego procesu jest pogorszenie wskaźników jakościowych, wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia oraz zwiększenie ryzyka zdarzeń niepożądanych w skali populacyjnej. Tym samym retencja personelu medycznego powinna być traktowana jako kluczowy determinant jakości i bezpieczeństwa pacjenta, którego znaczenie wykracza poza poziom pojedynczych organizacji i obejmuje cały system ochrony zdrowia. W świetle powyższych rozważań retencja personelu medycznego jawi się jako jeden z centralnych elementów strategicznego zarządzania kapitałem ludzkim, bezpośrednio powiązany z realizacją nadrzędnych celów ochrony zdrowia, jakimi są zapewnienie wysokiej jakości świadczeń oraz bezpieczeństwa pacjentów. Jej uwzględnienie w politykach organizacyjnych i systemowych stanowi zatem nie tylko kwestię efektywności zarządczej, lecz także warunek utrzymania funkcjonalnej spójności i społecznej legitymizacji

[78] P. Turner, Retaining talent in health sector organisations, [w:] *Talent Management in Healthcare: Exploring How the World's Health Service Organisations Attract, Manage and Develop Talent*. Cham: Springer International Publishing, 2017, s. 285-313.

systemu ochrony zdrowia. Do podstawowych czynników ograniczających retencję personelu medycznego zalicza się w szczególności[79]:

- nieadekwatne relacje pomiędzy zakresem obowiązków a dostępnymi zasobami kadrowymi,
- brak przewidywalności warunków pracy i obciążenia dyżurowego,
- ograniczone możliwości rozwoju zawodowego i awansu organizacyjnego,
- deficyty wsparcia instytucjonalnego ze strony kadry zarządzającej,
- niespójność pomiędzy deklarowanymi wartościami organizacji a realnymi praktykami zarządczymi.

Zestawione czynniki ograniczające retencję personelu medycznego tworzą spójny obraz strukturalnych i organizacyjnych dysfunkcji, które oddziałują na stabilność zatrudnienia w sposób skumulowany i wzajemnie wzmacniający się. Ich wspólnym mianownikiem pozostaje naruszenie równowagi pomiędzy wymaganiami stawianymi personelowi a zasobami organizacyjnymi oferowanymi przez jednostki ochrony zdrowia. Nierównowaga ta prowadzi do systematycznego obniżania poczucia kontroli nad warunkami pracy, osłabienia identyfikacji z organizacją oraz erozji zaufania do struktur zarządczych, co w dłuższej perspektywie skutkuje wzrostem intencji odejścia i faktyczną rotacją personelu. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim wskazane determinanty retencji nie funkcjonują jako odrębne problemy operacyjne, lecz stanowią elementy jednego mechanizmu organizacyjnego, w którym deficyty planowania zasobów, ograniczona przewidywalność oraz niespójność normatywna prowadzą do obniżenia stabilności relacji pracownik – organizacja. Szczególnego znaczenia nabiera przy tym rola kadry zarządzającej, której zdolność do zapewnienia wsparcia instytucjonalnego, przejrzystości decyzji oraz spójności pomiędzy deklaracjami a praktyką zarządczą warunkuje utrzymanie zaangażowania personelu i jego gotowości do długookresowego związania się z organizacją.

W ujęciu strategicznym kumulacja wskazanych czynników ograniczających retencję prowadzi do osłabienia kluczowych zdolności organizacyjnych jednostek ochrony zdrowia, w tym zdolności do utrzymania stabilnych zespołów terapeutycznych, zachowania ciągłości wiedzy klinicznej oraz zapewnienia wysokiej jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem. Tym samym czynniki te należy interpretować nie wyłącznie jako bariery kadrowe, lecz jako istotne ryzyka systemowe, których długotrwałe oddziaływanie może prowadzić do trwałej

[79] M.N. Ajemba et al., Improving staff retention in the research and development department sections of NHS hospitals in the United Kingdom: A systematic review. *World Journal Of Advanced Research And Reviews*, 2024, 21.1: 2168-2181.

destabilizacji zasobów ludzkich w ochronie zdrowia. Skuteczne przeciwdziałanie ich negatywnym konsekwencjom wymaga zintegrowanego podejścia zarządczego, obejmującego zarówno racjonalizację organizacji pracy, jak i konsekwentne budowanie spójnej kultury organizacyjnej opartej na przewidywalności, wsparciu oraz zgodności wartości deklarowanych z praktyką funkcjonowania instytucji.

Jednym z najbardziej widocznych skutków niskiej retencji pozostaje wysoka rotacja personelu medycznego, rozumiana jako częstotliwość odejść pracowników z organizacji w określonym przedziale czasowym[80]. Rotacja ta posiada charakter zarówno wewnątrzsektorowy, jak i międzysektorowy, obejmując migracje pomiędzy jednostkami ochrony zdrowia, a także odpływ kadr do sektorów alternatywnych lub poza granice kraju. Wysoka rotacja pełni funkcję wskaźnika dysfunkcji organizacyjnych, ujawniając brak równowagi pomiędzy wymaganiami systemu a możliwościami adaptacyjnymi personelu. Konsekwencje rotacji personelu mają charakter wielowymiarowy i obejmują między innymi[81]:

- utratę wiedzy organizacyjnej i doświadczenia klinicznego,
- destabilizację zespołów terapeutycznych,
- zwiększenie obciążeń pozostałych pracowników,
- pogorszenie jakości relacji personel – pacjent,
- wzrost ryzyka błędów medycznych i organizacyjnych.

Zidentyfikowane konsekwencje rotacji personelu medycznego ukazują jej charakter jako zjawiska o istotnych implikacjach organizacyjnych i systemowych, które wykraczają poza prostą fluktuację zatrudnienia. Rotacja prowadzi do naruszenia ciągłości funkcjonowania organizacji poprzez osłabienie pamięci organizacyjnej oraz utratę wiedzy ukrytej, zakorzenionej w doświadczeniu klinicznym i praktykach zespołowych. W rezultacie organizacje ochrony zdrowia tracą zdolność do efektywnego uczenia się, standaryzacji działań oraz adaptacji do zmiennych warunków otoczenia, co obniża ich sprawność operacyjną i stabilność funkcjonalną. Destabilizacja zespołów terapeutycznych, będąca następstwem rotacji, generuje dodatkowe obciążenia poznawcze i organizacyjne, które przenoszą się na pozostały personel. Zwiększenie zakresu obowiązków, konieczność kompensowania braków kadrowych oraz praca w warunkach permanentnej zmienności składu zespołów prowadzą do erozji relacji interpersonalnych, osłabienia koordynacji działań oraz obniżenia poziomu

[80] M. Juraszek, A. Czerwińska-Lubszczyk, Wpływ zmian w otoczeniu na równowagę pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym personelu medycznego. *Zarządzanie i jakość, Management and Quality*, 2024, 6.3: 74-85.
[81] V. Whaley et al., The impact of rotational models on workforce stability in UK clinical settings. *British Journal of Healthcare Management*, 2023, 29.12: 1-11.

zaufania wewnątrzorganizacyjnego. Proces ten ma bezpośredni wpływ na jakość relacji personel – pacjent, które w ochronie zdrowia stanowią kluczowy element skuteczności terapeutycznej oraz bezpieczeństwa opieki. W ujęciu systemowym rotacja personelu intensyfikuje ryzyko występowania błędów medycznych i organizacyjnych, ponieważ zakłóca przepływ informacji, utrudnia zachowanie spójności procedur oraz zwiększa prawdopodobieństwo niejednoznaczności decyzyjnych. Skumulowany efekt tych zjawisk prowadzi do obniżenia jakości świadczeń zdrowotnych oraz wzrostu zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjenta, co w dłuższej perspektywie osłabia zdolność systemu ochrony zdrowia do realizacji jego podstawowej funkcji publicznej. Tym samym rotacja personelu medycznego powinna być interpretowana jako istotny czynnik ryzyka organizacyjnego i systemowego, którego skutki wymagają strategicznego uwzględnienia w politykach zarządzania kapitałem ludzkim oraz w działaniach ukierunkowanych na zapewnienie jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.

Rotacja personelu pozostaje w ścisłym związku z przeciążeniem pracą, które definiowane jest jako długotrwałe przekraczanie norm fizycznych, psychicznych lub czasowych zdolności pracownika do wykonywania powierzonych obowiązków[82]. W ochronie zdrowia przeciążenie to wynika przede wszystkim z niedoborów kadrowych, rozszerzania zakresu obowiązków administracyjnych oraz konieczności funkcjonowania w warunkach permanentnej presji czasowej. Przeciążenie pracą prowadzi do obniżenia koncentracji, narastania zmęczenia oraz pogorszenia zdolności decyzyjnych, co bezpośrednio wpływa na bezpieczeństwo pacjentów. W ujęciu organizacyjnym skutki przeciążenia pracą obejmują[83]:

- spadek efektywności procesów operacyjnych,
- wzrost absencji chorobowej,
- ograniczenie zaangażowania zespołowego,
- nasilenie konfliktów interpersonalnych,
- zwiększenie skłonności do opuszczania organizacji.

Zarysowane konsekwencje przeciążenia pracą wskazują na jego funkcję jako jednego z kluczowych mechanizmów destabilizujących funkcjonowanie organizacyjne jednostek ochrony zdrowia. Przeciążenie to prowadzi do stopniowej degradacji sprawności procesów operacyjnych, ograniczając zdolność organizacji do utrzymania płynności działań oraz realizacji świadczeń zgodnie z przyjętymi standardami jakości. Spadek efektywności

[82] S.-Y. Chen et al., Job rotation and internal marketing for increased job satisfaction and organisational commitment in hospital nursing staff. *Journal of nursing management*, 2015, 23.3: 297-306.
[83] T. Bergner, Belastungen in der Notfallmedizin. *Notfall+ Rettungsmedizin*, 2018, 21.3: 192-198.

operacyjnej sprzęga się przy tym z narastającą absencją chorobową, która dodatkowo pogłębia deficyty kadrowe i wzmacnia presję organizacyjną, tworząc samonapędzający się mechanizm obciążeniowy. Ograniczenie zaangażowania zespołowego oraz nasilanie się konfliktów interpersonalnych stanowią wyraz erozji relacji wewnątrzorganizacyjnych, wynikającej z długotrwałego funkcjonowania personelu w warunkach nadmiernych wymagań i ograniczonych zasobów wsparcia. W takich okolicznościach osłabieniu ulega współpraca zespołowa, spójność działań oraz zaufanie interpersonalne, co negatywnie oddziałuje na koordynację procesów klinicznych i organizacyjnych. Przeciążenie pracą sprzyja również rozwojowi postaw wycofania oraz redukcji identyfikacji z organizacją, co w konsekwencji zwiększa skłonność pracowników do poszukiwania alternatywnych form zatrudnienia lub opuszczania sektora. W ujęciu strategicznym skumulowany wpływ przeciążenia pracą prowadzi do osłabienia zdolności organizacji do utrzymania stabilnych zasobów ludzkich oraz realizacji długofalowych celów rozwojowych. Przeciążenie należy zatem postrzegać nie jako przejściowy problem operacyjny, lecz jako istotne ryzyko organizacyjne, którego długotrwałe oddziaływanie może skutkować trwałą destabilizacją struktur kadrowych, obniżeniem jakości świadczeń zdrowotnych oraz ograniczeniem odporności organizacyjnej jednostek ochrony zdrowia.

Długotrwałe przeciążenie pracą stanowi jeden z głównych czynników prowadzących do wypalenia zawodowego, które definiowane jest jako zespół objawów obejmujących wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań zawodowych[84]. Wypalenie zawodowe personelu medycznego posiada charakter systemowy i nie ogranicza się do indywidualnych predyspozycji jednostek, lecz pozostaje rezultatem strukturalnych uwarunkowań pracy w ochronie zdrowia. Jego występowanie prowadzi do spadku jakości świadczonych usług, obniżenia satysfakcji pacjentów oraz dalszego pogłębiania problemów retencyjnych. Źródła wypalenia zawodowego w ochronie zdrowia obejmują w szczególności[85]:

- chroniczne przeciążenie obowiązkami,
- ograniczoną autonomię decyzyjną,
- brak wpływu na organizację pracy,
- deficyty wsparcia emocjonalnego i organizacyjnego,
- rozbieżność pomiędzy etosem zawodowym a realiami funkcjonowania systemu.

[84] J. Von Campenhausen, Ärzte sind auch Menschen, [w:] *Ärztliche Kommunikation für Medizinstudierende*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2020, s. 135-148.
[85] J.A. Jończyk, Wypalenie zawodowe personelu medycznego – krótki przegląd przykładów z okresu pandemii SARS-CoV-2. *Nowoczesne Systemy Zarządzania*, 2022, 17.2: 69-78.

Zidentyfikowane źródła wypalenia zawodowego w ochronie zdrowia wskazują na jego charakter jako zjawiska wieloczynnikowego, zakorzenionego przede wszystkim w strukturalnych i organizacyjnych uwarunkowaniach funkcjonowania systemu. Wspólnym mianownikiem wskazanych determinant pozostaje trwałe naruszenie równowagi pomiędzy wymaganiami stawianymi personelowi medycznemu a zakresem kontroli, autonomii i wsparcia, jakimi dysponuje on w środowisku pracy. Chroniczne przeciążenie obowiązkami, połączone z ograniczoną możliwością wpływu na organizację pracy oraz procesy decyzyjne, prowadzi do stopniowej erozji poczucia sprawczości i sensu wykonywanych działań, co stanowi jeden z kluczowych mechanizmów inicjujących proces wypalenia zawodowego. Deficyty wsparcia emocjonalnego i organizacyjnego wzmacniają to zjawisko, ograniczając zdolność personelu do regeneracji psychicznej oraz adaptacji do długotrwałego stresu zawodowego. W warunkach ochrony zdrowia, gdzie praca obarczona jest wysoką odpowiedzialnością oraz ekspozycją na obciążenia emocjonalne, brak systemowych form wsparcia sprzyja internalizacji napięć i prowadzi do narastania wyczerpania emocjonalnego. Szczególnego znaczenia nabiera przy tym rozbieżność pomiędzy etosem zawodowym personelu medycznego, opartym na wartościach służby, odpowiedzialności i troski o pacjenta, a realiami funkcjonowania systemu, które często narzucają logikę presji czasowej, ograniczeń zasobowych i priorytetów administracyjnych. W ujęciu organizacyjnym wypalenie zawodowe jawi się zatem nie jako indywidualna dysfunkcja pracownika, lecz jako symptom systemowego niedopasowania pomiędzy strukturą organizacyjną a psychologicznymi i zawodowymi potrzebami personelu. Skumulowane oddziaływanie wskazanych czynników prowadzi do obniżenia zaangażowania, depersonalizacji relacji zawodowych oraz spadku poczucia skuteczności, co w konsekwencji przekłada się na pogorszenie jakości świadczeń zdrowotnych, wzrost ryzyka zdarzeń niepożądanych oraz nasilenie intencji odejścia z organizacji lub zawodu. Tym samym źródła wypalenia zawodowego należy interpretować jako istotne ryzyko organizacyjne i systemowe, wymagające strategicznego uwzględnienia w zarządzaniu kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia.

Analiza relacji pomiędzy retencją, rotacją, przeciążeniem pracą oraz wypaleniem zawodowym wskazuje na istnienie zamkniętego cyklu wzajemnych zależności, w którym każde z tych zjawisk wzmacnia pozostałe. Niedobory kadrowe prowadzą do przeciążenia pracą, przeciążenie sprzyja wypaleniu zawodowemu, a wypalenie intensyfikuje rotację personelu, co ponownie pogłębia deficyty kadrowe[86]. Przerwanie tego mechanizmu wymaga strategicznego

[86] E. Kuriata-Kościelniak, Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego: uwarunkowania ergonomiczne*, 2020, 127-146.

zarządzania kapitałem ludzkim, opartego na długofalowej perspektywie oraz integracji polityki kadrowej z celami organizacyjnymi. Skuteczne zarządzanie kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia wymaga traktowania personelu medycznego jako zasobu strategicznego, którego stabilność i dobrostan warunkują efektywność całego systemu. Obejmuje to konieczność systematycznego monitorowania obciążeń pracą, rozwijania kompetencji menedżerskich kadry kierowniczej oraz budowania środowiska organizacyjnego sprzyjającego zaangażowaniu i długookresowej retencji pracowników[87].

Przeprowadzona w niniejszym rozdziale analiza zagadnień związanych z zarządzaniem kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia jednoznacznie wskazuje, że stabilność i jakość zasobów kadrowych stanowią jeden z kluczowych determinantów sprawności organizacyjnej oraz odporności systemowej ochrony zdrowia. Retencja, zaangażowanie, rotacja personelu, przeciążenie pracą oraz wypalenie zawodowe tworzą wzajemnie powiązany układ zjawisk, którego funkcjonowanie warunkuje zarówno efektywność operacyjną jednostek medycznych, jak i realizację nadrzędnych celów systemowych, takich jak jakość i bezpieczeństwo pacjenta. W perspektywie paradygmatu zasobowego kapitał ludzki w ochronie zdrowia jawi się jako zasób o charakterze strategicznym, charakteryzujący się wysoką specyficznością, ograniczoną substytucyjnością oraz znaczną trudnością odtworzenia. Utrata doświadczonego personelu medycznego prowadzi nie tylko do ilościowego zmniejszenia zasobów pracy, lecz także do jakościowej degradacji potencjału organizacyjnego, obejmującej erozję wiedzy ukrytej, osłabienie pamięci organizacyjnej oraz zaburzenie ciągłości procesów klinicznych. W tym sensie retencja personelu nie stanowi wyłącznie kategorii kadrowej, lecz mechanizm podtrzymywania zdolności organizacyjnych i systemowych. Zastosowanie perspektywy systemowej pozwala natomiast ukazać, że zaburzenia w obszarze kapitału ludzkiego generują efekty kaskadowe, które wykraczają poza poziom pojedynczych organizacji. Wysoka rotacja personelu, chroniczne przeciążenie pracą oraz narastające wypalenie zawodowe prowadzą do destabilizacji zespołów terapeutycznych, osłabienia koordynacji działań oraz wzrostu ryzyka błędów medycznych i organizacyjnych. Skumulowane oddziaływanie tych zjawisk skutkuje pogorszeniem jakości opieki oraz zagrożeniami dla bezpieczeństwa pacjenta, ujawniając systemowy charakter problemów kadrowych w ochronie zdrowia. Analiza czynników ograniczających retencję personelu medycznego wskazuje, że ich źródła mają w przeważającej mierze charakter organizacyjny i strukturalny. Brak równowagi pomiędzy wymaganiami pracy a dostępnymi zasobami, brak

[87] A. Heger, S. Ritz-Timme, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte. *Rechtsmedizin*, 2021, 31.6: 479-493.

przewidywalności warunków zatrudnienia, ograniczone możliwości rozwoju zawodowego, deficyty wsparcia ze strony kadry zarządzającej oraz niespójność pomiędzy deklarowanymi wartościami a praktyką zarządczą prowadzą do erozji relacji pracownik – organizacja. W dłuższej perspektywie proces ten skutkuje obniżeniem zaangażowania, wzrostem intencji odejścia oraz faktyczną rotacją personelu, co dodatkowo pogłębia deficyty kadrowe. Szczególne znaczenie w analizowanym układzie zależności odgrywa przeciążenie pracą, które pełni funkcję mechanizmu kompensacyjnego wobec niedoborów kadrowych, lecz jednocześnie stanowi istotny czynnik destabilizujący funkcjonowanie organizacyjne. Długotrwałe przeciążenie prowadzi do spadku efektywności procesów operacyjnych, wzrostu absencji chorobowej, erozji relacji zespołowych oraz nasilenia konfliktów interpersonalnych, co w konsekwencji osłabia zdolność organizacji do utrzymania stabilnych zasobów ludzkich. Kulminacją opisywanych procesów jest wypalenie zawodowe personelu medycznego, które należy interpretować jako symptom systemowego niedopasowania pomiędzy strukturą organizacyjną a psychologicznymi i zawodowymi potrzebami pracowników. Źródła wypalenia, zakorzenione w chronicznym przeciążeniu, ograniczonej autonomii decyzyjnej, deficytach wsparcia oraz rozbieżności pomiędzy etosem zawodowym a realiami funkcjonowania systemu, prowadzą do wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji relacji zawodowych oraz spadku poczucia skuteczności. Wypalenie zawodowe nie tylko pogarsza dobrostan personelu, lecz również intensyfikuje rotację i pogłębia problemy retencyjne, zamykając cykl negatywnych sprzężeń zwrotnych.

W świetle przedstawionych rozważań zarządzanie kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia wymaga podejścia strategicznego, integrującego perspektywę mikro-organizacyjną i makrosystemową. Retencja i zaangażowanie personelu medycznego powinny być traktowane jako kluczowe zmienne sterujące stabilnością systemu, bezpośrednio powiązane z jakością i bezpieczeństwem opieki nad pacjentem. Skuteczne przeciwdziałanie rotacji, przeciążeniu pracą i wypaleniu zawodowemu nie może ograniczać się do działań doraźnych, lecz wymaga spójnych polityk organizacyjnych i systemowych, ukierunkowanych na racjonalizację obciążeń, wzmacnianie wsparcia instytucjonalnego oraz budowanie kultury organizacyjnej sprzyjającej długookresowej stabilności zasobów ludzkich. Tak ujęta problematyka kapitału ludzkiego stanowi nie tylko istotny obszar analizy teoretycznej, lecz również fundament dla dalszych badań empirycznych oraz formułowania rekomendacji zarządczych, których celem jest wzmocnienie odporności organizacyjnej i systemowej ochrony zdrowia.

1.4. Systemy rozwoju pracowników: szkolenia, mentoring, coaching, uczenie się w miejscu pracy

Rozwój pracowników w sektorze ochrony zdrowia stanowi jeden z kluczowych komponentów strategicznego zarządzania zasobami ludzkimi, bezpośrednio powiązany nie tylko z utrzymaniem jakości świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów, lecz również z procesami retencji personelu oraz ograniczaniem ryzyka wypalenia zawodowego. W warunkach rosnącej złożoności procesów klinicznych, intensyfikacji pracy oraz narastających wymagań regulacyjnych, systemy rozwoju personelu medycznego pełnią funkcję zarówno modernizacyjną, jak i ochronną. Ich znaczenie wykracza poza klasyczne ujęcie podnoszenia kwalifikacji zawodowych, obejmując kształtowanie kompetencji adaptacyjnych, wzmacnianie poczucia sprawczości zawodowej oraz budowanie zasobów psychologicznych niezbędnych do długotrwałego funkcjonowania w środowisku wysokiej presji. Systemy rozwoju pracowników w ochronie zdrowia pełnią jednocześnie kilka komplementarnych funkcji organizacyjnych, do których zalicza się[88]:

- wzmacnianie kompetencji klinicznych i organizacyjnych personelu,
- ograniczanie niepewności decyzyjnej w warunkach zmienności procedur i regulacji,
- budowanie zdolności adaptacyjnych wobec zmian systemowych i technologicznych,
- wspieranie stabilności zatrudnienia poprzez wzrost zaangażowania zawodowego,
- redukowanie czynników ryzyka wypalenia zawodowego poprzez rozwój zasobów indywidualnych.

Zestawione funkcje systemów rozwoju pracowników w ochronie zdrowia wskazują na ich wielowymiarowy i komplementarny charakter, wykraczający poza tradycyjnie rozumiane doskonalenie kwalifikacji zawodowych. Systemy te pełnią rolę kluczowego mechanizmu organizacyjnego, który jednocześnie wzmacnia kompetencje personelu, stabilizuje procesy decyzyjne oraz zwiększa zdolność jednostek ochrony zdrowia do adaptacji w warunkach dynamicznych zmian otoczenia. Ich oddziaływanie obejmuje zarówno wymiar operacyjny, związany z poprawą jakości i bezpieczeństwa świadczeń, jak i wymiar strategiczny, odnoszący się do utrzymania stabilnych zasobów ludzkich oraz ograniczania ryzyka erozji kapitału kompetencyjnego. W ujęciu długookresowym systemy rozwoju pracowników przyczyniają się do budowania trwałej relacji pomiędzy pracownikiem a organizacją, opartej na poczuciu sprawczości, przewidywalności i wsparcia instytucjonalnego. Poprzez wzmacnianie

[88] E. Krzemień, R. Wolniak, Procesy szkolenia i doskonalenia pracowników w ochronie zdrowia. *Zeszyty Naukowe Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, 2015, 17: 163-176.

zaangażowania zawodowego oraz rozwój zasobów indywidualnych pełnią one istotną funkcję prewencyjną wobec zjawisk rotacji i wypalenia zawodowego, które stanowią jedne z najpoważniejszych wyzwań współczesnej ochrony zdrowia. Tym samym systemy rozwoju należy postrzegać jako integralny element strategicznego zarządzania zasobami ludzkimi, którego znaczenie wykracza poza obszar polityki szkoleniowej i obejmuje fundamenty stabilności organizacyjnej oraz odporności systemowej ochrony zdrowia.

W ujęciu zasobowym systemy rozwoju pracowników pełnią funkcję mechanizmów reprodukcji i podtrzymywania kapitału ludzkiego, który w ochronie zdrowia charakteryzuje się wysoką specyficznością, długim cyklem kształcenia oraz silnym osadzeniem w praktyce klinicznej. Z perspektywy paradygmatu zasobowego systemy rozwoju pracowników przyczyniają się do wzmacniania następujących komponentów kapitału ludzkiego[89]:

- wiedzy ukrytej, nabywanej w toku praktyki klinicznej,
- kompetencji adaptacyjnych i decyzyjnych,
- zdolności refleksyjnego uczenia się,
- umiejętności współpracy zespołowej w środowisku wysokiej złożoności,
- odporności psychologicznej personelu.

Wskazane komponenty kapitału ludzkiego ukazują, że systemy rozwoju pracowników w ochronie zdrowia oddziałują na zasoby o charakterze strategicznym, których znaczenie wykracza poza formalnie mierzalne kwalifikacje zawodowe. W szczególności wzmacnianie wiedzy ukrytej, kompetencji adaptacyjnych oraz zdolności refleksyjnego uczenia się sprzyja podtrzymywaniu zdolności organizacji do funkcjonowania w warunkach wysokiej złożoności i niepewności, charakterystycznych dla środowiska klinicznego. Zasoby te, osadzone w doświadczeniu i praktyce zespołowej, cechują się ograniczoną możliwością transferu i substytucji, co dodatkowo podkreśla ich strategiczną wartość. Z perspektywy paradygmatu zasobowego rozwój umiejętności współpracy zespołowej oraz odporności psychologicznej personelu wzmacnia zdolności organizacyjne jednostek ochrony zdrowia do absorpcji obciążeń, adaptacji do zmian oraz utrzymania ciągłości procesów klinicznych. Systemy rozwoju pracowników pełnią w tym ujęciu funkcję mechanizmu reprodukcji i ochrony kapitału ludzkiego, ograniczając ryzyko jego erozji w wyniku przeciążenia, rotacji czy wypalenia zawodowego. Tym samym inwestycje w rozwój personelu należy interpretować jako inwestycje w trwałość i odporność organizacyjną, które stanowią fundament długookresowej efektywności i stabilności systemu ochrony zdrowia.

[89] R. Sauter, W. Sauter, R. Wolfig, Agile Mitarbeiterentwicklung, [w:] *Agile Werte-und Kompetenzentwicklung: Wege in eine neue Arbeitswelt*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018, s. 67-129.

Wiedza i kompetencje personelu medycznego nie mają wyłącznie charakteru formalnego, lecz w znacznej mierze przyjmują postać wiedzy ukrytej, rozwijanej w toku doświadczenia zawodowego, współpracy zespołowej oraz ekspozycji na złożone sytuacje decyzyjne. Brak systemowych rozwiązań rozwojowych prowadzi w tym kontekście do erozji kapitału kompetencyjnego, wzrostu poczucia stagnacji zawodowej oraz osłabienia identyfikacji pracowników z organizacją, co stanowi jeden z istotnych czynników ograniczających retencję i zwiększających podatność na wypalenie zawodowe[90]. Systemy szkoleniowe w ochronie zdrowia tradycyjnie postrzegane są jako podstawowy instrument rozwoju zawodowego personelu medycznego. Ich rola polega na aktualizacji wiedzy klinicznej, dostosowywaniu kompetencji do zmieniających się wytycznych oraz utrzymywaniu zgodności praktyk zawodowych z obowiązującymi standardami. W ujęciu organizacyjnym szkolenia pełnią jednak również funkcję stabilizującą, ponieważ ograniczają niepewność decyzyjną, wzmacniają poczucie kompetencji oraz redukują obciążenia poznawcze związane z koniecznością samodzielnego adaptowania się do zmian. Tym samym systemy szkoleniowe pośrednio oddziałują na ograniczenie stresu zawodowego oraz wzmacnianie zaangażowania personelu, co sprzyja utrzymaniu pracowników w organizacji. Systemy szkoleniowe w ochronie zdrowia oddziałują na procesy retencyjne oraz ryzyko wypalenia zawodowego poprzez[91]:

- wzmacnianie poczucia kompetencji i sprawczości zawodowej,
- ograniczanie stresu związanego z niepewnością proceduralną,
- podnoszenie jakości podejmowanych decyzji klinicznych,
- zmniejszanie obciążeń poznawczych personelu,
- wzrost identyfikacji pracowników z organizacją inwestującą w ich rozwój.

Zestawione mechanizmy oddziaływania systemów szkoleniowych ukazują ich znaczenie jako istotnego instrumentu stabilizacji zasobów ludzkich w ochronie zdrowia. Poprzez wzmacnianie poczucia kompetencji i sprawczości zawodowej szkolenia ograniczają doświadczenie niepewności oraz przeciążenia poznawczego, które stanowią jedne z kluczowych czynników inicjujących proces wypalenia zawodowego. Jednocześnie podnoszenie jakości decyzji klinicznych sprzyja redukcji stresu wynikającego z odpowiedzialności zawodowej, co ma bezpośrednie znaczenie dla utrzymania długofalowego

[90] R. Jha, D.K. Pandey, A. Vashisht, A Study on Employee Performance Appraisal and Job Satisfaction in Health Care Sector. *International Journal of Advance Research and Innovative Ideas in Education*, 2016, 2: 988-994.
[91] G. Giallouros et al., Enhancing employee engagement through integrating leadership and employee job resources: evidence from a public healthcare setting. *International Public Management Journal*, 2024, 27.4: 533-558.

zaangażowania personelu. W ujęciu organizacyjnym systemy szkoleniowe pełnią również funkcję symbolicznego potwierdzenia inwestycji organizacji w rozwój pracowników, wzmacniając ich identyfikację z instytucją oraz poczucie bycia docenianym uczestnikiem struktury organizacyjnej. Tego rodzaju percepcja relacji pracownik – organizacja sprzyja procesom retencyjnym, ograniczając skłonność do opuszczania miejsca pracy nawet w warunkach wysokich obciążeń. Tym samym systemy szkoleniowe należy postrzegać nie tylko jako narzędzie podnoszenia kwalifikacji, lecz jako integralny element strategicznego zarządzania zasobami ludzkimi, ukierunkowany na stabilność zatrudnienia oraz profilaktykę wypalenia zawodowego w sektorze ochrony zdrowia.

Efektywność systemów szkoleniowych pozostaje przy tym silnie uzależniona od ich osadzenia w realnych potrzebach organizacyjnych oraz powiązania z długofalowymi ścieżkami rozwoju zawodowego. Szkolenia oderwane od praktyki klinicznej lub postrzegane jako dodatkowe obciążenie czasowe mogą bowiem paradoksalnie intensyfikować poczucie przeciążenia i frustracji, zamiast pełnić funkcję wspierającą. Z perspektywy retencji kluczowe znaczenie ma zatem postrzeganie systemów szkoleniowych jako elementu inwestycji organizacji w rozwój pracownika, a nie wyłącznie jako narzędzia kontroli lub formalnego spełniania wymogów regulacyjnych. Uzupełnieniem formalnych systemów szkoleniowych są procesy mentoringu, które w ochronie zdrowia posiadają szczególne znaczenie ze względu na relacyjny charakter transferu wiedzy i doświadczenia. Mentoring, definiowany jako długofalowa relacja rozwojowa pomiędzy pracownikiem o wysokim poziomie doświadczenia a osobą znajdującą się na wcześniejszym etapie kariery, sprzyja nie tylko przekazywaniu wiedzy praktycznej, lecz także budowaniu tożsamości zawodowej, internalizacji norm etycznych oraz rozwijaniu strategii radzenia sobie z obciążeniami emocjonalnymi pracy klinicznej[92]. W tym sensie mentoring pełni istotną funkcję prewencyjną wobec wypalenia zawodowego, szczególnie wśród pracowników rozpoczynających pracę lub funkcjonujących w środowisku wysokiej presji. Z perspektywy organizacyjnej mentoring wzmacnia procesy retencyjne poprzez budowanie więzi społecznych, poczucia przynależności oraz bezpieczeństwa psychologicznego. Relacje w ramach mentoringu ograniczają poczucie izolacji zawodowej, sprzyjają otwartej komunikacji oraz wzmacniają zaufanie do organizacji jako środowiska sprzyjającego rozwojowi. W warunkach ochrony zdrowia, gdzie brak wsparcia społecznego stanowi istotny czynnik ryzyka wypalenia, mentoring pełni rolę stabilizatora

[92] N. Czymerska, A. Gaworska-Krzemińska, A. Zimmermann, Znaczenie mentoringu w procesie adaptacji zawodowej. *Probacja*, 2023, 4: 349-363.

relacji pracownik – organizacja. Mentoring w ochronie zdrowia realizuje szereg funkcji o charakterze rozwojowym i ochronnym, w tym[93]:

- transfer wiedzy klinicznej i organizacyjnej,
- wsparcie adaptacji zawodowej w środowisku wysokiej presji,
- budowanie tożsamości i etosu zawodowego,
- ograniczanie poczucia izolacji i dezorientacji zawodowej,
- pośrednie wzmacnianie procesów retencyjnych.

Zidentyfikowane funkcje mentoringu wskazują na jego szczególną rolę jako narzędzia łączącego rozwój kompetencyjny z ochroną dobrostanu personelu medycznego. Mentoring umożliwia skuteczny transfer wiedzy klinicznej i organizacyjnej, osadzonej w doświadczeniu zawodowym, przy jednoczesnym wspieraniu adaptacji pracowników do specyfiki środowiska pracy charakteryzującego się wysokim poziomem odpowiedzialności i presji. Proces ten sprzyja internalizacji norm zawodowych oraz kształtowaniu stabilnej tożsamości profesjonalnej, co ma istotne znaczenie dla utrzymania długofalowego zaangażowania personelu. W ujęciu organizacyjnym mentoring ogranicza poczucie izolacji i dezorientacji zawodowej, wzmacniając relacje społeczne oraz poczucie przynależności do zespołu i instytucji. Tego rodzaju wsparcie relacyjne pełni funkcję prewencyjną wobec wypalenia zawodowego oraz pośrednio wzmacnia procesy retencyjne, stabilizując relację pracownik – organizacja. Tym samym mentoring należy postrzegać jako istotny komponent systemów rozwoju zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, który integruje cele rozwojowe z celami stabilizacyjnymi i ochronnymi w obszarze kapitału ludzkiego.

Coraz większą rolę w systemach rozwoju pracowników ochrony zdrowia odgrywa coaching, który koncentruje się na wzmacnianiu kompetencji indywidualnych, zdolności autorefleksji oraz umiejętności regulacji emocjonalnej i poznawczej. Coaching w ujęciu organizacyjnym wspiera pracowników w radzeniu sobie z przeciążeniem, konfliktami ról oraz napięciami wynikającymi z odpowiedzialności zawodowej. W tym sensie coaching stanowi narzędzie bezpośrednio ukierunkowane na ograniczanie ryzyka wypalenia zawodowego, szczególnie wśród kadry kierowniczej i liderów zespołów medycznych, którzy pełnią kluczową rolę w kształtowaniu warunków pracy innych pracowników[94]. Rozwojowy wymiar coachingu polega na wzmacnianiu poczucia kontroli, autonomii decyzyjnej oraz zdolności do świadomego

[93] A. Burgess, Ch. Van Diggele, C. Mellis, Mentorship in the health professions: a review. *The clinical teacher*, 2018, 15.3: 197-202.
[94] E.J. Jansen et al., Implementing coaching programmes for healthcare professionals - A review of the barriers and facilitators. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2024, 39.3: 860-878.

zarządzania własnymi zasobami psychologicznymi. Kompetencje te mają istotne znaczenie dla utrzymania długofalowego zaangażowania zawodowego oraz ograniczenia intencji odejścia z organizacji, zwłaszcza w warunkach chronicznego przeciążenia pracą. Coaching w ochronie zdrowia koncentruje się na rozwoju kompetencji, które mają kluczowe znaczenie dla ograniczania ryzyka wypalenia zawodowego[95]:

- zarządzania stresem i obciążeniem emocjonalnym,
- autorefleksji i regulacji emocjonalnej,
- komunikacji interpersonalnej i przywództwa klinicznego,
- radzenia sobie z konfliktami ról i odpowiedzialności,
- świadomego zarządzania własnymi zasobami psychologicznymi.

Zestawione obszary oddziaływania coachingu wskazują, że stanowi on jedno z kluczowych narzędzi rozwojowych ukierunkowanych bezpośrednio na profilaktykę wypalenia zawodowego w ochronie zdrowia. Poprzez wzmacnianie kompetencji związanych z zarządzaniem stresem, regulacją emocjonalną oraz autorefleksją coaching wspiera pracowników w utrzymywaniu równowagi psychicznej w warunkach chronicznych obciążeń i wysokiej odpowiedzialności zawodowej. Jednocześnie rozwój kompetencji komunikacyjnych i przywódczych sprzyja poprawie jakości relacji zespołowych oraz ograniczaniu napięć interpersonalnych, które często towarzyszą pracy w środowisku klinicznym. W ujęciu organizacyjnym coaching przyczynia się do wzmacniania poczucia kontroli i sprawczości zawodowej, umożliwiając pracownikom świadome zarządzanie własnymi zasobami psychologicznymi oraz konfliktami ról i odpowiedzialności. Kompetencje te pełnią istotną funkcję ochronną wobec procesów wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji, które stanowią centralne komponenty wypalenia zawodowego. Tym samym coaching należy postrzegać jako integralny element systemów rozwoju zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, którego znaczenie wykracza poza rozwój indywidualny i obejmuje stabilizację funkcjonowania organizacyjnego oraz wzmacnianie długofalowej retencji personelu.

Kluczowym, choć często niedostatecznie sformalizowanym elementem systemów rozwoju pracowników w ochronie zdrowia pozostaje uczenie się w miejscu pracy. Proces ten obejmuje codzienne interakcje zespołowe, wspólne rozwiązywanie problemów klinicznych, obserwację praktyk innych pracowników oraz refleksję nad własnym działaniem. Uczenie się w miejscu pracy sprzyja budowaniu kompetencji adaptacyjnych, wzmacnia poczucie sensu wykonywanej pracy oraz ogranicza poczucie bezradności w obliczu złożonych wyzwań

[95] R.Q Wolever, M.A. Moore, M. Jordan, Coaching in healthcare. *The Sage handbook of coaching*, 2017, 521-543.

klinicznych, co ma istotne znaczenie dla profilaktyki wypalenia zawodowego[96]. W perspektywie systemowej uczenie się w miejscu pracy pełni funkcję mechanizmu adaptacyjnego, który umożliwia organizacjom ochrony zdrowia reagowanie na zmiany otoczenia bez nadmiernego obciążania personelu dodatkowymi, sformalizowanymi formami rozwoju. Brak kultury organizacyjnej sprzyjającej uczeniu się prowadzi natomiast do stagnacji kompetencyjnej, narastania frustracji oraz osłabienia identyfikacji pracowników z organizacją, co negatywnie wpływa na procesy retencyjne. Uczenie się w miejscu pracy w ochronie zdrowia charakteryzuje się[97]:

- ciągłością i silnym osadzeniem w praktyce klinicznej,
- relacyjnym charakterem opartym na współpracy zespołowej,
- wysoką efektywnością adaptacyjną przy niskiej formalizacji,
- bezpośrednim powiązaniem z rozwiązywaniem problemów,
- istotnym znaczeniem dla dobrostanu psychicznego personelu.

Wskazane cechy uczenia się w miejscu pracy ukazują je jako kluczowy, choć często niedostatecznie sformalizowany, mechanizm rozwoju kompetencji w ochronie zdrowia. Jego ciągłość oraz silne osadzenie w praktyce klinicznej sprzyjają utrwalaniu wiedzy funkcjonalnej i operacyjnej, bezpośrednio wykorzystywanej w procesach diagnostyczno-terapeutycznych. Relacyjny charakter uczenia się, oparty na współpracy zespołowej i wymianie doświadczeń, wzmacnia spójność działań, zaufanie interpersonalne oraz zdolność do wspólnego rozwiązywania złożonych problemów klinicznych. W ujęciu organizacyjnym wysoka efektywność adaptacyjna uczenia się w miejscu pracy, osiągana przy relatywnie niskim poziomie formalizacji, umożliwia jednostkom ochrony zdrowia elastyczne reagowanie na zmiany otoczenia bez dodatkowego obciążania personelu sformalizowanymi formami szkoleniowymi. Jednocześnie bezpośrednie powiązanie procesu uczenia się z rozwiązywaniem realnych problemów zawodowych oraz jego znaczenie dla dobrostanu psychicznego personelu wskazują na jego funkcję ochronną wobec przeciążenia i wypalenia zawodowego. Tym samym uczenie się w miejscu pracy należy postrzegać jako istotny komponent systemów rozwoju zasobów ludzkich, który wspiera zarówno efektywność organizacyjną, jak i stabilność oraz zdrowie psychiczne personelu medycznego.

[96] C. Sehlbach et al., Learning in the workplace: use of informal feedback cues in doctor-patient communication. *Medical education*, 2020, 54.9: 811-820.
[97] L. Teheux, et al., Learning for doctor-to-doctor collaboration: a qualitative study exploring the experiences of residents and supervisors with intraprofessional workplace learning in complex tertiary care. *BMC Medical Education*, 2023, 23.1: 478.

Analiza systemów rozwoju pracowników w ochronie zdrowia jednoznacznie wskazuje, że ich znaczenie wykracza daleko poza instrumentalnie pojmowane doskonalenie kompetencji zawodowych. W ujęciu organizacyjnym i strategicznym systemy te pełnią funkcję wielowymiarowego mechanizmu stabilizacji kapitału ludzkiego, który oddziałuje jednocześnie na poziomie indywidualnym, zespołowym oraz systemowym. Zintegrowane systemy szkoleń, mentoringu, coachingu oraz uczenia się w miejscu pracy tworzą spójny układ oddziaływań rozwojowych, umożliwiający nie tylko podnoszenie kwalifikacji, lecz także podtrzymywanie zdolności adaptacyjnych, wzmacnianie relacji organizacyjnych oraz ochronę dobrostanu psychicznego personelu medycznego. W perspektywie zarządzania zasobami ludzkimi systemy rozwoju pracowników realizują jednocześnie kilka kluczowych funkcji strategicznych, do których zalicza się[98]:

- reprodukcję kapitału kompetencyjnego poprzez systematyczne odnawianie i aktualizowanie wiedzy klinicznej oraz organizacyjnej,
- stabilizację relacji pracownik – organizacja poprzez wzmacnianie zaangażowania i identyfikacji z instytucją,
- ograniczanie ryzyka rotacji personelu poprzez tworzenie warunków sprzyjających długofalowemu rozwojowi zawodowemu,
- prewencję wypalenia zawodowego poprzez budowanie zasobów psychologicznych, relacyjnych i adaptacyjnych,
- wzmacnianie zdolności organizacji do utrzymania jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem w warunkach presji i niedoborów kadrowych.

Zintegrowany charakter systemów rozwoju oznacza, że ich efektywność nie wynika z sumy pojedynczych działań szkoleniowych czy rozwojowych, lecz z ich wzajemnego powiązania i komplementarności. Szkolenia dostarczają ram wiedzy i standardów postępowania, mentoring umożliwia transfer wiedzy ukrytej i socjalizację zawodową, coaching wspiera regulację obciążeń psychologicznych i rozwój kompetencji autorefleksji, natomiast uczenie się w miejscu pracy zapewnia ciągłość adaptacji do zmiennych warunków klinicznych. Dopiero spójne powiązanie tych elementów pozwala na trwałe wzmacnianie kapitału ludzkiego i ograniczanie jego erozji. Z punktu widzenia retencji personelu zintegrowane systemy rozwoju pełnią funkcję mechanizmu długookresowego wiązania pracowników z organizacją poprzez[99]:

[98] D. Rębak et al., Potrzeba ustawicznego kształcenia ratowników medycznych na tle innych zawodów regulowanych. *Problemy pielęgniarstwa*, 2012, 20.3: 327-337.
[99] P. Paul, B. Singh, Healthcare employee engagement using the internet of things: a systematic overview. *The Adoption and Effect of Artificial Intelligence on Human Resources Management, Part A*, 2023, 71-97.

- tworzenie przejrzystych i przewidywalnych ścieżek rozwoju zawodowego,
- wzmacnianie poczucia sensu pracy i sprawczości zawodowej,
- ograniczanie poczucia stagnacji i braku perspektyw rozwojowych,
- budowanie relacji opartych na zaufaniu, wsparciu i współodpowiedzialności,
- wzmacnianie przekonania o długofalowym zainteresowaniu organizacji rozwojem pracownika.

Jednocześnie systemy te odgrywają kluczową rolę w ograniczaniu ryzyka wypalenia zawodowego, które w ochronie zdrowia stanowi jedno z najpoważniejszych zagrożeń dla stabilności zasobów ludzkich. Poprzez rozwój kompetencji adaptacyjnych, regulacyjnych i relacyjnych systemy rozwoju umożliwiają personelowi skuteczniejsze radzenie sobie z przeciążeniem pracą, stresem emocjonalnym oraz konfliktami ról i odpowiedzialności. W tym sensie pełnią one funkcję ochronną, która nie tylko wspiera dobrostan jednostek, lecz również stabilizuje funkcjonowanie całych zespołów terapeutycznych. Odmienny charakter mają sytuacje, w których działania rozwojowe przyjmują postać fragmentaryczną, nieskoordynowaną lub oderwaną od realnych warunków pracy personelu medycznego. Fragmentaryzacja systemów rozwoju prowadzi wówczas do[100]:

- obniżenia percepcji użyteczności działań szkoleniowych,
- nasilenia poczucia przeciążenia dodatkowymi obowiązkami,
- osłabienia identyfikacji pracowników z organizacją,
- redukcji zaangażowania w inicjatywy rozwojowe,
- przyspieszenia procesów erozji kapitału ludzkiego.

W dłuższej perspektywie brak spójnej strategii rozwoju pracowników sprzyja narastaniu mechanizmów defensywnych, takich jak wycofanie zawodowe, spadek motywacji czy wzrost intencji odejścia z organizacji, co bezpośrednio przekłada się na destabilizację zespołów oraz pogorszenie jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem. Z perspektywy systemowej systemy rozwoju pracowników należy zatem postrzegać jako integralny element strategicznego zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia, powiązany z kluczowymi celami publicznymi sektora. Ich znaczenie obejmuje nie tylko rozwój kompetencji personelu, lecz także utrzymanie stabilności zatrudnienia, ochronę dobrostanu psychicznego pracowników oraz zapewnienie ciągłości i jakości procesów klinicznych. W tym sensie inwestycje w rozwój pracowników stanowią inwestycje w odporność organizacyjną i systemową ochrony zdrowia,

[100] G. Giallouros et al., Enhancing employee engagement through integrating leadership and employee job resources: evidence from a public healthcare setting. *International Public Management Journal*, 2024, 27.4: 533-558.

a ich brak lub niewłaściwa struktura prowadzi do długofalowych kosztów społecznych, organizacyjnych i zdrowotnych[101].

W konsekwencji systemy rozwoju pracowników w ochronie zdrowia należy traktować jako trwały element architektury zarządczej organizacji, a nie jako zbiór doraźnych lub reaktywnych interwencji szkoleniowych. Ich znaczenie ujawnia się w zdolności do równoczesnego oddziaływania na poziom indywidualny, zespołowy oraz systemowy, poprzez kształtowanie kompetencji, relacji oraz zasobów psychologicznych personelu medycznego. Tak rozumiane systemy rozwoju stanowią istotny czynnik stabilizujący funkcjonowanie organizacji w warunkach niepewności, presji i niedoborów kadrowych. Z perspektywy długookresowej rozwój pracowników pełni funkcję mechanizmu podtrzymywania ciągłości organizacyjnej oraz ochrony kluczowych zasobów ludzkich przed procesami erozji. Integracja szkoleń, mentoringu, coachingu oraz uczenia się w miejscu pracy umożliwia tworzenie środowiska organizacyjnego sprzyjającego zarówno wysokiej jakości świadczeń, jak i trwałemu zaangażowaniu personelu. Tym samym systemy rozwoju pracowników wpisują się w rdzeń strategicznego zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia, stanowiąc jeden z fundamentów stabilności, odporności oraz społecznej legitymizacji funkcjonowania tego sektora.

1.5. Mierzenie efektywności rozwoju (KPI, ROI szkoleń, model Kirkpatricka) w podmiotach leczniczych

Rozwój pracowników w ochronie zdrowia, ujmowany jako strategiczny instrument zarządzania zasobami ludzkimi, nie może być analizowany wyłącznie w kategoriach intencjonalnych czy deklaratywnych. W warunkach ograniczonych zasobów finansowych, rosnących kosztów funkcjonowania podmiotów leczniczych oraz narastającej presji na jakość i bezpieczeństwo świadczeń, zasadniczego znaczenia nabiera problematyka mierzenia efektywności działań rozwojowych. Ocena skuteczności szkoleń, mentoringu, coachingu oraz innych form uczenia się organizacyjnego staje się tym samym nieodzownym elementem racjonalnego i odpowiedzialnego zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia. W perspektywie organizacyjnej mierzenie efektywności rozwoju pracowników pełni funkcję pomostu pomiędzy strategią a praktyką zarządczą. Umożliwia ono przejście od traktowania

[101] A. Ewleszyn, W. Olszewski, Zarządzanie zasobami ludzkimi w placówkach ochrony zdrowia. *Zeszyty Naukowe WSG*, 2016, 8: 71-83.

rozwoju jako kosztu operacyjnego do jego postrzegania jako inwestycji w stabilność zasobów ludzkich, jakość procesów klinicznych oraz odporność organizacyjną podmiotów leczniczych. Brak systemowych narzędzi oceny skuteczności działań rozwojowych prowadzi natomiast do fragmentaryzacji polityki personalnej, utrudnia podejmowanie decyzji alokacyjnych oraz ogranicza możliwość powiązania rozwoju pracowników z celami strategicznymi organizacji. Specyfika sektora ochrony zdrowia dodatkowo komplikuje zagadnienie pomiaru efektywności rozwoju. Efekty działań szkoleniowych i rozwojowych rzadko mają charakter bezpośredni, natychmiastowy i łatwo mierzalny. Często ujawniają się one w dłuższym horyzoncie czasowym, przyjmując postać zmian jakościowych, takich jak poprawa koordynacji zespołowej, redukcja ryzyka błędów medycznych, wzrost zaangażowania personelu czy ograniczenie procesów rotacji i wypalenia zawodowego. W konsekwencji klasyczne miary efektywności finansowej wymagają adaptacji do realiów organizacyjnych i misyjnych podmiotów leczniczych.

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabierają narzędzia i modele pomiaru efektywności rozwoju pracowników, które umożliwiają wielowymiarową ocenę rezultatów działań szkoleniowych i rozwojowych. Wskaźniki efektywności (KPI), analiza zwrotu z inwestycji w rozwój (ROI szkoleń) oraz modele ewaluacyjne, takie jak model Kirkpatricka, stanowią próbę uporządkowania i operacjonalizacji złożonych efektów rozwoju kapitału ludzkiego. Ich zastosowanie w podmiotach leczniczych wymaga jednak krytycznej refleksji nad zakresem użyteczności, ograniczeniami metodologicznymi oraz koniecznością dostosowania do specyfiki procesów klinicznych i organizacyjnych. Podjęcie problematyki mierzenia efektywności rozwoju pracowników w ochronie zdrowia stanowi zatem logiczną kontynuację wcześniejszych analiz dotyczących retencji, wypalenia zawodowego oraz systemów rozwoju personelu. Pozwala ono na domknięcie perspektywy zarządczej poprzez wprowadzenie wymiaru oceny, rozliczalności i uczenia się organizacyjnego, które warunkują trwałość i skuteczność polityki personalnej. W dalszej kolejności zagadnienia te zostaną poddane pogłębionej analizie, z uwzględnieniem zarówno klasycznych modeli ewaluacji, jak i ich adaptacji do specyficznych uwarunkowań funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Mierzenie efektywności rozwoju pracowników w podmiotach leczniczych stanowi jedno z najbardziej złożonych zagadnień współczesnego zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Złożoność ta wynika nie tylko z wielowymiarowego charakteru samego rozwoju, lecz również ze specyfiki procesów klinicznych, w których rezultaty działań rozwojowych ujawniają się często pośrednio, z opóźnieniem i w formach trudnych do jednoznacznej kwantyfikacji. W tym kontekście kluczowe wskaźniki efektywności (KPI) nie

pełnią funkcji prostych mierników wydajności, lecz stanowią narzędzie interpretacyjne, umożliwiające powiązanie inwestycji w rozwój personelu z trwałością zasobów ludzkich, jakością procesów organizacyjnych oraz bezpieczeństwem pacjentów. W podmiotach leczniczych KPI w obszarze rozwoju pracowników wprowadzają porządek analityczny do sfery, która przez długi czas była traktowana jako obszar normatywny, oparty na przekonaniu o „oczywistej wartości" szkoleń i doskonalenia zawodowego[102]. Tymczasem w warunkach presji finansowej, deficytów kadrowych oraz konieczności racjonalizacji decyzji zarządczych, rozwój personelu wymaga empirycznego uzasadnienia i systematycznej oceny. KPI umożliwiają zatem przejście od deklaratywnego uznania znaczenia rozwoju do jego operacjonalizacji w kategoriach zarządczych, przy jednoczesnym zachowaniu świadomości ograniczeń pomiarowych charakterystycznych dla sektora ochrony zdrowia. Wskaźniki efektywności w obszarze rozwoju pracowników nie tworzą jednorodnej kategorii, lecz układają się w logiczny ciąg obejmujący nakłady, sposób realizacji działań oraz ich rezultaty. Taki układ pozwala na uniknięcie redukcjonizmu pomiarowego, polegającego na utożsamianiu efektywności wyłącznie z poziomem wydatków lub liczbą zrealizowanych szkoleń. Wskaźniki odnoszące się do nakładów rozwojowych dostarczają informacji o skali i priorytetach inwestycji w kapitał ludzki, jednak ich interpretacja wymaga ostrożności. Wysoki poziom nakładów finansowych lub czasowych nie przesądza bowiem o jakości ani adekwatności działań rozwojowych, podobnie jak niski poziom nakładów nie musi automatycznie oznaczać zaniedbań, jeżeli organizacja efektywnie wykorzystuje uczenie się w miejscu pracy lub relacyjne formy transferu wiedzy. Znacznie większą wartość diagnostyczną posiadają wskaźniki odnoszące się do sposobu organizacji procesów rozwojowych. Pozwalają one ocenić, czy działania szkoleniowe i rozwojowe są dostępne dla personelu funkcjonującego w warunkach wysokiego obciążenia pracą, czy mają charakter ciągły, oraz czy pozostają spójne z realnymi potrzebami organizacyjnymi i klinicznymi. W ochronie zdrowia szczególnie istotne znaczenie ma analiza barier uczestnictwa w rozwoju, takich jak brak czasu, nieregularność pracy zmianowej czy presja dyżurowa. Wskaźniki procesowe umożliwiają identyfikację tych barier i stanowią podstawę do modyfikacji architektury systemów rozwoju w kierunku większej funkcjonalności.

Największe wyzwania metodologiczne wiążą się jednak z oceną efektów rozwoju pracowników. W podmiotach leczniczych efekty te rzadko przyjmują postać natychmiastowych zmian ilościowych. Częściej manifestują się jako poprawa jakości decyzji

[102] A. Kopiński, D. Porębski, Kluczowe mierniki efektywności dla szpitala w perspektywie finansów zrównoważonej karty wyników. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 2016, 82: 761-772.

klinicznych, lepsza koordynacja zespołowa, wzrost zaangażowania lub stopniowe ograniczenie absencji i rotacji personelu. Z tego względu wskaźniki efektów rozwoju wymagają interpretacji kontekstowej oraz analizy w ujęciu dynamicznym, uwzględniającej trendy i zależności, a nie pojedyncze wartości punktowe. Ich znaczenie polega nie tyle na precyzyjnym przypisaniu przyczynowości, ile na identyfikacji kierunku zmian i potencjalnych obszarów ryzyka. Dla uporządkowania tej wielowymiarowości użyteczne okazuje się zestawienie kluczowych wskaźników efektywności według logiki wejścia, procesu i wyników, co przedstawiono w poniższej tabeli 1.

Tabela 1. Przykładowe KPI rozwoju pracowników w podmiotach leczniczych

Kategoria KPI	Wskaźnik	Poziom analizy	Znaczenie zarządcze
Wejście	Godziny szkoleniowe na pracownika	Indywidualny	Intensywność inwestycji rozwojowej
Wejście	Budżet rozwojowy / koszty osobowe	Organizacyjny	Priorytety strategiczne
Proces	Ukończenie programów szkoleniowych	Organizacyjny	Spójność realizacji
Proces	Dostępność mentoringu	Zespołowy	Transfer wiedzy
Wynik	Retencja personelu	Organizacyjny	Stabilność zasobów
Wynik	Absencja chorobowa	Organizacyjny	Dobrostan personelu

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J.M. Janiszewski, M. Węgrzyn, M. Kuczuk, Poprawa efektywności wykorzystania zasobów i jakości procesów w opiece zdrowotnej przy zastosowaniu koncepcji lean management. *Nauki o Zarządzaniu*, 2017, 3 (32: 34-42.

Zestawienie to nie ma charakteru normatywnego, lecz analityczny. Jego celem jest wsparcie refleksji zarządczej nad tym, w jaki sposób działania rozwojowe przekładają się na funkcjonowanie organizacji w wymiarze kadrowym i klinicznym. Tabela umożliwia również identyfikację potencjalnych niespójności, na przykład sytuacji, w których wysokie nakłady rozwojowe nie znajdują odzwierciedlenia w poprawie wskaźników retencyjnych lub dobrostanu personelu. Szczególnego znaczenia w ochronie zdrowia nabiera powiązanie KPI rozwoju pracowników z procesami retencji oraz wypaleniem zawodowym. Wskaźniki te pozwalają ocenić, czy rozwój pełni funkcję stabilizującą zasoby ludzkie, czy też pozostaje działaniem formalnym, nieoddziałującym na kluczowe problemy kadrowe. Analiza relacji pomiędzy intensywnością rozwoju a rotacją, absencją czy deklarowanym poziomem obciążenia psychicznego umożliwia wczesną identyfikację ryzyka organizacyjnego oraz projektowanie interwencji o charakterze prewencyjnym. Relacje te zostały syntetycznie ujęte

w poniższej tabeli 2, która obrazuje powiązania pomiędzy rozwojem pracowników a stabilnością zasobów ludzkich.

Tak rozumiane KPI umożliwiają traktowanie rozwoju pracowników jako elementu systemowego zarządzania ryzykiem kadrowym, a nie wyłącznie jako obszaru doskonalenia kompetencji. Ich zastosowanie sprzyja budowaniu kultury zarządzania opartej na refleksji, danych i odpowiedzialności, co w warunkach ochrony zdrowia stanowi jeden z kluczowych warunków utrzymania stabilności organizacyjnej, jakości świadczeń oraz bezpieczeństwa pacjentów[103].

Tabela 2. Powiązanie KPI rozwoju z retencją i wypaleniem zawodowym

Obszar	KPI	Znaczenie interpretacyjne
Retencja	Rotacja po szkoleniach	Skuteczność inwestycji rozwojowej
Retencja	Staż pracy po mentoringu	Trwałość relacji pracownik–organizacja
Wypalenie	Absencja chorobowa	Poziom przeciążenia
Wypalenie	Dobrostan psychiczny	Skuteczność działań ochronnych
Zaangażowanie	Satysfakcja rozwojowa	Identyfikacja z organizacją

Źródło: opracowanie własne na podstawie: K. Szymaniec-Mlicka, Ocena efektywności organizacji publicznych na przykładzie szpitali publicznych–aspekty metodyczne. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, 2015, 83: 651-660.

Analiza kluczowych wskaźników efektywności w obszarze rozwoju pracowników podmiotów leczniczych prowadzi do wniosku, że KPI stanowią nieodzowny element dojrzałego i odpowiedzialnego zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Ich znaczenie wykracza poza funkcję technicznego pomiaru działań szkoleniowych i rozwojowych, obejmując rolę narzędzia integrującego rozwój personelu z celami organizacyjnymi, stabilnością zasobów kadrowych oraz jakością i bezpieczeństwem opieki nad pacjentem. W tym ujęciu KPI pełnią funkcję pomostu pomiędzy strategią a praktyką zarządczą, umożliwiając refleksyjne i oparte na danych kształtowanie polityki personalnej. Zastosowanie KPI pozwala na uporządkowanie złożonych procesów rozwojowych poprzez rozróżnienie pomiędzy nakładami, sposobem realizacji działań oraz ich rezultatami. Takie podejście ogranicza ryzyko uproszczonych ocen efektywności, które mogłyby prowadzić do mylnych wniosków i nieadekwatnych decyzji zarządczych. Szczególne znaczenie posiada przy tym

[103] J.-B. Gartner, C. Lemaire, Dimensions of performance and related key performance indicators addressed in healthcare organisations: A literature review. *The International journal of health planning and management*, 2022, 37.4: 1941-1952.

analiza wskaźników procesowych i wynikowych, które umożliwiają identyfikację barier organizacyjnych oraz ocenę rzeczywistego wpływu rozwoju pracowników na funkcjonowanie zespołów i całych organizacji. W realiach ochrony zdrowia kluczowe wskaźniki efektywności nabierają dodatkowego znaczenia jako narzędzie zarządzania ryzykiem kadrowym. Powiązanie KPI z procesami retencji i wypalenia zawodowego umożliwia wczesne rozpoznawanie niekorzystnych trendów, takich jak wzrost rotacji, absencji czy spadek zaangażowania personelu. Tym samym KPI wspierają projektowanie działań prewencyjnych, ukierunkowanych na stabilność zatrudnienia, dobrostan pracowników oraz utrzymanie ciągłości opieki nad pacjentem. Jednocześnie analiza wskazuje, że skuteczność KPI w obszarze rozwoju pracowników zależy od ich interpretacji w kontekście specyfiki pracy klinicznej oraz długookresowego charakteru procesów rozwojowych. Wskaźniki te nie powinny być traktowane jako narzędzie uproszczonej kontroli, lecz jako element systemu uczenia się organizacyjnego, który wspiera refleksję strategiczną i doskonalenie praktyk zarządczych. W tym sensie KPI wpisują się w szerszą logikę zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, stanowiąc jeden z fundamentów budowania odporności organizacyjnej, jakości świadczeń oraz bezpieczeństwa pacjentów[104].

Ocena zwrotu z inwestycji w rozwój pracowników stanowi jeden z najbardziej wymagających obszarów analizy w zarządzaniu zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Trudność ta wynika z faktu, że szkolenia i inne formy rozwoju personelu medycznego generują efekty, które rzadko mają charakter bezpośredni, finansowy i krótkookresowy. W przeciwieństwie do inwestycji infrastrukturalnych czy technologicznych, rozwój kapitału ludzkiego oddziałuje przede wszystkim poprzez zmiany jakościowe: poprawę kompetencji, wzrost zaangażowania, ograniczenie błędów, stabilizację zespołów oraz redukcję kosztów pośrednich związanych z rotacją i wypaleniem zawodowym. W tym kontekście analiza ROI szkoleń nie polega na prostym zestawieniu kosztów i przychodów, lecz wymaga wielowymiarowego i kontekstowego ujęcia efektów rozwoju. W podmiotach leczniczych koncepcja ROI szkoleń powinna być interpretowana jako narzędzie wspierające racjonalność decyzji zarządczych, a nie jako mechanizm redukcjonistycznej oceny wartości działań rozwojowych. Jej podstawową funkcją jest umożliwienie identyfikacji relacji pomiędzy ponoszonymi nakładami a uzyskiwanymi korzyściami organizacyjnymi, zarówno w wymiarze ekonomicznym, jak i pozafinansowym. ROI w ochronie zdrowia pełni zatem rolę analityczną i argumentacyjną, wspierając uzasadnianie inwestycji w rozwój personelu w warunkach presji

[104] M. Khalifa, P. Khalid, Developing strategic health care key performance indicators: a case study on a tertiary care hospital., *Procedia Computer Science*, 2015, 63: 459-466.

budżetowej i konkurencji o ograniczone zasoby. Kluczowym wyzwaniem w analizie ROI szkoleń jest identyfikacja kosztów, które w podmiotach leczniczych mają charakter zarówno bezpośredni, jak i pośredni. Do kosztów bezpośrednich zalicza się wydatki na organizację szkoleń, wynagrodzenia trenerów, materiały dydaktyczne czy opłaty za udział w programach zewnętrznych. Koszty pośrednie obejmują natomiast czas pracy personelu przeznaczony na udział w szkoleniach, konieczność zastępstw dyżurowych, czasowe obniżenie dostępności świadczeń czy dodatkowe obciążenia organizacyjne zespołów. Uwzględnienie obu kategorii kosztów jest warunkiem rzetelnej analizy ROI, ponieważ pominięcie kosztów pośrednich prowadzi do systematycznego zawyżania efektywności inwestycji rozwojowych.

Równie złożonym zagadnieniem pozostaje identyfikacja korzyści wynikających z realizacji szkoleń. W ochronie zdrowia korzyści te przyjmują postać zarówno mierzalnych efektów ekonomicznych, jak i trudniej uchwytnych rezultatów jakościowych. Do pierwszej kategorii zalicza się między innymi ograniczenie kosztów rotacji personelu, redukcję absencji chorobowej, spadek liczby błędów organizacyjnych czy poprawę efektywności procesów operacyjnych. Druga kategoria obejmuje wzrost kompetencji klinicznych, poprawę jakości decyzji terapeutycznych, wzmocnienie kultury bezpieczeństwa pacjenta, zwiększenie zaangażowania zawodowego oraz ograniczenie ryzyka wypalenia zawodowego. W praktyce zarządczej użyteczne okazuje się uporządkowanie kosztów i korzyści szkoleń w sposób umożliwiający ich systematyczną analizę, co przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Struktura kosztów i korzyści szkoleń w podmiotach leczniczych

Kategoria	Element	Charakter
Koszty	Organizacja szkoleń	Bezpośredni
Koszty	Czas pracy personelu	Pośredni
Koszty	Zastępstwa dyżurowe	Pośredni
Korzyści	Redukcja rotacji	Ekonomiczny
Korzyści	Ograniczenie absencji	Ekonomiczny
Korzyści	Poprawa jakości opieki	Jakościowy
Korzyści	Wzrost zaangażowania	Jakościowy

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E.A.E.H. Amor, S.A. Ghannouchi, Towards KPI-based health care process improvement. *Procedia computer science*, 2017, 121: 767-774.

Zestawienie to nie służy bezpośredniemu obliczaniu ROI w sensie księgowym, lecz wspiera proces identyfikacji obszarów, w których inwestycje rozwojowe generują realną wartość organizacyjną. W ochronie zdrowia szczególnego znaczenia nabiera bowiem

umiejętność przełożenia efektów jakościowych na argumenty decyzyjne, nawet jeżeli nie wszystkie z nich mogą zostać jednoznacznie wyrażone w wartościach pieniężnych.

Analiza ROI szkoleń nabiera szczególnej wagi w kontekście retencji personelu i wypalenia zawodowego. Koszty związane z odejściem doświadczonego pracownika medycznego obejmują nie tylko wydatki rekrutacyjne i szkoleniowe, lecz także utratę wiedzy organizacyjnej, destabilizację zespołów oraz obniżenie jakości opieki. Inwestycje w rozwój personelu, które przyczyniają się do ograniczenia rotacji, generują zatem pośredni zwrot w postaci stabilizacji zasobów ludzkich i redukcji kosztów ukrytych. W tym sensie ROI szkoleń powinien być analizowany w horyzoncie długookresowym, z uwzględnieniem kumulatywnych efektów rozwojowych. Podobnie istotny jest związek pomiędzy rozwojem a wypaleniem zawodowym. Szkolenia, mentoring i coaching, które wzmacniają kompetencje adaptacyjne, poczucie sprawczości oraz zdolność radzenia sobie z obciążeniami, przyczyniają się do ograniczenia absencji chorobowej i spadku efektywności pracy. Choć efekty te trudno bezpośrednio skwantyfikować, ich znaczenie dla stabilności organizacyjnej i jakości opieki nad pacjentem jest niepodważalne. Analiza ROI w ochronie zdrowia musi zatem uwzględniać również wymiar prewencyjny inwestycji rozwojowych. W praktyce podmiotów leczniczych analiza ROI szkoleń nie powinna być traktowana jako jednorazowe ćwiczenie analityczne, lecz jako element szerszego systemu oceny efektywności rozwoju pracowników. Jej wartość polega na wspieraniu refleksji strategicznej nad tym, jakie formy rozwoju przynoszą największe korzyści organizacyjne, w jakim horyzoncie czasowym oraz przy jakich warunkach organizacyjnych. ROI, podobnie jak KPI, nie stanowi narzędzia absolutnej oceny, lecz instrument wspomagający procesy decyzyjne i uczenie się organizacyjne. Tak rozumiana analiza zwrotu z inwestycji w szkolenia pozwala na traktowanie rozwoju pracowników jako elementu długofalowej strategii stabilizacji zasobów ludzkich, a nie jako kosztu podlegającego okresowym ograniczeniom. W warunkach ochrony zdrowia, gdzie kapitał ludzki stanowi podstawowy nośnik jakości i bezpieczeństwa opieki, ROI szkoleń nabiera znaczenia jako narzędzie uzasadniające inwestycje w rozwój w kategoriach trwałości organizacyjnej, odporności systemowej oraz społecznej odpowiedzialności podmiotów leczniczych[105].

Ewaluacja efektywności rozwoju pracowników w ochronie zdrowia wymaga narzędzi, które umożliwiają uchwycenie zarówno bezpośrednich reakcji uczestników działań rozwojowych, jak i ich długofalowych konsekwencji klinicznych, organizacyjnych oraz systemowych. W tym kontekście szczególne znaczenie zachowuje model Kirkpatricka, który,

[105] S. Victor, A. Farooq, Dashboard visualisation for healthcare performance management: Balanced scorecard metrics. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 2021, 16.2: 28-38.

pomimo swojej klasycznej genezy, pozostaje jednym z najbardziej rozpowszechnionych i elastycznych schematów oceny efektywności szkoleń[106]. Jego adaptacja do realiów ochrony zdrowia wymaga jednak odejścia od wąsko rozumianej perspektywy szkoleniowej na rzecz ujęcia kliniczno-systemowego, uwzględniającego specyfikę pracy medycznej, zespołowy charakter świadczeń oraz nadrzędne cele systemu zdrowotnego. W klasycznym ujęciu model Kirkpatricka obejmuje cztery poziomy ewaluacji: reakcję, uczenie się, zachowanie oraz rezultaty. W warunkach ochrony zdrowia każdy z tych poziomów nabiera jednak odmiennego znaczenia, ponieważ efekty rozwoju personelu rzadko ograniczają się do indywidualnych zmian kompetencyjnych. Znacznie częściej manifestują się one jako zmiany jakościowe w sposobie funkcjonowania zespołów terapeutycznych, organizacji pracy klinicznej oraz bezpieczeństwa pacjentów. Z tego względu model Kirkpatricka w wersji kliniczno-systemowej powinien być interpretowany jako narzędzie analizy procesów transformacyjnych, a nie wyłącznie jako schemat oceny pojedynczych szkoleń[107].

Pierwszy poziom modelu, odnoszący się do reakcji uczestników, w ochronie zdrowia nie może być redukowany do oceny satysfakcji szkoleniowej rozumianej w kategoriach komfortu czy atrakcyjności formy dydaktycznej. Reakcja personelu medycznego na działania rozwojowe stanowi bowiem istotny wskaźnik ich postrzeganej użyteczności klinicznej i organizacyjnej. Pozytywna reakcja w tym ujęciu oznacza przede wszystkim przekonanie o adekwatności treści szkoleniowych do realnych wyzwań pracy klinicznej, zgodności z obowiązującymi procedurami oraz możliwości praktycznego zastosowania zdobytej wiedzy. Negatywne reakcje natomiast często sygnalizują rozbieżność pomiędzy projektowaniem rozwoju a rzeczywistymi warunkami pracy, co w dłuższej perspektywie osłabia zaangażowanie personelu i skuteczność systemów rozwojowych[108]. Drugi poziom modelu, dotyczący uczenia się, w ujęciu kliniczno-systemowym obejmuje nie tylko przyrost wiedzy deklaratywnej, lecz przede wszystkim rozwój kompetencji funkcjonalnych, decyzyjnych i adaptacyjnych. W ochronie zdrowia kluczowe znaczenie ma zdolność personelu do integrowania wiedzy medycznej z procedurami organizacyjnymi, standardami bezpieczeństwa oraz współpracą interdyscyplinarną. Ewaluacja uczenia się powinna zatem uwzględniać zmiany w sposobie rozumienia procesów klinicznych, interpretacji ryzyka oraz podejmowania decyzji

[106] P. Głowicki, Przegląd rozwiązań w zakresie oceny efektywności szkoleń. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2015, 386: 64-77.
[107] H. Gruenewald, Die Erfolgsmessung von Re-und Upskilling-Programmen: Messen, was zählt: Bewertungskriterien für Re-und Upskilling-Initiativen, [w:] *Upskilling und Reskilling für die Personalentwicklung: Kompetenzen der Zukunft erkennen und Personal erfolgreich qualifizieren*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2024, s. 193-217.
[108] L. Moldovan, Training outcome evaluation model. *Procedia Technology*, 2016, 22: 1184-1190.

w warunkach niepewności, a nie ograniczać się do testów wiedzy czy ocen formalnych[109]. Trzeci poziom modelu, odnoszący się do zmiany zachowań, nabiera w ochronie zdrowia szczególnego znaczenia, ponieważ to na tym etapie ujawnia się rzeczywisty transfer efektów rozwoju do praktyki klinicznej. Zmiana zachowań obejmuje nie tylko indywidualne modyfikacje sposobu pracy, lecz także zmiany w komunikacji zespołowej, przestrzeganiu procedur, raportowaniu zdarzeń niepożądanych czy zarządzaniu obciążeniem pracą. W wersji kliniczno-systemowej ewaluacja tego poziomu wymaga obserwacji długookresowej oraz analizy funkcjonowania zespołów, a nie wyłącznie deklaratywnych ocen uczestników szkoleń[110]. Czwarty poziom modelu, dotyczący rezultatów, w ochronie zdrowia musi być interpretowany w kategoriach systemowych. Rezultaty rozwoju personelu nie ograniczają się bowiem do wskaźników efektywności pracy, lecz obejmują jakość i bezpieczeństwo opieki nad pacjentem, stabilność zespołów terapeutycznych, ograniczenie rotacji personelu oraz redukcję ryzyka wypalenia zawodowego. W tym sensie czwarty poziom modelu Kirkpatricka stanowi punkt styku pomiędzy zarządzaniem zasobami ludzkimi a realizacją podstawowych funkcji publicznych systemu ochrony zdrowia[111]. Dla uporządkowania kliniczno-systemowej adaptacji modelu Kirkpatricka użyteczne okazuje się zestawienie jego poziomów wraz z odpowiadającymi im obszarami ewaluacji w podmiotach leczniczych, co przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Model Kirkpatricka w wersji kliniczno-systemowej

Poziom modelu	Przedmiot oceny	Interpretacja w ochronie zdrowia
Reakcja	Odbiór działań rozwojowych	Postrzegana użyteczność kliniczna i organizacyjna
Uczenie się	Zmiana wiedzy i kompetencji	Rozwój kompetencji decyzyjnych i adaptacyjnych
Zachowanie	Transfer do praktyki	Zmiany w pracy zespołowej i klinicznej
Rezultaty	Efekty systemowe	Jakość opieki, bezpieczeństwo pacjenta, retencja

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Sahni, Managerial training effectiveness: An assessment through Kirkpatrick framework. *TEM Journal*, 2020, 9.3: 1227-1233.

[109] T.G. Reio Jr, et al., A critique of Kirkpatrick's evaluation model. *New Horizons in Adult Education and Human Resource Development*, 2017, 29.2: 35-53.
[110] M. Cahapay, Kirkpatrick model: Its limitations as used in higher education evaluation. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 2021, 8.1: 135-144.
[111] K. Achuthan, V.K. Kolil, S. N. Jyothy, Effectiveness of Virtual Laboratory Teacher Training Workshops: A Kirkpatrick Model Analysis. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, 2023, 18.15.

Zestawienie to ukazuje, że model Kirkpatricka w wersji kliniczno-systemowej nie powinien być traktowany jako liniowy ciąg etapów, lecz jako struktura analityczna umożliwiająca wielopoziomową ocenę skutków rozwoju personelu. Poszczególne poziomy modelu pozostają ze sobą w relacjach zwrotnych, a brak efektów na jednym z nich często sygnalizuje dysfunkcje systemowe, takie jak niedostosowanie treści rozwojowych, bariery organizacyjne czy przeciążenie pracą uniemożliwiające transfer wiedzy do praktyki. W praktyce podmiotów leczniczych kliniczno-systemowa adaptacja modelu Kirkpatricka pozwala na odejście od formalistycznej ewaluacji szkoleń na rzecz pogłębionej analizy wpływu rozwoju personelu na funkcjonowanie organizacji i systemu zdrowotnego. Model ten wspiera integrację perspektywy indywidualnej, zespołowej i organizacyjnej, umożliwiając ocenę, czy inwestycje w rozwój rzeczywiście przyczyniają się do stabilizacji zasobów ludzkich, ograniczania ryzyka wypalenia zawodowego oraz podnoszenia jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem. W tym sensie model Kirkpatricka, odpowiednio zaadaptowany, stanowi istotny element nowoczesnego i odpowiedzialnego zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia.

Przeprowadzona analiza problematyki mierzenia efektywności rozwoju pracowników w podmiotach leczniczych prowadzi do wniosku, że zagadnienie to stanowi jeden z kluczowych elementów nowoczesnego zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. W warunkach narastającej presji systemowej, deficytów kadrowych oraz rosnących wymagań dotyczących jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem, rozwój personelu medycznego nie może być traktowany jako obszar intuicyjny, oderwany od mechanizmów oceny i odpowiedzialności zarządczej. Mierzenie jego efektywności staje się koniecznością zarówno organizacyjną, jak i systemową. Analiza kluczowych wskaźników efektywności (KPI) wykazała, że stanowią one podstawowe narzędzie porządkowania i operacjonalizacji celów rozwojowych w podmiotach leczniczych. KPI umożliwiają wielowymiarową ocenę działań rozwojowych, obejmującą zarówno nakłady ponoszone na rozwój, sposób organizacji procesów rozwojowych, jak i ich długofalowe efekty kadrowe oraz kliniczne. Ich znaczenie polega nie na uproszczonym pomiarze wydajności, lecz na wspieraniu refleksji strategicznej nad relacją pomiędzy inwestycjami w kapitał ludzki a stabilnością zatrudnienia, dobrostanem personelu oraz jakością funkcjonowania organizacji. Rozwinięcie analizy o problematykę zwrotu z inwestycji w szkolenia (ROI) pozwoliło ukazać ekonomiczny i organizacyjny wymiar rozwoju pracowników w ochronie zdrowia. Wskazano, że ROI w tym sektorze nie może być interpretowany wyłącznie w kategoriach finansowych, lecz wymaga uwzględnienia szerokiego spektrum korzyści pośrednich i długookresowych, takich jak ograniczenie rotacji, redukcja

absencji chorobowej, stabilizacja zespołów terapeutycznych czy prewencja wypalenia zawodowego. Analiza ROI pełni zatem funkcję argumentacyjną i decyzyjną, wspierając racjonalne uzasadnianie inwestycji rozwojowych w warunkach ograniczonych zasobów. Adaptacja modelu Kirkpatricka do wersji kliniczno-systemowej umożliwiła natomiast integrację perspektywy indywidualnej, zespołowej i organizacyjnej w ocenie skutków rozwoju personelu medycznego. Wskazano, że klasyczne poziomy modelu – reakcja, uczenie się, zachowanie i rezultaty – w realiach ochrony zdrowia nabierają znaczenia wykraczającego poza ocenę pojedynczych szkoleń. Model ten pozwala na analizę procesów transformacyjnych zachodzących w praktyce klinicznej, kulturze organizacyjnej oraz systemach bezpieczeństwa pacjenta, pod warunkiem jego osadzenia w kontekście organizacyjnym i długookresowym. Łączna analiza KPI, ROI oraz modelu Kirkpatricka prowadzi do wniosku, że mierzenie efektywności rozwoju pracowników w podmiotach leczniczych powinno mieć charakter zintegrowany i wielopoziomowy. Żadne z omówionych narzędzi nie funkcjonuje samodzielnie jako wystarczający instrument oceny, lecz dopiero ich komplementarne zastosowanie umożliwia rzetelną i pogłębioną analizę skutków rozwoju kapitału ludzkiego. Tak rozumiany system ewaluacji wspiera przejście od fragmentarycznych działań szkoleniowych do spójnej polityki rozwojowej, powiązanej z celami strategicznymi organizacji ochrony zdrowia. W ujęciu końcowym mierzenie efektywności rozwoju pracowników należy traktować nie jako narzędzie kontroli, lecz jako element systemu uczenia się organizacyjnego, który umożliwia ciągłe doskonalenie praktyk zarządczych. W ochronie zdrowia, gdzie kapitał ludzki stanowi podstawowy nośnik jakości i bezpieczeństwa opieki, zdolność do refleksyjnej oceny inwestycji rozwojowych staje się jednym z fundamentów stabilności organizacyjnej, odporności systemowej oraz społecznej legitymizacji funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Rozdział 2
Motywacja do rozwoju zawodowego jako determinanta zachowań pracowniczych – perspektywa zarządzania

2.1. Teorie motywacji i ich zastosowanie w zarządzaniu

Motywacja pracowników stanowi jeden z fundamentalnych, a zarazem najbardziej złożonych problemów zarządzania kapitałem ludzkim, ponieważ odnosi się bezpośrednio do mechanizmów regulujących zachowania jednostek w organizacji, ich zaangażowanie, trwałość relacji z pracodawcą oraz jakość wykonywanej pracy. W sektorze ochrony zdrowia zagadnienie to nabiera szczególnego znaczenia, gdyż funkcjonowanie podmiotów leczniczych opiera się na pracy wysokospecjalistycznego personelu, działającego w warunkach silnego obciążenia emocjonalnego, presji czasowej oraz odpowiedzialności o charakterze społecznym i etycznym. W takich realiach motywacja nie może być sprowadzana wyłącznie do instrumentów bodźcowych, lecz powinna być analizowana jako złożony konstrukt organizacyjny, osadzony w strukturze systemowej ochrony zdrowia. Teorie motywacji dostarczają ram interpretacyjnych umożliwiających wyjaśnianie, w jaki sposób potrzeby, oczekiwania, wartości oraz percepcja warunków pracy wpływają na zachowania pracowników i ich decyzje zawodowe. W zarządzaniu stanowią one nie tylko zaplecze teoretyczne, lecz również podstawę projektowania systemów wynagradzania, ocen, rozwoju, partycypacji oraz wsparcia organizacyjnego. W kontekście ochrony zdrowia ich znaczenie wykracza poza klasyczne cele efektywnościowe, obejmując również stabilność zatrudnienia, ograniczanie rotacji, przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu oraz podtrzymywanie jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem.

Szczególna specyfika pracy medycznej sprawia, że uniwersalne modele motywacji, wypracowane na gruncie zarządzania ogólnego, wymagają krytycznej analizy i adaptacji. Motywacja personelu medycznego kształtowana jest bowiem nie tylko przez czynniki materialne, lecz w znacznym stopniu przez elementy niematerialne, takie jak autonomia zawodowa, sens pracy, uznanie społeczne, sprawiedliwość organizacyjna czy możliwość wpływu na organizację procesu leczenia. Napięcie pomiędzy etosem zawodowym a realiami funkcjonowania systemu ochrony zdrowia sprawia, że motywacja staje się kategorią dynamiczną, podatną na erozję w warunkach przeciążenia pracą i deficytów wsparcia

instytucjonalnego. Z perspektywy zarządzania zasobami ludzkimi teorie motywacji umożliwiają analizę relacji pomiędzy indywidualnymi potrzebami pracowników a rozwiązaniami organizacyjnymi stosowanymi w podmiotach leczniczych. Pozwalają one również identyfikować mechanizmy, poprzez które określone praktyki zarządcze wzmacniają lub osłabiają zaangażowanie zawodowe, wpływają na intencje odejścia oraz determinują skłonność do długofalowego związania się z organizacją. W tym sensie motywacja jawi się jako istotny element architektury zarządczej, łączący poziom mikrofunkcjonowania pracownika z poziomem makrofunkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Podjęcie analizy teorii motywacji i ich zastosowania w zarządzaniu stanowi zatem logiczną kontynuację wcześniejszych rozważań dotyczących retencji, przeciążenia pracą, wypalenia zawodowego oraz systemów rozwoju personelu. Umożliwia ono pogłębione zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw zachowań pracowników ochrony zdrowia oraz formułowanie rozwiązań zarządczych, które sprzyjają stabilności zasobów ludzkich, dobrostanowi personelu oraz realizacji nadrzędnych celów organizacyjnych i systemowych[112].

Motywacja zajmuje centralne miejsce w zarządzaniu kapitałem ludzkim jako kategoria organizacyjna i strategiczna, ponieważ stanowi mechanizm pośredniczący pomiędzy formalnymi rozwiązaniami zarządczymi a faktycznymi zachowaniami pracowników w organizacji. W ujęciu strategicznym motywacja nie jest jedynie zmienną psychologiczną o charakterze indywidualnym, lecz elementem architektury zarządczej, który warunkuje zdolność organizacji do utrzymania stabilnych zasobów ludzkich, realizacji celów operacyjnych oraz adaptacji do zmiennych uwarunkowań otoczenia. Zarządzanie kapitałem ludzkim, rozumiane jako długofalowy proces kształtowania i wykorzystania potencjału pracowników, wymaga zatem uwzględnienia motywacji jako czynnika determinującego poziom zaangażowania, gotowość do ponoszenia wysiłku oraz skłonność do pozostawania w relacji zatrudnienia. W sektorze ochrony zdrowia znaczenie motywacji ulega dalszemu wzmocnieniu ze względu na specyfikę pracy medycznej, która łączy wysoką złożoność poznawczą, intensywne obciążenie emocjonalne oraz odpowiedzialność o charakterze etycznym i społecznym. Kapitał ludzki w podmiotach leczniczych charakteryzuje się wysoką specjalistycznością, długim okresem kształcenia oraz silnym osadzeniem kompetencji w doświadczeniu praktycznym, co sprawia, że jego utrata generuje istotne koszty organizacyjne i systemowe. W tych warunkach motywacja pełni funkcję czynnika stabilizującego,

[112] A.A. Pawlik, Motywacja i jej wpływ na jakość pracy pielęgniarek w wybranych oddziałach szpitalnych publicznej placówki służby zdrowia. *Zeszyt Naukowy Wyższej Szkoły Zarządzania i Bankowości w Krakowie*, 2018, 48: 77-86.

ograniczając ryzyko rotacji personelu oraz erozji wiedzy organizacyjnej, a jednocześnie wpływając na jakość procesów klinicznych i bezpieczeństwo pacjentów[113]. Jako kategoria organizacyjna motywacja pozostaje ściśle powiązana z konstrukcją systemów zarządzania, obejmujących politykę wynagradzania, ocenę pracy, systemy rozwoju, zakres autonomii zawodowej oraz relacje z kadrą kierowniczą. W ochronie zdrowia szczególnego znaczenia nabiera spójność pomiędzy deklarowanymi wartościami organizacyjnymi, takimi jak troska o pacjenta, profesjonalizm czy współpraca interdyscyplinarna, a faktycznymi praktykami zarządczymi oddziałującymi na codzienne doświadczenia pracowników. Niespójność ta prowadzi do osłabienia motywacji wewnętrznej, narastania frustracji oraz zwiększonej podatności na wypalenie zawodowe[114].

Z perspektywy strategicznej motywacja stanowi istotny zasób niematerialny, który współkształtuje zdolność organizacji ochrony zdrowia do realizacji swojej misji w długim horyzoncie czasowym. Skuteczne zarządzanie motywacją wymaga odejścia od podejścia instrumentalnego na rzecz ujęcia systemowego, uwzględniającego interakcje pomiędzy jednostką, zespołem i organizacją oraz wpływ uwarunkowań makrosystemowych, takich jak regulacje prawne, finansowanie świadczeń czy presja demograficzna. W tym sensie motywacja personelu medycznego staje się jednym z kluczowych elementów strategicznego zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, warunkując zarówno stabilność organizacyjną, jak i zdolność systemu do zapewnienia ciągłości oraz jakości opieki zdrowotnej. Motywacja w pracy medycznej posiada charakter wielowymiarowy, co oznacza, że nie może być ujmowana jako jednorodna siła napędowa zachowań zawodowych, lecz jako złożony układ współwystępujących i wzajemnie oddziałujących czynników o różnym charakterze i źródłach. W literaturze przedmiotu szczególne znaczenie przypisuje się rozróżnieniu pomiędzy motywacją wewnętrzną i zewnętrzną, które w warunkach pracy medycznej pozostają w relacji dynamicznej, często napięciowej, a nie komplementarnej. Zrozumienie tej relacji ma kluczowe znaczenie dla projektowania systemów zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, ponieważ wpływa bezpośrednio na trwałość zaangażowania personelu oraz odporność na przeciążenie i wypalenie zawodowe. Motywacja wewnętrzna w pracy medycznej zakorzeniona jest w etosie zawodowym, poczuciu sensu wykonywanej pracy, identyfikacji z rolą zawodową oraz wewnętrznym przekonaniu o społecznej użyteczności podejmowanych działań. Dla wielu

[113] D. Masár, Personalne aspekty motywacji w pełnieniu opieki medycznej. *Progress in Economic Sciences*, 2016, 3: 85-95.
[114] C. Orsini, V.I. Binnie, S.L.Wilson, Determinants and outcomes of motivation in health professions education: a systematic review based on self-determination theory. *Journal of educational evaluation for health professions*, 2016, 13.

przedstawicieli zawodów medycznych stanowi ona pierwotny impuls wyboru ścieżki zawodowej i przez długi czas pełni funkcję głównego regulatora zachowań, nawet w warunkach niedostatków organizacyjnych czy materialnych. Motywacja ta sprzyja zaangażowaniu, gotowości do ponoszenia wysiłku oraz utrzymywaniu wysokich standardów jakości pracy, jednak jej trwałość pozostaje silnie uzależniona od warunków organizacyjnych, w jakich jest realizowana[115].

Motywacja zewnętrzna w ochronie zdrowia obejmuje natomiast szeroki katalog bodźców o charakterze materialnym i niematerialnym, takich jak wynagrodzenie, stabilność zatrudnienia, systemy awansu, uznanie ze strony przełożonych czy formalne mechanizmy oceny pracy. W przeciwieństwie do motywacji wewnętrznej, ma ona charakter bardziej instrumentalny i krótkookresowy, jednak jej znaczenie w realiach pracy medycznej systematycznie rośnie wraz z nasilaniem się presji organizacyjnej, deficytów kadrowych oraz przeciążenia pracą. Niedostateczny poziom motywacji zewnętrznej prowadzi do stopniowej erozji motywacji wewnętrznej, co manifestuje się spadkiem zaangażowania, wzrostem frustracji oraz nasileniem intencji odejścia z organizacji lub zawodu. Relacja pomiędzy motywacją wewnętrzną i zewnętrzną w warunkach pracy medycznej nie ma charakteru prostego sumowania się efektów. W wielu przypadkach obserwuje się zjawisko ich wzajemnego osłabiania, gdy bodźce zewnętrzne są projektowane w sposób niespójny z wartościami i normami zawodowymi personelu medycznego. Przykładowo, nadmierna koncentracja na wskaźnikach ilościowych, presja efektywnościowa czy nieadekwatne systemy premiowania mogą prowadzić do poczucia instrumentalnego traktowania pracy klinicznej, co podważa sens pracy i osłabia motywację wewnętrzną. Z drugiej strony, brak czytelnych i sprawiedliwych bodźców zewnętrznych powoduje, że motywacja wewnętrzna zostaje nadmiernie eksploatowana, co zwiększa podatność na wypalenie zawodowe. W ujęciu organizacyjnym kluczowe znaczenie ma zatem takie kształtowanie relacji pomiędzy motywacją wewnętrzną i zewnętrzną, które sprzyja ich wzajemnemu wzmacnianiu. Oznacza to projektowanie systemów zarządzania, które respektują autonomię zawodową personelu medycznego, zapewniają poczucie sprawiedliwości organizacyjnej oraz oferują adekwatne wsparcie materialne i niematerialne. W warunkach ochrony zdrowia równowaga ta stanowi jeden z podstawowych warunków utrzymania trwałego zaangażowania zawodowego, stabilności zatrudnienia oraz jakości i bezpieczeństwa opieki nad pacjentem[116].

[115] M. Berdud, J.M. Cabasés, J. Nieto, Incentives and intrinsic motivation in healthcare. *Gaceta sanitaria*, 2016, 30.6: 408-414.
[116] R. Rehwaldt, A. Richter, Der Einfluss von Glück bei der Arbeit und Veränderungsbereitschaft auf die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, [w:] *Die Herausforderungen der Generation Babyboomer für das Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024, s. 169-182.

Klasyczne teorie treści motywacji stanowią jeden z fundamentów analizy zachowań pracowniczych w organizacjach, ponieważ koncentrują się na identyfikacji potrzeb i czynników wewnętrznych, które uruchamiają, podtrzymują oraz ukierunkowują aktywność zawodową jednostek. W zarządzaniu kapitałem ludzkim teorie te pełnią funkcję ram interpretacyjnych, pozwalających zrozumieć, dlaczego określone warunki pracy sprzyjają zaangażowaniu, podczas gdy inne prowadzą do frustracji, obniżenia motywacji oraz dezorganizacji relacji pracownik–organizacja. Ich znaczenie nie polega na dostarczaniu gotowych recept zarządczych, lecz na umożliwieniu diagnozy obszarów napięć pomiędzy potrzebami pracowników a strukturą i praktykami organizacyjnymi. W sektorze ochrony zdrowia klasyczne teorie treści motywacji zyskują szczególną wartość analityczną, ponieważ pozwalają uchwycić konsekwencje systemowych deficytów w obszarze stabilności zatrudnienia, organizacji pracy oraz wsparcia instytucjonalnego. Chroniczne przeciążenie pracą, niedobory kadrowe oraz presja odpowiedzialności klinicznej powodują, że niezaspokojenie podstawowych potrzeb personelu medycznego szybko przekłada się na spadek zaangażowania, wzrost absencji i narastanie wypalenia zawodowego. Analiza klasycznych teorii treści motywacji umożliwia zatem powiązanie mikrospołecznych mechanizmów motywacyjnych z makroorganizacyjnymi uwarunkowaniami funkcjonowania podmiotów leczniczych[117].

Klasyczna koncepcja hierarchii potrzeb zakłada, że motywacja jednostki kształtowana jest przez stopniowo ujawniające się potrzeby, od najbardziej podstawowych po potrzeby wyższego rzędu. W warunkach pracy medycznej teoria ta zachowuje aktualność, jednak wymaga interpretacji uwzględniającej specyfikę środowiska klinicznego oraz chroniczne przeciążenia systemowe[118]:

- potrzeby fizjologiczne i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia odnoszą się nie tylko do poziomu wynagrodzenia, lecz również do przewidywalności grafiku, racjonalnego obciążenia dyżurowego oraz ochrony zdrowia psychicznego personelu; ich niezaspokojenie prowadzi do narastania zmęczenia, absencji chorobowej oraz wzrostu intencji odejścia z organizacji, co bezpośrednio osłabia stabilność zatrudnienia;
- potrzeby przynależności i relacji ujawniają się w znaczeniu zespołów terapeutycznych, wsparcia koleżeńskiego oraz jakości relacji z przełożonymi; ich deficyt sprzyja izolacji

[117] A. Heger, S. Ritz-Timme, Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte. *Rechtsmedizin*, 2021, 31.6: 479-493.
[118] A. Czerw, I. Mazur, Motywowanie kadry medycznej w zakładach opieki zdrowotnej. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 2012, 117: 95-109.

zawodowej i zwiększa podatność na wypalenie emocjonalne, zwłaszcza w zawodach o wysokim obciążeniu empatycznym;

- potrzeby uznania i szacunku manifestują się w oczekiwaniu sprawiedliwej oceny pracy, doceniania wysiłku oraz poszanowania autonomii zawodowej; ich systematyczne pomijanie prowadzi do frustracji, spadku zaangażowania oraz erozji motywacji wewnętrznej;
- potrzeby samorealizacji w pracy medycznej związane są z możliwością rozwoju kompetencji, uczestnictwa w procesach decyzyjnych oraz realizacji etosu zawodowego; brak przestrzeni dla ich realizacji powoduje, że nawet wysoko zmotywowany personel doświadcza wypalenia egzystencjalnego.

Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim teoria hierarchii potrzeb wskazuje, że przeciążenie pracą i niestabilność organizacyjna uniemożliwiają aktywizację motywatorów wyższego rzędu. Skuteczne zarządzanie motywacją w ochronie zdrowia wymaga zatem zapewnienia minimalnych warunków bezpieczeństwa organizacyjnego jako podstawy retencji i profilaktyki wypalenia zawodowego.

Teoria dwuczynnikowa rozróżnia czynniki higieny oraz czynniki motywujące, wskazując, że brak pierwszych prowadzi do niezadowolenia, natomiast obecność drugich sprzyja zaangażowaniu i satysfakcji z pracy. W realiach ochrony zdrowia rozróżnienie to posiada istotne znaczenie interpretacyjne[119]:

- czynniki higieny obejmują warunki pracy, wynagrodzenie, relacje formalne, politykę organizacyjną oraz bezpieczeństwo zatrudnienia; ich niedostateczny poziom w podmiotach leczniczych prowadzi do chronicznego niezadowolenia, nasilonego stresu oraz wzrostu rotacji personelu;
- przeciążenie pracą, nieregularność czasu pracy oraz deficyty kadrowe funkcjonują jako czynniki silnie obniżające poziom higieny pracy, co sprawia, że nawet obecność elementów motywujących nie kompensuje negatywnych doświadczeń zawodowych;
- czynniki motywujące, takie jak autonomia, uznanie, odpowiedzialność i możliwość rozwoju, w ochronie zdrowia są silnie powiązane z profesjonalnym etosem pracy; ich brak prowadzi do poczucia instrumentalnego traktowania pracy klinicznej;
- długotrwałe funkcjonowanie w warunkach niskiego poziomu higieny przy jednoczesnym wysokim poziomie odpowiedzialności zawodowej sprzyja wypaleniu zawodowemu, zwłaszcza w jego wymiarze emocji i depersonalizacji.

[119] M. Dąbrowski, Zarządzanie organizacją z perspektywy piramidy ludzkich potrzeb. *Nowoczesne Systemy Zarządzania*, 2024, 19.4: 57-78.

Teoria dwuczynnikowa wskazuje, że działania motywacyjne w ochronie zdrowia nie mogą ograniczać się do wzmacniania elementów prestiżowych lub rozwojowych przy jednoczesnym ignorowaniu podstawowych warunków pracy. Stabilność zatrudnienia i ograniczenie przeciążenia stanowią warunek konieczny skuteczności bardziej zaawansowanych interwencji motywacyjnych.

Teoria potrzeb osiągnięć koncentruje się na zróżnicowanych dominujących potrzebach jednostek, takich jak potrzeba osiągnięć, afiliacji oraz władzy. W pracy medycznej teoria ta pozwala wyjaśnić różnice w reakcjach personelu na te same warunki organizacyjne[120]:

- potrzeba osiągnięć wśród personelu medycznego przejawia się w dążeniu do wysokiej jakości pracy klinicznej, doskonalenia kompetencji oraz realizacji ambitnych standardów zawodowych; jej niezaspokojenie w warunkach przeciążenia prowadzi do frustracji i wypalenia;
- potrzeba afiliacji ujawnia się w znaczeniu relacji zespołowych, współpracy interdyscyplinarnej oraz wsparcia społecznego; jej deficyt nasila poczucie osamotnienia i obniża odporność psychiczną na stres;
- potrzeba wpływu i odpowiedzialności widoczna jest zwłaszcza wśród kadry kierowniczej i doświadczonych specjalistów; brak realnego wpływu na organizację pracy prowadzi do cynizmu i spadku identyfikacji z organizacją;
- niedopasowanie stylu zarządzania do dominujących potrzeb personelu zwiększa ryzyko rotacji oraz obniża efektywność działań rozwojowych.

Z perspektywy zarządzania teoria potrzeb osiągnięć wskazuje na konieczność różnicowania narzędzi motywacyjnych oraz unikania jednolitych rozwiązań dla całego personelu. Uwzględnienie indywidualnych potrzeb motywacyjnych sprzyja zarówno retencji, jak i ograniczaniu wypalenia zawodowego w warunkach wysokiego obciążenia pracą.

Analiza klasycznych teorii treści motywacji wskazuje, że motywacja pracowników ochrony zdrowia pozostaje silnie uzależniona od stopnia zaspokojenia zarówno podstawowych potrzeb bezpieczeństwa i stabilności, jak i potrzeb wyższego rzędu, związanych z uznaniem, autonomią oraz samorealizacją zawodową. Hierarchia potrzeb, teoria dwuczynnikowa oraz teoria potrzeb osiągnięć, mimo różnic koncepcyjnych, zgodnie podkreślają znaczenie warunków pracy jako kluczowego kontekstu kształtowania motywacji i zaangażowania personelu medycznego. W warunkach przeciążenia pracą i niedostatków organizacyjnych nawet silna motywacja wewnętrzna ulega stopniowej erozji, prowadząc do wzrostu ryzyka

[120] A. Czerw, I. Mazur, Motywowanie kadry medycznej w zakładach opieki zdrowotnej. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 2012, 117: 95-109.

wypalenia zawodowego i destabilizacji zatrudnienia. Z perspektywy zarządczej klasyczne teorie treści motywacji ujawniają ograniczenia działań motywacyjnych skoncentrowanych wyłącznie na bodźcach symbolicznych lub rozwojowych, jeśli nie towarzyszy im poprawa podstawowych warunków funkcjonowania personelu. Skuteczne zarządzanie motywacją w ochronie zdrowia wymaga zatem podejścia systemowego, które uwzględnia relacje pomiędzy organizacją pracy, stabilnością zatrudnienia, możliwościami rozwoju oraz dobrostanem psychicznym pracowników. W tym sensie klasyczne teorie treści motywacji pozostają istotnym punktem odniesienia dla projektowania rozwiązań zarządczych sprzyjających retencji personelu, ograniczaniu wypalenia zawodowego oraz utrzymaniu jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.

Teorie procesu motywacji koncentrują się na mechanizmach poznawczych i mechanizmach oceny, za pośrednictwem których pracownicy interpretują warunki pracy, formułują oczekiwania wobec organizacji oraz podejmują decyzje dotyczące intensywności i kierunku własnego zaangażowania. W przeciwieństwie do teorii treści, które akcentują pytanie *co* motywuje, teorie procesu odpowiadają na pytanie *jak* przebiega proces motywowania w określonych warunkach organizacyjnych. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim mają one szczególne znaczenie, ponieważ umożliwiają projektowanie systemów zarządzania w sposób uwzględniający subiektywną percepcję obciążeń, nagród oraz sprawiedliwości organizacyjnej.

W sektorze ochrony zdrowia znaczenie teorii procesu motywacji ulega wzmocnieniu ze względu na chroniczne przeciążenie pracą, wysoką niepewność decyzyjną oraz silne zróżnicowanie warunków wykonywania pracy pomiędzy jednostkami i grupami zawodowymi. Motywacja personelu medycznego kształtowana jest w dużej mierze przez to, jak pracownicy oceniają relację pomiędzy wysiłkiem a nagrodą, porównują swoje warunki z innymi oraz interpretują sens i realność stawianych im celów. Teorie procesu motywacji dostarczają zatem narzędzi analitycznych umożliwiających zrozumienie mechanizmów narastania frustracji, poczucia niesprawiedliwości oraz erozji zaangażowania zawodowego.

Teoria oczekiwań zakłada, że motywacja jednostki zależy od subiektywnej oceny trzech elementów: prawdopodobieństwa, że wysiłek doprowadzi do określonego poziomu wykonania, przekonania, że wykonanie zostanie nagrodzone, oraz wartości przypisywanej tej nagrodzie. W warunkach pracy medycznej mechanizm ten nabiera szczególnego znaczenia ze względu na wysokie koszty psychiczne i fizyczne wysiłku zawodowego[121]:

[121] T.M. Peterson, P. Rudloff, Preferential trade agreements and trade expectations theory. *International Interactions*, 2015, 41.1: 61-83.

- percepcja nadmiernych obciążeń przy jednoczesnym braku wpływu na jakość wykonania obniża przekonanie o sensowności zwiększania wysiłku, co prowadzi do spadku motywacji i zaangażowania;
- brak przejrzystego powiązania pomiędzy jakością pracy klinicznej a systemami nagradzania osłabia orientację na realizację celu, sprzyjając poczuciu niesprawiedliwości i frustracji;
- niska atrakcyjność nagród, zwłaszcza niematerialnych, w warunkach wysokiego stresu powoduje, że nawet formalnie poprawne systemy motywacyjne tracą swoją skuteczność;
- długotrwałe funkcjonowanie w sytuacji, w której wysiłek nie przekłada się na realne korzyści, zwiększa ryzyko wypalenia zawodowego oraz intencji odejścia z organizacji.

Z perspektywy zarządzania teoria oczekiwań wskazuje na konieczność projektowania systemów pracy i nagradzania w sposób wzmacniający poczucie sprawczości oraz przewidywalności. W ochronie zdrowia oznacza to ograniczanie przeciążeń uniemożliwiających osiąganie wysokiej jakości pracy oraz zapewnienie czytelnych relacji pomiędzy wysiłkiem, wykonaniem i uzyskiwanymi korzyściami.

Teoria sprawiedliwości koncentruje się na procesach porównań społecznych, poprzez które pracownicy oceniają relację pomiędzy własnym wkładem a otrzymywanymi rezultatami w odniesieniu do innych. W środowisku ochrony zdrowia, charakteryzującym się silną współzależnością ról zawodowych, mechanizmy te mają szczególnie silny wpływ na postawy i zachowania personelu[122, 123]:

- postrzegana nierównowaga pomiędzy obciążeniem pracą a poziomem wynagrodzenia prowadzi do obniżenia motywacji oraz prób przywracania równowagi poprzez redukcję wysiłku;
- brak transparentności zasad nagradzania i awansu sprzyja narastaniu poczucia niesprawiedliwości proceduralnej, co osłabia zaufanie do organizacji;
- porównania międzygrupowe, zwłaszcza pomiędzy różnymi zawodami medycznymi, mogą nasilać konflikty i destabilizować współpracę zespołową;
- długotrwałe doświadczenie niesprawiedliwości organizacyjnej stanowi istotny czynnik ryzyka wypalenia zawodowego, szczególnie w jego wymiarze cynizmu i depersonalizacji.

Teoria sprawiedliwości wskazuje, że skuteczność systemów motywacyjnych w ochronie zdrowia zależy w dużej mierze od ich transparentności i spójności. Zarządzanie

[122] S. Amartya, What do we want from a theory of justice? [w:] *Theories of Justice*. Routledge, 2017, s. 27-50.
[123] J. Rawls, A theory of justice, [w:] *Applied ethics*. Routledge, 2017, s. 21-29.

motywacją wymaga zatem nie tylko adekwatnych poziomów nagród, lecz również jasnych zasad ich dystrybucji oraz komunikowania decyzji zarządczych.

Teoria wyznaczania celów zakłada, że jasno sformułowane, realistyczne i akceptowane cele zwiększają motywację oraz efektywność działania. W ochronie zdrowia teoria ta wymaga jednak szczególnej ostrożności interpretacyjnej ze względu na złożoność procesów klinicznych oraz ograniczoną przewidywalność efektów pracy.

- cele nadmiernie skoncentrowane na wskaźnikach ilościowych mogą prowadzić do wzrostu presji i przeciążenia poznawczego personelu;
- brak udziału pracowników w definiowaniu celów sprzyja ich postrzeganiu jako narzuconych i nierealistycznych;
- nieadekwatne cele organizacyjne mogą pozostawać w sprzeczności z etosem zawodowym, osłabiając motywację wewnętrzną;
- długotrwała realizacja celów postrzeganych jako niemożliwe do osiągnięcia zwiększa ryzyko wyczerpania emocjonalnego i rezygnacji zawodowej.

Z perspektywy zarządzania teoria wyznaczania celów podkreśla znaczenie partycypacji oraz realizmu w projektowaniu systemów celów. W ochronie zdrowia cele powinny wspierać jakość i bezpieczeństwo opieki, a nie jedynie efektywność ilościową, aby nie potęgować przeciążenia i demotywacji.

Analiza teorii procesu motywacji wskazuje, że motywacja personelu medycznego kształtowana jest w dużej mierze przez subiektywną ocenę relacji pomiędzy wysiłkiem, nagrodą i sprawiedliwością organizacyjną. Teoria oczekiwań, teoria sprawiedliwości oraz teoria wyznaczania celów ujawniają mechanizmy, poprzez które przeciążenie pracą, nieadekwatne systemy nagradzania oraz nieprzemyślane cele organizacyjne prowadzą do spadku zaangażowania i wzrostu ryzyka wypalenia zawodowego. Z perspektywy zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia teorie procesu motywacji podkreślają konieczność projektowania rozwiązań, które uwzględniają percepcję pracowników, a nie wyłącznie formalne założenia systemów zarządzania. Ich zastosowanie sprzyja budowaniu sprawiedliwych, przewidywalnych i wspierających środowisk pracy, stanowiących podstawę stabilności zatrudnienia oraz jakości opieki zdrowotnej.

Współczesne teorie motywacji stanowią odpowiedź na ograniczenia klasycznych koncepcji treści i procesu, które nie w pełni wyjaśniają mechanizmy podtrzymywania długofalowego zaangażowania pracowników w warunkach wysokiej złożoności, niepewności i obciążenia emocjonalnego. W sektorze ochrony zdrowia, gdzie praca personelu medycznego ma charakter misyjny, relacyjny i etycznie nasycony, szczególnego znaczenia nabierają

koncepcje akcentujące autonomię, sens pracy oraz zgodność wartości indywidualnych z wartościami organizacyjnymi. Współczesne teorie motywacji przesuwają punkt ciężkości z zewnętrznej kontroli zachowań na wewnętrzne mechanizmy regulacji, co ma istotne implikacje dla projektowania systemów zarządzania kapitałem ludzkim w podmiotach leczniczych.

Teoria autodeterminacji koncentruje się na jakości motywacji, wskazując, że trwałe zaangażowanie zawodowe wynika z zaspokojenia trzech podstawowych potrzeb psychologicznych: autonomii, kompetencji oraz relacyjności. W ochronie zdrowia koncepcja ta posiada szczególną wartość wyjaśniającą, ponieważ praca kliniczna opiera się na samodzielnych decyzjach, wysokich kompetencjach oraz intensywnych relacjach interpersonalnych[124]:

- autonomia rozumiana jako realny wpływ na sposób wykonywania pracy klinicznej wzmacnia poczucie odpowiedzialności i sensu działania; jej ograniczanie poprzez nadmierną biurokratyzację i presję proceduralną prowadzi do spadku motywacji wewnętrznej;
- potrzeba kompetencji ujawnia się w dążeniu do wysokiej jakości świadczeń i doskonalenia zawodowego; brak możliwości rozwoju oraz chroniczne przeciążenie pracą osłabiają poczucie skuteczności i sprzyjają wypaleniu;
- relacyjność obejmuje jakość relacji zespołowych oraz wsparcie przełożonych; deficyty w tym obszarze nasilają izolację zawodową i obniżają odporność psychiczną personelu;
- dominacja regulacji zewnętrznej nad wewnętrzną prowadzi do instrumentalizacji pracy medycznej i stopniowej erozji zaangażowania.

Teoria autodeterminacji wskazuje na znaczenie środowiska pracy wspierającego autonomię, rozwój kompetencji i relacje zespołowe. Zarządzanie motywacją w ochronie zdrowia, oparte na tej koncepcji, sprzyja stabilności zatrudnienia oraz ograniczaniu ryzyka wypalenia zawodowego.

Koncepcja zaangażowania pracowniczego akcentuje pozytywny, trwały stan psychiczny związany z pracą, charakteryzujący się energią, oddaniem oraz pochłonięciem wykonywanymi zadaniami. W ochronie zdrowia zaangażowanie pracownicze stanowi kluczowy zasób organizacyjny, bezpośrednio powiązany z jakością opieki nad pacjentem oraz bezpieczeństwem procesów klinicznych[125]:

[124] M. Szulawski, Pozafinansowe metody motywowania pracowników-ujęcie perspektywy teorii autodeterminacji. *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*, 2017, 44.2: 69-82.
[125] A. Wójcik-Karpacz, Eksploracja konceptualizacji i operacjonalizacji zaangażowania pracowniczego: implikacje dla teorii i praktyki. *Organizacja i Kierowanie*, 2017, 178.4: 47-65.

- energia zawodowa ulega osłabieniu w warunkach chronicznego przeciążenia i niedoborów kadrowych, co prowadzi do spadku wydolności psychofizycznej;
- oddanie pracy klinicznej pozostaje silnie związane z poczuciem sensu i społecznej użyteczności zawodu; jego erozja sprzyja cynizmowi i depersonalizacji;
- pochłonięcie pracą ma charakter adaptacyjny wyłącznie przy zachowaniu równowagi pomiędzy wymaganiami a zasobami; jego zaburzenie zwiększa podatność na wyczerpanie;
- niski poziom zaangażowania koreluje ze wzrostem absencji, rotacji oraz spadkiem jakości relacji personel – pacjent.

Z perspektywy zarządzania koncepcja zaangażowania pracowniczego podkreśla znaczenie równoważenia wymagań pracy z zasobami organizacyjnymi. W ochronie zdrowia sprzyja to utrzymaniu długofalowego zaangażowania oraz stabilności zespołów terapeutycznych.

Modele motywacji oparte na sensie pracy i wartościach wychodzą z założenia, że motywacja zawodowa wzmacniana jest przez zgodność pomiędzy indywidualnym systemem wartości pracownika a misją i praktykami organizacji. W ochronie zdrowia sens pracy stanowi jeden z głównych regulatorów motywacji wewnętrznej, zwłaszcza w zawodach o wysokim obciążeniu emocjonalnym[126]:

- poczucie sensu pracy wynika z bezpośredniego wpływu działań personelu na zdrowie i życie pacjentów; jego osłabienie następuje w warunkach nadmiernej presji organizacyjnej;
- niespójność pomiędzy deklarowanymi wartościami organizacji a codziennymi praktykami zarządczymi prowadzi do dysonansu moralnego i spadku zaangażowania;
- zgodność wartości sprzyja identyfikacji z organizacją oraz wzmacnia procesy retencyjne;
- utrata sensu pracy stanowi jeden z kluczowych symptomów wypalenia zawodowego w jego wymiarze egzystencjalnym.

Modele motywacji oparte na sensie pracy wskazują na konieczność spójnego zarządzania wartościami organizacyjnymi. W ochronie zdrowia oznacza to tworzenie warunków umożliwiających realizację etosu zawodowego oraz podtrzymywanie znaczenia pracy klinicznej.

Analiza współczesnych teorii motywacji wskazuje, że trwałe zaangażowanie personelu medycznego kształtowane jest przede wszystkim przez jakość doświadczeń zawodowych, a nie przez intensywność bodźców zewnętrznych. Teoria autodeterminacji, koncepcja

[126] A. Szabowska-Walaszczyk, A.M. Zawadzka, Dopasowanie na wymiarach potrzeb wzrostu i bezpieczeństwa a zaangażowanie w pracę. *Psychologia Społeczna*, 2016, 11.36: 20-33.

zaangażowania pracowniczego oraz modele motywacji oparte na sensie pracy podkreślają znaczenie autonomii, relacji, wartości i równowagi pomiędzy wymaganiami a zasobami. W warunkach ochrony zdrowia teorie te dostarczają ram projektowania systemów zarządzania, które sprzyjają stabilności zatrudnienia, ograniczaniu wypalenia zawodowego oraz utrzymaniu jakości i bezpieczeństwa opieki. Ich zastosowanie wspiera przejście od instrumentalnego sterowania zachowaniami do budowania środowisk pracy wzmacniających motywację wewnętrzną i odporność organizacyjną.

Relacja pomiędzy motywacją a zaangażowaniem zawodowym personelu medycznego stanowi jeden z kluczowych obszarów analizy w zarządzaniu kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, ponieważ bezpośrednio łączy poziom doświadczeń pracowniczych z trwałością zatrudnienia oraz jakością realizowanych świadczeń. Motywacja, rozumiana jako zespół mechanizmów uruchamiających i podtrzymujących aktywność zawodową, tworzy warunki dla powstawania zaangażowania, które wyraża się w trwałym, pozytywnym stosunku do pracy, organizacji i roli zawodowej. W sektorze ochrony zdrowia zależność ta nabiera szczególnego znaczenia, gdyż jakość opieki nad pacjentem pozostaje w ścisłym związku z poziomem energii, uważności i odpowiedzialności personelu medycznego. Zaangażowanie zawodowe nie jest prostą konsekwencją intensywności motywacji, lecz rezultatem jej jakości oraz stabilności w czasie. W warunkach chronicznego przeciążenia pracą, presji systemowej i deficytów kadrowych motywacja personelu medycznego ulega stopniowej erozji, co prowadzi do osłabienia zaangażowania, wzrostu intencji odejścia oraz pogorszenia jakości relacji z pacjentami. Analiza relacji pomiędzy motywacją, zaangażowaniem, retencją i jakością opieki pozwala zatem uchwycić mechanizmy, poprzez które praktyki zarządcze oddziałują na funkcjonowanie organizacji ochrony zdrowia w wymiarze długookresowym[127].

Motywacja stanowi warunek konieczny powstawania zaangażowania zawodowego, jednak jej charakter decyduje o trwałości i odporności tego zaangażowania w obliczu obciążeń organizacyjnych. W pracy medycznej szczególne znaczenie ma motywacja wewnętrzna, oparta na sensie pracy, autonomii zawodowej i identyfikacji z rolą kliniczną[128]:

– wysoki poziom motywacji wewnętrznej sprzyja zaangażowaniu opartemu na odpowiedzialności, dbałości o jakość i gotowości do podejmowania wysiłku wykraczającego poza minimum formalne;

[127] S. Turan, S. Hayme, Effect of professional commitment on the career plans of intern doctors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 2025, 41.2: 525.
[128] T. Hoff, D.R. Lee, K. Prout, Organizational commitment among physicians: A systematic literature review. *Health Services Management Research*, 2021, 34.2: 99-112.

- dominacja motywacji zewnętrznej, zwłaszcza w warunkach presji i kontroli, prowadzi do zaangażowania krótkookresowego, podatnego na szybkie wyczerpanie;
- brak równowagi pomiędzy motywacją wewnętrzną i zewnętrzną skutkuje narastaniem frustracji i spadkiem identyfikacji z organizacją;
- długotrwałe funkcjonowanie w warunkach osłabionej motywacji sprzyja przejściu od zaangażowania do cynizmu i depersonalizacji.

Z perspektywy zarządzania oznacza to konieczność projektowania środowiska pracy, które nie tylko stymuluje wysiłek, lecz również podtrzymuje sens i autonomię pracy klinicznej. Takie warunki sprzyjają trwałemu zaangażowaniu, odporności psychicznej oraz stabilności zatrudnienia. Zaangażowanie zawodowe pełni funkcję bufora pomiędzy obciążeniami pracy a decyzjami dotyczącymi pozostawania w organizacji. Personel medyczny o wysokim poziomie zaangażowania wykazuje większą tolerancję wobec trudnych warunków pracy, pod warunkiem że doświadcza wsparcia organizacyjnego i sprawiedliwości proceduralnej[129]:

- wysoki poziom zaangażowania koreluje z niższą skłonnością do zmiany miejsca pracy i zawodu;
- zaangażowanie wzmacnia identyfikację z zespołem i organizacją, co ogranicza rotację nawet w warunkach presji systemowej;
- spadek zaangażowania poprzedza decyzje o odejściu, stanowiąc wczesny sygnał ryzyka retencyjnego;
- brak działań wzmacniających zaangażowanie prowadzi do „cichej rezygnacji", obniżającej efektywność i jakość pracy.

Zaangażowanie zawodowe powinno być traktowane jako strategiczny zasób retencyjny, wymagający systematycznego monitorowania i wzmacniania. W ochronie zdrowia oznacza to inwestowanie w relacje, rozwój i wsparcie personelu jako alternatywę dla kosztownych działań rekrutacyjnych. Zaangażowanie zawodowe personelu medycznego pozostaje w bezpośrednim związku z jakością i bezpieczeństwem opieki nad pacjentem. Pracownicy zaangażowani wykazują większą uważność, odpowiedzialność i skłonność do przestrzegania standardów klinicznych[130]:

- wysoki poziom zaangażowania sprzyja redukcji błędów medycznych i organizacyjnych;

[129] S. Guo et al., How doctors gain social and economic returns in online health-care communities: a professional capital perspective. *Journal of management information systems*, 2017, 34.2: 487-519.
[130] R. Gillon, Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. *Journal of medical ethics*, 2015, 41.1: 111-116.

- zaangażowany personel wykazuje wyższą jakość komunikacji z pacjentami i zespołem terapeutycznym;
- spadek zaangażowania prowadzi do obniżenia czujności klinicznej i wzrostu ryzyka zdarzeń niepożądanych;
- chroniczne przeciążenie pracy osłabia zaangażowanie, co pośrednio pogarsza jakość opieki.

Z perspektywy systemowej zaangażowanie personelu należy traktować jako jeden z kluczowych determinantów bezpieczeństwa pacjenta. Zarządzanie motywacją i zaangażowaniem staje się tym samym elementem zarządzania jakością i ryzykiem klinicznym. Analiza relacji pomiędzy motywacją, zaangażowaniem zawodowym, retencją i jakością opieki wskazuje, że zaangażowanie personelu medycznego pełni funkcję strategicznego ogniwa łączącego doświadczenia pracownicze z efektami organizacyjnymi i klinicznymi. Motywacja o wysokiej jakości, oparta na autonomii, sensie pracy i wsparciu organizacyjnym, sprzyja trwałemu zaangażowaniu, które z kolei ogranicza rotację personelu oraz wzmacnia jakość i bezpieczeństwo świadczeń zdrowotnych. W warunkach ochrony zdrowia zarządzanie motywacją i zaangażowaniem nie stanowi zatem obszaru miękkiego, lecz jeden z fundamentów stabilności systemu, odporności organizacyjnej oraz realizacji podstawowej misji opieki nad pacjentem. Relacje pomiędzy systemami motywacyjnymi a przeciążeniem pracą oraz wypaleniem zawodowym stanowią jeden z kluczowych obszarów analizy w zarządzaniu kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, ponieważ ujawniają mechanizmy, poprzez które rozwiązania organizacyjne oddziałują na dobrostan psychiczny personelu oraz trwałość zasobów kadrowych. Systemy motywacyjne, rozumiane jako zespół formalnych i nieformalnych instrumentów wpływu na zachowania pracowników, mogą pełnić funkcję zarówno ochronną, jak i destrukcyjną, w zależności od stopnia ich spójności z realnymi warunkami pracy klinicznej. W środowisku charakteryzującym się chronicznymi niedoborami kadrowymi, wysoką intensywnością pracy oraz presją odpowiedzialności, niewłaściwie zaprojektowane systemy motywacyjne przyczyniają się do eskalacji przeciążenia i nasilania zjawiska wypalenia zawodowego. Analiza tej relacji pozwala przesunąć akcent z indywidualnych predyspozycji pracowników na uwarunkowania organizacyjne i systemowe, które kształtują doświadczenia zawodowe personelu medycznego. W tym sensie przeciążenie pracą i wypalenie zawodowe nie stanowią wyłącznie problemów jednostkowych, lecz symptomy dysfunkcji w obszarze projektowania i funkcjonowania systemów zarządzania.

Systemy motywacyjne wpływają w istotny sposób na to, jak personel medyczny postrzega i interpretuje obciążenia wynikające z pracy klinicznej. Przeciążenie pracą nie ma

bowiem wyłącznie wymiaru obiektywnego, lecz jest także konstruktem percepcyjnym, kształtowanym przez ocenę sensowności wysiłku, sprawiedliwości organizacyjnej oraz dostępności wsparcia[131]:

- systemy motywacyjne oparte na presji wyników i bodźcach ilościowych wzmacniają poczucie nadmiernych wymagań, szczególnie gdy nie towarzyszy im adekwatne wsparcie zasobowe;
- brak powiązania pomiędzy wysiłkiem a realnymi korzyściami organizacyjnymi prowadzi do interpretowania obciążeń jako nieuzasadnionych i niesprawiedliwych;
- motywatory ignorujące ograniczenia czasowe i poznawcze pracy klinicznej nasilają poczucie utraty kontroli nad własną pracą;
- systemy motywacyjne nieuwzględniające regeneracji i równowagi praca–życie sprzyjają kumulacji zmęczenia i wyczerpania.

Z perspektywy zarządzania oznacza to konieczność projektowania systemów motywacyjnych, które nie zwiększają subiektywnego ciężaru pracy poprzez nierealistyczne oczekiwania. W ochronie zdrowia motywowanie nie może polegać na eskalowaniu wymagań, lecz na racjonalizacji obciążeń i wzmacnianiu poczucia sensu wysiłku.

Wypalenie zawodowe stanowi długotrwałą reakcję na chroniczny stres zawodowy i jest silnie powiązane z charakterem systemów motywacyjnych funkcjonujących w organizacji. Modele motywacyjne skoncentrowane wyłącznie na wynikach i kontroli sprzyjają eksploatacji zasobów psychicznych pracowników, prowadząc do ich stopniowej erozji[132]:

- dominacja motywacji zewnętrznej osłabia motywację wewnętrzną, zwiększając podatność na wyczerpanie emocjonalne;
- brak uznania i wsparcia w systemach motywacyjnych sprzyja depersonalizacji i cynizmowi zawodowemu;
- niespójność pomiędzy deklarowanymi wartościami a praktykami motywacyjnymi prowadzi do dysonansu moralnego;
- chroniczne poczucie niesprawiedliwości organizacyjnej stanowi jeden z najsilniejszych symptomów wypalenia zawodowego.

Systemy motywacyjne w ochronie zdrowia powinny pełnić funkcję ochronną wobec zasobów psychologicznych personelu. Oznacza to konieczność wzmacniania motywacji

[131] W.J. Karna, A. Knap-Stefaniuk, Motywowanie pracowników jako wyzwanie w zarządzaniu zasobami ludzkimi. *Studia i Prace WNEiZ US*, 2017, 48: 161-171.
[132] L. Solecki, P. Klepacka, Przyczyny oraz czynniki sprzyjające występowaniu zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy zatrudnionych w publicznych sektorach opieki zdrowotnej. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, 2017, 20.1: 7-16.

wewnętrznej, uznania oraz sprawiedliwości organizacyjnej jako elementów prewencji wypalenia zawodowego. Oddziaływanie systemów motywacyjnych na przeciążenie i wypalenie zawodowe generuje długofalowe konsekwencje organizacyjne, które wykraczają poza dobrostan jednostek. Nasilenie wypalenia przekłada się bezpośrednio na wzrost absencji chorobowej, rotację personelu oraz pogorszenie jakości opieki nad pacjentem, co czyni ten problem strategicznym wyzwaniem zarządczym[133]:

- wypalenie zawodowe obniża zdolność do koncentracji i podejmowania trafnych decyzji klinicznych;
- wzrost rotacji personelu generuje koszty finansowe i organizacyjne oraz destabilizuje zespoły terapeutyczne;
- obniżenie jakości relacji personel – pacjent wpływa negatywnie na doświadczenia pacjentów i zaufanie do systemu;
- brak interwencji w obszarze systemów motywacyjnych prowadzi do utrwalania błędnego koła przeciążenia i wypalenia.

Zarządzanie systemami motywacyjnymi powinno być postrzegane jako element zarządzania ryzykiem organizacyjnym i klinicznym. W ochronie zdrowia skuteczna prewencja wypalenia wymaga systemowych, a nie wyłącznie indywidualnych działań. Analiza relacji pomiędzy systemami motywacyjnymi a przeciążeniem pracą oraz wypaleniem zawodowym wskazuje, że motywacja stanowi jeden z kluczowych mechanizmów regulujących doświadczenia zawodowe personelu medycznego. Niewłaściwie zaprojektowane systemy motywacyjne nasilają percepcję obciążeń, prowadzą do erozji motywacji wewnętrznej i zwiększają ryzyko wypalenia zawodowego. Z kolei systemy oparte na autonomii, sprawiedliwości organizacyjnej, uznaniu i wsparciu pełnią funkcję ochronną, wzmacniając odporność psychiczną pracowników i stabilność zasobów ludzkich. W warunkach ochrony zdrowia relacja ta nadaje systemom motywacyjnym rangę strategicznego instrumentu zarządzania, bezpośrednio powiązanego z jakością opieki, bezpieczeństwem pacjentów oraz długofalową wydolnością organizacyjną podmiotów leczniczych. W ochronie zdrowia niematerialne czynniki motywacyjne odgrywają rolę szczególną, ponieważ funkcjonują jako podstawowe regulatory zaangażowania zawodowego w warunkach, w których możliwości oddziaływania bodźcami materialnymi są często ograniczone systemowo. Praca personelu medycznego charakteryzuje się wysokim poziomem odpowiedzialności, obciążeniem emocjonalnym oraz silnym osadzeniem w normach etycznych i zawodowych, co sprawia,

[133] J. Helios, W. Jedlecka, Etyka a wypalenie zawodowe lekarzy weterynarii. *Życie Weterynaryjne*, 2023, 98.04: 214-219.

że trwałość motywacji zależy w dużej mierze od jakości doświadczeń organizacyjnych. Niematerialne czynniki motywacyjne wpływają bezpośrednio na percepcję sensu pracy, sprawczości oraz sprawiedliwości, a tym samym determinują zarówno odporność na przeciążenie pracą, jak i skłonność do długofalowego związania się z organizacją. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim czynniki te pełnią funkcję stabilizującą, ponieważ oddziałują na motywację wewnętrzną, której erozja stanowi jeden z głównych mechanizmów prowadzących do wypalenia zawodowego i rotacji personelu. Ich znaczenie ujawnia się szczególnie w sytuacjach kryzysowych, gdy deficyty kadrowe i presja organizacyjna ograniczają możliwość kompensowania obciążeń poprzez rozwiązania finansowe. W takich warunkach autonomia, uznanie, wsparcie oraz możliwości rozwoju stają się kluczowymi zasobami motywacyjnymi, warunkującymi zdolność organizacji ochrony zdrowia do utrzymania zaangażowanego i stabilnego personelu.

Dla uporządkowania analizy roli niematerialnych czynników motywacyjnych w ochronie zdrowia zastosowanie znajduje syntetyczne ujęcie tabelaryczne (tabela 5), które pozwala powiązać poszczególne czynniki z ich znaczeniem organizacyjnym oraz potencjalnymi konsekwencjami dla funkcjonowania personelu medycznego.

Tabela 5. Niematerialne czynniki motywacyjne i ich znaczenie w ochronie zdrowia

Niematerialny czynnik motywacyjny	Znaczenie dla personelu medycznego	Konsekwencje organizacyjne
Autonomia zawodowa	Poczucie sprawczości, kontroli nad decyzjami klinicznymi i sposobem wykonywania pracy	Wyższe zaangażowanie, mniejsze ryzyko wypalenia, lepsza jakość decyzji
Uznanie i sprawiedliwość	Doświadczenie docenienia wysiłku oraz równego traktowania	Wzrost zaufania do organizacji, ograniczenie frustracji i rotacji
Wsparcie przełożonych	Poczucie bezpieczeństwa psychologicznego i dostępności pomocy	Lepsza współpraca zespołowa, większa odporność na stres
Możliwość rozwoju i wpływu na organizację pracy	Realizacja potrzeb samorealizacji i kompetencji	Stabilność zatrudnienia, ciągłość wiedzy organizacyjnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Makara-Studzińska et al., Analiza zjawiska wypalenia zawodowego w grupie lekarzy psychiatrów – przegląd badań. *Psychiatria*, 2018, 15.1: 35-38.

Zestawienie przedstawione w tabeli ukazuje, że niematerialne czynniki motywacyjne oddziałują na kilka kluczowych obszarów doświadczeń zawodowych personelu medycznego jednocześnie. Autonomia zawodowa wzmacnia poczucie odpowiedzialności i sensu pracy, jednak jej ograniczanie poprzez nadmierną kontrolę proceduralną i biurokratyzację prowadzi

do osłabienia motywacji wewnętrznej oraz wzrostu wyczerpania emocjonalnego[134]. Uznanie i sprawiedliwość organizacyjna wpływają natomiast na sposób interpretowania obciążeń zawodowych, decydując o tym, czy wysiłek jest postrzegany jako uzasadniony i doceniony, czy też jako eksploatacyjny i niesprawiedliwy[135]. Wsparcie przełożonych pełni funkcję kluczowego bufora stresu zawodowego, szczególnie w środowisku wysokiego ryzyka klinicznego. Jego brak sprzyja izolacji zawodowej i obniżeniu odporności psychicznej, co zwiększa podatność na wypalenie zawodowe[136]. Z kolei możliwość rozwoju oraz realnego wpływu na organizację pracy stanowi istotny czynnik podtrzymywania długofalowego zaangażowania, zwłaszcza wśród doświadczonych pracowników, dla których stagnacja zawodowa stanowi jeden z głównych impulsów do odejścia z organizacji lub zawodu[137].

Analiza roli niematerialnych czynników motywacyjnych w ochronie zdrowia wskazuje, że stanowią one jeden z fundamentalnych filarów zarządzania kapitałem ludzkim w tym sektorze. Autonomia zawodowa, uznanie i sprawiedliwość, wsparcie przełożonych oraz możliwość rozwoju i wpływu na organizację pracy nie tylko wzmacniają motywację wewnętrzną personelu medycznego, lecz również pełnią funkcję ochronną wobec przeciążenia pracą i wypalenia zawodowego. Ich oddziaływanie ma charakter systemowy, ponieważ wpływa jednocześnie na stabilność zatrudnienia, jakość współpracy zespołowej oraz bezpieczeństwo opieki nad pacjentem. W warunkach ochrony zdrowia niematerialne czynniki motywacyjne należy zatem traktować nie jako uzupełnienie bodźców materialnych, lecz jako strategiczne zasoby organizacyjne, warunkujące długofalową wydolność i odporność podmiotów leczniczych. Ujęcie systemowe motywacji w ochronie zdrowia zakłada analizę relacji zachodzących pomiędzy polityką motywacyjną, kulturą organizacyjną oraz bezpieczeństwem pacjenta jako współzależnymi elementami jednego układu funkcjonalnego. Motywacja personelu medycznego nie funkcjonuje w próżni normatywnej ani psychologicznej, lecz jest kształtowana przez spójność reguł zarządczych, dominujące wzorce zachowań organizacyjnych oraz instytucjonalne priorytety dotyczące jakości i bezpieczeństwa świadczeń. W takim ujęciu motywacja przestaje być wyłącznie kategorią indywidualną, a staje się własnością systemu organizacyjnego, odzwierciedlającą sposób, w jaki organizacja integruje cele kliniczne, zarządcze i etyczne.

---

[134] P. Parjaszewski, Aspekty prawne i społeczno-gospodarcze w zabezpieczeniu personelu medycznego w publicznych podmiotach leczniczych. *Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego*, 2019, 4: 27-32.
[135] D. Karaferis et al., Factors influencing motivation and work engagement of healthcare professionals. *Materia socio-medica*, 2022, 34.3: 216.
[136] M. Krstic et al., Motivational factors of employees in health care institutions in Serbia. *Management: Journal of Sustainable Business and Management Solutions in Emerging Economies*, 2019, 24.1: 33-43.
[137] B. Hordecki, O osobie mistrza w polskim „Przyrzeczeniu lekarskim". *Medyczna Wokanda*, 2016, 8.8: 33-42.

Polityka motywacyjna w podmiotach leczniczych obejmuje zbiór formalnych zasad, procedur i praktyk regulujących oczekiwania wobec personelu oraz sposoby reagowania organizacji na wysiłek, jakość pracy i zachowania związane z bezpieczeństwem pacjenta. W ujęciu systemowym jej znaczenie polega na tworzeniu przewidywalnych ram interpretacyjnych, w których pracownicy oceniają sensowność podejmowanego wysiłku oraz konsekwencje własnych działań. Polityka motywacyjna niespójna, fragmentaryczna lub skoncentrowana wyłącznie na wskaźnikach ilościowych prowadzi do rozbieżności pomiędzy deklarowanymi priorytetami a codziennymi doświadczeniami personelu, co osłabia motywację wewnętrzną i sprzyja zachowaniom defensywnym[138]. Z perspektywy bezpieczeństwa pacjenta kluczowe znaczenie posiada sposób, w jaki polityka motywacyjna odnosi się do zgłaszania zdarzeń niepożądanych, błędów oraz sytuacji granicznych. Systemy motywacyjne o charakterze represyjnym lub ambiwalentnym wzmacniają kulturę unikania odpowiedzialności i ograniczają przepływ informacji, co bezpośrednio zwiększa ryzyko kliniczne. Odmiennie, polityka motywacyjna spójna z logiką uczenia się organizacyjnego wzmacnia poczucie bezpieczeństwa psychologicznego i sprzyja otwartości komunikacyjnej[139].

Kultura organizacyjna pełni funkcję mediatora pomiędzy formalną polityką motywacyjną a faktycznymi zachowaniami personelu. To ona determinuje, w jaki sposób normy i zasady są interpretowane, internalizowane oraz realizowane w praktyce klinicznej. W ochronie zdrowia kultura organizacyjna obejmuje zbiór przekonań dotyczących odpowiedzialności zawodowej, relacji hierarchicznych, znaczenia jakości opieki oraz sposobów reagowania na niepewność i ryzyko. Motywacja personelu medycznego pozostaje silnie uzależniona od kulturowych wzorców uznania, wsparcia i sprawiedliwości organizacyjnej. Kultura oparta na zaufaniu i współpracy wzmacnia motywację wewnętrzną, sprzyjając zaangażowaniu oraz gotowości do podejmowania działań wykraczających poza minimum formalne. Kultura oparta na kontroli i sankcjach prowadzi natomiast do redukcji motywacji do zachowań proaktywnych, co negatywnie oddziałuje na bezpieczeństwo pacjenta[140].

Bezpieczeństwo pacjenta stanowi efekt funkcjonowania całego systemu organizacyjnego, w którym motywacja personelu odgrywa rolę czynnika pośredniczącego pomiędzy strukturą organizacyjną a jakością procesów klinicznych. Personel zmotywowany do

[138] M. Bąk-Sosnowska et al., Podmiotowe czynniki ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy medycyny. *Medycyna Środowiskowa-Environmental Medicine*, 2015, 18.3: 17-24.
[139] S. Wiśniewska, K. Wiśniewski, Organizacyjne uczenie się jako determinanta zatrudnialności pracowników. *Przegląd Organizacji*, 2020, 7: 20-27.
[140] A. Szeptuch, Pomiar kultury organizacyjnej w organizacjach ochrony zdrowia. *e-mentor*, 2016, 65.3: 60-67.

przestrzegania standardów, komunikacji zespołowej oraz refleksji nad własną praktyką wykazuje wyższą czujność kliniczną i skłonność do zgłaszania nieprawidłowości. Spadek motywacji, wynikający z niespójności polityki motywacyjnej i kultury organizacyjnej, prowadzi do działań o charakterze rutynowym, obniżenia uważności oraz wzrostu ryzyka błędów[141]. W ujęciu systemowym bezpieczeństwo pacjenta nie pozostaje wyłącznie rezultatem kompetencji technicznych, lecz konsekwencją jakości relacji organizacyjnych i motywacyjnych. Motywacja, kultura organizacyjna i polityka zarządcza tworzą sprzężenie zwrotne, w którym osłabienie jednego elementu uruchamia procesy erozyjne w pozostałych obszarach. Stabilność tego układu warunkuje zdolność organizacji ochrony zdrowia do utrzymania wysokich standardów bezpieczeństwa w warunkach presji systemowej.

Ujęcie systemowe motywacji w ochronie zdrowia pozwala dostrzec jej rolę jako integratora polityki motywacyjnej, kultury organizacyjnej oraz bezpieczeństwa pacjenta. Motywacja personelu medycznego nie stanowi autonomicznej cechy jednostek, lecz odzwierciedlenie jakości rozwiązań organizacyjnych i kulturowych, w których realizowana jest praca kliniczna. Spójna polityka motywacyjna, wspierająca kultura organizacyjna oraz orientacja na uczenie się i bezpieczeństwo tworzą warunki sprzyjające trwałemu zaangażowaniu personelu oraz redukcji ryzyka klinicznego. W tym sensie motywacja jawi się jako kluczowy zasób systemowy, warunkujący zarówno jakość opieki zdrowotnej, jak i długofalową odporność organizacyjną podmiotów leczniczych. Klasyczne teorie motywacji odegrały fundamentalną rolę w rozwoju myśli zarządczej, dostarczając narzędzi konceptualnych do analizy zachowań pracowniczych oraz projektowania systemów motywacyjnych w organizacjach. Ich znaczenie polegało na uporządkowaniu wiedzy na temat potrzeb, oczekiwań i mechanizmów regulujących zaangażowanie zawodowe. Jednakże warunki funkcjonowania współczesnych podmiotów ochrony zdrowia ujawniają istotne ograniczenia tych koncepcji, wynikające zarówno z ich genezy w odmiennych kontekstach organizacyjnych, jak i z dynamicznych zmian charakteru pracy klinicznej. Złożoność procesów medycznych, wysoki poziom odpowiedzialności oraz chroniczne przeciążenie pracą sprawiają, że klasyczne modele motywacji wymagają krytycznej rewizji i adaptacji do realiów sektora zdrowotnego.

Jednym z podstawowych ograniczeń klasycznych teorii motywacji jest ich tendencja do upraszczania relacji pomiędzy potrzebami jednostki a zachowaniami organizacyjnymi. Modele te często zakładają względną stabilność potrzeb oraz przewidywalność reakcji pracowników na

[141] B.I. Buchelt, J.A. Jończyk, Powiązania kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych. *Zarządzanie Publiczne/Public Governance*, 2017, 2.40: 50-64.

bodźce motywacyjne, co w warunkach pracy klinicznej okazuje się założeniem problematycznym. Praca personelu medycznego charakteryzuje się bowiem wysoką zmiennością sytuacyjną, niepewnością decyzyjną oraz intensywnym obciążeniem emocjonalnym, które modyfikują zarówno hierarchię potrzeb, jak i zdolność do reagowania na bodźce organizacyjne[142]. Kolejnym ograniczeniem klasycznych teorii jest ich silne osadzenie w indywidualistycznym paradygmacie motywacji. Wiele koncepcji koncentruje się na jednostce jako podstawowym podmiocie analizy, marginalizując znaczenie zespołowego i systemowego charakteru pracy medycznej. Tymczasem jakość opieki zdrowotnej oraz bezpieczeństwo pacjenta zależą w dużej mierze od współpracy interdyscyplinarnej, komunikacji zespołowej oraz kultury organizacyjnej, które nie są w pełni uchwycone przez klasyczne modele motywacyjne[143].

Istotnym ograniczeniem jest również instrumentalny charakter wielu klasycznych teorii, które akcentują relację pomiędzy wysiłkiem a nagrodą, często w wymiarze materialnym lub prestiżowym. W ochronie zdrowia taka logika bywa niewystarczająca, a niekiedy wręcz dysfunkcjonalna, ponieważ może prowadzić do konfliktu pomiędzy celami ilościowymi a etosem zawodowym. Nadmierna koncentracja na mierzalnych wynikach pracy sprzyja eskalacji presji, nasila przeciążenie poznawcze oraz osłabia motywację wewnętrzną personelu medycznego[144]. Klasyczne teorie motywacji w ograniczonym stopniu uwzględniają także długofalowe konsekwencje chronicznego stresu i przeciążenia pracą. W wielu modelach motywacja traktowana jest jako zasób względnie trwały, który może być aktywizowany poprzez odpowiednie bodźce. W realiach ochrony zdrowia obserwuje się natomiast proces stopniowej erozji zasobów psychologicznych, prowadzący do wypalenia zawodowego, którego mechanizmy wykraczają poza ramy klasycznych ujęć motywacyjnych[145].

Wskazane ograniczenia uzasadniają potrzebę adaptacji klasycznych teorii motywacji do specyfiki pracy klinicznej oraz uwarunkowań systemowych ochrony zdrowia. Adaptacja ta powinna polegać na poszerzeniu perspektywy analitycznej o wymiar zespołowy i organizacyjny, a także na uwzględnieniu dynamicznego charakteru motywacji w warunkach długotrwałego stresu i niepewności. Oznacza to odejście od statycznych modeli potrzeb na

[142] N. Ogińska-Bulik et al., Prevalence and determinants of secondary posttraumatic growth following trauma work among medical personnel: a cross sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 2021, 12.1: 1876382.
[143] D.P. Restuputri, A.K. Pangesti, A.K. Garside, The measurement of physical workload and mental workload level of medical personnel. *Jurnal Teknik Industri*, 2019, 20.1: 34-44.
[144] H. Jia et al., Factors influencing medical personnel to work in primary health care institutions: An extended theory of planned behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, 19.5: 2785.
[145] E. Wilczek-Rużyczka, I. Zaczyk, Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek–metaanaliza badań. *Hygeia Public Health*, 2015, 50.1: 9-13.

rzecz ujęć procesowych, które pozwalają analizować zmiany motywacji w czasie oraz jej podatność na przeciążenia organizacyjne. Istotnym kierunkiem adaptacji jest również integracja teorii motywacji z koncepcjami dobrostanu psychicznego, zaangażowania oraz bezpieczeństwa pacjenta. Motywacja personelu medycznego powinna być analizowana nie tylko jako czynnik efektywności pracy, lecz także jako element systemu ochrony przed błędami klinicznymi i erozją jakości opieki. Takie ujęcie wymaga projektowania systemów motywacyjnych, które wspierają autonomię zawodową, sprawiedliwość organizacyjną oraz relacje zespołowe, zamiast koncentrować się wyłącznie na bodźcach zewnętrznych[146]. Adaptacja klasycznych teorii motywacji do realiów ochrony zdrowia powinna również uwzględniać konieczność równoważenia wymagań organizacyjnych z dostępnymi zasobami. Modele motywacyjne, które nie uwzględniają ograniczeń czasowych, poznawczych i emocjonalnych pracy klinicznej, prowadzą do nadmiernej eksploatacji personelu i nasilania wypalenia zawodowego. W tym sensie skuteczne zarządzanie motywacją wymaga myślenia systemowego, integrującego politykę kadrową, organizację pracy oraz kulturę organizacyjną.

Analiza ograniczeń klasycznych teorii motywacji w warunkach ochrony zdrowia wskazuje, że ich bezrefleksyjne stosowanie prowadzi do uproszczeń i błędnych interwencji zarządczych. Złożoność pracy klinicznej, zespołowy charakter świadczeń oraz chroniczne przeciążenie pracą wymagają adaptacji modeli motywacyjnych do realiów sektora zdrowotnego. Taka adaptacja powinna obejmować odejście od indywidualistycznych i instrumentalnych ujęć motywacji na rzecz perspektyw systemowych, uwzględniających dobrostan personelu, kulturę organizacyjną oraz bezpieczeństwo pacjenta. W tym sensie rozwój teorii motywacji w ochronie zdrowia stanowi nie tylko wyzwanie teoretyczne, lecz także warunek skutecznego i odpowiedzialnego zarządzania kapitałem ludzkim w tym sektorze. Integracja teorii motywacji z systemami rozwoju pracowników, oceną efektywności oraz zarządzaniem dobrostanem personelu stanowi jeden z kluczowych warunków spójności i skuteczności zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia. W realiach sektora charakteryzującego się wysokim poziomem złożoności organizacyjnej, presją jakościową oraz chronicznymi niedoborami kadrowymi, fragmentaryczne stosowanie narzędzi zarządczych prowadzi do osłabienia ich oddziaływania i narastania sprzeczności pomiędzy deklarowanymi celami a codziennymi doświadczeniami personelu. Teorie motywacji dostarczają ram interpretacyjnych, które umożliwiają powiązanie działań rozwojowych, mechanizmów oceny

[146] D. Rogowska, Współczesne systemy motywacyjne w organizacji i ich specyfika w świetle wybranych problemów. *Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych*, 2020, 1.24: 127-142.

oraz praktyk wspierania dobrostanu w jeden spójny system zarządzania, ukierunkowany na trwałe zaangażowanie i stabilność zasobów ludzkich.

Systemy rozwoju pracowników pełnią funkcję nie tylko podnoszenia kompetencji, lecz również kształtowania motywacji wewnętrznej i poczucia sensu pracy. Integracja teorii motywacji z rozwojem oznacza projektowanie szkoleń, mentoringu i coachingu w sposób odpowiadający potrzebom autonomii, kompetencji i relacyjności personelu medycznego. W praktyce klinicznej rozwój, który nie uwzględnia realnych warunków pracy i obciążeń, bywa postrzegany jako dodatkowe źródło presji, a nie jako wsparcie. Z kolei rozwój osadzony w teoriach motywacji sprzyja internalizacji celów organizacyjnych, wzmacnia identyfikację z rolą zawodową oraz ogranicza ryzyko wypalenia poprzez odbudowę zasobów psychologicznych[147].

Ocena efektywności pracy personelu medycznego stanowi obszar szczególnie wrażliwy z punktu widzenia motywacji. Systemy oceny nieuwzględniające mechanizmów motywacyjnych często prowadzą do spadku zaangażowania, poczucia niesprawiedliwości oraz koncentracji na spełnianiu minimalnych wymogów formalnych. Integracja teorii motywacji z oceną efektywności oznacza odejście od wyłącznie ilościowych mierników na rzecz wielowymiarowych kryteriów, które uwzględniają jakość pracy klinicznej, współpracę zespołową oraz kontekst obciążeń organizacyjnych. Tego rodzaju podejście sprzyja postrzeganiu oceny jako narzędzia rozwojowego, a nie kontrolnego, co wzmacnia motywację do doskonalenia praktyki zawodowej[148]. Zarządzanie dobrostanem personelu medycznego pozostaje nierozerwalnie związane z mechanizmami motywacyjnymi, ponieważ dobrostan psychiczny i fizyczny stanowi zarówno warunek, jak i rezultat trwałej motywacji do pracy. Teorie motywacji, zwłaszcza współczesne ujęcia akcentujące równowagę pomiędzy wymaganiami a zasobami, umożliwiają projektowanie interwencji wspierających odporność psychiczną, regenerację oraz poczucie sprawczości personelu. Integracja motywacji z zarządzaniem dobrostanem oznacza traktowanie działań profilaktycznych wobec stresu i wypalenia nie jako kosztów ubocznych, lecz jako inwestycji w stabilność organizacyjną, jakość opieki i bezpieczeństwo pacjentów[149]. Zintegrowanie teorii motywacji z systemami rozwoju, oceną efektywności oraz zarządzaniem dobrostanem prowadzi do powstania efektu

[147]A. Prusaczyk et al., Istota kompetencji personelu medycznego wpływających na efektywność opieki nad pacjentem. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie*, 2020, 18.3: 222.
[148] B. Buchelt, Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach. *Zeszyty Naukowe/Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Seria Specjalna, Monografie*, 2017, 254.
[149] M. Juraszek, A. Czerwińska-Lubszczyk, Wpływ zmian w otoczeniu na równowagę pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym personelu medycznego. *Zarządzanie i jakość-Management and Quality*, 2024, 6.3: 74-85.

synergii, w którym poszczególne narzędzia wzajemnie wzmacniają swoje oddziaływanie. Brak takiej integracji skutkuje natomiast rozproszeniem działań, niespójnością komunikatów zarządczych oraz narastaniem dysonansu pomiędzy oczekiwaniami organizacji a możliwościami personelu. W ochronie zdrowia synergia ta ma szczególne znaczenie, ponieważ pozwala ograniczać rotację, przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu oraz utrzymywać wysoki poziom zaangażowania w warunkach presji systemowej[150]. Znaczenie integracji teorii motywacji z systemami rozwoju, oceną efektywności oraz zarządzaniem dobrostanem personelu polega na stworzeniu spójnej architektury zarządczej, która uwzględnia zarówno potrzeby organizacyjne, jak i psychologiczne uwarunkowania pracy medycznej. Teorie motywacji pełnią w tym układzie funkcję łącznika pomiędzy kompetencjami, efektywnością i dobrostanem, umożliwiając projektowanie rozwiązań sprzyjających trwałemu zaangażowaniu i stabilności zasobów ludzkich. W warunkach ochrony zdrowia taka integracja stanowi jeden z kluczowych warunków odporności organizacyjnej, jakości opieki oraz długofalowej wydolności systemu zdrowotnego.

Motywacja, ujmowana jako element architektury zarządczej, pełni w podmiotach leczniczych funkcję znacznie wykraczającą poza tradycyjne rozumienie bodźców skłaniających pracowników do wykonywania powierzonych zadań. W ujęciu organizacyjnym i strategicznym stanowi ona integralny komponent systemu zarządzania kapitałem ludzkim, który warunkuje stabilność zasobów kadrowych, ciągłość procesów klinicznych oraz zdolność organizacji do funkcjonowania w warunkach presji systemowej. W sektorze ochrony zdrowia, charakteryzującym się chronicznymi niedoborami personelu, wysokim poziomem obciążeń oraz znaczną wrażliwością na zakłócenia operacyjne, motywacja nabiera znaczenia strukturalnego, wpływając na odporność organizacyjną podmiotów leczniczych. Architektura zarządcza podmiotów leczniczych obejmuje zespół wzajemnie powiązanych rozwiązań strukturalnych, proceduralnych i kulturowych, które regulują sposób funkcjonowania organizacji oraz zachowania jej uczestników. Motywacja, osadzona w tej architekturze, oddziałuje na sposób interpretowania przez personel wymagań organizacyjnych, obciążeń zawodowych oraz dostępnych zasobów wsparcia. Nie jest ona zatem dodatkiem do systemu zarządzania, lecz jednym z jego kluczowych mechanizmów regulacyjnych, wpływających na decyzje dotyczące pozostawania w organizacji, poziomu zaangażowania oraz gotowości do adaptacji w sytuacjach kryzysowych. W warunkach ochrony zdrowia motywacja pełni funkcję spoiwa pomiędzy formalnymi rozwiązaniami organizacyjnymi a faktycznym

[150] T.O. Langhoff et al., Infrastructures for healthcare: From synergy to reverse synergy. *Health informatics journal*, 2018, 24.1: 43-53.

funkcjonowaniem zespołów klinicznych. Jej jakość determinuje, czy procedury, standardy i cele strategiczne są internalizowane przez personel jako sensowne i uzasadnione, czy też postrzegane jako źródło presji i przeciążenia. Tym samym motywacja staje się jednym z głównych czynników decydujących o stabilności zasobów ludzkich[151]. Stabilność zasobów ludzkich w podmiotach leczniczych oznacza zdolność organizacji do utrzymania kluczowych pracowników w długim horyzoncie czasowym, przy jednoczesnym zachowaniu ich zdolności do efektywnego wykonywania pracy klinicznej. Motywacja odgrywa w tym procesie rolę czynnika pośredniczącego pomiędzy warunkami pracy a decyzjami retencyjnymi personelu. Pracownicy zmotywowani wewnętrznie, doświadczający sprawiedliwości organizacyjnej, wsparcia oraz możliwości wpływu na organizację pracy, wykazują większą skłonność do pozostawania w strukturach organizacyjnych nawet w warunkach wysokiej presji systemowej. Brak spójnych i adekwatnych rozwiązań motywacyjnych prowadzi natomiast do stopniowej erozji zaangażowania, wzrostu absencji, a w dalszej kolejności do rotacji personelu. Proces ten ma charakter kumulatywny, ponieważ odejścia pracowników zwiększają obciążenia pozostałych członków zespołu, co dodatkowo osłabia motywację i stabilność zasobów ludzkich. W tym sensie motywacja pełni funkcję mechanizmu stabilizującego, którego osłabienie uruchamia negatywne sprzężenia zwrotne w całym systemie organizacyjnym.

Odporność organizacyjna podmiotów leczniczych odnosi się do ich zdolności do absorbowania zakłóceń, adaptacji do zmiennych warunków oraz utrzymania ciągłości kluczowych funkcji, w szczególności świadczenia bezpiecznej i jakościowej opieki zdrowotnej. Motywacja personelu stanowi jeden z kluczowych zasobów tej odporności, ponieważ warunkuje gotowość do podejmowania dodatkowego wysiłku, współpracy interdyscyplinarnej oraz uczenia się w sytuacjach kryzysowych. Wysoki poziom motywacji sprzyja elastyczności organizacyjnej, umożliwiając szybkie reagowanie na niedobory kadrowe, zmiany proceduralne czy nagłe wzrosty zapotrzebowania na świadczenia. Z kolei osłabiona motywacja prowadzi do zachowań defensywnych, ograniczania odpowiedzialności oraz spadku uważności klinicznej, co bezpośrednio zagraża odporności organizacyjnej i bezpieczeństwu pacjentów. W tym ujęciu motywacja nie jest jedynie determinantą efektywności pracy, lecz jednym z fundamentów zdolności organizacji do przetrwania i rozwoju w warunkach niepewności. Motywacja pełni również funkcję integrującą poszczególne elementy systemu zarządzania kapitałem ludzkim, takie jak systemy rozwoju, oceny efektywności, wynagradzania oraz zarządzania dobrostanem

[151] A. Marjański, A. Chrząszcz, Z. Ciekanowski, Wykorzystanie motywowania pracowników w procesie zarządzania zasobami ludzkimi. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2018, 19.11, cz. 2 Dylematy współczesnego przedsiębiorstwa: 9-22.

personelu. Jej rola polega na nadawaniu spójności tym obszarom poprzez tworzenie czytelnych powiązań pomiędzy wysiłkiem, rozwojem, uznaniem i bezpieczeństwem pracy. W ochronie zdrowia integracja ta ma szczególne znaczenie, ponieważ fragmentaryzacja działań zarządczych prowadzi do dezorientacji personelu oraz osłabienia zaufania do organizacji. Motywacja, osadzona w architekturze zarządczej, umożliwia zatem przejście od reaktywnego zarządzania niedoborami kadrowymi do proaktywnego budowania stabilnych i odpornych zespołów klinicznych. W tym sensie stanowi ona nie tylko narzędzie oddziaływania na jednostki, lecz strategiczny zasób organizacyjny.

Motywacja jako element architektury zarządczej odgrywa kluczową rolę we wspieraniu stabilności zasobów ludzkich oraz odporności organizacyjnej podmiotów leczniczych. Jej znaczenie polega na integrowaniu rozwiązań strukturalnych, kulturowych i operacyjnych w spójny system oddziaływania na zachowania i postawy personelu medycznego. W warunkach ochrony zdrowia motywacja warunkuje nie tylko decyzje retencyjne i poziom zaangażowania, lecz również zdolność organizacji do adaptacji, uczenia się i utrzymania jakości opieki w sytuacjach presji systemowej. Z tego względu motywację należy traktować jako strategiczny komponent zarządzania, którego jakość decyduje o długofalowej wydolności i stabilności podmiotów leczniczych. Analiza teorii motywacji i ich zastosowania w zarządzaniu pozwala dostrzec, że motywacja stanowi jeden z kluczowych mechanizmów regulujących funkcjonowanie organizacji, w szczególności w sektorze ochrony zdrowia, gdzie praca personelu medycznego odbywa się w warunkach wysokiej złożoności, odpowiedzialności oraz chronicznego przeciążenia. Przegląd klasycznych teorii treści i procesu, a także współczesnych koncepcji motywacji, ujawnia ewolucję rozumienia zachowań pracowniczych, od ujęć skoncentrowanych na potrzebach i bodźcach zewnętrznych do perspektyw akcentujących autonomię, sens pracy, zaangażowanie oraz dobrostan psychiczny. Klasyczne teorie motywacji dostarczyły istotnych ram interpretacyjnych dla identyfikacji podstawowych potrzeb i mechanizmów regulujących wysiłek zawodowy, jednak ich ograniczenia stają się szczególnie widoczne w realiach pracy klinicznej. Złożoność procesów medycznych, zespołowy charakter świadczeń oraz długotrwała ekspozycja na stres wymagają adaptacji tych teorii do warunków, w których motywacja podlega dynamicznym zmianom i silnym wpływom organizacyjnym. Teorie procesu motywacji uwidaczniają znaczenie percepcji sprawiedliwości, relacji pomiędzy wysiłkiem a nagrodą oraz sensowności wyznaczanych celów, natomiast współczesne koncepcje podkreślają rolę motywacji wewnętrznej, zaangażowania i zgodności wartości jako fundamentów trwałego funkcjonowania zawodowego. Zastosowanie teorii motywacji w zarządzaniu ochroną zdrowia prowadzi do wniosku, że motywacja nie stanowi odrębnego

narzędzia oddziaływania na pracowników, lecz element architektury zarządczej integrującej politykę kadrową, systemy rozwoju, ocenę efektywności oraz zarządzanie dobrostanem personelu. Jej jakość wpływa bezpośrednio na stabilność zasobów ludzkich, odporność organizacyjną oraz bezpieczeństwo pacjentów, czyniąc ją kategorią o znaczeniu strategicznym. W tym sensie teorie motywacji dostarczają nie tylko wiedzy teoretycznej, lecz również podstaw do projektowania spójnych i odpowiedzialnych rozwiązań zarządczych, sprzyjających długofalowej wydolności podmiotów leczniczych oraz realizacji ich podstawowej misji społecznej.

2.2. Motywacja do uczenia się i rozwoju: zachowania rozwojowe pracowników i ich uwarunkowania

Motywacja do uczenia się i rozwoju stanowi jeden z kluczowych, a zarazem najbardziej wrażliwych elementów zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia, ponieważ warunkuje zdolność organizacji do podtrzymywania i odtwarzania kompetencji niezbędnych do realizacji zadań o wysokim stopniu złożoności klinicznej i organizacyjnej. W przeciwieństwie do motywacji ukierunkowanej na bieżące wykonywanie pracy, motywacja rozwojowa odnosi się do długofalowej orientacji pracowników na doskonalenie kwalifikacji, refleksję nad praktyką zawodową oraz adaptację do zmieniających się wymagań systemowych. W tym sensie stanowi ona istotny mechanizm łączący poziom indywidualnych zachowań pracowniczych z trwałością i odpornością organizacyjną podmiotów leczniczych. W warunkach ochrony zdrowia motywacja do uczenia się i rozwoju nabiera szczególnego znaczenia ze względu na dynamiczny charakter wiedzy medycznej, postęp technologiczny oraz rosnące wymagania regulacyjne i jakościowe. Jednocześnie środowisko pracy klinicznej cechuje się wysokim poziomem przeciążenia, presji czasowej oraz ograniczeń zasobowych, które mogą osłabiać gotowość personelu do podejmowania działań rozwojowych. Powstaje w ten sposób strukturalne napięcie pomiędzy koniecznością ciągłego doskonalenia kompetencji a realnymi możliwościami jego realizacji w codziennej praktyce zawodowej. Analiza motywacji do uczenia się wymaga zatem uwzględnienia zarówno indywidualnych uwarunkowań psychologicznych, jak i organizacyjnych oraz systemowych determinant zachowań rozwojowych. Z perspektywy zarządzania motywacja do rozwoju nie może być postrzegana wyłącznie jako cecha jednostkowa ani jako rezultat formalnych ofert szkoleniowych. Jest ona wypadkową kultury organizacyjnej, stylu przywództwa, dostępności

wsparcia rozwojowego oraz sposobu, w jaki organizacja interpretuje relację pomiędzy rozwojem pracowników a realizacją celów operacyjnych. W ochronie zdrowia szczególnego znaczenia nabiera spójność pomiędzy deklarowanym znaczeniem rozwoju kompetencji a faktycznymi warunkami jego realizacji, gdyż niespójność ta prowadzi do spadku zaufania, erozji motywacji rozwojowej oraz nasilenia procesów wypalenia zawodowego. Uwzględnienie motywacji do uczenia się i rozwoju w analizie zarządzania kapitałem ludzkim pozwala na pogłębione zrozumienie mechanizmów, poprzez które zachowania rozwojowe pracowników wpływają na stabilność zatrudnienia, jakość opieki oraz zdolność organizacji ochrony zdrowia do adaptacji i uczenia się w długim horyzoncie czasowym. Tym samym problematyka ta stanowi istotne ogniwo łączące wcześniejsze rozważania dotyczące motywacji, retencji i dobrostanu personelu z zagadnieniami rozwoju kompetencji i odporności systemowej podmiotów leczniczych[152].

W dalszej części podjęta zostanie analiza motywacji do uczenia się jako jednego z kluczowych komponentów kapitału ludzkiego, determinującego zdolność organizacji do długofalowego utrzymania i rozwijania kompetencji pracowników. W pierwszej kolejności omówiona zostanie istota motywacji do uczenia się w ujęciu organizacyjnym i psychologicznym, z uwzględnieniem jej roli jako wewnętrznego regulatora zachowań rozwojowych oraz gotowości do inwestowania wysiłku w doskonalenie zawodowe. Następnie motywacja rozwojowa zostanie przedstawiona jako mechanizm akumulacji i reprodukcji kapitału ludzkiego, umożliwiający nie tylko podnoszenie indywidualnych kwalifikacji, lecz także zachowanie ciągłości wiedzy organizacyjnej i zdolności adaptacyjnych organizacji. Rozważania te zostaną osadzone w kontekście sektorów wiedzochłonnych, w których uczenie się stanowi podstawowy warunek efektywnego funkcjonowania, a szczególna uwaga zostanie poświęcona ochronie zdrowia jako obszarowi o wysokiej dynamice zmian, silnym uzależnieniu jakości pracy od kompetencji personelu oraz istotnych konsekwencjach organizacyjnych i systemowych deficytów rozwojowych. Taka perspektywa pozwoli ukazać motywację do uczenia się nie jako indywidualną dyspozycję pracowników, lecz jako strategiczny zasób kapitału ludzkiego, współkształtujący stabilność i odporność podmiotów leczniczych[153].

Motywacja do uczenia się stanowi istotny komponent kapitału ludzkiego, ponieważ odnosi się bezpośrednio do gotowości jednostek do podejmowania wysiłku poznawczego

[152] E. Brzozowska, D. Zaleska, Motywacja jako element zarządzania zasobami ludzkimi na przykładzie szpitali w województwie podlaskim. *Przedsiębiorstwo & Finanse*, 2024, 34: 9.
[153] A. Szejniuk, Rola zasobów ludzkich w strategicznym zarządzaniu organizacją. *Journal of Modern Science*, 2017, 32.1: 305-317.

ukierunkowanego na rozwój kompetencji, aktualizację wiedzy oraz refleksję nad własną praktyką zawodową. W literaturze przedmiotu motywacja ta ujmowana jest zarówno w perspektywie psychologicznej, jak i organizacyjnej, co pozwala na wielowymiarową analizę jej znaczenia dla funkcjonowania organizacji wiedzochłonnych. Czerw et al. wskazują, że motywacja do uczenia się pełni funkcję wewnętrznego regulatora zachowań rozwojowych, determinując intensywność i trwałość zaangażowania jednostki w proces doskonalenia zawodowego[154]. Z kolei Cwanda akcentuje, że w ujęciu organizacyjnym motywacja ta stanowi jeden z kluczowych warunków efektywnego wykorzystania potencjału kompetencyjnego pracowników[155]. W ujęciu psychologicznym motywacja do uczenia się definiowana jest jako względnie trwała dyspozycja do podejmowania działań poznawczych, wynikająca z potrzeby kompetencji, ciekawości poznawczej oraz dążenia do samodoskonalenia. Perspektywa ta koncentruje się na wewnętrznych mechanizmach regulacji zachowań rozwojowych, podkreślając znaczenie motywacji autonomicznej oraz poczucia sensu procesu uczenia się. Badania empiryczne wskazują, że wysoki poziom motywacji wewnętrznej sprzyja głębokiemu przetwarzaniu informacji, transferowi wiedzy do praktyki oraz trwałości efektów uczenia się[156]. Z punktu widzenia organizacyjnego motywacja do uczenia się interpretowana jest jako zdolność i gotowość pracowników do angażowania się w procesy rozwojowe zgodnie z celami organizacji. W tym ujęciu stanowi ona element kontraktu psychologicznego pomiędzy pracownikiem a organizacją, odzwierciedlający wzajemne oczekiwania dotyczące inwestowania w rozwój kompetencji. Jak zauważa Grant et al., motywacja rozwojowa nie ma charakteru wyłącznie indywidualnego, lecz jest wytwarzana i podtrzymywana przez środowisko organizacyjne, w szczególności przez kulturę uczenia się, dostępność wsparcia oraz spójność systemów zarządzania zasobami ludzkimi[157]. Motywacja rozwojowa pełni jednocześnie funkcję mechanizmu akumulacji i reprodukcji kapitału ludzkiego. Akumulacja odnosi się do stopniowego zwiększania zasobów wiedzy i umiejętności jednostek, natomiast reprodukcja oznacza zdolność organizacji do podtrzymywania i odtwarzania kluczowych kompetencji w długim horyzoncie czasowym. Carr et al. podkreślają, że bez motywacji do uczenia się procesy rozwojowe ulegają formalizacji i tracą swoją funkcjonalną wartość,

[154] A. Czerw, I. Mazur, Motywowanie kadry medycznej w zakładach opieki zdrowotnej. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 2012, 117: 95-109.
[155] K. Cwanda et al., Forma zatrudnienia i czas pracy jako czynniki budujące motywację pielęgniarek. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie*, 2017, 69.1218: 5-21.
[156] Z. Chodkowski, Motywacja a proces uczenia się. *Kultura - Przemiany - Edukacja*, 2019, 7: 137-150.
[157] A.M. Grant, M.S. Shandell, Social motivation at work: The organizational psychology of effort for, against, and with others. *Annual review of psychology*, 2022, 73.1: 301-326.

prowadząc do stagnacji kompetencyjnej oraz erozji kapitału ludzkiego[158]. W tym kontekście motywacja do uczenia się spełnia kilka zasadniczych funkcji organizacyjnych[159]:

- umożliwia ciągłą aktualizację kompetencji w warunkach dynamicznych zmian technologicznych i regulacyjnych;
- sprzyja transferowi wiedzy indywidualnej do poziomu zespołowego i organizacyjnego;
- wzmacnia zdolność organizacji do adaptacji i uczenia się w warunkach niepewności;
- ogranicza ryzyko dezaktualizacji kompetencji oraz utraty wiedzy ukrytej;
- wspiera długofalową stabilność kapitału ludzkiego poprzez wzrost zaangażowania zawodowego.

Znaczenie motywacji do uczenia się ujawnia się szczególnie wyraźnie w sektorach wiedzochłonnych, w których efektywność organizacyjna pozostaje bezpośrednio uzależniona od jakości kompetencji pracowników. Ochrona zdrowia stanowi w tym zakresie obszar szczególny, ponieważ wiedza medyczna ma charakter dynamiczny, a jej dezaktualizacja niesie konsekwencje nie tylko organizacyjne, lecz również kliniczne i etyczne. Literatura przedmiotu akcentuje, że w ochronie zdrowia motywacja do uczenia się stanowi jeden z kluczowych warunków utrzymania jakości i bezpieczeństwa opieki, ponieważ wpływa na zdolność personelu do adaptacji do nowych procedur, technologii oraz standardów leczenia[160]. Jednocześnie specyfika pracy klinicznej, obejmująca wysokie przeciążenie pracą, presję czasową oraz odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów, powoduje, że motywacja do uczenia się jest szczególnie podatna na osłabienie. Brak czasu, wsparcia organizacyjnego oraz realnych możliwości wdrażania nowej wiedzy do praktyki prowadzi do sytuacji, w której rozwój zawodowy postrzegany jest jako dodatkowe obciążenie, a nie jako zasób. Bresser wskazuje, że w takich warunkach motywacja do uczenia się ulega instrumentalizacji lub całkowitej erozji, co w dłuższej perspektywie prowadzi do spadku jakości kapitału ludzkiego oraz wzrostu ryzyka wypalenia zawodowego[161].

Dotychczasowa analiza motywacji do uczenia się jako komponentu kapitału ludzkiego pozwala stwierdzić, że sama gotowość do rozwoju nie przesądza jeszcze o faktycznym przebiegu procesów doskonalenia kompetencji. Motywacja rozwojowa materializuje się bowiem poprzez konkretne zachowania pracowników, które przyjmują zróżnicowane formy

---

[158] P.B. Carr, G.M. Walton, Cues of working together fuel intrinsic motivation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2014, 53: 169-184.
[159] R. Kanfer, Work motivation: Identifying use-inspired research directions. *Industrial and Organizational Psychology*, 2009, 2.1: 77-93.
[160] J. Heckhausen, H. Heckhausen (red.). *Motivation and action*. Springer, 2018.
[161] J. Bresser, Kultur als Erfolgsfaktor: warum die Organisations-und Teamkultur in Hochrisikobereichen der Medizin mehr Aufmerksamkeit braucht. *Die Anaesthesiologie*, 2025, 1-10.

i intensywność w zależności od warunków organizacyjnych, kultury pracy oraz indywidualnych zasobów psychologicznych. W ochronie zdrowia szczególnego znaczenia nabiera pytanie nie tylko o to, *czy* personel jest zmotywowany do uczenia się, lecz także *w jaki sposób* motywacja ta przekłada się na codzienne praktyki rozwojowe w środowisku klinicznym. Przejście od analizy motywacji do analizy zachowań rozwojowych umożliwia uchwycenie mechanizmów, poprzez które kapitał ludzki jest faktycznie akumulowany i reprodukowany w organizacjach ochrony zdrowia.

Zachowania rozwojowe pracowników ochrony zdrowia obejmują szerokie spektrum aktywności, które wykraczają poza formalne uczestnictwo w szkoleniach i programach doskonalenia zawodowego. Kinowska et al. wskazuje, że w sektorach wiedzochłonnych kluczową rolę odgrywają zróżnicowane formy uczenia się, osadzone bezpośrednio w praktyce zawodowej i codziennych interakcjach organizacyjnych[162]. W ochronie zdrowia zachowania te przyjmują postać zarówno uczenia się formalnego, jak i nieformalnego oraz incydentalnego, tworząc złożony ekosystem rozwoju kompetencji. Uczenie się formalne obejmuje zorganizowane i sformalizowane formy rozwoju, takie jak szkolenia, kursy specjalistyczne, studia podyplomowe czy obowiązkowe programy doskonalenia zawodowego. Załuski et al. akcentuje, że formalne uczenie się pełni w ochronie zdrowia funkcję zapewnienia zgodności kompetencji personelu z aktualnymi standardami klinicznymi i regulacyjnymi[163]. Jednocześnie jego efektywność pozostaje silnie uzależniona od możliwości transferu nabytej wiedzy do praktyki klinicznej. Równolegle istotną rolę odgrywa uczenie się nieformalne, realizowane poprzez codzienną współpracę zespołową, konsultacje kliniczne, obserwację bardziej doświadczonych pracowników oraz wymianę wiedzy w trakcie wykonywania zadań. Najder et al. wskazuje, że to właśnie nieformalne formy uczenia się stanowią główne źródło wiedzy ukrytej, kluczowej dla jakości decyzji klinicznych i sprawności organizacyjnej[164]. Ich znaczenie wzrasta szczególnie w środowiskach o wysokiej zmienności i nieprzewidywalności, charakterystycznych dla ochrony zdrowia. Uzupełnieniem powyższych form jest uczenie się incydentalne, które zachodzi w wyniku nieplanowanych zdarzeń, sytuacji kryzysowych, błędów oraz refleksji nad ich konsekwencjami. Ziółkowska et al. akcentują, że uczenie się incydentalne posiada wysoki potencjał rozwojowy, pod warunkiem istnienia

[162] H. Kinowska, M. Juchnowicz, Dobrostan pracowników ochrony zdrowia w Polsce w warunkach pandemii. *Polityka Społeczna*, 2023, 586.1: 25-32.
[163] M. Załuski, M. Makara-Studzińska, Wzajemne relacje między wypaleniem zawodowym, pracą emocjonalną i zaangażowaniem w pracę u pracowników ochrony zdrowia. *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*, 2019, 70.6: 711-722.
[164] A. Najder, A. Potocka, Psychospołeczne zagrożenia zawodowe i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 3.57: 313-320.

kultury organizacyjnej sprzyjającej analizie i wyciąganiu wniosków, a nie poszukiwaniu winnych[165].

Ważnym wymiarem zachowań rozwojowych w ochronie zdrowia jest samokształcenie, refleksja zawodowa oraz uczenie się poprzez praktykę. Samokształcenie obejmuje indywidualne działania ukierunkowane na aktualizację wiedzy i doskonalenie umiejętności, często realizowane poza formalnymi strukturami organizacyjnymi. Refleksja zawodowa, rozumiana jako krytyczna analiza własnych decyzji i działań klinicznych, stanowi natomiast kluczowy mechanizm uczenia się w oparciu o doświadczenia. Krzewińska et al. wskazują, że refleksyjność zawodowa sprzyja integracji wiedzy teoretycznej z praktyką oraz ogranicza ryzyko rutyny działań[166]. Zachowania rozwojowe obejmują również postawy proaktywne wobec rozwoju kompetencji klinicznych, organizacyjnych i relacyjnych. Klinke akcentuje, że proaktywność rozwojowa przejawia się w inicjowaniu działań doskonalących, poszukiwaniu informacji zwrotnej oraz gotowości do podejmowania nowych ról i zadań[167]. W ochronie zdrowia kompetencje relacyjne i organizacyjne, takie jak komunikacja zespołowa, współpraca interdyscyplinarna czy zarządzanie stresem, zyskują znaczenie porównywalne z kompetencjami stricte klinicznymi. Zachowania rozwojowe pracowników ochrony zdrowia pełnią zatem kilka kluczowych funkcji organizacyjnych[168]:

- umożliwiają bieżącą adaptację do zmieniających się wymagań klinicznych i organizacyjnych;
- wspierają transfer wiedzy ukrytej pomiędzy pracownikami i zespołami;
- wzmacniają jakość podejmowanych decyzji oraz bezpieczeństwo pacjentów;
- sprzyjają utrzymaniu motywacji wewnętrznej i zaangażowania zawodowego;
- ograniczają ryzyko stagnacji kompetencyjnej i wypalenia zawodowego.

Analiza zachowań rozwojowych pracowników ochrony zdrowia wskazuje, że motywacja do uczenia się znajduje swoje odzwierciedlenie w złożonym układzie formalnych, nieformalnych i incydentalnych form rozwoju, osadzonych w codziennej praktyce klinicznej. Samokształcenie, refleksja zawodowa oraz proaktywność wobec rozwoju kompetencji

[165] B. Ziółkowska, D. Szmit, Umiejętności interpersonalne menedżerów a zadowolenie i rozwój zawodowy personelu pielęgniarskiego w zamkniętej placówce służby zdrowia. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, 2018, 128: 545-554.
[166] D. Krzewińska, D. Olejniczak, J. Skonieczna, Problemy i bariery w procesie kształcenia zawodowego lekarzy– badanie własne. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, 21.3.
[167] S. Klinke, Arztwerdung und Leistungserbringung im ordnungspolitischen Wandel, [w:] *Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert-Profession oder Dienstleistung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018, s. 3-18.
[168] S. Hammes, H.-R. Metelmann, Ausbildungsrichtlinien und Qualitätsstandards für Ärzte, [w:] *Energie für die Haut: Wirkungen und Nebenwirkungen von Lasern, Blitzlampen und weiteren Energieträgern*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018, s. 37-43.

stanowią kluczowe mechanizmy reprodukcji kapitału ludzkiego w sektorze ochrony zdrowia. Jednocześnie efektywność tych zachowań pozostaje silnie uzależniona od warunków organizacyjnych, kultury uczenia się oraz poziomu wsparcia instytucjonalnego. Tym samym zachowania rozwojowe tworzą bezpośrednie ogniwo łączące motywację do uczenia się z kolejnym obszarem analizy, jakim są indywidualne i organizacyjne uwarunkowania motywacji rozwojowej personelu medycznego.

Dotychczasowe ustalenia dotyczące motywacji do uczenia się oraz zachowań rozwojowych w ochronie zdrowia prowadzą do wniosku, że proces rozwoju kompetencji nie jest wyłącznie rezultatem dostępności instrumentów organizacyjnych, lecz w dużej mierze zależy od uwarunkowań jednostkowych. W literaturze akcentuje się, że nawet w organizacjach o rozbudowanych systemach szkoleń i wsparcia rozwojowego obserwuje się istotne zróżnicowanie poziomu aktywności rozwojowej pomiędzy pracownikami. Fedchyshyn et al. wskazują, że zróżnicowanie to wynika z odmiennej konfiguracji motywacji wewnętrznej, zasobów psychologicznych oraz sposobu interpretowania sensu uczenia się w odniesieniu do własnej roli zawodowej[169]. Lugonjić akcentuje natomiast, że w sektorze ochrony zdrowia uwarunkowania indywidualne nabierają szczególnego znaczenia, ponieważ praca kliniczna wymaga stałej adaptacji poznawczej i emocjonalnej, a rozwój kompetencji stanowi element profesjonalnej odpowiedzialności[170].

Motywacja wewnętrzna pełni funkcję podstawowego mechanizmu inicjującego zachowania rozwojowe, ponieważ opiera się na autonomicznej gotowości do uczenia się oraz dążeniu do podnoszenia jakości własnej pracy. W ujęciu psychologicznym motywacja wewnętrzna wzmacnia trwałość wysiłku rozwojowego, zwiększa skłonność do refleksyjnego przetwarzania informacji i sprzyja transferowi kompetencji do praktyki klinicznej. Niyazova wskazuje, że pracownicy o wysokiej motywacji wewnętrznej częściej wybierają formy uczenia się wymagające większego zaangażowania poznawczego, ponieważ proces uczenia się jest przez nich postrzegany jako wartość sama w sobie, a nie wyłącznie środek do uzyskania nagrody zewnętrznej[171]. Z kolei Hatziisaak akcentuje, że w ochronie zdrowia motywacja wewnętrzna posiada silne zakorzenienie w etosie zawodowym, a jej erozja prowadzi do osłabienia zarówno zachowań rozwojowych, jak i jakości relacji

[169] N.O. Fedchyshyn et al., Features of forming self-educational competence of future doctors. *Wiad Lek*, 2023, 76.1: 108-114.
[170] M. Lugonjić, Self-education of employees in medical institutions. *International Journal of Economics & Law*, 2019, 9.27: 49-64.
[171] S. Niyazova, B. Niyazov, Competence-oriented program to improve the quality of continuing medical education for doctors. *Emergency Medicine*, 2023, 19.7: 480-487.

personel – pacjent[172]. Poczucie sensu pracy stanowi w tym kontekście kluczowy mediator pomiędzy motywacją a zachowaniami rozwojowymi. Sens pracy w ochronie zdrowia związany jest z doświadczeniem wpływu na zdrowie i życie pacjentów, zgodnością działań z wartościami zawodowymi oraz poczuciem użyteczności społecznej. W literaturze podkreśla się, że uczenie się i rozwój są intensyfikowane wówczas, gdy pracownicy postrzegają je jako narzędzie wzmacniania sensu pracy, a nie jako formalny wymóg organizacyjny[173]. W praktyce oznacza to, że motywacja wewnętrzna i sens pracy sprzyjają inicjowaniu zachowań rozwojowych poprzez[174]:

- internalizację potrzeby ciągłego doskonalenia jako elementu profesjonalnej odpowiedzialności;
- wzmacnianie gotowości do podejmowania wysiłku poznawczego mimo obciążeń operacyjnych;
- podtrzymywanie zaangażowania w uczenie się jako narzędzia poprawy jakości opieki;
- zwiększanie odporności na frustrację związaną z niepewnością kliniczną i organizacyjną;
- ograniczanie ryzyka instrumentalizacji rozwoju jako działania „dla formalności".

Uwarunkowania indywidualne motywacji do rozwoju są silnie zróżnicowane w zależności od etapu kariery zawodowej i akumulowanego doświadczenia. W ochronie zdrowia szczególnie istotne jest to, że kompetencje kliniczne w znacznym stopniu mają charakter sytuacyjny i wiążą się z doświadczeniem, co powoduje, że uczenie się jest sprzężone z praktyką oraz procesem budowania tożsamości profesjonalnej. Szczurek akcentuje, że młodsi pracownicy wykazują często wysoką intensywność zachowań rozwojowych, wynikającą z potrzeby kompetencji i adaptacji do środowiska klinicznego, jednak są jednocześnie bardziej podatni na przeciążenie i dezorganizację rozwojową w warunkach deficytów wsparcia[175]. Li et al. wskazują natomiast, że pracownicy o dłuższym stażu pracy częściej selekcjonują działania rozwojowe w sposób pragmatyczny, koncentrując się na obszarach bezpośrednio powiązanych z jakością wykonywanych zadań lub rozwojem roli eksperckiej[176]. Tożsamość profesjonalna, rozumiana jako sposób postrzegania siebie w roli zawodowej, stanowi istotny

[172] T. Hatziisaak, U. Keller, Wie wird Selbststudium praktiziert? Eine Umfrage bei Hausärzten des Ärztenetzwerks PizolCare. *Praxis*, 2017, 106.10: 513-518.
[173] P. Wasilewski, A. Kalita, M. Szczęsna, Kształcenie kadry medycznej – problemy w ochronie zdrowia. *Kontrola Państwowa*, 2023, 68.6, 413: 71-85.
[174] A. Zimmermann, Kształcenie kadr medycznych–dokąd zmierzamy? *Horyzonty Edukacji Akademickiej*, 2024, 2: 177-186.
[175] T. Szczurek, Wykorzystanie metody akredytacji do kształtowania jakości i bezpieczeństwa usług medycznych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 2015, 948.12: 65-80.
[176] M. Li et al., Evaluation of medical staff and patient satisfaction of Chinese hospitals and measures for improvement. *Bioscience trends*, 2015, 9.3: 182-189.

determinant motywacji do uczenia się. W sektorze ochrony zdrowia tożsamość ta jest silnie związana z normami etycznymi, standardami klinicznymi i oczekiwaniami środowiska zawodowego, co sprzyja internalizacji potrzeby rozwoju jako elementu statusu profesjonalnego. Jednocześnie dysonans pomiędzy tożsamością profesjonalną a realiami funkcjonowania organizacji, zwłaszcza w warunkach przeciążenia pracą, prowadzi do erozji motywacji rozwojowej i nasilania wypalenia zawodowego. W tym obszarze kluczowe mechanizmy obejmują[177]:

- etap kariery jako filtr selekcji form uczenia się i preferowanych strategii rozwojowych;
- doświadczenie zawodowe jako źródło wiedzy ukrytej i jednocześnie punkt odniesienia dla nowych treści;
- tożsamość profesjonalną jako mechanizm normatywnego zobowiązania do doskonalenia;
- ryzyko stagnacji rozwojowej w sytuacji braku perspektyw awansu lub wpływu na organizację pracy;
- wzrost podatności na wypalenie w warunkach dysonansu między etosem zawodowym a praktykami organizacyjnymi.

Trzecim kluczowym obszarem uwarunkowań indywidualnych są zasoby psychologiczne, które umożliwiają podtrzymywanie aktywności rozwojowej w warunkach stresu i przeciążenia. Odporność psychologiczna odnosi się do zdolności do adaptacji, regeneracji oraz utrzymywania stabilności funkcjonowania mimo ekspozycji na trudne warunki pracy. W ochronie zdrowia zasób ten ma szczególne znaczenie, ponieważ rozwój kompetencji odbywa się równolegle z wykonywaniem pracy o wysokiej odpowiedzialności. Goś et al. wskazują, że pracownicy o wyższej odporności psychologicznej częściej angażują się w uczenie się incydentalne i refleksyjne, traktując trudne sytuacje kliniczne jako źródło wniosków rozwojowych[178].

Poczucie skuteczności, rozumiane jako przekonanie jednostki o własnej zdolności do osiągania zamierzonych rezultatów, stanowi istotny czynnik wpływający na podejmowanie działań rozwojowych. Zgodnie z ustaleniami literatury, wysoka samoefektywność sprzyja podejmowaniu wyzwań, utrzymywaniu wysiłku oraz wykorzystywaniu informacji zwrotnej do doskonalenia praktyki. Bambinowska akcentuje, że w ochronie zdrowia poczucie skuteczności działa ochronnie wobec erozji motywacji, ponieważ ogranicza poczucie bezradności wobec

[177] L. Vali et al., Analysis of productivity improvement act for clinical staff working in the health system: A qualitative study. *Global journal of health science*, 2015, 8.2: 106.
[178] A. Goś et al., Wybrane zasoby osobiste jako czynniki zwiększające odporność na wypalenie zawodowe u pracowników zawodów medycznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 22.3.

złożoności przypadków klinicznych i presji organizacyjnej[179]. Orientacja na uczenie się odnosi się natomiast do preferowanego sposobu interpretowania sytuacji zawodowych: jako okazji do rozwoju lub jako zagrożenia dla samooceny. W środowisku klinicznym orientacja na uczenie się sprzyja otwartości na informację zwrotną, gotowości do przyjmowania korekt oraz podejmowaniu proaktywnych działań doskonalących. W literaturze podkreśla się, że orientacja ta wzmacnia transfer wiedzy do praktyki i sprzyja utrzymaniu wysokich standardów jakości opieki[180]. Zasoby psychologiczne wspierają motywację do rozwoju poprzez[181]:

- zwiększanie tolerancji na stres i niepewność, co umożliwia kontynuowanie uczenia się w warunkach przeciążenia;
- wzmacnianie poczucia wpływu na przebieg własnej pracy i rozwoju kompetencyjnego;
- ułatwianie wykorzystywania informacji zwrotnej jako narzędzia doskonalenia;
- sprzyjanie proaktywności rozwojowej i gotowości do podejmowania ról wymagających uczenia się;
- ograniczanie ryzyka wyczerpania poznawczego i emocjonalnego w sytuacji intensywnych wymagań.

Analiza uwarunkowań indywidualnych motywacji do rozwoju wskazuje, że zachowania rozwojowe personelu medycznego są w istotnym stopniu determinowane przez konfigurację motywacji wewnętrznej, poczucia sensu pracy oraz zasobów psychologicznych jednostki. Doświadczenie zawodowe, etap kariery i tożsamość profesjonalna pełnią funkcję filtrów selekcji form rozwoju oraz wyznaczników trwałości zaangażowania rozwojowego. Odporność psychologiczna, poczucie skuteczności i orientacja na uczenie się stanowią natomiast zasoby umożliwiające podtrzymywanie aktywności rozwojowej w warunkach presji systemowej. Tym samym uwarunkowania indywidualne tworzą podstawę do dalszej analizy kolejnego obszaru, jakim są uwarunkowania organizacyjne motywacji do uczenia się, obejmujące kulturę uczenia się, wsparcie przełożonych oraz architekturę systemów rozwoju w podmiotach leczniczych.

Analiza motywacji do uczenia się i rozwoju personelu medycznego wymaga przesunięcia punktu ciężkości z perspektywy wyłącznie indywidualnej na poziom organizacyjny, ponieważ to właśnie środowisko pracy determinuje zakres, trwałość i kierunek zachowań rozwojowych. Nawet wysoki poziom motywacji wewnętrznej oraz zasobów

[179] M. Bembnowska, J. Jośko-Ochojska, Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia. *Hygeia Public Health*, 2015, 50.3: 457-462.
[180] M. Szelagowski, Nowe metody zarządzania procesowego w ochronie zdrowia. *E-mentor*, 2015, 62.5: 40-48.
[181] B. Płaczkiewicz, Psychologiczne aspekty funkcjonowania człowieka w sytuacji pracy. *Szkoła-Zawód-Praca*, 2016, 12: 65-77.

psychologicznych pracowników ulega stopniowej erozji w warunkach organizacyjnych, które nie sprzyjają uczeniu się, refleksji i dzieleniu się wiedzą. Wiatrowscy wskazuje, że motywacja do rozwoju ma charakter relacyjny i kontekstowy, a jej podtrzymywanie zależy od spójności kultury organizacyjnej, architektury systemów rozwoju oraz stylu oddziaływania kadry kierowniczej[182]. Korczak akcentuje natomiast, że w ochronie zdrowia uwarunkowania organizacyjne posiadają szczególną wagę, ponieważ intensywność pracy klinicznej ogranicza przestrzeń dla spontanicznych działań rozwojowych i zwiększa zależność personelu od instytucjonalnego wsparcia[183].

Kultura organizacyjna stanowi podstawowy kontekst, w którym kształtuje się motywacja do uczenia się, ponieważ wyznacza normy interpretacyjne dotyczące wartości wiedzy, błędów, współpracy oraz rozwoju kompetencji. W organizacjach ochrony zdrowia kultura sprzyjająca uczeniu się opiera się na założeniu, że wiedza ma charakter dynamiczny, a jej rozwój stanowi warunek utrzymania jakości i bezpieczeństwa opieki. Sowińska-Domagała i Wolniak wskazują, że kultura uczenia się wzmacnia motywację rozwojową poprzez normalizację potrzeby doskonalenia oraz redukcję lęku przed ujawnianiem braków kompetencyjnych[184]. Jasik-Ślęzak akcentuje, że szczególne znaczenie ma w tym kontekście stosunek organizacji do błędów klinicznych, które mogą pełnić funkcję źródła uczenia się albo czynnika paraliżującego zachowania rozwojowe[185]. W środowisku sprzyjającym uczeniu się obserwuje się następujące mechanizmy organizacyjne[186]:

- traktowanie wiedzy jako dobra wspólnego, a nie indywidualnego źródła przewagi;
- promowanie dzielenia się doświadczeniami klinicznymi w zespołach interdyscyplinarnych;
- akceptację niepewności i niedoskonałości jako naturalnych elementów pracy klinicznej;
- wzmacnianie refleksji nad praktyką jako elementu profesjonalizmu;
- ograniczanie kultury obwiniania na rzecz kultury analizy i uczenia się.

[182] J. Wiatrowski, K. Wiatrowski, Lekarz jako zawód zaufania publicznego. *Problemy Zdrowia Publicznego*, 2020, 1: 78-95.
[183] K. Korczak, Zarządzanie wiedzą w ochronie zdrowia–uwarunkowania rozwoju w kontekście zastosowań ICT. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych/Szkoła Główna Handlowa*, 2017, 46 Technologie informatyczne w administracji publicznej i służbie zdrowia-TIAPISZ'16: 305-318.
[184] K. Sowińska-Domagała, R. Wolniak, Identyfikacja kluczowych elementów kultury organizacyjnej wpływających na jakość opieki zdrowotnej w Polsce. *Management & Quality/Zarządzanie i Jakość*, 2025, 7.2.
[185] J. Jasik-Ślęzak, Potrzeba szkoleń specjalistycznych dedykowanych pracownikom służby zdrowia. *Zeszyty Naukowe. Quality. Production. Improvement*, 2019.
[186] K. Sikora, J. Biegańska, A. Baran, Kształcenie empatycznych lekarzy–wyzwanie dla psychologów edukatorów pracujących w obszarze ochrony zdrowia. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, 2016, 9: 195-208.

Brak kultury sprzyjającej uczeniu się prowadzi natomiast do ukrywania problemów, defensywnego stylu pracy oraz spadku motywacji do rozwoju, co w dłuższej perspektywie skutkuje erozją kapitału ludzkiego i wzrostem ryzyka wypalenia zawodowego.

Drugim kluczowym uwarunkowaniem organizacyjnym motywacji do uczenia się jest dostępność i funkcjonalność systemów rozwoju pracowników. W ochronie zdrowia systemy te pełnią rolę instytucjonalnych ram umożliwiających transformację motywacji rozwojowej w konkretne działania. Kludacz akcentuje, że sama obecność oferty szkoleniowej nie przesądza o jej efektywności, jeśli nie jest ona osadzona w realiach pracy klinicznej i zsynchronizowana z obciążeniami personelu[187]. Merry et al. wskazują natomiast, że brak dostępu do różnorodnych form rozwoju prowadzi do selektywnej aktywizacji motywacji rozwojowej wyłącznie u najbardziej odpornych psychologicznie pracowników[188]. Systemy rozwoju sprzyjające motywacji do uczenia się charakteryzują się[189]:

- komplementarnością form rozwoju formalnego, nieformalnego i incydentalnego;
- dostępnością mentoringu jako mechanizmu transferu wiedzy ukrytej;
- wykorzystaniem coachingu do wzmacniania refleksyjności i samoefektywności;
- uznaniem uczenia się w miejscu pracy za pełnoprawny element rozwoju kompetencji;
- elastycznością organizacyjną umożliwiającą łączenie rozwoju z realizacją zadań klinicznych.

W warunkach ograniczonej dostępności systemów rozwoju motywacja do uczenia się ulega stopniowemu osłabieniu, a rozwój kompetencji przyjmuje charakter fragmentaryczny i reaktywny. Styl przywództwa oraz jakość wsparcia przełożonych stanowią jeden z najsilniejszych symptomów zachowań rozwojowych personelu medycznego. Przełożeni pełnią bowiem funkcję interpretatorów polityki organizacyjnej oraz bezpośrednich regulatorów dostępu do zasobów rozwojowych. Zafir et al. wskazują, że przywództwo wspierające uczenie się sprzyja internalizacji motywacji rozwojowej poprzez wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa psychologicznego oraz autonomii[190]. Olatoye et al. akcentuje, że w ochronie zdrowia styl przywództwa ma szczególne znaczenie ze względu na hierarchiczność struktur

[187] M. Kludacz, Problem dostępności zasobów ludzkich w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. *Ekonomia i Zarządzanie*, 2015, 7.1: 9-31.
[188] L. Merry et al., Continuing professional development (CPD) system development, implementation, evaluation and sustainability for healthcare professionals in low-and lower-middle-income countries: a rapid scoping review. *BMC medical education*, 2023, 23.1: 498.
[189] S.R. Morain, N.E. Kass, C. Grossmann, What allows a health care system to become a learning health care system: results from interviews with health system leaders. *Learning Health Systems*, 2017, 1.1: e10015.
[190] A. Zarif et al., Delivering medical leadership training through the Healthcare Leadership Academy: a four year analysis. *BMC Medical Education*, 2024, 24.1: 194.

i wysoki poziom odpowiedzialności zawodowej[191]. Wsparcie przełożonych przejawia się między innymi w[192]:

- tworzeniu przestrzeni do refleksji i omawiania doświadczeń klinicznych;
- zachęcaniu do podejmowania inicjatyw rozwojowych i eksperymentowania;
- udzielaniu konstruktywnej informacji zwrotnej sprzyjającej uczeniu się;
- ochronie czasu i zasobów przeznaczonych na rozwój kompetencji;
- modelowaniu postaw uczenia się poprzez własne zachowania liderów.

Brak wsparcia przełożonych prowadzi do postrzegania rozwoju jako ryzyka lub dodatkowego obciążenia, co skutkuje ograniczaniem zachowań rozwojowych i wzrostem dystansu wobec inicjatyw organizacyjnych.

Analiza uwarunkowań organizacyjnych motywacji do uczenia się wskazuje, że zachowania rozwojowe personelu medycznego są w znacznym stopniu rezultatem kultury organizacyjnej, dostępności systemów rozwoju oraz stylu przywództwa. Kultura sprzyjająca uczeniu się, funkcjonalne i zintegrowane systemy rozwoju oraz wspierające przywództwo tworzą środowisko, w którym motywacja rozwojowa ulega wzmocnieniu i stabilizacji. W warunkach ochrony zdrowia uwarunkowania te stanowią niezbędne ogniwo łączące indywidualne predyspozycje pracowników z kolejnym obszarem analizy, jakim jest relacja pomiędzy motywacją do uczenia się, przeciążeniem pracą oraz ryzykiem wypalenia zawodowego. Perspektywa motywacji do uczenia się i rozwoju w ochronie zdrowia nie może abstrahować od kontekstu przeciążenia pracą oraz narastającego zjawiska wypalenia zawodowego, które stanowią jedne z najbardziej istotnych wyzwań współczesnego zarządzania kapitałem ludzkim w tym sektorze. Motywacja rozwojowa funkcjonuje bowiem w warunkach permanentnego napięcia pomiędzy wysokimi wymaganiami operacyjnymi a ograniczonymi zasobami czasowymi, poznawczymi i emocjonalnymi personelu. Petzold et al. wskazują, że przeciążenie pracą nie tylko redukuje dostępność obiektywnych możliwości uczenia się, lecz również zmienia subiektywną ocenę sensowności inwestowania wysiłku w rozwój kompetencji[193]. Schmucker natomiast akcentuje natomiast, że w ochronie zdrowia przeciążenie posiada charakter strukturalny,

[191] F. O. Olatoye, et al., Leadership styles and their impact on healthcare management effectiveness: A review. *International Journal of Science and Research Archive*, 2024, 11.1: 2022-2032.
[192] H. Saeed, H Som Md, R. Mahmood, Leadership styles, organizational culture, and innovation in healthcare: A conceptual framework. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2022, 12.8: 1390-1408.
[193] M.B. Petzold, J. Plag, A. Ströhle, Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der COVID-19-Pandemie. *Der Nervenarzt*, 2020, 91.5: 417-421.

co powoduje, że jego wpływ na motywację do rozwoju ma wymiar długofalowy i kumulatywny[194].

Pierwszym kluczowym wymiarem relacji pomiędzy motywacją do rozwoju a przeciążeniem pracą jest napięcie pomiędzy koniecznością realizacji bieżących zadań klinicznych a potrzebą aktualizacji i pogłębiania kompetencji. W warunkach ochrony zdrowia wymagania operacyjne charakteryzują się wysoką intensywnością, nieprzewidywalnością oraz presją czasową, co prowadzi do systematycznego przesuwania działań rozwojowych na dalszy plan. Piszczygłowa wskazuje, że rozwój kompetencji bywa w takich warunkach postrzegany jako aktywność konkurencyjna wobec pracy klinicznej, a nie jako jej integralny komponent[195]. Löffler-Stastka akcentuje, że brak organizacyjnej integracji rozwoju z procesami pracy sprzyja traktowaniu uczenia się jako obciążenia dodatkowego, a nie zasobu[196]. Napięcie to manifestuje się w szczególności poprzez[197]:

- ograniczanie czasu przeznaczonego na refleksję i analizę doświadczeń klinicznych;
- selektywne uczestnictwo w działaniach rozwojowych o charakterze obowiązkowym;
- rezygnację z nieformalnych i incydentalnych form uczenia się;
- instrumentalne traktowanie szkoleń jako wymogu formalnego;
- narastające poczucie winy związane z „oderwaniem się" od pracy klinicznej na rzecz rozwoju.

W dłuższej perspektywie napięcie to prowadzi do stopniowego osłabienia motywacji rozwojowej oraz ograniczenia zdolności organizacji do reprodukcji kapitału ludzkiego. Pomimo wskazanego napięcia, literatura przedmiotu jednoznacznie wskazuje, że rozwój kompetencji pełni funkcję zasobu ochronnego wobec wypalenia zawodowego[198]. Rozwój umożliwia odbudowę poczucia skuteczności, sensu pracy oraz kontroli nad wymaganiami zawodowymi, które stanowią kluczowe czynniki profilaktyki wypalenia. Alshammari et al. wskazują, że możliwość uczenia się i doskonalenia kompetencji sprzyja reinterpretacji trudnych

[194] R.A. Schmucker, Gesundheit und Gerechtigkeit – Zur ungleichen Verteilung arbeitsbedingter Belastung, [w:] *Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2020, s. 71-86.
[195] B. Piszczygłowa, Kompetencje personelu medycznego wobec wyzwań współczesnego miejsca pracy na przykładzie podmiotów leczniczych. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, 2017, 74.3: 37-52.
[196] H. Löffler-Stastka, Kompetenzentwicklung und Ausbildung für eine integrierte Versorgung. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung*, 2024, 19.2: 17-40.
[197] K. Blanck-Köster, M. Roes, U. Gaidys, Clinical-Leadership-Kompetenzen auf der Grundlage einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice). *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 2020, 115.6: 466-476.
[198] Z. Hussain et al., Personality and teachers' burnout stress: exploring the digital competence as personal job resource in allied health institutions. *Frontiers in psychology*, 2024, 15: 1334371.

doświadczeń klinicznych jako wyzwań rozwojowych, a nie wyłącznie źródeł stresu[199]. Goś et al. akcentują, że rozwój kompetencji relacyjnych i organizacyjnych ma szczególne znaczenie w ograniczaniu wyczerpania emocjonalnego, typowego dla zawodów medycznych[200]. Rozwój pełni funkcję ochronną wobec wypalenia zawodowego poprzez[201]:

- wzmacnianie poczucia kompetencji i sprawczości zawodowej;
- zwiększanie kontroli poznawczej nad złożonymi sytuacjami klinicznymi;
- podtrzymywanie motywacji wewnętrznej i zaangażowania zawodowego;
- umożliwianie refleksyjnego przetwarzania doświadczeń trudnych i obciążających;
- przeciwdziałanie rutynie i depersonalizacji pracy klinicznej.

Warunkiem realizacji tej funkcji jest jednak organizacyjne uznanie rozwoju za element pracy, a nie aktywność realizowaną kosztem czasu i zasobów personelu. Trzecim istotnym aspektem relacji pomiędzy motywacją do rozwoju a przeciążeniem pracą są konsekwencje systematycznego ograniczania motywacji do uczenia się w warunkach chronicznego stresu. W sytuacji, gdy przeciążenie staje się trwałym elementem środowiska pracy, a działania rozwojowe są marginalizowane, dochodzi do erozji zasobów poznawczych i emocjonalnych personelu. Tańska wskazuje, że długotrwałe pozbawienie możliwości rozwoju prowadzi do spadku poczucia sensu pracy oraz nasilenia objawów wypalenia w jego wymiarze egzystencjalnym[202]. Tabala et al. akcentują, że brak perspektyw rozwojowych stanowi jeden z najsilniejszych objawów intencji odejścia z organizacji w sektorze ochrony zdrowia[203]. Ograniczanie motywacji do uczenia się skutkuje między innymi[204]:

- spadkiem zaangażowania zawodowego i identyfikacji z rolą kliniczną;
- nasileniem wyczerpania emocjonalnego i poznawczego;
- obniżeniem jakości decyzji klinicznych i bezpieczeństwa pacjentów;
- wzrostem rotacji personelu oraz absencji chorobowej;
- osłabieniem zdolności organizacji do uczenia się i adaptacji.

---

[199] M.H. Alshammari, M. Alboliteeh, Moral courage, burnout, professional competence, and compassion fatigue among nurses. *Nursing Ethics*, 2023, 30.7-8: 1068-1082.

[200] A. Goś et al., Wybrane zasoby osobiste jako czynniki zwiększające odporność na wypalenie zawodowe u pracowników zawodów medycznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 22.3.

[201] A. Herman, Ł. Kwiatkowski, Poczucie wypalenia zawodowego a style radzenia sobie ze stresem pracowników sektora opieki geriatrycznej. *Journal of Modern Science*, 2025, 3.63: 567.

[202] E. Tańska, Rola przywództwa w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej. *Ekonomia-Wroclaw Economic Review*, 2022, 28.4: 111-131.

[203] K. Tabala, P. Stecz, J. Kocur, Profil osobowości, style radzenia sobie ze stresem a wypalenie zawodowe wśród szkolących się opiekunów medycznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20.3.

[204] M. Szaton, B. Harazin, Wypalenie zawodowe w wybranych zespołach ratownictwa medycznego w województwie śląskim, [w:] *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2013, s. 28-32.

W tym sensie marginalizacja rozwoju kompetencji w warunkach przeciążenia pracy nie stanowi neutralnej decyzji operacyjnej, lecz generuje długofalowe koszty organizacyjne i systemowe. Analiza relacji pomiędzy motywacją do rozwoju, przeciążeniem pracą i wypaleniem zawodowym wskazuje, że rozwój kompetencji pełni w ochronie zdrowia funkcję zarówno narażoną na ograniczenia, jak i potencjalnie ochronną. Napięcie pomiędzy wymaganiami operacyjnymi a potrzebą rozwoju prowadzi do osłabienia motywacji rozwojowej, jednak jednocześnie brak możliwości uczenia się znacząco zwiększa ryzyko wypalenia zawodowego. Rozwój kompetencji, jeśli jest zintegrowany z organizacją pracy i wspierany instytucjonalnie, sprzyja odbudowie zasobów psychologicznych oraz podtrzymywaniu jakości opieki. Tym samym omawiane zależności tworzą bezpośrednie przejście do kolejnego obszaru analizy, jakim jest rola motywacji do rozwoju jako czynnika retencji personelu medycznego oraz stabilności zasobów ludzkich w podmiotach leczniczych.

Motywacja do uczenia się i rozwoju stanowi jeden z kluczowych, choć często niedostatecznie eksplorowanych, mechanizmów retencji personelu medycznego w warunkach współczesnej ochrony zdrowia. W literaturze coraz wyraźniej podkreśla się, że decyzje pracowników dotyczące pozostawania w organizacji nie są determinowane wyłącznie poziomem wynagrodzenia czy stabilnością formalną zatrudnienia, lecz w znacznym stopniu zależą od postrzeganych możliwości rozwoju kompetencji oraz perspektyw zawodowych[205]. Kowalski wskazuje, że w sektorach wiedzochłonnych, do których należy ochrona zdrowia, rozwój pełni funkcję strategicznego „kleju retencyjnego", wzmacniającego długofalową więź pracownika z organizacją. Upadhyay akcentuje natomiast, że brak realnych możliwości uczenia się prowadzi do stopniowej erozji zaangażowania, nawet w sytuacji względnie stabilnych warunków zatrudnienia[206].

Możliwości rozwoju zawodowego są jednym z najistotniejszych czynników wpływających na stabilność zatrudnienia personelu medycznego, ponieważ oddziałują na percepcję przyszłości zawodowej w ramach danej organizacji. W ochronie zdrowia, gdzie ścieżki kariery często charakteryzują się ograniczoną przejrzystością, dostęp do uczenia się i doskonalenia kompetencji pełni funkcję substytutu formalnego awansu. Daniel wskazuje, że pracownicy, którzy dostrzegają możliwość rozwoju kompetencyjnego, są bardziej skłonni

[205] D. Karaferis et al., Factors influencing motivation and work engagement of healthcare professionals. *Materia socio-medica*, 2022, 34.3: 216.
[206] K. Upadhyay, Motivation among Health Care Professionals: Strategies for Improvement. *Journal of Postgraduate Medicine, Education and Research*, 2025, 59.1: 35-38.

akceptować przejściowe trudności organizacyjne oraz przeciążenie pracą[207]. Van Der Burgt et al. akcentują, że rozwój zawodowy wzmacnia poczucie inwestycji organizacji w pracownika, co sprzyja długofalowej stabilizacji zatrudnienia. Związek pomiędzy rozwojem a retencją przejawia się w szczególności poprzez[208]:

- wzrost identyfikacji pracowników z organizacją oferującą możliwości uczenia się;
- postrzeganie zatrudnienia jako procesu rozwojowego, a nie wyłącznie transakcji ekonomicznej;
- ograniczenie skłonności do poszukiwania alternatywnych miejsc pracy w celu realizacji potrzeb rozwojowych;
- wzmacnianie lojalności organizacyjnej wśród pracowników o wysokich kompetencjach;
- stabilizację zespołów klinicznych poprzez ograniczenie fluktuacji kadrowej.

W tym sensie motywacja do uczenia się działa jako czynnik pośredniczący pomiędzy warunkami pracy a decyzjami retencyjnymi personelu medycznego. Drugim istotnym wymiarem relacji pomiędzy motywacją do uczenia się a retencją jest rola rozwoju kompetencji jako elementu kontraktu psychologicznego. Kontrakt ten obejmuje nieformalne, często niewyrażone wprost oczekiwania pracowników wobec organizacji oraz wzajemne zobowiązania dotyczące wsparcia, sprawiedliwości i możliwości rozwoju. Perreira akcentuje, że w ochronie zdrowia oczekiwanie ciągłego doskonalenia zawodowego jest silnie internalizowane jako norma profesjonalna, co powoduje, że brak wsparcia rozwojowego bywa interpretowany jako naruszenie kontraktu psychologicznego[209]. Ong wskazuje, że naruszenie to prowadzi do spadku zaufania oraz osłabienia więzi z organizacją, nawet jeśli formalne warunki zatrudnienia pozostają niezmienione. Rozwój kompetencji jako element kontraktu psychologicznego obejmuje między innymi[210]:

- przekonanie o gotowości organizacji do inwestowania w długofalowy rozwój pracownika,
- oczekiwanie dostępu do różnorodnych form uczenia się adekwatnych do roli zawodowej;
- postrzeganie rozwoju jako formy uznania i docenienia kompetencji;
- internalizację przekonania o wspólnej odpowiedzialności za rozwój jakości opieki;
- wzajemność zobowiązań pomiędzy pracownikiem a organizacją.

[207] D. Daniel, T. Wolbrink, Comparison of healthcare professionals' motivations for using different online learning materials. *Pediatric Investigation*, 2019, 3.02: 96-101.
[208] S. Van Der Burgt et al., Motivational profiles and motivation for lifelong learning of medical specialists. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2018, 38.3: 171-178.
[209] T.A. Perreira, J. Innis, W. Berta, Work motivation in health care: a scoping literature review. *JBI Evidence Implementation*, 2016, 14.4: 175-182.
[210] N. Ong et al., Motivation for change in the health care of children with developmental disabilities: Pilot continuing professional development-quality improvement project. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2021, 57.2: 212-218.

Niespełnienie tych oczekiwań skutkuje osłabieniem motywacji do rozwoju, a w dalszej kolejności wzrostem skłonności do opuszczania organizacji. Brak perspektyw rozwojowych stanowi jeden z najsilniejszych symptomów rotacji personelu medycznego, szczególnie wśród pracowników o wysokich kompetencjach i potencjale rozwojowym. W warunkach ochrony zdrowia, gdzie przeciążenie pracą ogranicza możliwości samodzielnego uczenia się, marginalizacja rozwoju prowadzi do poczucia stagnacji zawodowej i utraty sensu dalszego pozostawania w organizacji. Aslan wskazuje, że brak perspektyw rozwojowych uruchamia proces „cichej rezygnacji", który poprzedza faktyczną decyzję o odejściu[211]. Veenstra et al. akcentuje, że rotacja motywowana brakiem rozwoju ma charakter selektywny, prowadząc do utraty najbardziej zaangażowanych i refleksyjnych pracowników. Konsekwencje te obejmują[212]:

- wzrost intencji odejścia z organizacji i zawodu;
- destabilizację zespołów terapeutycznych i utratę ciągłości opieki;
- nasilenie przeciążenia pracy pozostałego personelu;
- erozję kapitału intelektualnego i wiedzy ukrytej;
- wzrost kosztów organizacyjnych związanych z rekrutacją i adaptacją.

W dłuższej perspektywie brak rozwoju kompetencji prowadzi do błędnego koła rotacji i przeciążenia, które znacząco obniża odporność organizacyjną podmiotów leczniczych. Analiza motywacji do uczenia się jako czynnika retencji personelu medycznego wskazuje, że rozwój kompetencji pełni funkcję strategicznego mechanizmu stabilizującego zasoby ludzkie w ochronie zdrowia. Możliwości rozwoju wzmacniają stabilność zatrudnienia, kształtują kontrakt psychologiczny oraz ograniczają rotację personelu, szczególnie wśród pracowników o wysokim potencjale. Brak perspektyw rozwojowych prowadzi natomiast do erozji zaangażowania, naruszenia relacji organizacyjnych i nasilania procesów rotacyjnych. Tym samym motywacja do uczenia się stanowi istotne ogniwo łączące rozwój kompetencji z kolejnym obszarem analizy, jakim jest motywacja do rozwoju w ujęciu systemowym oraz jej znaczenie dla jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta. Ujęcie systemowe motywacji do rozwoju pozwala przekroczyć perspektywę indywidualnych decyzji pracowników oraz lokalnych praktyk organizacyjnych, ujmując uczenie się jako element funkcjonowania całego systemu ochrony zdrowia. W tym ujęciu motywacja do uczenia się przestaje być wyłącznie

[211] I. Aslan, D. Morsunbul, Preferences for job life quality and motivation in healthcare. *Маркетинг і менеджмент інновацій*, 2018, 2: 79-93.
[212] G. L. Veenstra et al., Health care professionals' motivation, their behaviors, and the quality of hospital care: A mixed-methods systematic review. *Health care management review*, 2022, 47.2: 155-167.

kategorią psychologiczną lub zarządczą, a staje się zmienną systemową, wpływającą na jakość świadczeń, bezpieczeństwo pacjentów oraz zdolność systemu do adaptacji w warunkach niepewności i kryzysów. Prusaczyk wskazuje, że systemy oparte na wiedzy są tak odporne, jak odporne są mechanizmy podtrzymywania motywacji do jej ciągłego odnawiania. Akcentuje także, że w ochronie zdrowia relacja ta ma charakter szczególnie bezpośredni, ponieważ wiedza i kompetencje personelu stanowią podstawowe medium realizacji procesów klinicznych[213].

Pierwszym kluczowym wymiarem systemowym jest relacja pomiędzy motywacją do uczenia się a jakością i bezpieczeństwem opieki nad pacjentem. W literaturze podkreśla się, że jakość opieki nie jest wyłącznie funkcją procedur i technologii, lecz w znacznej mierze zależy od aktualności wiedzy, kompetencji decyzyjnych oraz refleksyjności personelu medycznego. Kuriata-Kościelniak wskazuje, że motywacja do uczenia się warunkuje gotowość pracowników do aktualizacji praktyk klinicznych oraz krytycznej analizy własnych decyzji[214]. Kowalska-Bobko et al. akcentują, że brak tej motywacji prowadzi do nadmiernej rutyny w działaniach i zwiększa ryzyko błędów systemowych. Motywacja do uczenia się wpływa na jakość i bezpieczeństwo opieki poprzez[215]:

- podtrzymywanie aktualności wiedzy klinicznej i proceduralnej;
- wzmacnianie zdolności adaptacyjnych wobec zmieniających się wytycznych i technologii;
- sprzyjanie refleksyjnej praktyce klinicznej i uczeniu się na błędach;
- ograniczanie ryzyka dezaktualizacji kompetencji w warunkach presji czasowej;
- wspieranie kultury bezpieczeństwa opartej na analizie i doskonaleniu procesów.

W tym sensie motywacja do rozwoju stanowi jeden z kluczowych determinantów systemowego bezpieczeństwa pacjenta. Drugim istotnym aspektem ujęcia systemowego jest rola uczenia się organizacyjnego jako mechanizmu budowania odporności systemu ochrony zdrowia. Odporność ta rozumiana jest jako zdolność do absorpcji zakłóceń, adaptacji do zmian oraz odbudowy funkcjonowania po kryzysach. Uczenie się organizacyjne umożliwia systemowi ochrony zdrowia przekształcanie doświadczeń, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych, w trwałe zmiany organizacyjne. Bez motywacji do uczenia się na poziomie jednostek i zespołów mechanizmy uczenia się organizacyjnego pozostają fasadowe

[213] A. Prusaczyk et al., Istota kompetencji personelu medycznego wpływających na efektywność opieki nad pacjentem. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie*, 2020, 18.3: 222.
[214] E. Kuriata-Kościelniak, Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego: uwarunkowania ergonomiczne*, 2020, 127-146.
[215] I. Kowalska-Bobko et al., Deficyty kompetencyjne kadr medycznych i około medycznych w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19 wraz z rekomendacjami. *Warszawa: Sektorowa Rada ds. Kompetencji–Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna*, 2020.

i nieefektywne. Uczenie się organizacyjne jako element odporności systemowej przejawia się między innymi w[216]:

- zdolności do identyfikowania i analizy zdarzeń niepożądanych;
- transferze wiedzy pomiędzy jednostkami i poziomami systemu;
- adaptacji procedur i struktur do zmieniających się warunków;
- ograniczaniu powtarzalności błędów i dysfunkcji,
- wzmacnianiu zdolności reagowania w sytuacjach kryzysowych.

Motywacja do uczenia się stanowi w tym układzie warunek konieczny aktywizacji procesów uczenia się organizacyjnego i systemowego. Trzecim kluczowym wymiarem motywacji do rozwoju w ujęciu systemowym jest znaczenie spójności polityki rozwojowej z architekturą zarządczą podmiotów leczniczych. Polityka rozwojowa obejmuje formalne i nieformalne założenia dotyczące kształcenia, doskonalenia kompetencji oraz zarządzania wiedzą, natomiast architektura zarządcza odnosi się do układu struktur, procesów decyzyjnych i mechanizmów kontroli. Brak spójności pomiędzy tymi elementami prowadzi do fragmentaryzacji działań rozwojowych oraz osłabienia ich wiarygodności w oczach personelu. W ochronie zdrowia niespójność ta bywa szczególnie dotkliwa, ponieważ deklarowana orientacja na jakość i rozwój często pozostaje w sprzeczności z praktykami organizacyjnymi opartymi na krótkoterminowej efektywności operacyjnej. Spójność polityki rozwojowej z architekturą zarządczą przejawia się poprzez[217]:

- integrację rozwoju kompetencji z celami strategicznymi organizacji;
- uwzględnienie uczenia się w systemach oceny i planowania pracy;
- zapewnienie realnych zasobów czasowych i organizacyjnych dla rozwoju;
- konsekwencję pomiędzy deklarowanymi wartościami a praktykami zarządczymi;
- włączenie kadry kierowniczej w aktywne wspieranie procesów uczenia się.

Brak tej spójności prowadzi do erozji motywacji rozwojowej oraz osłabienia zdolności systemu do uczenia się i adaptacji. Analiza motywacji do rozwoju w ujęciu systemowym wskazuje, że uczenie się personelu medycznego stanowi kluczowy mechanizm łączący poziom indywidualnych zachowań z jakością opieki, bezpieczeństwem pacjentów oraz odpornością systemu ochrony zdrowia. Motywacja do uczenia się warunkuje skuteczność procesów uczenia się organizacyjnego oraz zdolność systemu do reagowania na zmienność i kryzysy.

[216] D. Palesy, M.E. Crowley, Organisational learning approaches in healthcare organisations: A scoping review. *Health Education in Practice: Journal of Research for Professional Learning*, 2025, 8.1: 1-32.
[217] M.T. Britto et al., Using a network organisational architecture to support the development of Learning Healthcare Systems. *BMJ Quality & Safety*, 2018, 27.11: 937-946.

Jednocześnie jej trwałość zależy od spójności polityki rozwojowej z architekturą zarządczą podmiotów leczniczych. Tym samym motywacja do rozwoju jawi się jako kategoria systemowa, integrująca wcześniejsze analizy indywidualnych i organizacyjnych uwarunkowań z makroperspektywą funkcjonowania ochrony zdrowia jako systemu społecznego o wysokiej odpowiedzialności publicznej. Przedstawiona analiza motywacji do rozwoju w ujęciu systemowym pozwala jednoznacznie stwierdzić, że uczenie się personelu medycznego stanowi jeden z kluczowych mechanizmów stabilizujących funkcjonowanie ochrony zdrowia jako złożonego systemu społeczno-organizacyjnego. Motywacja do uczenia się nie ogranicza się do sfery indywidualnych aspiracji zawodowych, lecz współkształtuje jakość procesów klinicznych, bezpieczeństwo pacjentów oraz zdolność podmiotów leczniczych do adaptacji w warunkach zmienności i kryzysów. Jej znaczenie ujawnia się szczególnie wyraźnie w sytuacjach przeciążenia systemowego, w których aktualność wiedzy, refleksyjność praktyki i zdolność uczenia się na doświadczeniach stają się warunkiem utrzymania ciągłości opieki. Jednocześnie analiza ta wskazuje, że trwałość motywacji do rozwoju pozostaje bezpośrednio uzależniona od spójności polityki rozwojowej z architekturą zarządczą organizacji ochrony zdrowia. Rozbieżność pomiędzy deklarowaną orientacją na rozwój a faktycznymi praktykami organizacyjnymi prowadzi do erozji zaufania, osłabienia zaangażowania oraz ograniczenia zdolności systemu do uczenia się na poziomie zbiorowym. W tym sensie motywacja do rozwoju ujawnia się jako kategoria integrująca wcześniejsze analizy indywidualnych i organizacyjnych uwarunkowań z makroperspektywą funkcjonowania ochrony zdrowia. Tak ujęta problematyka motywacji do uczenia się stanowi bezpośrednie przejście do kolejnego obszaru rozważań, jakim jest identyfikacja barier oraz ograniczeń motywacji rozwojowej w realiach pracy klinicznej, a także potrzeba projektowania rozwiązań zarządczych umożliwiających trwałe włączenie uczenia się w codzienne funkcjonowanie podmiotów leczniczych.

Analiza motywacji do uczenia się i rozwoju w ochronie zdrowia wymaga uwzględnienia nie tylko czynników sprzyjających aktywności rozwojowej, lecz również barier, które w sposób systematyczny ograniczają gotowość personelu medycznego do podejmowania działań doskonalących. Bariery te mają charakter wielowymiarowy i wynikają zarówno z uwarunkowań organizacyjnych, jak i z systemowych napięć wpisanych w funkcjonowanie ochrony zdrowia. Wysoki poziom motywacji wewnętrznej ulega stopniowej erozji w środowiskach, w których rozwój zawodowy pozostaje podporządkowany doraźnym celom operacyjnym, a bariery rozwojowe w ochronie zdrowia nie mają charakteru

incydentalnego, lecz są trwałym elementem architektury organizacyjnej wielu podmiotów leczniczych[218].

Jedną z najbardziej fundamentalnych barier motywacji do rozwoju w ochronie zdrowia są deficyty czasowe i organizacyjne, wynikające z chronicznego przeciążenia pracą oraz niedoborów kadrowych. W warunkach wysokiej presji operacyjnej czas przeznaczony na uczenie się, refleksję i rozwój kompetencji jest postrzegany jako zasób luksusowy, a nie jako integralny element pracy zawodowej. Deficyt czasu prowadzi do systematycznego odsuwania działań rozwojowych na dalszy plan, co z czasem skutkuje ich marginalizacją. W ochronie zdrowia bariery organizacyjne często uniemożliwiają planowanie rozwoju w sposób ciągły i długofalowy, sprzyjając jedynie działaniom reaktywnym i doraźnym. Deficyty te przejawiają się w szczególności poprzez[219]:

- brak wydzielonego czasu pracy przeznaczonego na rozwój kompetencji;
- trudności w zastępowalności personelu podczas działań szkoleniowych;
- podporządkowanie rozwoju bieżącym potrzebom obsady dyżurowej;
- ograniczoną elastyczność organizacji pracy utrudniającą udział w działaniach rozwojowych;
- postrzeganie uczenia się jako aktywności kolidującej z realizacją zadań klinicznych.

W efekcie deficyty czasowe i organizacyjne prowadzą do obniżenia zarówno obiektywnych możliwości rozwoju, jak i subiektywnej motywacji do podejmowania wysiłku rozwojowego. Drugą istotną barierą motywacji do rozwoju jest instrumentalizacja szkoleń oraz formalizm rozwojowy, polegające na traktowaniu działań rozwojowych jako obowiązku administracyjnego lub wymogu regulacyjnego. W takim ujęciu szkolenia tracą swoją funkcję rozwojową, stając się elementem sprawozdawczości lub warunkiem spełnienia kryteriów formalnych. Formalizm rozwojowy prowadzi do powierzchownego uczestnictwa w szkoleniach oraz ograniczenia transferu wiedzy do praktyki, natomiast instrumentalizacja rozwoju sprzyja cynizmowi organizacyjnemu i osłabieniu zaufania do intencji zarządczych. Instrumentalizacja szkoleń przejawia się między innymi poprzez[220]:

- koncentrację na liczbie godzin szkoleniowych zamiast na efektach uczenia się;
- brak powiązania treści szkoleń z realnymi problemami klinicznymi;
- minimalizowanie zaangażowania uczestników w proces uczenia się;

[218] M. Sujan, An organisation without a memory: a qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability engineering & system safety*, 2015, 144: 45-52.
[219] J.D. Edmonstone, Organisational learning. *Leadership in Health Services*, 2018, 31.4: 434-440.
[220] M. Franco, J. Almeida, Organisational learning and leadership styles in healthcare organisations: An exploratory case study. *Leadership & Organization Development Journal*, 2011, 32.8: 782-806.

- ograniczoną refleksję poszkoleniową i brak wsparcia we wdrażaniu wiedzy;
- postrzeganie rozwoju jako formalnego obowiązku, a nie wartości.

W dłuższej perspektywie formalizm rozwojowy prowadzi do erozji motywacji do uczenia się oraz osłabienia kultury rozwoju kompetencji w organizacji. Trzecią istotną barierą motywacji do rozwoju jest rozbieżność pomiędzy rzeczywistymi potrzebami rozwojowymi pracowników a ofertą rozwojową organizacji. W ochronie zdrowia potrzeby te są silnie zróżnicowane w zależności od specjalizacji, etapu kariery, doświadczenia zawodowego oraz kontekstu pracy klinicznej. Standaryzacja oferty rozwojowej prowadzi do jej niedopasowania do indywidualnych i zespołowych potrzeb kompetencyjnych, z kolei brak partycypacji pracowników w projektowaniu działań rozwojowych sprzyja spadkowi ich postrzeganej użyteczności. Rozbieżność ta skutkuje[221]:

- niskim poziomem identyfikacji pracowników z ofertą rozwojową;
- ograniczonym transferem kompetencji do praktyki klinicznej;
- spadkiem zaangażowania w działania szkoleniowe;
- wzrostem przekonania o fasadowości polityki rozwojowej;
- nasileniem intencji odejścia wśród pracowników o wysokim potencjale.

W efekcie niedopasowanie oferty rozwojowej do realnych potrzeb personelu prowadzi do systematycznego osłabienia motywacji do uczenia się i rozwoju. Analiza ograniczeń i barier motywacji do rozwoju w ochronie zdrowia wskazuje, że deficyty czasowe i organizacyjne, formalizm rozwojowy oraz niedopasowanie oferty rozwojowej do potrzeb pracowników tworzą strukturalne przeszkody dla efektywnego uczenia się. Bariery te nie tylko ograniczają dostępność działań rozwojowych, lecz również podważają sensowność inwestowania wysiłku w rozwój kompetencji. W konsekwencji prowadzą do erozji motywacji rozwojowej, wzrostu ryzyka wypalenia zawodowego oraz destabilizacji zasobów ludzkich. Zidentyfikowanie tych barier stanowi niezbędny punkt wyjścia do dalszych rozważań nad implikacjami zarządczymi oraz projektowaniem rozwiązań systemowych, które umożliwią trwałe włączenie uczenia się i rozwoju w codzienne funkcjonowanie podmiotów leczniczych.

Przedstawiona analiza ograniczeń i barier motywacji do rozwoju w ochronie zdrowia pozwala stwierdzić, że trudności w obszarze uczenia się personelu medycznego mają w przeważającej mierze charakter strukturalny, a nie jednostkowy. Deficyty czasowe i organizacyjne, formalizm rozwojowy oraz niedopasowanie oferty szkoleniowej do

[221] N. Wickramasinghe, Building a learning healthcare organisation by fostering organisational learning through a process centric view of knowledge management. *International Journal of Innovation and Learning*, 2008, 5.2: 201-216.

rzeczywistych potrzeb pracowników tworzą środowisko, w którym motywacja do uczenia się ulega stopniowej erozji, niezależnie od poziomu zaangażowania i etosu zawodowego personelu. Bariery te ujawniają systemowe napięcie pomiędzy deklarowaną orientacją na rozwój a realiami funkcjonowania podmiotów leczniczych, w których priorytetem pozostaje krótkoterminowa ciągłość operacyjna. Jednocześnie identyfikacja tych barier uwidacznia, że skuteczne wzmacnianie motywacji do rozwoju nie może opierać się wyłącznie na oddziaływaniach adresowanych do jednostek, lecz wymaga interwencji na poziomie architektury zarządczej, kultury organizacyjnej oraz polityki kadrowej. Dopiero integracja motywacji do uczenia się z systemami rozwoju, oceną efektywności, zarządzaniem dobrostanem oraz strategiami retencyjnymi umożliwia trwałe osadzenie rozwoju kompetencji w codziennym funkcjonowaniu organizacji ochrony zdrowia. Takie ujęcie barier motywacji rozwojowej stanowi bezpośrednie przejście do końcowego etapu analiz, koncentrującego się na implikacjach zarządczych oraz projektowaniu rozwiązań systemowych wspierających zachowania rozwojowe personelu medycznego jako elementu stabilności zasobów ludzkich i odporności organizacyjnej podmiotów leczniczych.

Analiza motywacji do uczenia się i rozwoju personelu medycznego, obejmująca jej uwarunkowania indywidualne, organizacyjne i systemowe, a także identyfikację barier, prowadzi do konieczności sformułowania implikacji zarządczych o charakterze integrującym. Motywacja do rozwoju nie funkcjonuje bowiem jako autonomiczny proces psychologiczny, lecz jako element szerszej architektury zarządczej, w której krzyżują się cele strategiczne, organizacja pracy, kultura instytucjonalna oraz mechanizmy zarządzania dobrostanem personelu. Skuteczne zarządzanie rozwojem w sektorze ochrony zdrowia wymaga przesunięcia perspektywy z działań punktowych na projektowanie środowisk pracy sprzyjających trwałemu uczeniu się, natomiast brak takiej integracji prowadzi do fragmentaryzacji interwencji rozwojowych i ograniczenia ich realnego wpływu na stabilność zasobów ludzkich[222].

Pierwszą kluczową implikacją zarządczą jest konieczność instytucjonalnego uznania rozwoju kompetencji za integralny element pracy personelu medycznego, a nie aktywność realizowaną równolegle lub kosztem zadań klinicznych. Oznacza to potrzebę włączenia uczenia się w projektowanie procesów pracy, harmonogramów oraz systemów oceny. Formalne wydzielenie czasu i zasobów na rozwój sprzyja internalizacji motywacji rozwojowej oraz

[222] P. Rudolph, Personalentwicklung im Gesundheitswesen: Strategien, Instrumente und Führungsansätze, [w:] *Neue Leadership-Ansätze in der Pflege: Wie Sie Personalführung, Patienten-und Kundenmanagement erfolgreich umsetzen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2025, s. 169-197.

ogranicza napięcie pomiędzy wymaganiami operacyjnymi a potrzebą uczenia się. Z perspektywy zarządczej oznacza to w szczególności[223]:

- projektowanie pracy w sposób umożliwiający refleksję i uczenie się w toku realizacji zadań;
- uwzględnianie aktywności rozwojowej w systemach oceny pracy i efektywności;
- ograniczanie sprzecznych sygnałów organizacyjnych marginalizujących rozwój;
- traktowanie uczenia się jako inwestycji w jakość i bezpieczeństwo opieki;
- powiązanie rozwoju kompetencji z odpowiedzialnością organizacyjną za dobrostan personelu.

Drugą istotną implikacją jest potrzeba integracji systemów rozwoju z polityką retencyjną i zarządzaniem wypaleniem zawodowym. Rozwój kompetencji, jeśli jest spójnie zaprojektowany, pełni funkcję zasobu ochronnego, wzmacniając poczucie sensu pracy, sprawczości i kontroli. Działania rozwojowe nieuwzględniające kontekstu przeciążenia pracy mogą paradoksalnie zwiększać obciążenie personelu, zamiast je redukować. W konsekwencji zarządzanie rozwojem powinno być sprzężone z diagnozą obciążeń oraz realnymi możliwościami absorpcji nowych kompetencji. W tym obszarze kluczowe znaczenie mają[224]:

- dostosowanie intensywności działań rozwojowych do poziomu obciążeń zespołów;
- integracja rozwoju kompetencji klinicznych z rozwojem kompetencji relacyjnych i regulacyjnych;
- wykorzystywanie rozwoju jako narzędzia odbudowy zasobów psychologicznych;
- unikanie formalizmu rozwojowego wzmacniającego cynizm organizacyjny;
- traktowanie rozwoju jako elementu długofalowej strategii stabilizacji zatrudnienia.

Trzecią implikacją zarządczą jest konieczność aktywnego zaangażowania kadry kierowniczej w kształtowanie środowiska sprzyjającego motywacji do uczenia się. Przywództwo w ochronie zdrowia pełni funkcję kluczowego mediatora pomiędzy polityką rozwojową a codziennymi praktykami pracy klinicznej. Styl przywództwa oparty na wsparciu, zaufaniu i modelowaniu postaw uczenia się wzmacnia motywację rozwojową personelu nawet w warunkach wysokiej presji. Brak spójności pomiędzy deklaracjami kadry zarządzającej a jej

[223] R. Happach, Kompetenzentwicklung von Führungskräften des Pflegedienstes – konzeptionelle Grundlagen und Gestaltungsempfehlungen. *intensiv*, 2008, 16.04: 209-214.
[224] L. Solecki, P. Klepacka, Przyczyny oraz czynniki sprzyjające występowaniu zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy zatrudnionych w publicznych sektorach opieki zdrowotnej. *Medycyna Środowiskowa, Environmental Medicine*, 2017, 20.1: 7-16.

praktykami prowadzi do erozji wiarygodności działań rozwojowych. Implikacje te obejmują między innymi[225]:

- rozwój kompetencji przywódczych w zakresie wspierania uczenia się zespołów;
- włączanie liderów klinicznych w projektowanie i ewaluację działań rozwojowych;
- wzmacnianie bezpieczeństwa psychologicznego jako warunku uczenia się;
- konsekwentne wspieranie dzielenia się wiedzą i refleksji zespołowej;
- traktowanie przywództwa jako kluczowego zasobu rozwojowego organizacji.

Czwartą implikacją jest potrzeba systematycznego dostosowywania oferty rozwojowej do zróżnicowanych potrzeb personelu medycznego. Jednorodne programy szkoleniowe nie odpowiadają złożoności ról, specjalizacji i etapów kariery w ochronie zdrowia. Partycypacyjne projektowanie działań rozwojowych sprzyja wzrostowi ich postrzeganej użyteczności i transferu do praktyki, z kolei elastyczność systemów rozwoju stanowi warunek podtrzymywania motywacji do uczenia się w długim horyzoncie czasowym[226].

Motywacja do uczenia się i rozwoju w ochronie zdrowia ujawnia się jako złożony konstrukt, którego trwałość zależy od spójnej konfiguracji czynników indywidualnych, organizacyjnych i systemowych. Zachowania rozwojowe personelu medycznego nie są wyłącznie rezultatem osobistych predyspozycji, lecz efektem architektury zarządczej, kultury organizacyjnej oraz sposobu integracji rozwoju z codzienną praktyką kliniczną. Bariery motywacji rozwojowej mają w przeważającej mierze charakter strukturalny, co oznacza, że ich przezwyciężanie wymaga interwencji na poziomie projektowania systemów pracy i polityki kadrowej. Implikacje zarządcze wskazują, że trwałe włączenie uczenia się w funkcjonowanie podmiotów leczniczych sprzyja nie tylko rozwojowi kompetencji, lecz również stabilności zatrudnienia, ograniczaniu wypalenia zawodowego oraz wzmacnianiu jakości i bezpieczeństwa opieki, stanowiąc tym motywację do rozwoju istotnego elementu architektury zarządczej wspierającej odporność organizacyjną sektora ochrony zdrowia.

[225] E. Marcisz-Dyla, Stres w zawodzie lekarza–przegląd badań empirycznych. *Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej*, 2024, 15: 56-65.
[226] T. Irzyniec, P. Konodyba-Szymański, H. Szczerba, Identyfikacja zagrożeń oraz ocena ryzyka zawodowego lekarzy medycyny (wstępne wyniki). *Journal of Ecology and Health*, 2010, 14: 295-302.

2.3. Bodźce organizacyjne: systemy nagród, awansów, uznania i ich wpływ na partycypację szkoleniową

Problematyka bodźców organizacyjnych stanowi istotne uzupełnienie dotychczasowych analiz motywacji do uczenia się i rozwoju personelu medycznego, ponieważ odnosi się do formalnych mechanizmów regulujących zachowania pracowników w ramach architektury zarządczej podmiotów leczniczych. Systemy nagród, awansów oraz uznania pełnią funkcję instrumentów strukturalnych, za pomocą których organizacja komunikuje priorytety, wartości oraz oczekiwane wzorce aktywności zawodowej. W sektorze ochrony zdrowia znaczenie tych instrumentów wykracza poza klasyczne oddziaływanie motywacyjne, gdyż wpływa bezpośrednio na gotowość personelu do angażowania się w działania rozwojowe oraz partycypację szkoleniową w warunkach wysokiego przeciążenia pracą i ograniczeń czasowych. W ujęciu organizacyjnym bodźce rozwojowe należy rozpatrywać nie jako izolowane narzędzia motywowania, lecz jako element spójnego systemu zarządzania kapitałem ludzkim, sprzężonego z polityką rozwoju, oceną efektywności oraz strategiami retencyjnymi. Partycypacja szkoleniowa personelu medycznego nie jest bowiem wyłącznie funkcją indywidualnej motywacji do uczenia się, lecz rezultatem relacji pomiędzy wysiłkiem rozwojowym a postrzeganymi konsekwencjami organizacyjnymi tego wysiłku. W sytuacji, w której rozwój kompetencji nie znajduje odzwierciedlenia w systemach nagradzania, awansu lub uznania, motywacja do uczestnictwa w szkoleniach ulega stopniowemu osłabieniu, niezależnie od deklarowanego znaczenia rozwoju w strategiach organizacyjnych.

Specyfika ochrony zdrowia dodatkowo komplikuje funkcjonowanie bodźców organizacyjnych, ponieważ ścieżki awansu są często ograniczone strukturalnie, a systemy wynagrodzeń podlegają silnym regulacjom zewnętrznym. W takich warunkach szczególnego znaczenia nabierają niematerialne formy uznania, transparentność kryteriów rozwojowych oraz powiązanie partycypacji szkoleniowej z realnymi możliwościami wpływu na organizację pracy i zakres odpowiedzialności zawodowej. Analiza bodźców organizacyjnych w kontekście partycypacji szkoleniowej pozwala zatem uchwycić napięcia pomiędzy deklarowaną orientacją na rozwój a faktycznymi mechanizmami wzmacniającymi lub osłabiającymi zaangażowanie personelu w procesy uczenia się. Wprowadzenie tej perspektywy umożliwia dalsze pogłębienie rozważań nad rolą motywacji zewnętrznej w ochronie zdrowia, jej relacją z motywacją wewnętrzną oraz konsekwencjami projektowania systemów nagród i awansów dla stabilności zatrudnienia, jakości opieki oraz długofalowej odporności organizacyjnej podmiotów leczniczych.

Bodźce organizacyjne stanowią jeden z fundamentalnych komponentów architektury zarządczej, ponieważ umożliwiają intencjonalne kształtowanie zachowań pracowników zgodnie z celami i priorytetami organizacji. W ujęciu zarządzania kapitałem ludzkim bodźce te nie są rozumiane wyłącznie jako środki motywowania o charakterze instrumentalnym, lecz jako element szerszego systemu regulacyjnego, który integruje strategie personalne, kulturę organizacyjną oraz mechanizmy kontroli i rozwoju. Bodźce organizacyjne pełnią funkcję „interfejsu" pomiędzy strategią a codziennymi praktykami pracowniczymi, przekładając abstrakcyjne cele zarządcze na konkretne wzorce zachowań. W sektorze ochrony zdrowia znaczenie bodźców jest szczególne, ponieważ funkcjonują one w środowisku silnie sformalizowanym, obciążonym presją operacyjną i regulacyjną[227]. W perspektywie teoretycznej bodźce organizacyjne definiowane są jako zbiór formalnych i nieformalnych mechanizmów oddziaływania, za pomocą których organizacja wzmacnia pożądane zachowania pracowników oraz ogranicza zachowania uznawane za niezgodne z jej interesem strategicznym. Definicja ta obejmuje zarówno bodźce o charakterze ekonomicznym, jak i symboliczne oraz relacyjne, które wspólnie tworzą system sygnałów interpretowanych przez pracowników w kontekście ich decyzji zawodowych. Skuteczność bodźców nie zależy wyłącznie od ich wartości materialnej, lecz od spójności, przewidywalności i zgodności z deklarowanymi wartościami organizacji[228]. W ramach architektury zarządczej wyróżnia się bodźce materialne i niematerialne, które pełnią komplementarne funkcje regulacyjne. Bodźce materialne obejmują przede wszystkim elementy systemu wynagrodzeń, premie, dodatki oraz korzyści finansowe powiązane z określonymi formami aktywności zawodowej. Ich rola polega na bezpośrednim wzmacnianiu zachowań uznawanych za pożądane, w tym uczestnictwa w szkoleniach czy podnoszenia kwalifikacji. Jednak w ochronie zdrowia skuteczność bodźców materialnych bywa ograniczona przez regulacje systemowe oraz niewielką elastyczność struktur płacowych[229]. Bodźce niematerialne obejmują natomiast takie elementy, jak uznanie organizacyjne, prestiż zawodowy, możliwości wpływu na organizację pracy, dostęp do informacji, autonomia decyzyjna czy perspektywy rozwoju roli zawodowej. Bodźce te odgrywają kluczową rolę w środowiskach, w których możliwości materialnego różnicowania

[227] A. Afolabi, S. Fernando, T. Bottiglieri, The effect of organisational factors in motivating healthcare employees: a systematic review. *British Journal of Healthcare Management*, 2018, 24.12: 603-610.
[228] R. Mannion et al., Decentralisation strategies and provider incentives in healthcare: evidence from the English National Health Service. *Applied health economics and health policy*, 2005, 4.1: 47-54.
[229] R. Mannion, M. Goddard, A. Bate, Aligning incentives and motivations in health care: the case of earned autonomy. *Financial Accountability & Management*, 2007, 23.4: 401-420.

wynagrodzeń są ograniczone, a praca ma silny wymiar misyjny i etyczny[230]. W ochronie zdrowia bodźce niematerialne często decydują o tym, czy aktywność rozwojowa jest postrzegana jako sensowna inwestycja, czy jako dodatkowe obciążenie. Bodźce materialne i niematerialne regulują zachowania pracownicze poprzez kilka kluczowych mechanizmów[231]:

- wzmacnianie określonych form aktywności zawodowej poprzez system nagród i uznania;
- sygnalizowanie organizacyjnych oczekiwań wobec pracowników;
- kształtowanie hierarchii wartości i priorytetów w codziennej praktyce pracy;
- wpływ na percepcję sprawiedliwości i równowagi wysiłku oraz korzyści;
- stabilizowanie lub osłabianie motywacji do podejmowania działań wykraczających poza minimum formalne.

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera rola bodźców w komunikowaniu priorytetów strategicznych organizacji. Bodźce organizacyjne pełnią funkcję nieformalnego języka zarządzania, poprzez który pracownicy interpretują, co w rzeczywistości jest cenione i nagradzane. Rozbieżność pomiędzy deklarowanymi celami strategicznymi a strukturą bodźców prowadzi do dezorientacji normatywnej i osłabienia zaufania do działań zarządczych[232]. Jeżeli rozwój kompetencji i partycypacja szkoleniowa nie znajdują odzwierciedlenia w systemach nagród, awansów lub uznania, pracownicy interpretują je jako cele drugorzędne, niezależnie od zapisów w dokumentach strategicznych. W ochronie zdrowia komunikacyjna funkcja bodźców nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ personel medyczny funkcjonuje w warunkach permanentnych kompromisów pomiędzy wymaganiami klinicznymi a możliwościami rozwojowymi. Bodźce organizacyjne decydują wówczas o tym, czy inwestowanie czasu i energii w rozwój zawodowy jest postrzegane jako zachowanie racjonalne i oczekiwane, czy jako aktywność marginalna.

Analiza bodźców organizacyjnych jako elementu architektury zarządczej wskazuje, że pełnią one funkcję kluczowych regulatorów zachowań pracowniczych oraz nośników informacji o rzeczywistych priorytetach organizacji. Ich znaczenie wykracza poza prostą funkcję motywacyjną, obejmując kształtowanie norm, wartości oraz wzorców interpretacyjnych determinujących decyzje pracowników dotyczące zaangażowania i rozwoju.

---

[230] I. Wrześniewska-Wal, Lekarz wobec prokreacji Wybrane zagadnienia Kodeksu Etyki Lekarskiej. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2017, 29.1: 182-190.
[231] W. Chańska, Powiernicy? Kontrahenci? Misjonarze? Źródła i zakres obowiązków lekarzy. *Etyka*, 2002, 35: 191-210.
[232] M. Pieniążek, Zagadnienie kodyfikacji etyki lekarskiej wobec doświadczeń etyki prawniczej i etyki biznesu. *Państwo i Społeczeństwo*, 2008, 8.3: 127-154.

W warunkach ochrony zdrowia, gdzie możliwości różnicowania bodźców materialnych są ograniczone, szczególnego znaczenia nabiera spójne wykorzystanie bodźców niematerialnych oraz ich powiązanie z celami strategicznymi. Tak zarysowana perspektywa stanowi bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad rolą systemów nagród jako jednego z podstawowych instrumentów oddziaływania organizacyjnego oraz ich wpływem na motywację i partycypację szkoleniową personelu medycznego, co zostanie podjęte w dalszej kolejności.

Systemy nagród stanowią jeden z najbardziej widocznych i jednocześnie najbardziej wrażliwych elementów architektury zarządczej, ponieważ bezpośrednio oddziałują na sposób, w jaki pracownicy interpretują relację pomiędzy wysiłkiem a korzyściami organizacyjnymi. W kontekście partycypacji szkoleniowej systemy nagród pełnią funkcję mechanizmu sygnalizacyjnego, wskazując, czy i w jakim stopniu organizacja traktuje rozwój kompetencji jako zachowanie pożądane oraz strategicznie istotne. Udział w szkoleniach staje się zachowaniem racjonalnym z perspektywy pracownika wówczas, gdy jest on spójnie powiązany z systemem nagradzania, zarówno w wymiarze materialnym, jak i symbolicznym[233]. Natomiast brak takiego powiązania prowadzi do selektywnej i oportunistycznej partycypacji szkoleniowej, ograniczonej do minimum formalnego[234]. Relacja pomiędzy systemem wynagrodzeń a gotowością do uczestnictwa w szkoleniach ma charakter pośredni i zależy od sposobu, w jaki nagrody są konstruowane oraz komunikowane. Wynagrodzenie zasadnicze oraz premie pełnią funkcję podstawowego punktu odniesienia dla oceny sprawiedliwości organizacyjnej, a tym samym wpływają na decyzje dotyczące angażowania się w dodatkowe aktywności rozwojowe. Pracownicy chętniej uczestniczą w szkoleniach wówczas, gdy postrzegają je jako element ścieżki prowadzącej do poprawy sytuacji zawodowej, a nie jako aktywność neutralną lub obciążającą Premiowanie partycypacji szkoleniowej wzmacnia jej widoczność w hierarchii organizacyjnych priorytetów. Relacja ta przejawia się w szczególności poprzez[235]:

- postrzeganie szkoleń jako inwestycji przynoszącej wymierne korzyści;
- wzrost gotowości do poświęcania czasu prywatnego na działania rozwojowe;
- większą akceptację krótkoterminowych kosztów udziału w szkoleniach;

[233] I. I. Vorona, I. A. Prokop, Professional culture in the context of future doctor training. *Медична освіта*, 2020, 1: 117-121.
[234] K. Foster, Becoming a professional doctor, [w:] *"Becoming" a Professional: An Interdisciplinary Analysis of Professional Learning*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2011, s. 171-193.
[235] A. Tomaszewska, Szkolenia i podnoszenie kwalifikacji zawodowych. *Journal of Transfusion Medicine*, 2012, 5.3: 146-152.

- wzmacnianie przekonania o sprawiedliwym podziale wysiłku i nagród;
- ograniczanie postaw biernych wobec oferty rozwojowej organizacji.

Jednocześnie literatura wskazuje, że relacja ta wymaga ostrożnego projektowania, aby nie prowadziła do instrumentalizacji rozwoju. Nagrody finansowe charakteryzują się wysoką skutecznością w generowaniu motywacji krótkoterminowej, szczególnie w odniesieniu do zachowań jasno zdefiniowanych i łatwych do zmierzenia, takich jak formalny udział w szkoleniu. Finansowe bodźce motywacyjne skutecznie zwiększają frekwencję szkoleniową w krótkim okresie, jednak ich wpływ na trwałość efektów uczenia się pozostaje ograniczony[236]. Nadmierne eksponowanie nagród finansowych może prowadzić do wypierania motywacji wewnętrznej, szczególnie w zawodach o silnym etosie profesjonalnym, takich jak zawody medyczne. W perspektywie długoterminowej nadmierne uzależnienie partycypacji szkoleniowej od nagród finansowych skutkuje[237]:

- koncentracją na spełnianiu kryteriów formalnych zamiast na jakości uczenia się;
- osłabieniem autonomicznej motywacji do rozwoju kompetencji;
- wzrostem oczekiwań płacowych wobec każdej aktywności rozwojowej;
- spadkiem trwałości transferu wiedzy do praktyki klinicznej;
- ryzykiem cynizmu organizacyjnego wobec deklarowanej orientacji na rozwój.

Z tego względu literatura akcentuje konieczność równoważenia nagród finansowych z bodźcami niematerialnymi, wzmacniającymi motywację długofalową. Specyfika sektora ochrony zdrowia wprowadza istotne ograniczenia w zakresie projektowania i stosowania systemów nagród finansowych. Ograniczona elastyczność struktur płacowych, silne regulacje zewnętrzne oraz presja budżetowa powodują, że możliwości różnicowania wynagrodzeń w oparciu o aktywność szkoleniową są często niewielkie. W takich warunkach próby bezpośredniego premiowania udziału w szkoleniach mogą prowadzić do napięć percepcyjnych i poczucia niesprawiedliwości[238]. Ograniczenia finansowe sprzyjają przenoszeniu ciężaru motywowania z nagród materialnych na uznanie organizacyjne i rozwój ról zawodowych. Ograniczenia te obejmują w szczególności[239]:

- niewielką skalę możliwych do zastosowania bodźców finansowych;

---

[236] K. Kowalska, Trendy w zarządzaniu systemami opieki zdrowotnej na świecie: koordynowana opieka zdrowotna. *Przegląd Organizacji*, 2008, 3: 8-12.
[237] A. Czerw, I. Mazur, Motywowanie kadry medycznej w zakładach opieki zdrowotnej. S*tudia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 2012, 117: 95-109.
[238] T. Bärnighausen, D.E. Bloom, Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC health services research*, 2009, 9.1: 86.
[239] C.A.A. Ferreira et al., Motivation and rewards to health professionals.*Gestão & Planejamento-G&P*, 2016, 17.1.

- trudności w obiektywnym powiązaniu nagród z efektami uczenia się;
- ryzyko konfliktów pomiędzy personelem o zróżnicowanym dostępie do szkoleń;
- podporządkowanie systemów nagród krótkoterminowym ograniczeniom budżetowym;
- osłabienie wiarygodności bodźców finansowych jako narzędzia strategicznego.

W konsekwencji systemy nagród finansowych w ochronie zdrowia wymagają szczególnej ostrożności projektowej oraz integracji z innymi instrumentami zarządczymi. Analiza systemów nagród w kontekście motywacji do partycypacji szkoleniowej wskazuje, że nagrody finansowe mogą skutecznie zwiększać gotowość do udziału w szkoleniach, jednak ich oddziaływanie ma w przeważającej mierze charakter krótkoterminowy i obarczony istotnymi ograniczeniami strukturalnymi. W ochronie zdrowia systemy nagród finansowych nie są w stanie samodzielnie podtrzymywać trwałej motywacji rozwojowej, a ich nadmierne eksponowanie prowadzi do instrumentalizacji uczenia się. Wyniki te stanowią bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad rolą awansu organizacyjnego i rozwoju kariery jako bodźców długofalowych, które w warunkach ograniczeń finansowych mogą pełnić kluczową funkcję w kształtowaniu motywacji szkoleniowej personelu medycznego.

Awans organizacyjny oraz rozwój kariery zawodowej stanowią jedne z najsilniejszych bodźców długofalowych wpływających na motywację pracowników do podejmowania aktywności rozwojowej, w tym partycypacji szkoleniowej. W odróżnieniu od nagród finansowych, które oddziałują głównie w krótkim horyzoncie czasowym, perspektywa awansu i rozwoju roli zawodowej kształtuje decyzje pracowników w sposób bardziej trwały, ponieważ odnosi się do ich tożsamości zawodowej, aspiracji oraz długoterminowej wizji kariery. Awans pełni funkcję symbolicznego potwierdzenia wartości kompetencji i zaangażowania pracownika, wzmacniając sens inwestowania w rozwój[240]. Natomiast, że w ochronie zdrowia awans organizacyjny nabiera szczególnego znaczenia ze względu na ograniczoną liczbę formalnych bodźców materialnych oraz silny etos profesjonalny[241]. W strukturach ochrony zdrowia wyróżnia się awans pionowy, polegający na przechodzeniu na wyższe szczeble hierarchii organizacyjnej, oraz awans poziomy, który wiąże się z poszerzaniem zakresu odpowiedzialności, autonomii lub specjalizacji bez zmiany formalnego stanowiska kierowniczego. Awans pionowy, obejmujący funkcje kierownicze i koordynacyjne, stanowi klasyczny bodziec rozwojowy, jednak jego dostępność jest ograniczona przez płaskie

[240] A.A. Pawlik, Motywacja i jej wpływ na jakość pracy pielęgniarek w wybranych oddziałach szpitalnych publicznej placówki służby zdrowia. *Zeszyt Naukowy Wyższej Szkoły Zarządzania i Bankowości w Krakowie*, 2018, 48: 77-86.
[241] M. Ostrowicka, B. Walewska-Zielecka, D. Olejniczak, Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2013, 11.2.

struktury wielu podmiotów leczniczych. Ograniczona liczba stanowisk kierowniczych prowadzi do konieczności poszukiwania alternatywnych form uznania rozwoju kompetencji. Awans poziomy pełni w tym kontekście funkcję szczególnie istotną, ponieważ umożliwia różnicowanie ról zawodowych bez konieczności zmiany profilu pracy klinicznej. Nowak akcentuje, że awans poziomy sprzyja utrzymaniu wysokiej motywacji szkoleniowej wśród pracowników, którzy nie aspirują do ról menedżerskich, lecz dążą do pogłębiania kompetencji eksperckich. Awans pionowy i poziomy wpływają na motywację szkoleniową poprzez[242]:

- tworzenie widocznego powiązania pomiędzy rozwojem kompetencji a zmianą pozycji zawodowej;
- wzmacnianie poczucia sensu i celowości uczestnictwa w szkoleniach;
- różnicowanie ścieżek rozwoju adekwatnie do aspiracji i predyspozycji pracowników;
- ograniczanie stagnacji zawodowej w warunkach ograniczonych możliwości awansu formalnego;
- stabilizowanie zaangażowania personelu w długim horyzoncie czasowym.

Rozwój kariery w ochronie zdrowia może przyjmować zróżnicowane formy, odpowiadające różnym orientacjom zawodowym personelu medycznego. Ścieżka kariery klinicznej koncentruje się na pogłębianiu kompetencji diagnostycznych i terapeutycznych oraz doskonaleniu praktyki klinicznej. Ścieżka ekspercka obejmuje rozwój kompetencji specjalistycznych, dydaktycznych lub badawczych, natomiast ścieżka menedżerska wiąże się z przejmowaniem odpowiedzialności za koordynację zespołów i procesów organizacyjnych. Kowalski wskazuje, że zróżnicowanie ścieżek kariery sprzyja lepszemu dopasowaniu bodźców rozwojowych do indywidualnych motywacji pracowników. Brak jasno zdefiniowanych ścieżek kariery prowadzi do dezorientacji rozwojowej i spadku motywacji szkoleniowej. Z perspektywy partycypacji szkoleniowej znaczenie ścieżek kariery przejawia się w[243]:

- umożliwieniu selektywnego doboru działań szkoleniowych zgodnie z kierunkiem rozwoju;
- wzmacnianiu transferu kompetencji do praktyki zawodowej;
- ograniczaniu przypadkowości i fragmentaryzacji rozwoju;
- podtrzymywaniu motywacji do uczenia się na różnych etapach kariery;
- wzmacnianiu tożsamości profesjonalnej i poczucia przynależności organizacyjnej.

[242] A.Y. Al-Hamdi, M.I.M. Ibrahim, M.A.A. Hassali, The role of healthcare professionals in establishing unhealthy pharmaceutical promotion activities in Yemen. *Journal of Medical Marketing*, 2013, 13.3: 142-150.
[243] J.K. Elrod, J.L. Fortenberry Jr, Sales promotion in health and medicine: using incentives to stimulate patient interest and attention. *BMC Health Services Research*, 2020, 20. Suppl 1: 820.

Przejrzystość kryteriów awansu stanowi jeden z kluczowych warunków efektywnego oddziaływania bodźców rozwojowych. Jeżeli relacja pomiędzy uczestnictwem w szkoleniach a możliwościami awansu pozostaje niejasna lub arbitralna, motywacja do inwestowania w rozwój ulega osłabieniu. Brak transparentności kryteriów awansu sprzyja postrzeganiu rozwoju jako działania obarczonego wysokim ryzykiem niepewności, natomiast przejrzyste kryteria awansu wzmacniają poczucie sprawiedliwości organizacyjnej oraz gotowość do podejmowania długofalowych działań rozwojowych. Znaczenie transparentnych kryteriów awansu przejawia się poprzez[244]:

- zwiększenie przewidywalności konsekwencji uczestnictwa w szkoleniach;
- wzmacnianie zaufania do systemów rozwoju i nagradzania;
- ograniczanie postaw oportunistycznych wobec szkoleń;
- sprzyjanie planowaniu rozwoju w długim horyzoncie czasowym;
- stabilizowanie motywacji szkoleniowej w warunkach wysokiej presji pracy.

Analiza awansu organizacyjnego i rozwoju kariery jako bodźców rozwojowych wskazuje, że stanowią one kluczowe instrumenty długofalowego oddziaływania na motywację do partycypacji szkoleniowej personelu medycznego. Zarówno awans pionowy, jak i poziomy, a także zróżnicowane ścieżki kariery, umożliwiają powiązanie rozwoju kompetencji z tożsamością zawodową i aspiracjami pracowników. Warunkiem skuteczności tych bodźców pozostaje jednak przejrzystość kryteriów awansu oraz ich spójność z ofertą rozwojową organizacji. Tak zarysowana rola awansu i kariery zawodowej tworzy bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad uznaniem organizacyjnym jako niematerialnym bodźcem rozwojowym, który w warunkach ograniczeń strukturalnych ochrony zdrowia pełni coraz bardziej istotną funkcję w kształtowaniu partycypacji szkoleniowej.

Uznanie organizacyjne stanowi jeden z kluczowych niematerialnych bodźców rozwojowych, którego znaczenie w ochronie zdrowia systematycznie rośnie wraz z ograniczeniami w zakresie możliwości awansu oraz elastyczności systemów wynagradzania. W środowisku klinicznym, charakteryzującym się wysokim poziomem odpowiedzialności, presją czasową oraz silnym etosem profesjonalnym, uznanie pełni funkcję symbolicznego potwierdzenia wartości kompetencji, wysiłku i zaangażowania personelu. Uznanie organizacyjne wzmacnia motywację do rozwoju poprzez internalizację przekonania o sensowności inwestowania w doskonalenie zawodowe. Brak uznania prowadzi do erozji

[244] H. Johansson et al., Reorientation to more health promotion in health services–a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 2010, 213-224.

motywacji, nawet w warunkach względnej stabilności formalnej zatrudnienia[245]. Uznanie organizacyjne może przyjmować formę formalną i nieformalną, które pełnią odmienne, lecz komplementarne funkcje regulacyjne. Uznanie formalne obejmuje oficjalne formy doceniania, takie jak nagrody, wyróżnienia, certyfikaty, rekomendacje czy uwzględnienie osiągnięć rozwojowych w dokumentacji kadrowej. Jego znaczenie polega na instytucjonalnym potwierdzeniu wartości określonych zachowań, w tym partycypacji szkoleniowej. Formalne uznanie zwiększa widoczność wysiłku rozwojowego oraz wzmacnia jego rangę w hierarchii organizacyjnych priorytetów. Uznanie nieformalne obejmuje natomiast codzienne praktyki komunikacyjne, takie jak werbalne docenienie, okazywanie szacunku, uwzględnianie opinii pracowników czy symboliczne gesty wsparcia ze strony przełożonych i współpracowników. Nowak akcentuje, że w środowisku klinicznym uznanie nieformalne ma szczególne znaczenie ze względu na częstą niewidoczność efektów pracy oraz wysoki poziom obciążenia emocjonalnego. Uznanie formalne i nieformalne oddziałują na motywację szkoleniową poprzez[246]:

- wzmacnianie poczucia wartości i sensu podejmowanych działań rozwojowych;
- zwiększanie widoczności kompetencji i zaangażowania w strukturach organizacyjnych;
- kształtowanie norm sprzyjających uczeniu się i dzieleniu się wiedzą;
- ograniczanie poczucia anonimowości i niedocenienia w zespołach klinicznych;
- stabilizowanie motywacji do rozwoju w długim horyzoncie czasowym.

Informacja zwrotna stanowi jeden z najważniejszych mechanizmów uznania organizacyjnego, ponieważ umożliwia pracownikom interpretację własnych działań rozwojowych w kontekście oczekiwań organizacji. Konstruktywna informacja zwrotna, ukierunkowana na kompetencje i postępy rozwojowe, wzmacnia poczucie skuteczności oraz motywację do dalszego uczenia się. Brak informacji zwrotnej prowadzi do dezorientacji rozwojowej i obniżenia zaangażowania szkoleniowego. W ochronie zdrowia informacja zwrotna pełni również funkcję regulacji emocjonalnej, ograniczając poczucie niepewności i przeciążenia. Docenianie kompetencji i zaangażowania oznacza natomiast uznanie nie tylko efektów pracy, lecz także wysiłku wkładanego w rozwój, nawet jeśli jego rezultaty nie są natychmiast widoczne. W literaturze podkreśla się, że uznanie procesu uczenia się sprzyja utrzymaniu motywacji w warunkach opóźnionych efektów rozwoju. Mechanizm ten jest

[245] E. Janus, K. Filar-Mierzwa, Prestiż wybranych zawodów medycznych w opinii reprezentantów tych zawodów. *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*, 2019, 70.5: 587-595.
[246] W. Lebowa, Postać lekarza w kontekście pełnionych ról zawodowych. *Studia Humanistyczne AGH*, 2021, 20.4: 79-96.

szczególnie istotny w ochronie zdrowia, gdzie transfer wiedzy do praktyki bywa rozciągnięty w czasie. Rola informacji zwrotnej i doceniania przejawia się między innymi w[247]:

- wzmacnianiu poczucia kompetencji i sprawczości zawodowej;
- ukierunkowywaniu wysiłku rozwojowego zgodnie z potrzebami organizacji;
- ograniczaniu ryzyka frustracji i wypalenia związanego z brakiem widocznych efektów;
- sprzyjaniu refleksyjnej praktyce klinicznej;
- podtrzymywaniu zaangażowania szkoleniowego mimo wysokich obciążeń.

W warunkach ograniczonych możliwości awansu pionowego uznanie organizacyjne pełni funkcję substytutu formalnych bodźców rozwojowych. W ochronie zdrowia, gdzie struktury organizacyjne są często płaskie, a liczba stanowisk kierowniczych ograniczona, uznanie staje się jednym z głównych mechanizmów różnicowania pozycji zawodowej bez zmiany formalnego statusu. Uznanie pozwala na symboliczne „awansowanie" pracowników poprzez nadawanie im ról eksperckich, mentorskich lub koordynacyjnych. Brak takich form uznania prowadzi do poczucia stagnacji i spadku motywacji szkoleniowej. Uznanie jako substytut awansu przejawia się poprzez[248]:

- powierzanie pracownikom ról o podwyższonym prestiżu i odpowiedzialności;
- umożliwianie udziału w projektach rozwojowych i innowacyjnych;
- eksponowanie kompetencji pracowników w środowisku organizacyjnym;
- włączanie do procesów decyzyjnych i konsultacyjnych;
- wzmacnianie poczucia wpływu na organizację pracy i rozwój jakości opieki.

Analiza uznania organizacyjnego jako niematerialnego bodźca rozwojowego wskazuje, że pełni ono kluczową funkcję w podtrzymywaniu motywacji szkoleniowej w warunkach ograniczeń strukturalnych ochrony zdrowia. Zarówno uznanie formalne, jak i nieformalne, a także jakość informacji zwrotnej i doceniania kompetencji, wpływają na trwałość zaangażowania rozwojowego personelu medycznego. W sytuacji ograniczonych możliwości awansu uznanie staje się istotnym substytutem bodźców formalnych, wzmacniając poczucie sensu i wartości działań rozwojowych. Tak ujęta rola uznania organizacyjnego tworzy bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad relacją bodźców organizacyjnych z kontraktem psychologicznym pracowników medycznych, co stanowi kolejny istotny wymiar analizy wpływu bodźców na partycypację szkoleniową.

[247] T.M. Buehner, Elevating the Profession through Education, Community, and Professional Recognition. *Journal of Nuclear Medicine Technology*, 2020, 48.3: 7A-7A.
[248] P.J. Bridgeman, M.B. Bridgeman, J. Barone, Burnout syndrome among healthcare professionals. *The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists*, 2018, 75.3: 147-152.

Relacja pomiędzy bodźcami organizacyjnymi a kontraktem psychologicznym pracowników medycznych stanowi jeden z kluczowych mechanizmów wyjaśniających trwałość motywacji do partycypacji szkoleniowej oraz zaangażowania zawodowego w ochronie zdrowia. Kontrakt psychologiczny rozumiany jest jako zbiór nieformalnych, często niewypowiedzianych oczekiwań, jakie pracownicy i organizacja formułują wobec siebie w toku relacji zatrudnienia. Kontrakt ten pełni funkcję interpretacyjną, pozwalając pracownikom oceniać sensowność podejmowanych wysiłków rozwojowych w świetle realnych praktyk organizacyjnych. W sektorze ochrony zdrowia znaczenie kontraktu psychologicznego jest szczególnie wysokie ze względu na silny etos zawodowy oraz wysokie koszty emocjonalne pracy klinicznej[249].

Spójność pomiędzy systemami nagród, uznania i awansu a oczekiwaniami rozwojowymi pracowników stanowi podstawowy warunek stabilności kontraktu psychologicznego. Pracownicy medyczni oczekują, że inwestowanie czasu i energii w rozwój kompetencji znajdzie odzwierciedlenie w realnych konsekwencjach organizacyjnych, nawet jeśli nie mają one charakteru bezpośrednio finansowego. Spójne bodźce organizacyjne wzmacniają przekonanie o uczciwości relacji zatrudnienia oraz sensowności długofalowego zaangażowania, z kolei brak tej spójności prowadzi do stopniowego osłabienia motywacji szkoleniowej, niezależnie od formalnych deklaracji rozwojowych organizacji. Spójność bodźców z oczekiwaniami rozwojowymi przejawia się poprzez[250]:

- jasne powiązanie partycypacji szkoleniowej z uznaniem i rozwojem roli zawodowej;
- przewidywalność konsekwencji działań rozwojowych;
- konsekwentne docenianie wysiłku rozwojowego na różnych etapach kariery;
- brak sprzecznych sygnałów marginalizujących znaczenie uczenia się;
- integrację bodźców rozwojowych z kulturą organizacyjną.

W takich warunkach kontrakt psychologiczny pełni funkcję stabilizującą motywację do rozwoju. Niespójność pomiędzy deklarowanymi wartościami rozwojowymi a faktycznie stosowanymi bodźcami organizacyjnymi prowadzi do naruszenia kontraktu psychologicznego, co ma daleko idące konsekwencje dla motywacji i zaangażowania personelu medycznego. Naruszenie kontraktu psychologicznego skutkuje spadkiem gotowości do podejmowania zachowań wykraczających poza minimum formalne, w tym aktywności szkoleniowej.

[249] D. Żołnierczyk-Zreda, Kontrakt psychologiczny w świetle elastycznego zatrudnienia pracowników – przegląd badań. Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety, 2016, 67.4: 529-536.
[250] A. Rogozińska-Pawełczyk, Różnorodność pokoleniowa a kontrakt psychologiczny w organizacji. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2017, 3-4 (116-117) Zarządzanie różnorodnością w świetle wyzwań współczesnego rynku pracy (Managing Diversity in Light of the Challenges of the Contemporary Labor Market: 53-65.

W ochronie zdrowia konsekwencje te są szczególnie dotkliwe, ponieważ naruszenie zaufania organizacyjnego potęguje ryzyko wypalenia zawodowego. Niespójność bodźców prowadzi w szczególności do[251]:

- spadku motywacji do uczestnictwa w szkoleniach i rozwoju kompetencji;
- wzrostu postaw cynicznych wobec inicjatyw rozwojowych;
- ograniczenia identyfikacji z organizacją;
- obniżenia gotowości do dzielenia się wiedzą i doświadczeniem;
- wzrostu intencji odejścia z organizacji.

Proces ten ma charakter kumulatywny i często przebiega stopniowo, prowadząc do trwałej erozji zaangażowania. Bodźce organizacyjne pełnią funkcję kluczowego mechanizmu wzmacniania lub naruszania kontraktu psychologicznego, ponieważ stanowią najbardziej namacalny przejaw intencji organizacji wobec pracowników. Spójnie zaprojektowane bodźce wzmacniają relację wzajemności, w której rozwój kompetencji traktowany jest jako wspólna inwestycja pracownika i organizacji. Bodźce te umożliwiają utrzymanie równowagi pomiędzy wymaganiami organizacyjnymi a zasobami pracownika, natomiast niespójne lub arbitralne bodźce prowadzą do poczucia instrumentalnego traktowania personelu. Bodźce wzmacniające kontrakt psychologiczny charakteryzują się[252]:

- spójnością z deklarowaną strategią rozwoju zasobów ludzkich;
- przewidywalnością i transparentnością zasad;
- uwzględnianiem ograniczeń wynikających z obciążeń pracy klinicznej;
- równoważeniem bodźców materialnych i niematerialnych;
- długofalową orientacją na stabilność zatrudnienia i dobrostan personelu.

W takim ujęciu bodźce organizacyjne przestają być jedynie narzędziem motywowania, a stają się elementem trwałej relacji organizacyjnej. Analiza relacji pomiędzy bodźcami organizacyjnymi a kontraktem psychologicznym pracowników medycznych wskazuje, że spójność systemów nagród, uznania i rozwoju z oczekiwaniami personelu stanowi warunek utrzymania motywacji szkoleniowej i zaangażowania zawodowego. Niespójność bodźców prowadzi do naruszenia kontraktu psychologicznego, czego konsekwencją jest erozja zaufania, spadek aktywności rozwojowej oraz wzrost intencji odejścia. Tak zarysowana rola kontraktu psychologicznego tworzy bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad

[251] A. Bera, R. Lenart-Gansiniec, Kontrakt psychologiczny a identyfikacja organizacyjna: systematyczny przegląd literatury. *Przegląd Organizacji*, 2022, 10: 10-17.
[252] D. Zolnierczyk-Zreda, Psychological Contract in the Light of Flexible Employment: The Review of Studies/Kontrakt psychologiczny w świetle elastycznego zatrudnienia pracowników – przegląd badań. *Medycyna Pracy*, 2016, 67.4: 529-537.

relacją bodźców organizacyjnych z przeciążeniem pracą i wypaleniem zawodowym, co pozwoli pogłębić analizę funkcji bodźców w zarządzaniu zasobami ludzkimi w sektorze ochrony zdrowia.

Relacja pomiędzy bodźcami organizacyjnymi a przeciążeniem pracą oraz wypaleniem zawodowym ujawnia jedno z najbardziej złożonych napięć w zarządzaniu zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Z jednej strony organizacje dążą do wzmacniania aktywności rozwojowej personelu jako warunku jakości i bezpieczeństwa opieki, z drugiej – funkcjonują w warunkach chronicznych deficytów kadrowych, wysokiej intensywności pracy oraz presji efektywnościowej. W takim kontekście sposób projektowania bodźców rozwojowych decyduje o tym, czy partycypacja szkoleniowa będzie postrzegana jako wsparcie, czy jako dodatkowe obciążenie. Bodźce nieuwzględniające realnego poziomu obciążeń mogą paradoksalnie przyczyniać się do nasilenia procesów wypalenia zawodowego, ponieważ w ochronie zdrowia granica pomiędzy motywowaniem a przeciążaniem personelu jest szczególnie cienka[253]. W warunkach wysokich obciążeń nagradzanie aktywności rozwojowej nabiera ambiwalentnego charakteru. Z jednej strony może stanowić sygnał docenienia wysiłku podejmowanego przez pracowników mimo trudnych warunków, z drugiej – bywa interpretowane jako próba kompensowania deficytów systemowych dodatkowymi oczekiwaniami. Bowiem nagrody za aktywność szkoleniową są skuteczne jedynie wówczas, gdy organizacja równolegle podejmuje działania ograniczające przeciążenie pracą. Brak takiej równowagi prowadzi do postrzegania rozwoju jako kolejnego obowiązku, a nie zasobu ochronnego. W tym kontekście nagradzanie aktywności rozwojowej oddziałuje na personel poprzez[254]:

- wzmacnianie poczucia bycia zauważonym i docenionym mimo obciążeń;
- redefiniowanie rozwoju jako elementu pracy, a nie aktywności dodatkowej;
- podtrzymywanie motywacji w sytuacjach długotrwałego stresu;
- ograniczanie poczucia niesprawiedliwości organizacyjnej;
- stabilizowanie zaangażowania w warunkach wysokiej presji operacyjnej.

Jednocześnie literatura wskazuje na istotne ryzyko nadmiernej instrumentalizacji partycypacji szkoleniowej, szczególnie w środowiskach o wysokim poziomie przeciążenia. Instrumentalizacja ta polega na traktowaniu szkoleń jako narzędzia kompensującego braki

[253] F. Pioli et al., The Use of a "Rewarding System" for Healthcare Personnel. *Journal of Health Science*, 2018, 6: 414-419.
[254] E. Beck-Krala, E. Tarczoń, T. Masłyk, Employee satisfaction with tangible and intangible rewards in health care sector. *Polish Journal of Management Studies*, 2017, 16.2: 17-27.

systemowe lub jako wymogu formalnego, niezależnie od realnych możliwości absorpcji nowych kompetencji. W takich warunkach partycypacja szkoleniowa traci swój rozwojowy charakter i staje się źródłem frustracji, a instrumentalizacja rozwoju sprzyja powstawaniu postaw cynicznych i obniżeniu zaufania do intencji organizacji. Ryzyko to przejawia się w szczególności poprzez[255]:

- presję uczestnictwa w szkoleniach bez redukcji obciążeń operacyjnych;
- brak przestrzeni na refleksję i wdrażanie nowych kompetencji;
- traktowanie udziału w szkoleniach jako kryterium formalnej oceny;
- marginalizowanie dobrostanu personelu na rzecz wskaźników aktywności;
- wzrost emocjonalnego dystansu wobec inicjatyw rozwojowych.

W odpowiedzi na te zagrożenia coraz większego znaczenia nabierają bodźce organizacyjne projektowane jako element profilaktyki wypalenia zawodowego. W tym ujęciu rozwój kompetencji nie jest celem samym w sobie, lecz środkiem wzmacniania zasobów psychologicznych, relacyjnych i poznawczych personelu. Bodźce wspierające rozwój powinny być ukierunkowane na odbudowę poczucia kontroli, sensu i sprawczości. Takie podejście sprzyja traktowaniu rozwoju jako zasobu ochronnego, a nie dodatkowego obciążenia. Bodźce pełniące funkcję profilaktyczną wobec wypalenia obejmują między innymi [256]:

- uznanie wysiłku rozwojowego niezależnie od natychmiastowych efektów;
- elastyczne formy partycypacji szkoleniowej dostosowane do obciążeń;
- łączenie rozwoju kompetencji klinicznych z rozwojem kompetencji regulacyjnych;
- wzmacnianie autonomii w wyborze ścieżek rozwojowych;
- integrowanie rozwoju z działaniami na rzecz dobrostanu personelu.

Analiza relacji pomiędzy bodźcami organizacyjnymi a przeciążeniem pracą oraz wypaleniem zawodowym wskazuje, że skuteczność bodźców rozwojowych zależy od ich wrażliwości na realne warunki funkcjonowania personelu medycznego. Nagradzanie aktywności szkoleniowej w warunkach wysokich obciążeń może pełnić funkcję wspierającą, o ile towarzyszy mu redukcja presji operacyjnej oraz uznanie granic możliwości pracowników. W przeciwnym razie prowadzi do instrumentalizacji rozwoju i nasilenia procesów wypalenia. Tak ujęta problematyka bodźców organizacyjnych otwiera przestrzeń do dalszych rozważań nad partycypacją szkoleniową jako zachowaniem regulowanym systemowo, co pozwoli

[255] C.A.A. Ferreira et al., Motivation and rewards to health professionals. *Gestão & Planejamento-G&P*, 2016, 17.1.
[256] K. Malicka, Zarządzanie w kontekście wypalenia zawodowego lekarzy. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej, Zarządzanie*, 2024, 1.54: 82-95.

uchwycić zbiorowe konsekwencje projektowania bodźców dla jakości opieki, stabilności zatrudnienia oraz odporności organizacyjnej podmiotów leczniczych.

Partycypacja szkoleniowa personelu medycznego nie stanowi wyłącznie rezultatu indywidualnej motywacji do uczenia się, lecz jest zachowaniem silnie regulowanym systemowo, kształtowanym przez konfigurację bodźców organizacyjnych, norm instytucjonalnych oraz ograniczeń strukturalnych. W ujęciu organizacyjnym decyzja o udziale w szkoleniu jest efektem interpretacji relacji pomiędzy kosztami i korzyściami, a także odczytania norm obowiązujących w danym środowisku pracy. Partycypacja szkoleniowa stanowi formę zachowania adaptacyjnego, w którym pracownicy reagują na sygnały wysyłane przez architekturę zarządczą organizacji. W ochronie zdrowia regulacyjny charakter tych zachowań jest szczególnie wyraźny ze względu na wysokie obciążenia oraz ograniczoną dostępność czasu rozwojowego[257]. Z perspektywy decyzyjnej udział w szkoleniach ma jednocześnie charakter racjonalny i normatywny. Racjonalność decyzji polega na kalkulacji potencjalnych korzyści, takich jak rozwój kompetencji, uznanie organizacyjne czy poprawa pozycji zawodowej, w zestawieniu z kosztami czasowymi i energetycznymi. Normatywność natomiast odnosi się do społecznych oczekiwań, norm zespołowych oraz kultury organizacyjnej, które definiują, czy partycypacja szkoleniowa jest postrzegana jako zachowanie pożądane i „właściwe". Brak spójności pomiędzy tymi dwoma wymiarami prowadzi do ambiwalencji decyzyjnej i selektywnego uczestnictwa w szkoleniach. Decyzja o udziale w szkoleniu jako decyzja racjonalna i normatywna przejawia się poprzez[258]:

- ocenę relacji pomiędzy wysiłkiem rozwojowym a przewidywanymi korzyściami;
- interpretację sygnałów wysyłanych przez system nagród i uznania;
- dostosowanie zachowań do norm zespołowych i oczekiwań przełożonych;
- uwzględnianie nieformalnych konsekwencji udziału lub rezygnacji ze szkolenia;
- balansowanie pomiędzy potrzebą rozwoju a koniecznością utrzymania efektywności operacyjnej.

W tym kontekście kluczową rolę odgrywają bodźce organizacyjne, które wpływają na selektywność uczestnictwa w szkoleniach. Selektywność ta oznacza, że pracownicy wybierają jedynie te formy aktywności rozwojowej, które postrzegają jako najbardziej opłacalne lub zgodne z dominującymi normami. Bodźce finansowe, awansowe i symboliczne różnicują

[257] P. Fang, Z. Luo, Z. Fang, What is the job satisfaction and active participation of medical staff in public hospital reform: a study in Hubei province of China. *Human resources for health*, 2015, 13.1: 34.
[258] X. Shi et al., Analysis of factors influencing the job satisfaction of medical staff in tertiary public hospitals, China: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 2023, 14: 1048146.

atrakcyjność poszczególnych szkoleń, prowadząc do nierównomiernej partycypacji[259]. W efekcie powstaje segmentacja uczestnictwa szkoleniowego, w której część personelu angażuje się intensywnie, podczas gdy inni pozostają bierni. Wpływ bodźców na selektywność partycypacji szkoleniowej przejawia się między innymi w[260]:

- preferowaniu szkoleń powiązanych z widocznymi korzyściami organizacyjnymi;
- marginalizowaniu działań rozwojowych o charakterze długofalowym;
- koncentracji uczestnictwa wśród pracowników o wyższej pozycji organizacyjnej;
- ograniczaniu dostępu do szkoleń dla grup najbardziej przeciążonych;
- wzmacnianiu nierówności kompetencyjnych wewnątrz organizacji.

Niska partycypacja szkoleniowa generuje konsekwencje wykraczające poza poziom indywidualny, wpływając na jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej. Brak systematycznego rozwoju kompetencji prowadzi do dezaktualizacji wiedzy, ograniczenia zdolności adaptacyjnych oraz wzrostu ryzyka błędów klinicznych i organizacyjnych. Niska partycypacja szkoleniowa osłabia także procesy uczenia się organizacyjnego i ogranicza zdolność systemu do reagowania na zmiany. Konsekwencje te mają charakter kumulatywny i ujawniają się z opóźnieniem, co utrudnia ich bieżącą identyfikację. Konsekwencje niskiej partycypacji szkoleniowej dla jakości opieki obejmują[261]:

- obniżenie aktualności kompetencji klinicznych i proceduralnych;
- wzrost zmienności praktyk i odstępstw od standardów;
- osłabienie kultury bezpieczeństwa pacjenta;
- ograniczenie zdolności zespołów do pracy interdyscyplinarnej;
- spadek odporności organizacyjnej podmiotów leczniczych.

Analiza partycypacji szkoleniowej jako zachowania regulowanego systemowo wskazuje, że decyzje pracowników o udziale w szkoleniach są wynikiem złożonej interakcji kalkulacji racjonalnej, norm organizacyjnych oraz bodźców strukturalnych. Selektywność uczestnictwa szkoleniowego stanowi bezpośredni efekt projektowania systemów nagród, awansów i uznania, a jej konsekwencje mają charakter organizacyjny i systemowy. Niska partycypacja szkoleniowa prowadzi do osłabienia jakości opieki oraz zdolności adaptacyjnych ochrony zdrowia. Tak ujęta problematyka stanowi bezpośrednie przejście do dalszych

[259] F. Jc Haverkamp et al., Prepared for mission? A survey of medical personnel training needs within the International Committee of the Red Cross. *World journal of surgery*, 2018, 42.11: 3493-3500.
[260] F. Jc Haverkamp et al., Self-perceived preparedness and training needs of healthcare personnel on humanitarian mission: a pre-and post-deployment survey. *World Journal of Emergency Surgery*, 2022, 17.1: 14.
[261] E. Richter, D. Richter, A. Marx, Was hindert Lehrkräfte an Fortbildungen teilzunehmen? *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2018, 21.5: 1021-1043.

rozważań nad ograniczeniami i dysfunkcjami systemów bodźców organizacyjnych w ochronie zdrowia, które pozwolą zidentyfikować przyczyny braku efektywności regulacyjnej oraz potencjalne kierunki interwencji zarządczych.

Analiza funkcjonowania systemów bodźców organizacyjnych w ochronie zdrowia ujawnia szereg ograniczeń i dysfunkcji, które istotnie osłabiają ich zdolność do regulowania zachowań rozwojowych personelu medycznego. Dysfunkcje te nie wynikają wyłącznie z niedostatków projektowych, lecz w znacznej mierze stanowią konsekwencję strukturalnych uwarunkowań sektora, takich jak silna regulacja zewnętrzna, ograniczona elastyczność organizacyjna oraz chroniczne przeciążenie pracą. W takich warunkach bodźce organizacyjne tracą swoją funkcję strategiczną, stając się narzędziami o charakterze fasadowym. Natomiast niesprawność systemów bodźców prowadzi do stopniowej erozji zaufania pracowników do intencji zarządczych. Jednym z najbardziej rozpowszechnionych ograniczeń jest formalizm nagród i awansów, polegający na oderwaniu ich od rzeczywistego wkładu rozwojowego oraz jakości pracy personelu. Formalizm ten przejawia się w nadmiernym koncentrowaniu się na kryteriach proceduralnych, takich jak staż pracy, liczba odbytych szkoleń czy spełnienie minimalnych wymogów formalnych, przy jednoczesnym marginalizowaniu jakości kompetencji i rzeczywistych efektów uczenia się. Formalizm nagród prowadzi do redukcji bodźców do funkcji administracyjnej, pozbawionej realnego oddziaływania motywacyjnego. W takich warunkach partycypacja szkoleniowa ulega instrumentalizacji i traci swój sens rozwojowy. Formalizm nagród i awansów skutkuje w szczególności[262]:

- koncentracją na spełnianiu kryteriów formalnych zamiast na rozwoju kompetencji;
- spadkiem motywacji do uczenia się o charakterze długofalowym;
- wzrostem postaw oportunistycznych wobec systemów rozwojowych;
- ograniczeniem transferu wiedzy do praktyki klinicznej;
- osłabieniem kultury jakości i uczenia się w organizacji.

Drugą istotną dysfunkcją są nierówności dostępu do bodźców rozwojowych, wynikające z różnic w pozycji organizacyjnej, obciążeniu pracą oraz specyfice ról zawodowych. W ochronie zdrowia dostęp do szkoleń, awansów czy form uznania bywa zróżnicowany pomiędzy grupami zawodowymi, jednostkami organizacyjnymi oraz poziomami hierarchii. Nierówności te prowadzą do kumulacji kapitału rozwojowego w wybranych segmentach personelu. Najbardziej przeciążone grupy pracowników często mają najmniejszy

[262] A. Leśniak-Moczuk, Mechanizm „poszukiwania wrogów" w zbiorowości społecznej jako wyraz patologii funkcjonowania instytucji. Ujęcie teoretyczno-metodologiczne. *Prawo i Więź*, 2024, 5: 107-140.

dostęp do bodźców rozwojowych, co pogłębia ryzyko wypalenia zawodowego. Nierówności dostępu do bodźców rozwojowych przejawiają się poprzez[263]:

- selektywny udział w szkoleniach pracowników o wyższej pozycji organizacyjnej;
- ograniczoną dostępność rozwoju dla personelu liniowego i dyżurowego;
- kumulowanie możliwości awansu w wąskich grupach zawodowych;
- wzrost poczucia niesprawiedliwości organizacyjnej;
- osłabienie motywacji i zaangażowania wśród pracowników peryferyjnych.

Trzecią kluczową dysfunkcją jest rozbieżność pomiędzy deklaracjami strategicznymi organizacji a realnymi praktykami zarządczymi w zakresie bodźców. Organizacje ochrony zdrowia często deklarują wysoką rangę rozwoju kompetencji, uczenia się i partycypacji szkoleniowej, jednak systemy nagród, awansów i uznania nie odzwierciedlają tych deklaracji w praktyce. Taka rozbieżność prowadzi do dezorientacji normatywnej i podważenia wiarygodności przekazów zarządczych, bowiem niespójność ta stanowi jeden z głównych czynników naruszenia kontraktu psychologicznego pracowników. Rozbieżność pomiędzy deklaracjami a praktyką skutkuje[264]:

- osłabieniem zaufania do strategii rozwoju zasobów ludzkich;
- spadkiem gotowości do angażowania się w działania wykraczające poza minimum formalne;
- wzrostem postaw cynicznych wobec inicjatyw szkoleniowych;
- ograniczeniem identyfikacji z organizacją;
- nasileniem intencji odejścia z pracy.

Analiza ograniczeń i dysfunkcji systemów bodźców w ochronie zdrowia wskazuje, że formalizm nagród i awansów, nierówności dostępu do bodźców rozwojowych oraz rozbieżność pomiędzy deklaracjami a praktyką organizacyjną istotnie osłabiają regulacyjną funkcję bodźców. Dysfunkcje te prowadzą do erozji motywacji szkoleniowej, wzrostu poczucia niesprawiedliwości oraz ograniczenia zdolności organizacji do uczenia się i adaptacji. Zidentyfikowanie tych ograniczeń stanowi bezpośredni punkt wyjścia do sformułowania implikacji zarządczych, które umożliwią projektowanie systemów bodźców sprzyjających rzeczywistej partycypacji szkoleniowej, stabilności zatrudnienia oraz jakości i bezpieczeństwu opieki zdrowotnej.

[263] P. Zwiech, Nierówności społeczno-ekonomiczne w świetle teorii segmentacji rynku pracy. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2013, 75.2: 139-150.
[264] M. Gitling, Znaczenie zaufania w zarzadzaniu zasobami ludzkimi. *Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne*, 2018, 2.29: 119-127.

Syntetyczne ujęcie dotychczasowych analiz bodźców organizacyjnych, partycypacji szkoleniowej oraz ich relacji z przeciążeniem pracą, kontraktem psychologicznym i wypaleniem zawodowym prowadzi do konieczności sformułowania implikacji zarządczych o charakterze systemowym. W ochronie zdrowia skuteczność bodźców nie zależy bowiem od ich intensywności, lecz od stopnia spójności z realnymi warunkami pracy, architekturą zarządczą oraz kulturą organizacyjną. Bodźce projektowane w oderwaniu od kontekstu operacyjnego prowadzą do pozornej aktywizacji rozwojowej, nieprzekładającej się na trwałe efekty. Tylko zintegrowane podejście do bodźców umożliwia przekształcenie partycypacji szkoleniowej w stabilny element funkcjonowania organizacji[265]. Pierwszą kluczową implikacją jest konieczność projektowania bodźców sprzyjających rzeczywistej, a nie jedynie formalnej partycypacji szkoleniowej. Oznacza to odejście od rozwiązań opartych wyłącznie na liczbie szkoleń czy certyfikatów na rzecz mechanizmów uwzględniających jakość uczenia się, transfer kompetencji do praktyki oraz obciążenia pracy klinicznej. Bodźce rozwojowe są skuteczne wówczas, gdy towarzyszy im realna przestrzeń organizacyjna na uczenie się. W praktyce zarządczej oznacza to w szczególności[266]:

- projektowanie bodźców powiązanych z rzeczywistym wykorzystaniem kompetencji;
- uwzględnianie czasu i obciążeń pracy w planowaniu działań rozwojowych;
- unikanie presji formalnego uczestnictwa bez wsparcia wdrożeniowego;
- różnicowanie bodźców w zależności od ról i etapów kariery;
- traktowanie partycypacji szkoleniowej jako inwestycji długofalowej.

Drugą implikacją jest potrzeba integracji bodźców organizacyjnych z systemami rozwoju, oceny i retencji personelu. Rozproszenie tych elementów prowadzi do sprzecznych sygnałów regulacyjnych, osłabiających motywację do uczenia się. Spójność systemów HR wzmacnia przewidywalność relacji zatrudnienia oraz stabilizuje kontrakt psychologiczny pracowników. Integracja bodźców z oceną pracy i planowaniem rozwoju sprzyja traktowaniu uczenia się jako elementu odpowiedzialności organizacyjnej. Integracja ta obejmuje między innymi[267]:

- powiązanie udziału w szkoleniach z oceną kompetencji i rozwoju ról;
- uwzględnianie aktywności rozwojowej w decyzjach retencyjnych;

[265] T.D. Petzold, Eine Gesundheitsmotivation als Grundlage für die Arzt-Patient-Kooperation? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2023, 99.2: 67-72.
[266] R. Schuhmann, Meviatis: ein differenzialdiagnostisches Hilfssystem für den Arzt, [w:] *Aufklärung durch Gestaltung in digitalen Umwelten*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2021. s. 41-85.
[267] M. Kern et al., Psychische Belastungen, Ressourcen und Wohlbefinden von Chirurgen in Deutschland. *Der Chirurg*, 2019, 90.7: 576-584.

- spójne komunikowanie celów rozwojowych i kryteriów uznania;
- koordynację działań rozwojowych na poziomie całej organizacji;
- wykorzystanie bodźców jako narzędzia stabilizacji zatrudnienia.

Trzecią kluczową implikacją jest znaczenie spójności bodźców z kulturą organizacyjną i strategią podmiotów leczniczych. Bodźce organizacyjne pełnią funkcję nośników wartości, dlatego ich projektowanie musi być zgodne z deklarowaną orientacją organizacji na jakość, bezpieczeństwo pacjenta i rozwój personelu. Niespójność pomiędzy bodźcami a kulturą organizacyjną prowadzi do dezorientacji normatywnej i spadku zaufania. Kultura wspierająca uczenie się wzmacnia oddziaływanie bodźców nawet przy ograniczonych zasobach materialnych. Znaczenie spójności bodźców z kulturą i strategią przejawia się poprzez[268]:

- wzmacnianie norm sprzyjających uczeniu się i dzieleniu się wiedzą;
- stabilizowanie motywacji do rozwoju w warunkach presji operacyjnej;
- ograniczanie formalizmu i instrumentalizacji działań szkoleniowych;
- budowanie długofalowego zaangażowania personelu;
- wspieranie odporności organizacyjnej podmiotów leczniczych.

Analiza bodźców organizacyjnych w kontekście partycypacji szkoleniowej wskazuje, że stanowią one istotny element architektury zarządczej ochrony zdrowia, warunkujący trwałość motywacji rozwojowej personelu medycznego. Skuteczność bodźców zależy od ich spójności z systemami rozwoju, oceną pracy, polityką retencyjną oraz kulturą organizacyjną. Bodźce projektowane w sposób fragmentaryczny lub formalistyczny prowadzą do selektywnej partycypacji szkoleniowej oraz erozji zaufania organizacyjnego. Zintegrowane podejście do bodźców organizacyjnych umożliwia natomiast przekształcenie rozwoju kompetencji w stabilny element funkcjonowania podmiotów leczniczych, wspierając jakość i bezpieczeństwo opieki, dobrostan personelu oraz odporność organizacyjną systemu ochrony zdrowia. Przeprowadzona analiza bodźców organizacyjnych pozwala stwierdzić, że systemy nagród, awansów i uznania pełnią kluczową rolę w regulowaniu partycypacji szkoleniowej personelu medycznego, działając jako mechanizmy przekładu strategii organizacyjnej na codzienne zachowania zawodowe. W ochronie zdrowia bodźce te funkcjonują w warunkach istotnych ograniczeń strukturalnych, co wymaga ich projektowania w sposób szczególnie wrażliwy na przeciążenie pracą, etos profesjonalny oraz zróżnicowanie ról i ścieżek kariery. Wykazano, że skuteczność bodźców nie zależy od ich intensywności, lecz od spójności z kontraktem psychologicznym pracowników, systemami rozwoju i oceną efektywności oraz

[268] A. Leszczyszyn, Istota kultury coachingowej w zarządzaniu organizacją. *Pedagogika, psychologia, zarządzanie i inżynieria zarządzania–interdyscyplinarność jako oś współczesności*, 2024, 55.

kulturą organizacyjną sprzyjającą uczeniu się. Niespójność bodźców prowadzi do formalizmu, selektywnej partycypacji szkoleniowej i erozji zaufania, natomiast ich integracja z architekturą zarządczą umożliwia traktowanie rozwoju kompetencji jako trwałego elementu funkcjonowania organizacji. W konsekwencji bodźce organizacyjne należy postrzegać nie jako autonomiczne narzędzia motywowania, lecz jako strategiczny komponent zarządzania kapitałem ludzkim, współkształtujący stabilność zatrudnienia, dobrostan personelu oraz jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej.

2.4. Bariery uczestnictwa w szkoleniach jako problem zarządzania

Problematyka barier uczestnictwa w szkoleniach stanowi istotne rozwinięcie dotychczasowych analiz dotyczących motywacji, bodźców organizacyjnych oraz partycypacji szkoleniowej personelu medycznego. Uczestnictwo w szkoleniach nie jest bowiem wyłącznie rezultatem indywidualnej gotowości do uczenia się, lecz efektem złożonej konfiguracji uwarunkowań organizacyjnych, strukturalnych i systemowych, które mogą zarówno wspierać, jak i skutecznie blokować aktywność rozwojową pracowników. W tym sensie bariery szkoleniowe ujawniają się jako problem stricte zarządczy, a nie jedynie operacyjny czy logistyczny.

W ochronie zdrowia bariery te nabierają szczególnego znaczenia ze względu na chroniczne przeciążenie pracą, niedobory kadrowe oraz wysoką presję ciągłości świadczeń. Nawet najlepiej zaprojektowane systemy rozwoju i bodźców organizacyjnych tracą swoją efektywność w sytuacji, gdy realne warunki pracy uniemożliwiają pracownikom udział w szkoleniach lub czynią go źródłem dodatkowego stresu. Bukowska – Piestrzyńska wskazuje, że bariery uczestnictwa w szkoleniach pełnią funkcję „wąskich gardeł" systemów rozwoju zasobów ludzkich, ujawniając rozbieżność pomiędzy intencjami zarządczymi a zdolnością organizacji do ich realizacji[269]. Schwill et al. akcentują natomiast, że trwałe ignorowanie tych barier prowadzi do reprodukcji nierówności rozwojowych oraz erozji zaufania personelu do polityki szkoleniowej[270]. W ujęciu zarządczym bariery uczestnictwa w szkoleniach należy analizować nie tylko jako przeszkody techniczne, lecz jako symptomy głębszych dysfunkcji organizacyjnych, związanych z projektowaniem pracy, alokacją zasobów, stylem przywództwa

[269] A. Bukowska-Piestrzyńska, Uczenie się jako wyraz postawy przedsiębiorczej - na przykładzie podmiotów opieki zdrowotnej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2016, 17.9.2: 145-161.
[270] S. Schwill et al., Determinanten der Teilnahme an Seminartagen eines Weiterbildungsprogramms: eine qualitative Studie mit Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2021, 163: 57-65.

oraz spójnością architektury zarządczej. Identyfikacja i analiza tych barier pozwala bowiem lepiej zrozumieć, dlaczego partycypacja szkoleniowa przyjmuje charakter selektywny, a działania rozwojowe nie zawsze przekładają się na oczekiwane efekty w postaci wzrostu kompetencji, retencji personelu czy poprawy jakości opieki. Tak zarysowana perspektywa stanowi punkt wyjścia do dalszych rozważań nad typologią barier uczestnictwa w szkoleniach, ich źródłami na poziomie indywidualnym, organizacyjnym i systemowym, a także nad implikacjami zarządczymi wynikającymi z ich trwałej obecności w podmiotach leczniczych.

Postrzeganie barier uczestnictwa w szkoleniach wyłącznie przez pryzmat indywidualnych predyspozycji lub deficytów motywacyjnych pracowników stanowi istotne uproszczenie analityczne, które ogranicza zdolność organizacji do skutecznego zarządzania rozwojem kapitału ludzkiego. W ujęciu współczesnego zarządzania zasobami ludzkimi bariery szkoleniowe ujawniają się przede wszystkim jako kategoria organizacyjna, wynikająca z konfiguracji struktur, procesów oraz reguł funkcjonowania podmiotów leczniczych. Karsch-Völk wskazuje, że niska partycypacja szkoleniowa rzadko jest konsekwencją braku gotowości do uczenia się, a znacznie częściej efektem systemowych ograniczeń wpisanych w sposób organizacji pracy[271]. Przypisywanie odpowiedzialności za brak uczestnictwa jednostkom prowadzi do błędnej diagnozy problemu oraz reprodukcji nieskutecznych interwencji zarządczych[272]. Z perspektywy paradygmatu zasobowego kapitał ludzki w ochronie zdrowia stanowi wysoce specyficzny zasób, którego rozwój wymaga stabilnych warunków organizacyjnych, umożliwiających akumulację i reprodukcję kompetencji. Bariery szkoleniowe należy zatem interpretować jako symptomy niewystarczającej zdolności organizacji do ochrony i rozwijania tego zasobu. Organizacje, które nie tworzą warunków sprzyjających uczeniu się, stopniowo tracą przewagę wynikającą z wiedzy i doświadczenia personelu[273]. W takim ujęciu bariery szkoleniowe nie są incydentalnymi przeszkodami, lecz strukturalnym elementem architektury zarządczej. Odejście od narracji „braku motywacji" na rzecz analizy architektury organizacyjnej oznacza przesunięcie punktu ciężkości z postaw pracowników na sposób projektowania pracy, alokację zasobów oraz priorytety strategiczne. Teoria systemów organizacyjnych pozwala ujmować podmioty lecznicze jako układy

[271] M. Karsch-Völk et al., Einschätzung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin in Bayern–eine Online-Befragung von Ärzten in Weiterbildung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2016, 113: 56-65.
[272] E. Richter et al., Zeiten zum beruflichen Lernen: Eine empirische Untersuchung zum Zeitpunkt und der Dauer von Fortbildungsangeboten für Lehrkräfte. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2020, 23.1: 145-173.
[273] M. Farquharson et al., Wie können stationär tätige Ärzt* innen in Weiterbildung und Quereinsteiger* innen in die Allgemeinmedizin in der Phase des Übergangs aus der Klinik in die Praxis unterstützt werden? Eine qualitative Interviewstudie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2025.

wzajemnie powiązanych elementów, w których zmiany w jednym obszarze wywołują konsekwencje w innych[274]. W takim ujęciu bariery szkoleniowe są emergentnym efektem interakcji pomiędzy presją operacyjną, normami kulturowymi oraz mechanizmami zarządczymi[275]. Jeżeli system premiuje wyłącznie bieżącą dostępność kliniczną, a nie tworzy przestrzeni na rozwój, to brak uczestnictwa w szkoleniach staje się racjonalną adaptacją pracowników do warunków systemowych. W tym kontekście bariery szkoleniowe należy rozpatrywać jako efekt projektowania pracy, a nie jako przejaw deficytów pracowników. Projektowanie pracy w ochronie zdrowia często koncentruje się na maksymalizacji ciągłości świadczeń, marginalizując komponent rozwojowy. Brak wydzielonego czasu na uczenie się, sztywne harmonogramy oraz ograniczona zastępowalność personelu skutecznie blokują możliwość uczestnictwa w szkoleniach, niezależnie od poziomu motywacji. W takich zatem warunkach uczestnictwo w szkoleniach staje się zachowaniem wysokiego ryzyka, obciążonym kosztami indywidualnymi i zespołowymi. Bariery szkoleniowe jako efekt projektowania pracy przejawiają się w szczególności poprzez[276]:

- podporządkowanie czasu pracy wyłącznie celom operacyjnym;
- brak strukturalnie wydzielonego czasu na rozwój kompetencji;
- niedostosowanie harmonogramów szkoleniowych do realiów pracy klinicznej;
- ograniczoną elastyczność organizacyjną w zastępowaniu personelu;
- traktowanie uczestnictwa w szkoleniach jako aktywności dodatkowej, a nie integralnej.

W ujęciu systemowym bariery szkoleniowe pełnią również funkcję diagnostyczną, ujawniając napięcia pomiędzy deklarowaną orientacją organizacji na rozwój a rzeczywistymi mechanizmami regulującymi zachowania pracowników. Jeżeli system nie tworzy warunków umożliwiających uczenie się, to brak uczestnictwa w szkoleniach stanowi racjonalny i przewidywalny rezultat jego działania. W takim przypadku interwencje skoncentrowane na „motywowaniu" pracowników są nieskuteczne, ponieważ nie adresują źródła problemu[277].

Analiza barier szkoleniowych jako kategorii organizacyjnej wskazuje, że niska partycypacja szkoleniowa w ochronie zdrowia nie wynika przede wszystkim z deficytów motywacyjnych personelu, lecz z ograniczeń wpisanych w architekturę zarządczą i sposób

[274] M. Zalewska-Turzyńska, Od teorii systemów do teorii złożoności – o różnorodności metod zarządzania organizacjami, [w:] *Metody i techniki zarządzania. Inspiracje dla teorii i praktyki;*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2020.
[275] B. Belina, Szkolenie i doskonalenie jako jeden z kluczowych czynników rozwoju organizacji. *Polish Journal of Continuing Education*, 2017, 4: 128-137.
[276] P. Głowicki, Przegląd rozwiązań w zakresie oceny efektywności szkoleń. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2015, 386: 64-77.
[277] V. Dev et al., Variation in the barriers to compassion across healthcare training and disciplines: A cross-sectional study of doctors, nurses, and medical students. *International Journal of Nursing Studies*, 2019, 90: 1-10.

projektowania pracy. Bariery te stanowią emergentny efekt interakcji presji operacyjnej, struktur organizacyjnych oraz priorytetów strategicznych, a ich trwałość ujawnia niedostosowanie systemów zarządzania kapitałem ludzkim do specyfiki sektora ochrony zdrowia. Tak ujęta perspektywa tworzy bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad barierami strukturalnymi uczestnictwa w szkoleniach, które wynikają z deficytów kadrowych, presji ciągłości świadczeń oraz ograniczeń organizacyjnych charakterystycznych dla podmiotów leczniczych.

Bariery strukturalne uczestnictwa w szkoleniach stanowią jeden z najbardziej trwałych i jednocześnie najtrudniejszych do przezwyciężenia problemów zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia. Ich źródła tkwią w obiektywnych uwarunkowaniach organizacyjnych i systemowych, które determinują sposób alokacji pracy, czasu oraz zasobów kadrowych. W tym sensie bariery strukturalne nie są wynikiem błędów operacyjnych ani przejściowych niedoskonałości, lecz konsekwencją modelu funkcjonowania podmiotów leczniczych, podporządkowanego nadrzędnemu imperatywowi ciągłości świadczeń. W warunkach chronicznego niedoboru personelu każda aktywność szkoleniowa konkuruje bezpośrednio z realizacją zadań klinicznych. Taka konkurencja ma charakter systemowy i nie może być rozwiązana na poziomie decyzji jednostkowych[278]. Jednym z kluczowych wymiarów barier strukturalnych są deficyty kadrowe oraz ograniczona zastępowalność personelu. W wielu podmiotach leczniczych minimalne obsady dyżurowe projektowane są na granicy wydolności systemu, co powoduje, że nieobecność nawet jednego pracownika generuje istotne ryzyko zakłócenia procesu udzielania świadczeń. W takich warunkach udział w szkoleniach jest postrzegany jako zagrożenie dla bezpieczeństwa operacyjnego jednostki[279]. Brak mechanizmów zastępstw skutkuje de facto wykluczeniem najbardziej obciążonych grup zawodowych z dostępu do rozwoju[280]. Drugim istotnym elementem barier strukturalnych jest presja ciągłości świadczeń zdrowotnych, która w ochronie zdrowia przyjmuje charakter nadrzędnego imperatywu organizacyjnego. Ciągłość opieki nad pacjentem, dyżury oraz nieprzewidywalność zdarzeń klinicznych powodują, że planowanie szkoleń napotyka na systemowe ograniczenia. W warunkach wysokiej zmienności obciążeń szkolenia traktowane są jako aktywność wtórna, podlegająca łatwemu przesuwaniu lub odwoływaniu. Taka praktyka

[278] J. Kopacz, Niedobór talentów w branży medycznej. *Menedżer Zdrowia*, 2019, 2019.5: 93-95.
[279] A. Piskorz et al., Ocena potrzeb szkoleniowych średniego personelu medycznego. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*, 2017, 3: 166-174.
[280] K. Fecko-Gałowicz et al., Czynniki wpływające na podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego. *Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek–kontrowersje i wyzwania*, 2022, 29.

prowadzi do utrwalania przekonania o marginalnym znaczeniu rozwoju kompetencji w hierarchii celów organizacyjnych[281]. Trzecim wymiarem barier strukturalnych jest niedopasowanie harmonogramów szkoleniowych do rytmu pracy klinicznej. Szkolenia planowane w sposób oderwany od realiów dyżurowych, specyfiki pracy zmianowej oraz obciążeń poszczególnych zespołów stają się trudno dostępne nawet dla pracowników wykazujących wysoką motywację rozwojową. Brak elastyczności czasowej szkoleń prowadzi do selektywnej partycypacji, ograniczonej do grup o większej autonomii organizacyjnej. Takie rozwiązania reprodukują nierówności kompetencyjne i wzmacniają segmentację personelu. Bariery strukturalne uczestnictwa w szkoleniach przejawiają się w szczególności poprzez[282]:

- chroniczne niedobory kadrowe uniemożliwiające czasowe wyłączenie personelu z pracy klinicznej;
- brak mechanizmów zastępowalności podczas szkoleń;
- nadrzędność ciągłości świadczeń nad celami rozwojowymi;
- sztywność harmonogramów pracy i dyżurowości;
- planowanie szkoleń w oderwaniu od realnych obciążeń zespołów.

W ujęciu systemowym bariery strukturalne pełnią funkcję mechanizmu selekcyjnego, który ogranicza dostęp do rozwoju w sposób niezależny od kompetencji i potrzeb pracowników. Z perspektywy paradygmatu zasobowego oznacza to stopniową erozję potencjału kapitału ludzkiego, ponieważ organizacja nie tworzy warunków do jego reprodukcji. Kowalski wskazuje, że długotrwałe utrzymywanie takich barier prowadzi do kumulacji braków kompetencyjnych oraz wzrostu ryzyka błędów organizacyjnych i klinicznych. Analiza barier strukturalnych uczestnictwa w szkoleniach wskazuje, że deficyty kadrowe, presja ciągłości świadczeń oraz niedopasowanie organizacji pracy do potrzeb rozwojowych stanowią trwałe ograniczenia systemów szkoleniowych w ochronie zdrowia. Bariery te mają charakter obiektywny i nie mogą być przezwyciężane poprzez oddziaływania skierowane wyłącznie do jednostek. Ich obecność ujawnia napięcie pomiędzy logiką operacyjną a logiką rozwoju kapitału ludzkiego. Tak zarysowany problem stanowi bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad barierami organizacyjnymi i proceduralnymi, które wynikają z formalizacji procesów szkoleniowych, centralizacji decyzji oraz ograniczonej elastyczności zarządczej w podmiotach leczniczych.

[281] O. Ten Cate et al., Medical competence as a multilayered construct. *Medical Education*, 2024, 58.1: 93-104.
[282] Z. Liang et al., Development and validation of health service management competencies. *Journal of health organization and management*, 2018, 32.2: 157-175.

Bariery organizacyjne i proceduralne uczestnictwa w szkoleniach stanowią odrębną, choć ściśle powiązaną z barierami strukturalnymi, kategorię ograniczeń rozwojowych w ochronie zdrowia. Ich istota nie sprowadza się do obiektywnego braku zasobów, lecz do sposobu, w jaki procesy szkoleniowe są projektowane, formalizowane i osadzane w architekturze zarządczej podmiotów leczniczych. W tym ujęciu bariery te mają charakter instytucjonalny, wynikający z dominujących procedur, reguł decyzyjnych oraz praktyk administracyjnych. Nadmierna liczba procedur w obszarze rozwoju prowadzi do jego alienacji względem codziennej praktyki klinicznej. Organizacje ochrony zdrowia często reprodukują schematy szkoleniowe niespójne z realnymi potrzebami personelu[283]. Jednym z kluczowych wymiarów barier organizacyjnych jest formalizacja procesów szkoleniowych, która w założeniu ma zapewniać standaryzację i kontrolę jakości, lecz w praktyce często prowadzi do ograniczenia dostępności i elastyczności rozwoju. Procedury szkoleniowe oparte na sztywnych kryteriach kwalifikacji, centralnie ustalanych harmonogramach oraz rozbudowanych wymogach dokumentacyjnych sprzyjają selektywnej partycypacji. Formalizacja ta premiuje pracowników o wyższej pozycji organizacyjnej oraz większej autonomii czasowej. W efekcie proces szkoleniowy traci charakter inkluzywny i przestaje pełnić funkcję wyrównywania kompetencji[284]. Drugim istotnym elementem barier organizacyjnych jest centralizacja decyzji szkoleniowych. Decyzje dotyczące doboru tematów, uczestników oraz form szkoleń podejmowane są często na poziomie centralnym, z ograniczonym udziałem zespołów klinicznych i bez systematycznej diagnozy potrzeb rozwojowych. Centralizacja ta prowadzi do niedopasowania oferty szkoleniowej do specyfiki pracy poszczególnych jednostek. Brak partycypacji pracowników w planowaniu rozwoju obniża jego postrzeganą użyteczność i sens[285]. Trzecim wymiarem barier organizacyjnych jest ograniczona elastyczność zarządcza w dostępie do rozwoju. Obejmuje ona zarówno trudności w modyfikowaniu planów szkoleniowych w odpowiedzi na zmieniające się potrzeby, jak i brak alternatywnych form uczenia się, takich jak szkolenia modułowe, hybrydowe czy osadzone w miejscu pracy. Kowalski wskazuje, że brak elastyczności sprzyja traktowaniu szkoleń jako zdarzeń jednorazowych, a nie procesu ciągłego. W ochronie zdrowia elastyczność organizacyjna stanowi warunek realnej dostępności rozwoju. Bariery

[283] M. Savage et al., Medical leadership: boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. *BMJ open*, 2020, 10.7: e035542.
[284] J.J. Voogt et al., Why medical residents do (and don't) speak up about organizational barriers and opportunities to improve the quality of care. *Academic Medicine*, 2020, 95.4: 574-581.
[285] K.I. Szelągowska-Rudzka, Partycypacja bezpośrednia pracowników jako czynnik rozwoju organizacji. *Studia i Prace WNEiZ US*, 2015, 39/3: 371-383.

organizacyjne i proceduralne uczestnictwa w szkoleniach przejawiają się w szczególności poprzez[286]:

- nadmierną biurokratyzację procesów szkoleniowych;
- selektywne kryteria dostępu do szkoleń;
- centralizację decyzji rozwojowych bez diagnozy potrzeb;
- ograniczoną adaptacyjność oferty szkoleniowej;
- brak powiązania szkoleń z praktyką kliniczną.

Z perspektywy teorii systemów bariery te pełnią funkcję mechanizmów samoreprodukcji nieefektywnych rozwiązań organizacyjnych. Procedury, które miały wspierać rozwój, zaczynają służyć utrzymaniu kontroli administracyjnej, marginalizując funkcję uczenia się. W takim układzie szkolenia przestają być postrzegane jako zasób organizacyjny, a zaczynają jako obowiązek formalny. Analiza barier organizacyjnych i proceduralnych uczestnictwa w szkoleniach wskazuje, że formalizacja, centralizacja oraz brak elastyczności procesów rozwojowych skutecznie ograniczają dostępność i sensowność szkoleń w ochronie zdrowia. Bariery te nie wynikają z braku potrzeby rozwoju, lecz z niedostosowania architektury zarządczej do specyfiki pracy klinicznej. Ich trwałość prowadzi do selektywnej partycypacji szkoleniowej oraz reprodukcji nierówności kompetencyjnych. Tak ujęta problematyka tworzy bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad barierami kulturowymi i normatywnymi, które kształtują nieformalne postawy wobec uczestnictwa w szkoleniach w środowisku ochrony zdrowia.

Bariery kulturowe i normatywne uczestnictwa w szkoleniach należą do najbardziej subtelnych, a jednocześnie najbardziej trwałych ograniczeń rozwoju kapitału ludzkiego w ochronie zdrowia. Ich specyfika polega na tym, że nie przyjmują one postaci formalnych zakazów czy obiektywnych przeszkód organizacyjnych, lecz funkcjonują jako zinternalizowane normy, przekonania i wzorce zachowań, regulujące to, co w danym środowisku pracy uznawane jest za właściwe, akceptowalne lub pożądane. Kultura organizacyjna pełni funkcję nieformalnego systemu kontroli, który często silniej oddziałuje na decyzje pracowników niż oficjalne regulacje. W ochronie zdrowia normy kulturowe związane z etosem zawodowym mają szczególnie silny charakter regulacyjny[287]. Jednym z kluczowych elementów barier kulturowych jest utrwalona kultura „ciągłej dostępności" oraz heroizmu

[286] J. Pawlak, Podmiotowość i partycypacja pracowników a zaangażowanie i odpowiedzialność w zespole w sytuacji zmiany. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 2015, 944.08: 57-67.
[287] A. Kiełkiewicz-Janowiak, M. Zabielska, Lekarz i pacjent na emigracji: odmienne kultury komunikacji w ochronie zdrowia w Polsce iw Wielkiej Brytanii. *Sztuka Leczenia*, 2017, 1: 33-41.

zawodowego, w której gotowość do poświęcenia czasu prywatnego i przekraczania granic obciążenia stanowi istotny element tożsamości profesjonalnej. W takim kontekście uczestnictwo w szkoleniach bywa postrzegane jako aktywność konkurencyjna wobec „prawdziwej" pracy klinicznej. Normatywne oczekiwanie nieprzerwanej dyspozycyjności personelu sprzyja deprecjonowaniu działań rozwojowych jako mniej istotnych. Presja ta prowadzi do internalizacji przekonania, iż rozwój powinien odbywać się poza godzinami pracy, kosztem regeneracji[288]. Drugim istotnym wymiarem barier kulturowych są normy nieformalne deprecjonujące czas przeznaczony na uczenie się. W zespołach klinicznych mogą one przyjmować formę ironicznych komentarzy, społecznego dystansowania się wobec osób uczestniczących w szkoleniach lub milczącego przyzwolenia na rezygnację z rozwoju w imię bieżących obowiązków. Takie normy pełnią funkcję mechanizmu konformizacji, ograniczając skłonność jednostek do zachowań odbiegających od dominującego wzorca. Normy te są szczególnie silne w zespołach o wysokim poziomie przeciążenia i niedoborach kadrowych[289]. Trzecim elementem barier kulturowych są ambiwalentne postawy zespołów wobec uczestnictwa w szkoleniach. Z jednej strony rozwój kompetencji jest deklaratywnie uznawany za wartość, z drugiej – jego realizacja bywa postrzegana jako źródło dodatkowych obciążeń dla pozostałych członków zespołu. W takich warunkach decyzja o udziale w szkoleniu staje się moralnie problematyczna, ponieważ może być interpretowana jako naruszenie solidarności zespołowej. Ambiwalencja ta prowadzi do samoregulacji zachowań pracowników w kierunku rezygnacji z rozwoju. Bariery kulturowe i normatywne uczestnictwa w szkoleniach przejawiają się w szczególności poprzez[290]:

- internalizację normy ciągłej dostępności i poświęcenia;
- deprecjonowanie uczenia się jako „drugorzędnego" wobec pracy klinicznej;
- społeczną presję konformizmu zespołowego;
- moralizowanie decyzji o udziale w szkoleniach;
- przenoszenie odpowiedzialności za rozwój na czas prywatny pracowników.

Z perspektywy teorii systemów normy kulturowe pełnią funkcję mechanizmu stabilizującego istniejące wzorce organizacyjne, nawet jeśli są one dysfunkcjonalne z punktu widzenia rozwoju kapitału ludzkiego. Kultura organizacyjna może skutecznie neutralizować

[288] P. Wasilewski, J. Łuczak, Stan kadry medycznej w Polsce – kto nas będzie leczył w przyszłości? *Kontrola Państwowa*, 2016, 61.5, 370: 63-77.
[289] K.L. Housley, Turbulenzen und Konformität, [w:] *Die wissenschaftliche Welt des Karl-Friedrich Bonhoeffer: Die Verflechtung von Wissenschaft, Religion und Politik im Dritten Reich*. Cham: Springer International Publishing, 2024, s. 101-128.
[290] J. Sempryk, Mechanizmy marginalizacji i wykluczenia w ujęciu teorii kontyngencji. *Społeczeństwo*, 2025, 35.3: 133-144.

formalne polityki szkoleniowe, jeśli nie są one spójne z dominującymi normami[291]. W takim ujęciu bariery kulturowe stanowią jeden z kluczowych czynników wyjaśniających rozbieżność pomiędzy deklarowaną orientacją na rozwój a rzeczywistą partycypacją szkoleniową. Analiza barier kulturowych i normatywnych uczestnictwa w szkoleniach wskazuje, że normy ciągłej dostępności, deprecjonowanie uczenia się oraz ambiwalentne postawy zespołowe skutecznie ograniczają aktywność rozwojową personelu medycznego. Bariery te mają charakter głęboko zakorzeniony i działają niezależnie od formalnych rozwiązań organizacyjnych, ujawniając znaczenie kultury organizacyjnej jako regulatora zachowań szkoleniowych. Tak ujęta problematyka tworzy bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad barierami decyzyjnymi po stronie kadry zarządzającej, które współkształtują warunki uczestnictwa w szkoleniach i determinują możliwość przełamywania opisanych ograniczeń kulturowych.

Bariery decyzyjne po stronie kadry zarządzającej stanowią istotny, choć często niedostatecznie eksponowany, wymiar ograniczeń uczestnictwa w szkoleniach w ochronie zdrowia. Ich specyfika polega na tym, że nie mają one charakteru bezpośrednich zakazów ani formalnych restrykcji, lecz ujawniają się w sposobie definiowania priorytetów, alokacji zasobów oraz podejmowania decyzji w warunkach napięcia pomiędzy logiką operacyjną a logiką rozwoju kapitału ludzkiego. Decyzje menedżerskie w podmiotach leczniczych są często podejmowane w perspektywie krótkoterminowej stabilności operacyjnej, co prowadzi do systematycznego marginalizowania działań rozwojowych. Taka orientacja decyzyjna sprzyja reprodukcji barier szkoleniowych niezależnie od deklarowanych strategii rozwoju[292]. Jednym z kluczowych źródeł barier decyzyjnych jest dominacja krótkoterminowej orientacji operacyjnej w zarządzaniu. W warunkach presji ciągłości świadczeń, ograniczeń kadrowych i rozliczalności ilościowej decyzje dotyczące szkoleń postrzegane są jako potencjalne zagrożenie dla bieżącej wydolności jednostki. Szkolenia traktowane są wówczas jako koszt alternatywny wobec realizacji zadań klinicznych, a nie jako inwestycja w długofalową zdolność organizacji do funkcjonowania. Taka perspektywa prowadzi do systematycznego odkładania działań rozwojowych na „lepszy moment", który w praktyce nie nadchodzi[293]. Drugim istotnym wymiarem barier decyzyjnych jest traktowanie szkoleń przede wszystkim jako kosztu finansowego i organizacyjnego, a nie jako zasobu strategicznego. W wielu podmiotach

[291] A. Winnicka-Wejs, Szkolenia pracowników jako element zarządzania różnorodnością. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 2017, 964.4: 49-66.
[292] A. Sołtysik-Piorunkiewicz, P. Ziuziański, Znaczenie kokpitu menedżerskiego w systemie wczesnego ostrzegania w podmiotach leczniczych. *Organization and Management*, 2016, 174.4: 139-152.
[293] D. Bebel, Ocena kompetencji menedżerskich kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi. *Zesz. Stud. Ruchu Nauk. W Kielc*, 2019, 28: 13-21.

leczniczych decyzje szkoleniowe podejmowane są w oparciu o kryteria budżetowe, z pominięciem analizy długoterminowych korzyści związanych z rozwojem kompetencji. Takie podejście ogranicza zdolność menedżerów do postrzegania szkoleń jako elementu zarządzania ryzykiem jakościowym i kadrowym. Redukowanie szkoleń do pozycji kosztowej sprzyja ich instrumentalizacji i formalizacji[294]. Trzecim źródłem barier decyzyjnych jest deficyt kompetencji menedżerskich w zakresie projektowania i zarządzania rozwojem pracowników. Kadra zarządzająca w ochronie zdrowia często wywodzi się z obszaru klinicznego i nie zawsze dysponuje przygotowaniem umożliwiającym systemowe integrowanie szkoleń z innymi elementami zarządzania kapitałem ludzkim. Brak kompetencji w tym zakresie prowadzi do fragmentarycznych i reaktywnych decyzji szkoleniowych, co oznacza, że w efekcie szkolenia nie są powiązane z oceną kompetencji, ścieżkami kariery ani strategiami retencyjnymi. Bariery decyzyjne po stronie kadry zarządzającej przejawiają się w szczególności poprzez[295]:

- podporządkowanie decyzji szkoleniowych bieżącym potrzebom operacyjnym;
- postrzeganie szkoleń jako kosztu, a nie inwestycji strategicznej;
- brak długofalowego planowania rozwoju kompetencji;
- ograniczoną integrację szkoleń z systemami HR;
- reaktywne i ad hoc podejmowanie decyzji rozwojowych.

Z perspektywy teorii systemów bariery decyzyjne pełnią funkcję mechanizmu utrwalającego istniejące wzorce organizacyjne, nawet jeśli są one dysfunkcjonalne z punktu widzenia rozwoju kapitału ludzkiego. Decyzje menedżerskie, podejmowane w oparciu o krótkoterminową racjonalność, prowadzą do długoterminowego osłabienia zdolności organizacji do uczenia się i adaptacji. W takim ujęciu bariery szkoleniowe stają się produktem ubocznym stylu zarządzania, a nie braku zaangażowania personelu[296]. Analiza barier decyzyjnych po stronie kadry zarządzającej wskazuje, że krótkoterminowa orientacja operacyjna, postrzeganie szkoleń jako kosztu oraz deficyty kompetencji menedżerskich istotnie ograniczają dostępność i sensowność uczestnictwa w szkoleniach. Bariery te mają charakter systemowy i są reprodukowane poprzez codzienne praktyki decyzyjne, niezależnie od

[294] J. Chluska, Nowe wyzwania zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych – szpitalach. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej*, 2016, 23.
[295] A. Paździor, M. Paździor, Pomiar efektywności działalności podmiotów leczniczych. Wybrane aspekty. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2017, 481: 54-62.
[296] M. Nothacker et al., Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2019, 144.14: 990-996.

deklarowanej orientacji na rozwój. Tak ujęta problematyka stanowi bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad barierami systemowymi specyficznymi dla ochrony zdrowia, które wynikają z regulacji zewnętrznych, sposobu finansowania oraz fragmentacji systemu opieki zdrowotnej.

Bariery systemowe uczestnictwa w szkoleniach stanowią najbardziej zewnętrzny, a zarazem najtrudniejszy do bezpośredniego oddziaływania poziom ograniczeń rozwojowych w ochronie zdrowia. Ich specyfika polega na tym, że wykraczają poza pojedyncze organizacje, będąc konsekwencją regulacji prawnych, mechanizmów finansowania oraz strukturalnej fragmentacji systemu ochrony zdrowia. W tym ujęciu bariery szkoleniowe nie są wyłącznie problemem zarządzania na poziomie mikroorganizacyjnym, lecz ujawniają się jako efekt funkcjonowania całego systemu instytucjonalnego. System ochrony zdrowia wytwarza presję na krótkoterminową efektywność świadczeń kosztem inwestycji w rozwój kompetencji. Konsekwencją tego stanu jest chroniczne niedoinwestowanie uczenia się jako dobra publicznego systemu zdrowotnego[297]. Jednym z kluczowych źródeł barier systemowych są regulacje zewnętrzne oraz sposób finansowania podmiotów leczniczych, które w ograniczonym stopniu uwzględniają koszty rozwoju kapitału ludzkiego. Modele kontraktowania świadczeń oraz rozliczalności finansowej koncentrują się przede wszystkim na ilości i dostępności usług, marginalizując znaczenie czasu przeznaczonego na szkolenia i rozwój personelu. W takim układzie uczestnictwo w szkoleniach nie jest traktowane jako element procesu świadczenia usług, lecz jako aktywność uboczna, nieobjęta mechanizmami rekompensaty, co prowadzi do strukturalnego konfliktu pomiędzy wymogami systemu finansowania a potrzebą utrzymania kompetencji personelu[298]. Drugim istotnym wymiarem barier systemowych jest fragmentacja systemu ochrony zdrowia, obejmująca zróżnicowanie form własności, poziomów zarządzania oraz interesariuszy odpowiedzialnych za kształtowanie polityki kadrowej. Brak spójnej, ponadorganizacyjnej strategii rozwoju kompetencji powoduje, że działania szkoleniowe mają charakter rozproszony, nieskoordynowany i krótkofalowy. Fragmentacja ta utrudnia tworzenie standardów rozwojowych oraz mechanizmów współdzielenia zasobów szkoleniowych. W efekcie odpowiedzialność za rozwój kompetencji jest przenoszona na poziom pojedynczych organizacji, które często nie dysponują wystarczającymi zasobami[299]. Trzecim elementem

[297] E. Mączyńska, Dylematy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w warunkach przesilenia cywilizacyjnego. *Mazowsze Studia Regionalne*, 2024, 48: 9-36.
[298] G. Marckmann, J. Schildmann, Qualität und Ethik in der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2022, 65.3: 335-341.
[299] K. Batko, Tworzenie portali korporacyjnych dla organizacji z sektora ochrony zdrowia. *Studia Ekonomiczne*, 2015, 232: 7-22.

barier systemowych jest presja rozliczalności ilościowej, która dominuje nad orientacją na jakość i rozwój. Systemowe wskaźniki efektywności koncentrują się na liczbie procedur, czasie oczekiwania czy dostępności świadczeń, rzadko obejmując mierniki związane z rozwojem kompetencji personelu. Taka logika rozliczalności sprzyja marginalizowaniu działań szkoleniowych jako nieprzekładających się bezpośrednio na ocenę wyników organizacji, a długofalowe konsekwencje tego podejścia ujawniają się w postaci spadku jakości opieki oraz wzrostu ryzyka błędów systemowych. Bariery systemowe specyficzne dla ochrony zdrowia przejawiają się w szczególności poprzez[300]:

- niedostosowanie mechanizmów finansowania do kosztów rozwoju kompetencji;
- brak systemowych zachęt do inwestowania w szkolenia;
- rozproszenie odpowiedzialności za politykę rozwoju personelu;
- dominację wskaźników ilościowych nad jakościowymi;
- przenoszenie ciężaru rozwoju na poziom indywidualny lub organizacyjny.

W ujęciu teorii systemów bariery te pełnią funkcję ograniczników adaptacyjnych, zmniejszając zdolność całego systemu ochrony zdrowia do uczenia się i reagowania na zmiany. System, który nie inwestuje w rozwój kompetencji, stopniowo traci zdolność do samoregulacji i poprawy jakości[301]. W takim kontekście bariery szkoleniowe należy interpretować jako wskaźnik strukturalnej niewydolności systemu, a nie jako problem operacyjny pojedynczych podmiotów. Analiza barier systemowych specyficznych dla ochrony zdrowia wskazuje, że regulacje zewnętrzne, sposób finansowania oraz fragmentacja systemu tworzą trwałe ograniczenia dla uczestnictwa w szkoleniach. Bariery te wykraczają poza możliwości oddziaływania pojedynczych organizacji, ujawniając konieczność myślenia o rozwoju kapitału ludzkiego w kategoriach odpowiedzialności systemowej. Tak zarysowana perspektywa stanowi bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad konsekwencjami zarządczymi trwałego występowania barier szkoleniowych, które pozwolą powiązać opisane ograniczenia z jakością opieki, stabilnością zatrudnienia oraz odpornością organizacyjną podmiotów leczniczych.

Trwałe występowanie barier uczestnictwa w szkoleniach wywołuje konsekwencje, które ujawniają się stopniowo, często z istotnym opóźnieniem czasowym, lecz mają charakter kumulatywny i systemowy. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim bariery szkoleniowe

[300] M. Romanelli, K.D. Hudson, Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *American journal of orthopsychiatry*, 2017, 87.6: 714.
[301] R. Pervez, N. Anjum, Systemic barriers and interventions in healthcare for underserved communities: An exploration of health disparities. *Insights-Journal of Life and Social Sciences*, 2023, 1.2: 19-24.

nie stanowią problemu neutralnego, lecz inicjują procesy erozyjne, wpływające jednocześnie na kompetencje personelu, stabilność zespołów oraz jakość funkcjonowania podmiotów leczniczych. Długotrwałe ograniczanie dostępu do rozwoju prowadzi do „cichej degradacji" potencjału organizacyjnego, trudnej do uchwycenia w krótkoterminowych wskaźnikach efektywności. Konsekwencje te ujawniają się najpierw na poziomie organizacyjnym, a dopiero później systemowym[302]. Pierwszym obszarem konsekwencji jest deformacja wzorców partycypacji szkoleniowej, polegająca na utrwaleniu selektywnego i nierównego dostępu do rozwoju. Bariery strukturalne, organizacyjne i kulturowe powodują, że w szkoleniach uczestniczą głównie pracownicy o wyższej autonomii organizacyjnej, niższym poziomie obciążeń lub silniejszej pozycji w strukturze. Taki mechanizm prowadzi do reprodukcji nierówności kompetencyjnych wewnątrz organizacji, ponieważ selektywna partycypacja szkoleniowa osłabia spójność zespołów klinicznych i utrudnia standaryzację praktyk. Konsekwencje te przejawiają się w szczególności poprzez[303]:

- kumulowanie kompetencji w wąskich segmentach personelu;
- marginalizację rozwoju grup najbardziej obciążonych pracą;
- utrwalenie różnic jakościowych w praktyce klinicznej;
- osłabienie mechanizmów uczenia się zespołowego;
- wzrost napięć i poczucia niesprawiedliwości organizacyjnej.

Drugim obszarem konsekwencji jest stopniowa degradacja kapitału kompetencyjnego organizacji, wynikająca z braku systematycznej aktualizacji wiedzy oraz ograniczenia transferu nowych rozwiązań do praktyki. W ochronie zdrowia, gdzie wiedza ma charakter dynamiczny i silnie kontekstowy, brak regularnych szkoleń prowadzi do dezaktualizacji procedur oraz wzrostu zmienności praktyk klinicznych. Organizacje o niskiej intensywności uczenia się tracą zdolność adaptacyjną w obliczu zmian technologicznych i regulacyjnych. Konsekwencje te ujawniają się w postaci obniżenia jakości i bezpieczeństwa opieki[304]. Trzecim wymiarem konsekwencji jest wzmocnienie procesów przeciążenia pracą i wypalenia zawodowego, które w warunkach ograniczonego rozwoju ulegają samonapędzającej się dynamice. Brak możliwości uczenia się i doskonalenia kompetencji ogranicza poczucie sprawczości oraz kontroli nad wymaganiami pracy, co sprzyja narastaniu stresu chronicznego. Bariery

[302] N. Tzenios, The determinants of access to healthcare: a review of individual, structural, and systemic factors. *Journal of Humanities and Applied Science Research*, 2019, 2.1: 1-14.
[303] A. Wenerska, Standaryzacja pracy jako narzędzia zarządzania personelem na przykładzie Call Center w Centrum Medycznym MedSafe, [w:] W. Grzegorczyk (red.), *Wybrane problemy zarządzania i finansów. Studia przypadków,* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.
[304] B. Guzak, M. Rybka, Mierniki jakości w opiece długoterminowej w kontekście oceny jakości usług medycznych. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2024, 9.1: 128-140.

szkoleniowe eliminują jeden z kluczowych zasobów ochronnych wobec wypalenia zawodowego. W takich warunkach rozwój przestaje pełnić funkcję regeneracyjną, a praca staje się źródłem narastającej frustracji[305]. Czwartym obszarem konsekwencji są negatywne skutki retencyjne, ujawniające się w postaci wzrostu intencji odejścia oraz rotacji personelu. Ograniczenie dostępu do rozwoju kompetencji prowadzi do naruszenia kontraktu psychologicznego, szczególnie wśród pracowników o wysokim potencjale. Brak perspektyw rozwojowych jest jednym z najsilniejszych symptomów decyzji o opuszczeniu organizacji. W ochronie zdrowia rotacja ta ma charakter szczególnie kosztowny ze względu na czasochłonność adaptacji nowych pracowników[306]. Wreszcie, trwałe bariery szkoleniowe prowadzą do osłabienia odporności organizacyjnej podmiotów leczniczych, rozumianej jako zdolność do utrzymania jakości funkcjonowania w warunkach zmienności i kryzysów. Organizacje, które nie inwestują w rozwój kompetencji, reagują na zmiany w sposób reaktywny, oparty na doraźnych rozwiązaniach. Brak systematycznego uczenia się ogranicza zdolność organizacji do samoregulacji. W długim okresie skutkuje to zwiększoną podatnością na kryzysy kadrowe i jakościowe.

Analiza konsekwencji zarządczych trwałego występowania barier szkoleniowych wskazuje, że nie mają one charakteru izolowanego ani krótkoterminowego. Bariery te inicjują procesy erozyjne obejmujące kompetencje, zaangażowanie, dobrostan oraz stabilność zasobów ludzkich, a ich skutki ujawniają się zarówno na poziomie organizacyjnym, jak i systemowym. Trwałe ograniczanie partycypacji szkoleniowej prowadzi do osłabienia jakości opieki, wzrostu rotacji oraz zmniejszenia odporności organizacyjnej podmiotów leczniczych. Tak zarysowane konsekwencje tworzą bezpośrednie przejście do ostatniego etapu analizy, jakim jest interpretacja barier szkoleniowych jako sygnału dysfunkcji architektury zarządczej, umożliwiająca sformułowanie syntetycznych wniosków dla zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia.

Ujęcie barier uczestnictwa w szkoleniach wyłącznie jako przeszkód operacyjnych prowadzi do fragmentarycznej diagnozy problemu i ogranicza zdolność organizacji do formułowania trafnych interwencji zarządczych. W perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim bariery szkoleniowe pełnią bowiem funkcję sygnałów diagnostycznych, ujawniających głębsze dysfunkcje architektury zarządczej podmiotów leczniczych. Ich trwała

[305] E. Marcisz-Dyla, Stres w zawodzie lekarza – przegląd badań empirycznych. *Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej*, 2024, 15: 56-65.
[306] W. Lebowa, Postać lekarza w kontekście pełnionych ról zawodowych. *Studia Humanistyczne AGH*, 2021, 20.4: 79-96.

obecność wskazuje nie na incydentalne niepowodzenia polityki szkoleniowej, lecz na systemową niespójność pomiędzy strategią, strukturą organizacyjną oraz codziennymi praktykami zarządczymi. Bariery rozwojowe stanowią „objawy wtórne" niewydolności systemów zarządzania zasobami ludzkimi. Ich analiza pozwala zrekonstruować rzeczywiste, a nie deklarowane priorytety organizacji[307]. Z tej perspektywy bariery szkoleniowe należy interpretować jako rezultat niespójności pomiędzy logiką operacyjną a logiką rozwoju, które funkcjonują równolegle w podmiotach leczniczych. Organizacje deklarujące orientację na rozwój kompetencji, lecz projektujące pracę w sposób wykluczający uczenie się, wytwarzają strukturalne sprzeczności regulacyjne. Taka niespójność prowadzi do dezorientacji normatywnej pracowników oraz osłabienia zaufania do intencji zarządczych. W efekcie uczestnictwo w szkoleniach traci charakter racjonalnej decyzji rozwojowej i staje się zachowaniem obarczonym ryzykiem organizacyjnym. Bariery szkoleniowe ujawniają również ograniczoną zdolność architektury zarządczej do integracji kluczowych systemów, takich jak planowanie pracy, rozwój kompetencji, ocena efektywności oraz polityka retencyjna. W sytuacji, gdy systemy te funkcjonują w izolacji, szkolenia pozostają dodatkiem, a nie integralnym elementem zarządzania. Brak integracji prowadzi do rozproszenia odpowiedzialności za rozwój oraz do reaktywnego, doraźnego podejmowania decyzji szkoleniowych. Taka architektura zarządcza sprzyja reprodukcji barier zamiast ich eliminacji[308]. Istotnym aspektem diagnostycznym barier szkoleniowych jest także ich związek z kulturą organizacyjną i stylem przywództwa. Organizacje, w których normy nieformalne deprecjonują uczenie się lub premiują wyłącznie bieżącą wydajność, wytwarzają środowisko niesprzyjające partycypacji szkoleniowej niezależnie od formalnych zapisów. Kultura organizacyjna może neutralizować nawet najlepiej zaprojektowane systemy rozwoju. W takich warunkach bariery szkoleniowe stają się trwałym elementem krajobrazu organizacyjnego. Bariery szkoleniowe jako sygnał dysfunkcji architektury zarządczej ujawniają się w szczególności poprzez[309]:

- rozbieżność pomiędzy strategią rozwoju a projektowaniem pracy;
- brak integracji systemów szkoleniowych z innymi funkcjami HR;
- dominację krótkoterminowej racjonalności operacyjnej;

[307] L. Nyawira et al., Management of human resources for health: implications for health systems efficiency in Kenya. *BMC health services research*, 2022, 22.1: 1046.
[308] H. Esmaeilnozar, F. Rezaei, F. T. Fishani, Human Resource Management Inefficiency and Tax Management. *Journal of Accounting and Financial Studies (JAFS)*, 2025, 20.70: 541-552.
[309] J. Klich, Wokół dysfunkcji zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Journal of Public Governance, 2008, 5.3: 119-134.

- niespójność bodźców organizacyjnych i norm kulturowych;
- reaktywny charakter decyzji rozwojowych.

W ujęciu systemowym bariery szkoleniowe pełnią funkcję „wskaźników ostrzegawczych", sygnalizujących obniżoną zdolność organizacji do uczenia się i adaptacji. Organizacje ignorujące te sygnały narażają się na narastające problemy kadrowe, jakościowe i retencyjne. Traktowanie barier jako narzędzia diagnostycznego otwiera możliwość głębokiej rekonstrukcji architektury zarządczej[310]. Analiza barier uczestnictwa w szkoleniach jako problemu zarządzania prowadzi do wniosku, że mają one charakter systemowy i stanowią efekt interakcji struktur organizacyjnych, decyzji menedżerskich, norm kulturowych oraz uwarunkowań systemowych ochrony zdrowia. Bariery te nie są przejawem braku motywacji pracowników, lecz sygnałem niespójności architektury zarządczej, w której rozwój kapitału ludzkiego nie został w pełni zintegrowany z logiką funkcjonowania organizacji. Ujęcie barier szkoleniowych jako narzędzia diagnostycznego umożliwia przejście od działań pozornych do interwencji systemowych, sprzyjających realnej partycypacji szkoleniowej, stabilności zasobów ludzkich oraz poprawie jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.

2.5. Specyfika profesji lekarskiej jako pracownika wiedzy: autonomia, etos, odpowiedzialność, normy środowiskowe

Specyfika profesji lekarskiej jako pracownika wiedzy wymaga odrębnego ujęcia analitycznego, ponieważ łączy w sobie cechy klasycznego zawodu regulowanego z właściwościami charakterystycznymi dla pracy opartej na wysokospecjalistycznej wiedzy eksperckiej. Lekarz funkcjonuje jednocześnie jako nośnik kapitału intelektualnego o wysokiej rzadkości, uczestnik złożonych procesów decyzyjnych oraz podmiot ponoszący bezpośrednią odpowiedzialność za skutki podejmowanych działań. W tym sensie profesja lekarska zajmuje szczególne miejsce w strukturze kapitału ludzkiego ochrony zdrowia, a jej specyfika istotnie wpływa na sposób funkcjonowania systemów zarządzania, motywowania oraz rozwoju. Jednym z kluczowych wymiarów tej specyfiki jest wysoki poziom autonomii zawodowej, stanowiący konstytutywną cechę pracy lekarza. Autonomia ta obejmuje zarówno swobodę podejmowania decyzji klinicznych, jak i relatywnie dużą niezależność w doborze metod postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Autonomia nie ma jednak charakteru

[310] P. Peprah et al., Removing barriers to healthcare through an intercultural healthcare system: Focus group evidence. *Journal of Integrative Medicine*, 2021, 19.1: 29-35.

absolutnego, lecz jest osadzona w ramach wiedzy naukowej, standardów postępowania oraz regulacji prawnych. W ujęciu organizacyjnym autonomia lekarska pełni funkcję zasobu, umożliwiającego elastyczne reagowanie na złożone i niejednoznaczne sytuacje kliniczne, lecz jednocześnie stanowi wyzwanie dla hierarchicznych modeli zarządzania, które opierają się na standaryzacji i kontroli procesów[311]. Drugim istotnym elementem specyfiki profesji lekarskiej jest silnie ukształtowany etos zawodowy, obejmujący normy moralne, wartości oraz wzorce zachowań związane z wykonywaniem zawodu. Etos ten koncentruje się wokół dobra pacjenta, odpowiedzialności za życie i zdrowie oraz zobowiązania do ciągłego doskonalenia kompetencji. Etos zawodowy pełni funkcję regulatora zachowań, często silniejszego niż formalne mechanizmy organizacyjne[312]. W konsekwencji lekarze podejmują decyzje i działania nie tylko w odpowiedzi na bodźce organizacyjne, lecz także w odniesieniu do wewnętrznie zinternalizowanych norm profesjonalnych. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim oznacza to, że skuteczność instrumentów motywacyjnych i rozwojowych zależy od ich zgodności z etosem zawodowym, a nie wyłącznie od ich formalnej atrakcyjności.

Nierozerwalnie z etosem zawodowym związany jest wymiar odpowiedzialności, który w profesji lekarskiej przyjmuje szczególnie intensywną formę. Odpowiedzialność ta ma charakter wielowymiarowy i obejmuje odpowiedzialność kliniczną, prawną, etyczną oraz społeczną. Praca lekarza wiąże się z podejmowaniem decyzji obarczonych wysokim poziomem niepewności i potencjalnie nieodwracalnych konsekwencji, co odróżnia ją od wielu innych form pracy opartej na wiedzy. W ujęciu organizacyjnym tak rozumiana odpowiedzialność wpływa na percepcję obciążeń pracy, poziom stresu oraz podatność na wypalenie zawodowe, a jednocześnie kształtuje specyficzne oczekiwania wobec warunków wykonywania zawodu i wsparcia instytucjonalnego[313]. Istotnym elementem specyfiki profesji lekarskiej są również normy środowiskowe, kształtowane w ramach wspólnoty zawodowej oraz struktur socjalizacji profesjonalnej. Normy te regulują relacje pomiędzy lekarzami, sposób przekazywania wiedzy, postrzeganie autorytetu oraz akceptowalne formy zachowań zawodowych[314]. Środowiskowe normy profesjonalne mogą wzmacniać jakość praktyki klinicznej i sprzyjać uczeniu się poprzez

[311] M. Golowska, A. Łuszczyński, Filozoficzno-prawne dylematy autonomii lekarskiej i roli samorządu zawodowego lekarzy. *Prawo i Więź*, 2024, 5: 621-635.
[312] C. Wiesemann, Knappe Ressourcen und das Ethos der Heilberufe, [w:] *Gesundheit und Wirtschaftswachstum: Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2010, s. 151-157.
[313] B. Podgórska, Wykonywanie zawodu lekarza a ochrona praw pacjenta i odpowiedzialność lekarza w świetle uregulowań w prawie polskim. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio G–Ius*, 2018, 65.2: 203-221.
[314] M. Drahmann, C. Cramer, The professional ethos of teachers, doctors, lawyers, and clergy: A comparison of ethos in different professions [w:] *The international handbook of teacher ethos: Strengthening teachers, supporting learners*. Cham: Springer International Publishing, 2021. s. 415-427.

praktykę, lecz jednocześnie mogą ograniczać otwartość na zmiany, innowacje organizacyjne czy interwencje zarządcze postrzegane jako naruszające autonomię zawodową. W tym sensie normy środowiskowe pełnią funkcję zarówno integrującą, jak i konserwującą istniejące wzorce funkcjonowania.

Z perspektywy teorii pracowników wiedzy profesja lekarska charakteryzuje się wysokim poziomem kapitału specjalistycznego, którego wartość ujawnia się w kontekście sytuacyjnym i relacyjnym. Wiedza lekarza nie ma wyłącznie charakteru deklaratywnego, lecz w znacznej mierze przyjmuje postać wiedzy ukrytej, rozwijanej poprzez doświadczenie kliniczne, refleksję oraz interakcje zespołowe. Oznacza to, że zarządzanie lekarzami jako pracownikami wiedzy wymaga rozwiązań, które respektują ich autonomię, etos i normy środowiskowe, a jednocześnie umożliwiają integrację tej wiedzy z celami organizacyjnymi podmiotów leczniczych. Specyfika profesji lekarskiej jako pracy opartej na wiedzy ujawnia się w unikatowym splocie autonomii decyzyjnej, silnego etosu zawodowego, wielowymiarowej odpowiedzialności oraz norm środowiskowych. Czynniki te determinują sposób reagowania lekarzy na systemy motywacyjne, rozwojowe i zarządcze, czyniąc z nich grupę zawodową wymagającą szczególnie wyważonych i kontekstowo osadzonych interwencji organizacyjnych. Uwzględnienie tej specyfiki stanowi warunek projektowania skutecznych rozwiązań w obszarze zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia oraz punkt wyjścia do dalszych analiz relacji pomiędzy profesjonalizmem medycznym a logiką zarządzania organizacją.

Ujęcie lekarza jako pracownika wiedzy stanowi użyteczną ramę analityczną dla zrozumienia specyfiki funkcjonowania profesji lekarskiej w strukturach organizacyjnych ochrony zdrowia. Koncepcja pracowników wiedzy, wywodząca się z dorobku zarządzania organizacjami opartymi na wiedzy, akcentuje rolę wysokospecjalistycznych kompetencji, autonomii decyzyjnej oraz zdolności do rozwiązywania problemów o niskim stopniu standaryzacji[315]. W tym sensie lekarze spełniają kluczowe kryteria tej kategorii zawodowej, jednocześnie przekraczając jej klasyczne definicje poprzez bezpośrednie powiązanie pracy z odpowiedzialnością za życie i zdrowie pacjentów. Z perspektywy organizacyjnej lekarz jawi się jako nośnik kapitału wiedzy osadzonego w jednostkowych kompetencjach eksperckich i niskiej substytucyjności, którego wartość ujawnia się przede wszystkim w sytuacjach niejednoznacznych, wymagających interpretacji klinicznej oraz integracji wiedzy formalnej z doświadczeniem praktycznym. Wiedza lekarzy ma w przeważającej mierze charakter wiedzy

[315] K. Łysik, Zarządzanie pracownikami wiedzy. *Kwartalnik Nauk o Przedsiębiorstwie*, 2011, 20.3: 57-62.

ukrytej, trudnej do kodyfikacji i transferu w postaci procedur. Właśnie ten komponent wiedzy decyduje o jakości decyzji klinicznych i skuteczności leczenia[316]. Istotnym wyróżnikiem pracy lekarzy jako pracowników wiedzy jest sytuacyjność i nieprzewidywalność procesów decyzyjnych. W przeciwieństwie do wielu profesji opartych na wiedzy, gdzie decyzje podejmowane są w warunkach względnej stabilności kontekstu, praca lekarza odbywa się w środowisku zmiennym, obarczonym niepewnością diagnostyczną, presją czasu oraz konsekwencjami etycznymi i prawnymi. Decyzje kliniczne mają charakter probabilistyczny i nie mogą być w pełni zredukowane do algorytmów postępowania[317]. Z tego względu lekarze nie tylko stosują wiedzę, lecz nieustannie ją rekonstruują w toku praktyki. W ujęciu zarządczym specyfika ta generuje istotne ograniczenia dla klasycznych modeli kontroli, standaryzacji i nadzoru, wywodzących się z paradygmatu organizacji przemysłowej. Próby zarządzania lekarzami wyłącznie poprzez procedury, wskaźniki ilościowe czy hierarchiczne mechanizmy kontroli prowadzą do napięć strukturalnych oraz oporu środowiskowego. Lekarze jako pracownicy wiedzy reagują negatywnie na rozwiązania ograniczające autonomię decyzyjną bez zapewnienia wsparcia merytorycznego i organizacyjnego. W konsekwencji skuteczność zarządzania personelem lekarskim zależy od zdolności organizacji do tworzenia warunków sprzyjających wykorzystaniu wiedzy, a nie jej administracyjnego nadzorowania.

Z perspektywy paradygmatu zasobowego lekarze stanowią strategiczny zasób organizacji ochrony zdrowia, którego wartość jest silnie zależna od kontekstu organizacyjnego. Wiedza lekarska nie generuje przewagi konkurencyjnej w oderwaniu od warunków umożliwiających jej aktualizację, wymianę oraz integrację z innymi zasobami organizacji. Organizacje, które nie tworzą infrastruktury wspierającej uczenie się lekarzy, stopniowo tracą zdolność do utrzymania jakości opieki. Zarządzanie lekarzami jako pracownikami wiedzy wymaga odejścia od logiki kontroli na rzecz logiki koordynacji i wsparcia[318]. W celu syntetycznego uchwycenia specyfiki profesji lekarskiej jako pracy opartej na wiedzy, zasadne jest zestawienie jej kluczowych cech z charakterystyką „klasycznego" pracownika wiedzy (tabela 6).

Zestawienie zaprezentowane w tabeli 6 wskazuje, że lekarze, mimo przynależności do kategorii pracowników wiedzy, funkcjonują w odmiennym reżimie organizacyjnym niż

[316] K. Mleczko, Modele transferu zasobów wiedzy w organizacji szpitalnej. *Systemy wspomagania w Inżynierii Produkcji*, 2012, 2.2: 69-77.
[317] T. Rzepiński, Ewidencja empiryczna w procesie podejmowania decyzji klinicznych. *Filozofia Nauki*, 2012, 20.3 (79): 13-33.
[318] B. Buchelt, J.A. Jończyk, Innowacyjność jako podstawowy wyznacznik zatrudnialności lekarzy w szpitalach. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2018, 511: 50-61.

większość profesji eksperckich. Specyfika ich pracy generuje konieczność adaptacji narzędzi zarządczych, szczególnie w obszarze oceny efektywności, projektowania systemów rozwoju oraz kształtowania relacji pomiędzy autonomią zawodową a odpowiedzialnością organizacyjną.

Tabela 6. Lekarz a klasyczny pracownik wiedzy – ujęcie porównawcze

Wymiar analizy	Klasyczny pracownik wiedzy	Lekarz jako pracownik wiedzy
Charakter wiedzy	Wiedza ekspercka, często kodyfikowana	Wiedza ekspercka i ukryta, silnie sytuacyjna
Autonomia decyzyjna	Wysoka, ograniczona celami organizacyjnymi	Bardzo wysoka, osadzona w etosie i odpowiedzialności
Kontekst decyzji	Relatywnie stabilny	Zmienny, obarczony wysoką niepewnością
Skutki decyzji	Głównie organizacyjne lub ekonomiczne	Kliniczne, etyczne, prawne i społeczne
Możliwości standaryzacji	Wysokie lub umiarkowane	Ograniczone, kontekstowe
Relacja z organizacją	Kontraktowa	Profesjonalno-instytucjonalna
Reakcja na kontrolę	Akceptacja selektywna	Często opór wobec nadmiernej kontroli

Źródło: opracowanie własne na podstawie: W. Lebowa, Postać lekarza w kontekście pełnionych ról zawodowych. *Studia Humanistyczne AGH*, 2021, 20.4: 79-96.

Analiza zawodu lekarza jako pracownika wiedzy w ujęciu organizacyjnym wskazuje, że profesja lekarska łączy wysoki poziom autonomii decyzyjnej, sytuacyjność wiedzy oraz wielowymiarową odpowiedzialność, co istotnie ogranicza zastosowanie klasycznych modeli zarządzania. Lekarze stanowią strategiczny zasób oparty na wiedzy ukrytej, której efektywne wykorzystanie wymaga warunków organizacyjnych sprzyjających uczeniu się, refleksji i współpracy, a nie wyłącznie kontroli i standaryzacji. Tak zarysowana perspektywa stanowi bezpośredni punkt wyjścia do dalszych rozważań nad autonomią zawodową lekarzy a systemami zarządzania, w których napięcie pomiędzy profesjonalizmem medycznym a logiką organizacyjną ujawnia się w sposób szczególnie wyraźny. Autonomia zawodowa stanowi jedną z konstytutywnych cech profesji lekarskiej i jednocześnie jeden z kluczowych punktów napięcia pomiędzy logiką profesjonalną a logiką organizacyjną w ochronie zdrowia. W ujęciu zarządczym autonomia lekarzy nie jest jedynie przywilejem zawodowym, lecz funkcjonalnym warunkiem wykonywania pracy opartej na wiedzy eksperckiej, podejmowanej w warunkach niepewności klinicznej i wysokiej odpowiedzialności. Autonomia decyzyjna lekarzy pełni funkcję mechanizmu

adaptacyjnego, umożliwiającego reagowanie na złożoność i zmienność przypadków klinicznych. Ograniczenie tej autonomii bez zapewnienia adekwatnych substytutów organizacyjnych prowadzi do obniżenia jakości decyzji oraz wzrostu ryzyka błędów[319]. Z perspektywy teorii pracowników wiedzy autonomia zawodowa jest nierozerwalnie związana z efektywnym wykorzystaniem wiedzy ukrytej, której nie da się w pełni skodyfikować w procedurach i algorytmach. Lekarz, podejmując decyzje kliniczne, integruje wiedzę naukową, doświadczenie zawodowe, ocenę ryzyka oraz kontekst organizacyjny, co wymaga swobody interpretacyjnej. Próby nadmiernej standaryzacji procesów klinicznych prowadzą do „administracyjnej kolonizacji profesjonalizmu"[320]. W takich warunkach lekarze postrzegają systemy zarządzania jako narzędzie kontroli, a nie wsparcia. Jednocześnie autonomia zawodowa lekarzy funkcjonuje w ramach organizacji, które podlegają presji efektywności, rozliczalności i standaryzacji. Systemy zarządzania w ochronie zdrowia, w tym procedury jakościowe, wskaźniki efektywności oraz mechanizmy nadzoru, dążą do ograniczenia zmienności i zwiększenia przewidywalności procesów. Z perspektywy teorii systemów mamy do czynienia z napięciem pomiędzy podsystemem profesjonalnym, opartym na autonomii i etosie zawodowym, a podsystemem administracyjnym, zorientowanym na kontrolę i koordynację. Brak równowagi pomiędzy tymi podsystemami prowadzi do chronicznych konfliktów organizacyjnych.

Autonomia lekarzy jako zasób organizacyjny pełni funkcję dwojaką. Z jednej strony umożliwia wysoką jakość opieki i elastyczne reagowanie na złożone sytuacje kliniczne, z drugiej – utrudnia implementację jednolitych standardów zarządczych. Skuteczne systemy zarządzania nie dążą do eliminacji autonomii, lecz do jej instytucjonalnego „obudowania" poprzez ramy koordynacyjne, wsparcie decyzyjne i mechanizmy uczenia się organizacyjnego[321]. W tym kontekście istotne jest rozróżnienie pomiędzy autonomią niekontrolowaną a autonomią odpowiedzialną. Autonomia niekontrolowana prowadzi do nadmiernej wariantywności praktyk klinicznych, natomiast autonomia odpowiedzialna jest osadzona w standardach, refleksji zawodowej oraz mechanizmach informacji zwrotnej. Przejście od kontroli do odpowiedzialnej autonomii stanowi jedno z kluczowych wyzwań współczesnego zarządzania ochroną zdrowia[322]. Dla lepszego zobrazowania relacji pomiędzy

[319] A. Stosik, Kariery pracowników wiedzy na rynku usług medycznych. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2016, 429: 247-256.
[320] H. Brown, View from the frontline: The doctor as a knowledge worker. *Health Information on the Internet*, 2008, 64: 9-10.
[321] J. Haberko, Zasady postępowania lekarza w stosunku do pacjenta. Uwagi de lege lata i de lege ferenda na tle przepisów Kodeksu etyki lekarskiej. *Medyczna Wokanda*, 2016, 8.8: 43-56.
[322] O. Dryla, Prawo do niewiedzy a autonomia. *Diametros*, 2012, 32: 19-38.

autonomią zawodową lekarzy a dominującymi logikami zarządzania zasadne jest zestawienie tych perspektyw w ujęciu porównawczym (tabela 7).

Tabela 7. Autonomia zawodowa lekarzy a logiki zarządzania w ochronie zdrowia

Wymiar	Logika profesjonalna (lekarska)	Logika organizacyjno-zarządcza
Podstawa działania	Wiedza ekspercka i etos zawodowy	Procedury, standardy, wskaźniki
Charakter decyzji	Sytuacyjny, interpretacyjny	Standaryzowany, porównywalny
Źródło odpowiedzialności	Indywidualna odpowiedzialność kliniczna	Odpowiedzialność organizacyjna
Stosunek do kontroli	Selektywna akceptacja	Dążenie do systematycznej kontroli
Postrzeganie autonomii	Warunek jakości pracy	Potencjalne źródło ryzyka

Źródło: opracowanie własne na podstawie: B. Krzyżewska, Kodeks Norymberski a autonomia jednostki. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 2016, 14.3: 171-191.

Zarządzanie autonomią zawodową lekarzy wymaga zatem odejścia od modeli hierarchicznych na rzecz rozwiązań opartych na współzarządzaniu, przywództwie klinicznym oraz integracji perspektywy profesjonalnej z organizacyjną. Lekarze są bardziej skłonni akceptować regulacje, jeśli są one współtworzone i osadzone w logice jakości klinicznej. Mechanizmy partycypacyjne oraz przywództwo kliniczne pełnią funkcję pomostu pomiędzy autonomią a odpowiedzialnością organizacyjną. W tym sensie autonomia zawodowa nie stanowi bariery dla zarządzania, lecz wyzwanie projektowe, wymagające adekwatnych rozwiązań instytucjonalnych. Systemy zarządzania, które respektują autonomię lekarzy, jednocześnie wzmacniają ich identyfikację z organizacją oraz gotowość do uczestnictwa w procesach rozwojowych i jakościowych (tabela 8).

Tabela 8. Modele zarządzania autonomią lekarzy – ujęcie syntetyczne

Model zarządzania	Charakterystyka	Konsekwencje organizacyjne
Kontrolny	Silna standaryzacja, nacisk na KPI	Opór środowiskowy, formalizm
Autonomii nieograniczonej	Minimalna ingerencja zarządcza	Wysoka zmienność praktyk
Autonomii odpowiedzialnej	Ramy standardów + refleksja	Jakość, uczenie się, zaufanie
Współzarządzania klinicznego	Partycypacja lekarzy w decyzjach	Integracja jakości i efektywności

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M.A. Elston, Medical autonomy: challenge and response, [w:] Conflicts in the national health service. *Routledge*, 2022. s. 26-51.

Analiza autonomii zawodowej lekarzy w relacji do systemów zarządzania wskazuje, że stanowi ona jednocześnie kluczowy zasób organizacyjny oraz źródło napięć strukturalnych. Autonomia nie jest sprzeczna z zarządzaniem jako takim, lecz z jego redukcyjnymi, kontrolnymi formami. Skuteczne systemy zarządzania w ochronie zdrowia nie eliminują autonomii lekarskiej, lecz instytucjonalnie ją integrują poprzez mechanizmy współzarządzania, przywództwa klinicznego i odpowiedzialnej refleksji zawodowej. Tak ujęta perspektywa tworzy bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad etosem lekarskim jako regulatorem zachowań organizacyjnych, który w sposób nieformalny, lecz niezwykle skuteczny współkształtuje relacje pomiędzy profesjonalizmem medycznym a architekturą zarządczą podmiotów leczniczych.

Etos lekarski stanowi jeden z kluczowych, choć nieformalnych, mechanizmów regulujących zachowania organizacyjne w ochronie zdrowia. Jego znaczenie wykracza poza wymiar normatywny, obejmując sferę decyzyjną, relacyjną oraz rozwojową funkcjonowania lekarzy w strukturach organizacyjnych. Etos ten kształtuje sposób postrzegania obowiązków zawodowych, granic autonomii, relacji z pacjentem oraz odpowiedzialności wobec środowiska profesjonalnego. Etos zawodowy lekarzy pełni funkcję wewnętrznego kompasu decyzyjnego, często silniej oddziałującego na zachowania niż formalne regulacje organizacyjne. W warunkach wysokiej niepewności klinicznej etos staje się podstawowym mechanizmem stabilizacji praktyk zawodowych. Z perspektywy zarządzania organizacyjnego etos lekarski można interpretować jako formę nieformalnej kontroli normatywnej, która współistnieje z formalnymi systemami zarządzania, często je uzupełniając, a niekiedy wchodząc z nimi w konflikt. Etos opiera się na wartościach takich jak prymat dobra pacjenta, odpowiedzialność indywidualna, samodoskonalenie oraz lojalność wobec standardów zawodowych. Te wartości są internalizowane w toku długotrwałej socjalizacji profesjonalnej i funkcjonują niezależnie od przynależności organizacyjnej, a w konsekwencji lekarze często identyfikują się silniej z profesją niż z konkretną organizacją[323].

Istotnym aspektem etosu lekarskiego jest jego zdolność do regulowania zachowań w sytuacjach, w których formalne procedury okazują się niewystarczające lub nieadekwatne. W takich warunkach lekarze odwołują się do norm środowiskowych oraz wzorców praktyki uznawanych za właściwe w danej wspólnocie zawodowej. Etos pełni wówczas funkcję „miękkiego mechanizmu koordynacji", umożliwiającego podejmowanie decyzji w warunkach

[323] P. Prüfer, Etos i profesjonalizm w trosce o godność pacjenta. *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II*, 2025, 68.1: 91-103.

niejednoznaczności[324]. Mechanizm ten sprzyja ciągłości opieki, lecz jednocześnie może ograniczać wdrażanie zmian organizacyjnych postrzeganych jako sprzeczne z tradycją zawodową.

W kontekście zarządzania zasobami ludzkimi etos lekarski oddziałuje również na stosunek lekarzy do systemów motywacyjnych, ocenowych oraz rozwojowych. Instrumenty zarządcze, które są postrzegane jako niespójne z etosem zawodowym, tracą swoją skuteczność regulacyjną, nawet jeśli są formalnie poprawnie zaprojektowane. Lekarze wykazują selektywną akceptację narzędzi zarządczych, uzależniając ją od ich zgodności z wartościami profesjonalnymi. Szczególnie silne napięcia pojawiają się w obszarze wskaźników efektywności oraz rozliczeń ilościowych. Dla syntetycznego uchwycenia funkcji etosu lekarskiego jako regulatora zachowań organizacyjnych zasadne jest jego zestawienie z formalnymi mechanizmami zarządzania (tabela 9).

Tabela 9. Etos lekarski a formalne mechanizmy regulacji organizacyjnej

Wymiar regulacji	Etos lekarski	Mechanizmy formalne
Źródło norm	Wartości i tradycja zawodowa	Procedury i regulaminy
Charakter kontroli	Wewnętrzna, normatywna	Zewnętrzna, administracyjna
Zakres oddziaływania	Decyzje kliniczne i relacje	Procesy i wyniki
Elastyczność	Wysoka, sytuacyjna	Ograniczona, standardowa
Reakcja lekarzy	Wysoka akceptacja	Akceptacja selektywna

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Stoecker, Medizinische Ethik, [w:] *Handbuch Angewandte Ethik*. JB Metzler, Stuttgart, 2023. s. 313-320.

Etos lekarski wpływa także na dynamikę uczenia się i rozwoju zawodowego. Z jednej strony promuje ciągłe doskonalenie kompetencji jako moralny obowiązek profesjonalny, z drugiej – może sprzyjać nieformalnym formom uczenia się kosztem sformalizowanych systemów szkoleniowych. Lekarze często preferują uczenie się poprzez praktykę, mentoring i wymianę doświadczeń w środowisku zawodowym. Formalne szkolenia zyskują akceptację wówczas, gdy są postrzegane jako realnie wspierające jakość praktyki klinicznej[325]. Jednocześnie etos lekarski może pełnić funkcję czynnika oporu wobec zmian organizacyjnych, szczególnie tych, które są odbierane jako naruszające autonomię lub redukujące profesjonalizm

[324] E. Anczyk, A. Anczyk, Lekarski etos w relacjach z pacjentem. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, 2010, 13.1: 123.
[325] S. Balling, S. Bohnet-Joschko, Ärztliche führung im krankenhaus der zukunft. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 2023, 28.02: 89-94.

do wymiaru proceduralnego. Etos bywa wykorzystywany jako narzędzie legitymizujące sprzeciw wobec nadmiernej standaryzacji. W takich sytuacjach konflikt nie dotyczy samej zmiany, lecz jej symbolicznego znaczenia dla tożsamości zawodowej[326]. Zarządcze implikacje etosu lekarskiego można syntetycznie ująć poprzez identyfikację obszarów zgodności i napięć pomiędzy etosem a systemami organizacyjnymi (tabela 10).

Tabela 10. Etos lekarski – implikacje dla zarządzania organizacyjnego

Obszar	Zgodność z etosem	Potencjalne napięcia
Jakość opieki	Wysoka	Minimalne
Autonomia decyzyjna	Wysoka	Standaryzacja
Rozwój kompetencji	Preferencja uczenia nieformalnego	Formalizm szkoleń
Ocena efektywności	Jakość kliniczna	KPI ilościowe
Przywództwo	Autorytet ekspercki	Hierarchia administracyjna

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Rösche, Ethik im Corpus hippocraticum, [w:] *Aspekte der Theorie und Ethik in der Medizin der Antike: Ein Lesebuch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2025, s. 59-70.

Analiza etosu lekarskiego jako regulatora zachowań organizacyjnych wskazuje, że stanowi on jeden z najsilniejszych nieformalnych mechanizmów kształtujących praktykę zawodową lekarzy. Etos ten sprzyja wysokiej jakości opieki, odpowiedzialności indywidualnej oraz ciągłemu doskonaleniu, lecz jednocześnie generuje napięcia wobec formalnych systemów zarządzania, szczególnie w obszarze kontroli, standaryzacji i oceny efektywności. Skuteczne zarządzanie w ochronie zdrowia wymaga zatem nie neutralizacji etosu lekarskiego, lecz jego instytucjonalnego uwzględnienia i integracji z architekturą zarządczą. Tak ujęta perspektywa tworzy bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad odpowiedzialnością kliniczną lekarzy a percepcją obciążeń i ryzyka zawodowego, w której etos zawodowy, autonomia i presja organizacyjna splatają się w sposób szczególnie intensywny.

Odpowiedzialność kliniczna stanowi jeden z najbardziej konstytutywnych elementów profesji lekarskiej i jednocześnie kluczowy czynnik kształtujący subiektywną percepcję obciążeń pracy oraz ryzyka zawodowego. W przeciwieństwie do wielu innych profesji opartych na wiedzy, odpowiedzialność lekarza nie ogranicza się do skutków organizacyjnych lub ekonomicznych podejmowanych decyzji, lecz obejmuje bezpośrednie konsekwencje dla zdrowia i życia pacjentów, a także odpowiedzialność prawną, etyczną i społeczną.

[326] D.V. Awad, Ethisch-rechtliche Aspekte. [w:] *Labioplastik–Topographie und Varianten: Von der Theorie zur klinischen Praxis*. Cham: Springer Nature Switzerland, 2025. s. 193-202.

Wielowymiarowość tej odpowiedzialności istotnie intensyfikuje poznawcze i emocjonalne obciążenie pracy lekarskiej. Odpowiedzialność kliniczna stanowi trwały komponent środowiska pracy, niezależny od formalnego zakresu obowiązków[327]. Z perspektywy organizacyjnej odpowiedzialność kliniczna funkcjonuje jako czynnik strukturalnie wpisany w rolę zawodową lekarza, wpływający na sposób interpretowania wymagań pracy, presji czasu oraz konsekwencji błędów. Decyzje kliniczne podejmowane są często w warunkach niepełnej informacji, presji organizacyjnej oraz ograniczeń zasobowych, co dodatkowo potęguje poczucie ryzyka. Lekarze internalizują odpowiedzialność za wyniki leczenia, nawet w sytuacjach, w których uwarunkowania systemowe znacząco ograniczają zakres kontroli nad procesem. Taka internalizacja prowadzi do trwałego podwyższenia poziomu napięcia zawodowego[328]. Istotnym aspektem odpowiedzialności klinicznej jest jej asymetryczny charakter. Odpowiedzialność ta spoczywa w dużej mierze na jednostce, podczas gdy decyzje organizacyjne dotyczące obsady dyżurowej, dostępności zasobów czy organizacji pracy podejmowane są na poziomie instytucjonalnym. Asymetria pomiędzy odpowiedzialnością indywidualną a kontrolą organizacyjną stanowi jedno z głównych źródeł poczucia przeciążenia. Brak spójności pomiędzy zakresem odpowiedzialności a realnym wpływem na warunki pracy nasila percepcję ryzyka zawodowego[329]. W tym kontekście odpowiedzialność kliniczna oddziałuje nie tylko na obciążenia poznawcze, lecz również na obciążenia emocjonalne, związane z koniecznością podejmowania decyzji o wysokiej wadze moralnej. Stała ekspozycja na cierpienie pacjentów, ryzyko niepowodzeń terapeutycznych oraz potencjalne konsekwencje prawne decyzji klinicznych generują specyficzny profil stresu zawodowego. Stres ten różni się jakościowo od stresu występującego w innych zawodach wiedzy. Jego długotrwałe oddziaływanie sprzyja rozwojowi objawów wypalenia zawodowego[330]. Dla uporządkowania relacji pomiędzy odpowiedzialnością kliniczną a percepcją obciążeń zasadne jest zestawienie głównych wymiarów odpowiedzialności z odpowiadającymi im formami obciążenia pracy (tabela 11).

Odpowiedzialność kliniczna wpływa również na sposób, w jaki lekarze postrzegają ryzyko zawodowe. Ryzyko to obejmuje nie tylko ryzyko błędu medycznego, lecz także ryzyko

[327] A. Euteneier, Einführung in das klinische Risikomanagement. [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024. s. 3-16.
[328] S. Sakinatunnisa, N. Alawiya, Legal responsibility of healthcare facilities in the management of medical emergencies. *Jurnal Hukum In Concreto*, 2025, 4.2: 257-270.
[329] S. Acke et al., Global infectious disease risks associated with occupational exposure among non-healthcare workers: a systematic review of the literature. *Occupational and Environmental Medicine*, 2022, 79.1: 63-71.
[330] K. Badura-Brzoza et al., Stres okresu pandemii wirusa SARS-CoV-2 a zachowania prozdrowotne wśród personelu medycznego-doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska*, 2022, 56.5: 969-978.

utraty reputacji, prawne oraz ryzyko naruszenia własnych standardów etycznych. Percepcja ryzyka zawodowego jest wzmacniana w warunkach niedoborów kadrowych i przeciążenia pracą. Organizacyjne strategie minimalizowania ryzyka, oparte wyłącznie na procedurach, nie redukują subiektywnego poczucia odpowiedzialności lekarzy[331].

Tabela 11. Wymiary odpowiedzialności klinicznej a obciążenia pracy lekarza

Wymiar odpowiedzialności	Charakterystyka	Dominujący typ obciążenia
Kliniczna	Decyzje terapeutyczne	Poznawcze
Etyczna	Dylematy moralne	Emocjonalne
Prawna	Ryzyko odpowiedzialności	Stresowe
Społeczna	Oczekiwania pacjentów i otoczenia	Relacyjne
Organizacyjna	Odpowiedzialność za ciągłość opieki	Operacyjne

Źródło: opracowanie własne na podstawie: E. Marcisz-Dyla, Stres w zawodzie lekarza – przegląd badań empirycznych. *Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej*, 2024, 15: 56-65.

Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim istotne znaczenie ma fakt, że odpowiedzialność kliniczna oddziałuje na gotowość lekarzy do podejmowania dodatkowych aktywności, w tym uczestnictwa w szkoleniach i inicjatywach rozwojowych. W warunkach wysokiej percepcji ryzyka lekarze koncentrują się na utrzymaniu bezpieczeństwa bieżącej praktyki, ograniczając zaangażowanie w działania postrzegane jako zwiększające obciążenie. Brak wsparcia organizacyjnego w obszarze odpowiedzialności sprzyja defensywnym strategiom zawodowym[332]. Relację pomiędzy odpowiedzialnością kliniczną a zachowaniami zawodowymi lekarzy w środowisku organizacyjnym syntetyzuje tabela 12.

Tabela 12. Odpowiedzialność kliniczna a zachowania organizacyjne lekarzy

Obszar zachowań	Wysoka odpowiedzialność	Konsekwencje organizacyjne
Decyzyjność	Ostrożność, redundancja	Wydłużenie procesów
Uczenie się	Preferencja uczenia praktycznego	Ograniczenie szkoleń formalnych
Zaangażowanie	Silne zaangażowanie indywidualne	Ryzyko przeciążenia
Relacje zespołowe	Wysokie wymagania	Napięcia interpersonalne
Dobrostan	Permanentne napięcie	Wypalenie zawodowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ch. Koller, Das Arzthaftungsverfahren aus Sicht des Arztes. *Aktuelle Kardiologie*, 2024, 13.06: 447-452.

[331] M. Zamroczyńska, Lekarz, którego dotyczy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowe. *Medyczna Wokanda*, 2022, 17/18: 80-95.
[332] R. Galicki, Granice „poświęcania" samego siebie przez osoby wykonujące zawód medyczny. *Studia Prawnicze: rozprawy i materiały*, 2025, 36.1: 163-194.

Z perspektywy teorii systemów odpowiedzialność kliniczna funkcjonuje jako czynnik sprzężenia zwrotnego pomiędzy poziomem indywidualnym a organizacyjnym. Systemy zarządzania, które nie uwzględniają ciężaru tej odpowiedzialności, wzmacniają poczucie izolacji decyzyjnej lekarzy oraz nasilają percepcję ryzyka. Przenoszenie odpowiedzialności na jednostkę przy jednoczesnym ograniczeniu jej wpływu na warunki pracy prowadzi do systemowej erozji dobrostanu personelu. Skuteczne zarządzanie odpowiedzialnością kliniczną wymaga jej współdzielenia poprzez wsparcie zespołowe, przywództwo kliniczne oraz adekwatne ramy organizacyjne[333].

Analiza odpowiedzialności klinicznej jako czynnika kształtującego percepcję obciążeń i ryzyka zawodowego wskazuje, że stanowi ona centralny element doświadczenia pracy lekarza. Wielowymiarowy charakter tej odpowiedzialności, połączony z asymetrią pomiędzy zakresem odpowiedzialności a wpływem organizacyjnym, intensyfikuje obciążenia poznawcze i emocjonalne oraz zwiększa podatność na wypalenie zawodowe. Odpowiedzialność kliniczna wpływa również na zachowania rozwojowe i retencyjne lekarzy, kształtując ich relację z organizacją. Tak ujęta perspektywa stanowi bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad normami środowiskowymi i procesami socjalizacji profesjonalnej lekarzy, które współkształtują sposób internalizacji odpowiedzialności oraz reagowania na wymagania organizacyjne w ochronie zdrowia.

Normy środowiskowe oraz procesy socjalizacji profesjonalnej stanowią kluczowy mechanizm kształtowania zachowań lekarzy w organizacjach ochrony zdrowia, funkcjonując równolegle do formalnych struktur zarządczych. Ich znaczenie polega na tym, że regulują one praktykę zawodową w sposób niejawny, lecz trwały, wpływając na interpretację ról, oczekiwań oraz granic dopuszczalnych zachowań. Normy środowiskowe w profesjach medycznych pełnią funkcję „ukrytego regulatora", który często wyprzedza lub neutralizuje oddziaływanie formalnych procedur[334]. Socjalizacja profesjonalna lekarzy rozpoczyna się na długo przed wejściem do konkretnej organizacji i ma charakter ciągły, obejmując całe życie zawodowe[335]. Proces socjalizacji profesjonalnej lekarzy przebiega wieloetapowo i obejmuje zarówno formalne elementy kształcenia, jak i nieformalne wzorce zachowań przekazywane w środowisku klinicznym. W toku socjalizacji internalizowane są normy dotyczące relacji

[333] M. Kurz, Grundlagen des Haftungs-und Haftpflichtversicherungsrechts, [w:] Haftungsbegrenzungen bei Freiberuflern. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2023, s. 23-61.
[334] I. Wrześniewska-Wal, V. Korporowicz-Żmichowska, Rezylientność i adaptacyjność polityki zdrowotnej w czasach zagrożeń egzystencjalnych: Studium na przykładzie kadry medycznej. *Studia z Polityki Publicznej/Public Policy Studies*, 2025, 11.4: 7-25.
[335] B. Piszczygłowa, Kwalifikacje zawodowe–personel medyczny w permanentnym rozwoju. [w:] *Medical Forum*. Wydawnictwo Adam Marszałek, 2023. s. 41-50.

z pacjentem, hierarchii zawodowej, sposobu podejmowania decyzji oraz radzenia sobie z niepewnością i odpowiedzialnością. Szczególnie istotną rolę odgrywa socjalizacja wtórna, zachodząca w miejscu pracy, gdzie młodsi lekarze uczą się „praktycznego" wykonywania zawodu poprzez obserwację starszych kolegów. Mechanizm ten sprzyja reprodukcji utrwalonych wzorców praktyki, niezależnie od zmian formalnych regulacji[336]. Normy środowiskowe lekarzy mają charakter silnie hierarchiczny i relacyjny. Autorytet zawodowy, oparty na doświadczeniu klinicznym i reputacji, pełni funkcję punktu odniesienia dla zachowań młodszych członków środowiska. Relacje mistrz – uczeń, nawet jeśli nie są formalnie nazwane mentoringiem, stanowią podstawowy kanał transmisji norm i wartości zawodowych. W takich relacjach przekazywane są nie tylko kompetencje kliniczne, lecz także postawy wobec organizacji, pacjentów i systemów zarządzania[337]. Z perspektywy organizacyjnej normy środowiskowe mogą pełnić zarówno funkcję wspierającą, jak i ograniczającą. Z jednej strony sprzyjają utrzymaniu wysokich standardów profesjonalnych, wzmacniają odpowiedzialność indywidualną oraz ułatwiają adaptację do złożonych warunków pracy klinicznej. Z drugiej strony mogą utrwalać postawy sceptyczne wobec zmian organizacyjnych, formalnych systemów rozwoju czy narzędzi zarządczych postrzeganych jako naruszające autonomię zawodową. Normy środowiskowe często działają jako filtr selektywny wobec inicjatyw organizacyjnych. Brak uwzględnienia tych norm w projektowaniu zmian prowadzi do ich powierzchownej implementacji[338]. Dla syntetycznego uchwycenia roli socjalizacji profesjonalnej i norm środowiskowych zasadne jest zestawienie ich kluczowych funkcji z potencjalnymi konsekwencjami organizacyjnymi (tabela 13).

Tabela 13. Funkcje norm środowiskowych i socjalizacji profesjonalnej lekarzy

Obszar oddziaływania	Funkcja norm środowiskowych	Konsekwencje organizacyjne
Adaptacja zawodowa	Ułatwienie wejścia w rolę	Szybsza integracja
Jakość praktyki	Standaryzacja nieformalna	Stabilność kliniczna
Relacje zespołowe	Hierarchizacja i autorytet	Spójność zespołów
Rozwój kompetencji	Uczenie się przez obserwację	Preferencja uczenia nieformalnego
Stosunek do zmian	Selektywna akceptacja	Opór wobec innowacji

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Bernardi, P.F. Wu, Online health communities and the patient-doctor relationship: An institutional logics perspective. *Social Science & Medicine*, 2022, 314: 115494.

[336] W. Piątkowski, P. Zalewska-Blechar, Społeczna i poznawcza tożsamość socjologii medycyny w ujęciu Eliota Freidsona. *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II*, 2023, 66.1: 107-124.
[337] F. Gerheuser, Arzt bleiben – Wege aus der Kommerzialisierungsfalle. *Die Anaesthesiologie*, 2023, 72.3: 195-198.
[338] F. Heubel, Warum Profession bilden? *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 2024, 71.1: 88-101.

Istotnym aspektem norm środowiskowych jest ich wpływ na postawy wobec uczenia się i rozwoju zawodowego. W środowiskach, w których wysoko cenione jest doświadczenie praktyczne, formalne szkolenia mogą być postrzegane jako mniej wartościowe niż wiedza zdobywana „przy łóżku pacjenta". Taka hierarchizacja źródeł wiedzy prowadzi do marginalizacji sformalizowanych systemów rozwoju. Jednocześnie normy środowiskowe wzmacniają uczenie się nieformalne, które jednak pozostaje trudne do zarządzania i oceny. Normy środowiskowe wpływają również na sposób internalizacji obciążeń i ryzyka zawodowego. W wielu środowiskach lekarskich funkcjonuje norma radzenia sobie z trudnościami w sposób indywidualny, bez eksponowania problemów emocjonalnych czy przeciążenia. Taka norma sprzyja utrwalaniu postaw samowystarczalności, jednocześnie ogranicza ona gotowość do korzystania ze wsparcia organizacyjnego[339]. Relacje pomiędzy normami środowiskowymi a zarządzaniem organizacyjnym można syntetycznie ująć poprzez identyfikację obszarów napięć i potencjalnej synergii.

Tabela 14. Normy środowiskowe lekarzy a zarządzanie organizacyjne

Wymiar	Normy środowiskowe	Zarządzanie organizacyjne
Źródło autorytetu	Doświadczenie i reputacja	Pozycja formalna
Regulacja zachowań	Nieformalna, normatywna	Formalna, proceduralna
Podejście do rozwoju	Preferencja uczenia praktycznego	Systemy szkoleniowe
Reakcja na zmiany	Ostrożność, selektywność	Dążenie do standaryzacji
Wsparcie pracowników	Koleżeńskie, środowiskowe	Instytucjonalne

Źródło: opracowanie własne na podstawie: G. Gielerak, System ochrony zdrowia na miarę potrzeb oraz współczesnych wyzwań i zagrożeń. *Menedżer Zdrowia*, 2022, 2022.5: 16-25.

Z perspektywy teorii systemów normy środowiskowe i procesy socjalizacji profesjonalnej pełnią funkcję mechanizmów stabilizujących system, ograniczając jego podatność na gwałtowne zmiany, lecz jednocześnie zmniejszając zdolność adaptacyjną. Organizacje, które nie integrują norm środowiskowych z architekturą zarządczą, napotykają trwałe bariery wdrożeniowe. Skuteczne zarządzanie w ochronie zdrowia wymaga nie eliminowania norm środowiskowych, lecz ich świadomego wykorzystania jako zasobu[340]. Analiza norm środowiskowych i socjalizacji profesjonalnej lekarzy wskazuje, że stanowią one jeden z najważniejszych, choć nieformalnych, regulatorów zachowań organizacyjnych

[339] G. Gielerak, System ochrony zdrowia na miarę potrzeb oraz współczesnych wyzwań i zagrożeń. *Menedżer Zdrowia*, 2022, 2022.5: 16-25.
[340] M. Szczerbak, O. Szczerbak, Narzędzia lean management jako sposób na poprawę jakości procesów medycznych i bezpieczeństwa pacjentów. *Medycyna Środowiskowa*, 2024, 27.2: 80-89.

w ochronie zdrowia. Normy te sprzyjają adaptacji zawodowej, stabilności praktyki klinicznej oraz transmisji wiedzy, lecz jednocześnie mogą ograniczać akceptację formalnych systemów rozwoju i zmian organizacyjnych. Ich wpływ na percepcję obciążeń, uczenie się i relacje z organizacją czyni je kluczowym elementem architektury zarządczej. Tak ujęta perspektywa tworzy bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad relacją lekarzy z systemami rozwoju i oceną efektywności, w których napięcia pomiędzy normami środowiskowymi a narzędziami zarządczymi ujawniają się w sposób szczególnie wyraźny.

Relacje pomiędzy lekarzami a systemami rozwoju oraz oceny efektywności stanowią jeden z najbardziej problematycznych obszarów zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia. Wynika to z faktu, że narzędzia te zostały w znacznej mierze zaprojektowane w oparciu o logikę organizacyjną i administracyjną, podczas gdy praca lekarzy osadzona jest w logice profesjonalnej, opartej na autonomii, etosie i odpowiedzialności klinicznej. Napięcie pomiędzy tymi logikami prowadzi do selektywnej akceptacji systemów oceny i rozwoju przez środowisko lekarskie. Brak dostosowania narzędzi HR do specyfiki pracy klinicznej skutkuje ich formalnym funkcjonowaniem bez realnego wpływu na praktykę[341]. Systemy rozwoju personelu medycznego, w tym szkolenia, mentoring i uczenie się w miejscu pracy, są przez lekarzy oceniane przede wszystkim przez pryzmat ich przydatności klinicznej. Rozwój postrzegany jest jako integralny element profesjonalizmu, jednak akceptacja konkretnych form rozwoju zależy od ich zgodności z realnymi problemami praktyki medycznej. Lekarze preferują formy rozwoju osadzone w kontekście klinicznym, umożliwiające bezpośredni transfer wiedzy do praktyki. Systemy rozwoju o charakterze formalnym zyskują legitymizację wówczas, gdy są projektowane we współpracy z lekarzami[342]. Znacznie większe kontrowersje budzą systemy oceny efektywności, zwłaszcza te oparte na wskaźnikach ilościowych. Ocena pracy lekarzy poprzez KPI, produktywność czy wskaźniki finansowe bywa postrzegana jako redukcja złożoności pracy klinicznej do mierzalnych, lecz nieadekwatnych parametrów. Taka redukcja prowadzi do poczucia niesprawiedliwości oraz zagrożenia autonomii zawodowej. Lekarze akceptują ocenę efektywności pod warunkiem, że obejmuje ona wymiar jakości klinicznej i bezpieczeństwa pacjenta.

Z perspektywy organizacyjnej problematyczne jest również powiązanie systemów rozwoju z oceną efektywności. W wielu podmiotach leczniczych rozwój kompetencji

[341] Ł. Waligóra, Praktyki HR sprzyjające różnorodności pracowników ze względu na wiek - propozycja narzędzia badawczego. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2024, 159.5: 121-137.
[342] K.E. Humphrey et al., Frequency and nature of communication and handoff failures in medical malpractice claims. *Journal of patient safety*, 2022, 18.2: 130-137.

funkcjonuje jako aktywność równoległa, niepowiązana bezpośrednio z oceną pracy ani decyzjami kadrowymi. Brak takiego powiązania osłabia motywację do uczestnictwa w rozwoju, jednocześnie zbyt silne instrumentalizowanie rozwoju jako narzędzia oceny prowadzi do formalizmu i strategii pozornych[343]. Dla uporządkowania relacji pomiędzy systemami rozwoju, oceną efektywności a percepcją lekarzy zasadne jest zestawienie dominujących cech tych systemów z reakcjami środowiska lekarskiego (tabela 15).

Tabela 15. Systemy rozwoju i oceny efektywności a percepcja lekarzy

Element systemu	Charakterystyka	Dominująca reakcja lekarzy
Szkolenia kliniczne	Osadzone w praktyce	Wysoka akceptacja
Szkolenia formalne	Oderwane od kontekstu	Selektywna akceptacja
Mentoring	Relacyjny, ekspercki	Wysoka akceptacja
KPI ilościowe	Standaryzowane	Opór środowiskowy
Ocena jakości klinicznej	Profesjonalna	Akceptacja

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Z. Świerc, Systemowe narzędzia oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych. *Kwartalnik Nauk o Przedsiębiorstwie*, 2022, 64.2: 73-85.

Systemy oceny efektywności oddziałują również na zachowania adaptacyjne lekarzy. W sytuacji, gdy ocena koncentruje się na wskaźnikach ilościowych, lekarze mogą dostosowywać swoje działania w sposób defensywny, minimalizując ryzyko negatywnej oceny kosztem innowacyjności lub refleksji klinicznej. Taka adaptacja sprzyja formalnemu spełnianiu kryteriów, a nie rzeczywistej poprawie jakości. Długofalowo prowadzi to do erozji zaufania do systemów zarządczych[344]. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim kluczowym wyzwaniem pozostaje zaprojektowanie systemów rozwoju i oceny efektywności, które respektują autonomię zawodową lekarzy, a jednocześnie zapewniają organizacyjną odpowiedzialność za jakość i bezpieczeństwo opieki. Oznacza to konieczność integracji perspektywy klinicznej z organizacyjną, a nie dominacji jednej z nich. Skuteczne systemy oceny w ochronie zdrowia mają charakter hybrydowy, łącząc elementy samooceny, oceny eksperckiej i wskaźników systemowych[345]. Relację pomiędzy rozwojem, oceną efektywności a zarządzaniem lekarzami syntetyzuje poniższa tabela 16.

[343] A. Jagodzinski, Diagnoza potrzeb i oczekiwań społeczności lokalnej w obszarze jakości służby zdrowia. *Nauki Ekonomiczne*, 2022, 35: 155-168.
[344] D. Hryszkiewicz, Społeczna odpowiedzialność polskiej służby zdrowia w dobie pandemii COVID-19. *Przegląd Policyjny*, 2023, 149: 56-69.
[345] K. Sowińska-Domagała, R. Wolniak, Identyfikacja kluczowych elementów kultury organizacyjnej wpływających na jakość opieki zdrowotnej w Polsce. *Management & Quality/Zarządzanie i Jakość*, 2025, 7.2.

Tabela 16. Modele relacji pomiędzy rozwojem a oceną efektywności lekarzy

Model	Charakterystyka	Konsekwencje
Rozdzielony	Brak powiązań	Niska motywacja
Instrumentalny	Rozwój jako kryterium oceny	Formalizm
Hybrydowy	Integracja jakości i rozwoju	Akceptacja
Partycypacyjny	Współtworzenie kryteriów	Zaufanie

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Rzymowski et al., Innowacyjny system do lokalizacji zasobów dla poprawy efektywności i bezpieczeństwa w służbie zdrowia. *Przegląd Telekomunikacyjny+ Wiadomości Telekomunikacyjne*, 2022, 88-92.

W ujęciu systemowym systemy rozwoju i oceny efektywności pełnią funkcję mechanizmów sprzężenia zwrotnego pomiędzy poziomem indywidualnym a organizacyjnym. Jeżeli sprzężenie to ma charakter wyłącznie kontrolny, prowadzi do oporu i zachowań obronnych. Jeżeli natomiast sprzyja uczeniu się i refleksji, wzmacnia zarówno jakość opieki, jak i zaangażowanie lekarzy. Projektowanie takich systemów wymaga uznania lekarzy nie tylko za obiekt zarządzania, lecz za współtwórców standardów jakości[346]. Analiza relacji lekarzy z systemami rozwoju i oceny efektywności wskazuje, że skuteczność tych narzędzi zależy od ich zgodności z logiką profesjonalną pracy klinicznej. Systemy oparte na redukcyjnych wskaźnikach i formalnych kryteriach spotykają się z oporem środowiskowym, natomiast rozwiązania hybrydowe, integrujące rozwój kompetencji z oceną jakości klinicznej, zyskują legitymizację wśród lekarzy. Projektowanie systemów rozwoju i oceny efektywności wymaga zatem odejścia od podejścia administracyjnego na rzecz współzarządzania i partycypacji profesjonalnej. Tak ujęta perspektywa stanowi bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad implikacjami zarządczymi projektowania organizacji zorientowanej na pracę lekarzy, w której autonomia, etos i odpowiedzialność kliniczna są integrowane z celami organizacyjnymi.

Dotychczasowa analiza autonomii zawodowej, etosu, odpowiedzialności klinicznej, norm środowiskowych oraz relacji lekarzy z systemami rozwoju i oceny efektywności prowadzi do wniosku, że skuteczne zarządzanie personelem lekarskim wymaga zasadniczej redefinicji architektury organizacyjnej podmiotów leczniczych. Projektowanie organizacji zorientowanej na pracę lekarzy oznacza odejście od modeli opartych na kontroli i hierarchicznej koordynacji na rzecz rozwiązań, które traktują profesjonalizm medyczny jako centralny zasób organizacyjny. Organizacje ochrony zdrowia osiągają wyższą stabilność i jakość

[346] W. Głód, Wpływ innowacyjnego przywództwa na innowacyjność jednostek ochrony zdrowia w kontekście zarządzania wiedzą. *Human Resource Management/Zarzadzanie Zasobami Ludzkimi*, 2022.

funkcjonowania wówczas, gdy zarządzanie jest projektowane wokół warunków pracy lekarzy, a nie wyłącznie wokół procesów administracyjnych. Brak uwzględnienia specyfiki pracy klinicznej prowadzi do chronicznych napięć i spadku zaangażowania[347]. Kluczową implikacją zarządczą jest przejście od zarządzania przez kontrolę do zarządzania przez warunki, rozumianego jako kształtowanie środowiska pracy sprzyjającego odpowiedzialnej autonomii, uczeniu się i współpracy zespołowej. W takim ujęciu rola zarządzania polega nie na ingerowaniu w decyzje kliniczne, lecz na zapewnianiu zasobów, ram organizacyjnych i wsparcia umożliwiającego ich podejmowanie na wysokim poziomie jakości. Zarządzanie przez warunki wzmacnia poczucie sprawczości lekarzy i ogranicza defensywne strategie zawodowe[348]. Istotnym elementem projektowania organizacji zorientowanej na pracę lekarzy jest rozwój przywództwa klinicznego, rozumianego jako forma pośrednia pomiędzy zarządzaniem administracyjnym a autorytetem profesjonalnym. Przywództwo kliniczne umożliwia integrację perspektywy jakości opieki z celami organizacyjnymi, redukując napięcia pomiędzy autonomią a rozliczalnością. Liderzy kliniczni pełnią funkcję tłumaczy pomiędzy logiką profesjonalną a logiką zarządczą[349]. Implikacje zarządcze można syntetycznie ująć poprzez identyfikację kluczowych obszarów projektowania organizacji zorientowanej na lekarzy (tabela 17).

Tabela 17. Projektowanie organizacji zorientowanej na pracę lekarzy – implikacje zarządcze

Obszar	Kierunek projektowania	Konsekwencje organizacyjne
Autonomia	Ramy odpowiedzialnej autonomii	Jakość decyzji klinicznych
Rozwój	Integracja z praktyką kliniczną	Akceptacja systemów rozwoju
Ocena efektywności	Hybrydowe modele jakościowe	Zaufanie środowiskowe
Przywództwo	Kliniczne i partycypacyjne	Redukcja napięć
Kultura organizacyjna	Uczenie się i refleksja	Odporność organizacyjna

Źródło: opracowanie własne na podstawie: H. Dion, M. Evans, Strategic frameworks for sustainability and corporate governance in healthcare facilities; approaches to energy-efficient hospital management. *Benchmarking: An International Journal*, 2024, 31.2: 353-390.

[347] P.C. Smith et al., Leadership and governance in seven developed health systems. *Health policy*, 2012, 106.1: 37-49.
[348] R. Mcsherry, A. Wadding, P. Pearce, Healthcare Governance Through Effective Leadership. *Effective Heathcare leadership*, 2008, 58-75.
[349] K. Eeckloo, M. De Regge, Healthcare board leadership and governance: conceptual framings and controversies, [w:] *Research Handbook on Leadership in Healthcare*. Edward Elgar Publishing, 2023. s. 305-319.

Projektowanie organizacji zorientowanej na lekarzy ma również znaczenie dla dobrostanu personelu i stabilności zatrudnienia. Uwzględnienie ciężaru odpowiedzialności klinicznej, norm środowiskowych oraz potrzeby autonomii sprzyja ograniczaniu wypalenia zawodowego i wzmacnia procesy retencyjne. Organizacje, które traktują lekarzy jako strategicznych współtwórców wartości, osiągają wyższy poziom identyfikacji personelu z instytucją[350]. Implikacje zarządcze projektowania organizacji zorientowanej na pracę lekarzy wskazują na konieczność odejścia od redukcyjnych modeli zarządzania na rzecz rozwiązań systemowych, które integrują autonomię, odpowiedzialność i rozwój kompetencji z celami organizacyjnymi. Taka orientacja sprzyja jakości opieki, stabilności zasobów ludzkich oraz długofalowej odporności podmiotów leczniczych. Tak zarysowana perspektywa prowadzi do ujęcia lekarzy jako zasobu strategicznego w systemie ochrony zdrowia.

Ujęcie lekarzy jako strategicznego zasobu organizacji ochrony zdrowia stanowi logiczne zwieńczenie analizy ich specyfiki jako pracowników wiedzy. Z perspektywy paradygmatu zasobowego lekarze reprezentują zasób o wysokiej wartości, rzadkości i trudnej imitowalności, którego znaczenie ujawnia się w zdolności organizacji do zapewnienia jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Przewaga organizacyjna w ochronie zdrowia nie wynika z infrastruktury czy technologii, lecz z kompetencji i zaangażowania personelu lekarskiego. Utrata tego zasobu ma charakter długofalowy i trudny do odwrócenia[351]. Strategiczny charakter zasobu, jakim są lekarze, wynika z kumulacji kilku cech: wysokiej autonomii decyzyjnej, wiedzy ukrytej, silnego etosu zawodowego oraz kluczowej roli w procesach klinicznych. Jednocześnie zasób ten jest szczególnie wrażliwy na przeciążenie, niespójność zarządczą oraz brak wsparcia organizacyjnego. Organizacje, które nie uwzględniają tej wrażliwości narażają się na erozję kapitału ludzkiego poprzez wypalenie i rotację[352]. Z perspektywy systemowej lekarze jako zasób strategiczny pełnią funkcję węzłów integrujących poziom mikro (praktyka kliniczna), mezo (organizacja) oraz makro (system ochrony zdrowia). Jakość decyzji klinicznych, efektywność zespołów oraz bezpieczeństwo pacjentów są bezpośrednio powiązane z warunkami, w jakich funkcjonuje ten zasób.

[350] B. Buchelt, Metody i narzędzia eliminacji dysfunkcji systemu zarzadzania zasobami ludzkimi sektora usług medycznych, [w:] Z. Janowska (red.), Dysfunkcje i patologie w sferze zarządzania zasobami ludzkimi, t. 4, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 164-186.
[351] A. Frączkiewicz-Wronka, K. Szymaniec, Model interesariuszy w zarządzaniu zmianą w szpitalach, [w:] Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce, Difin, Warszawa 2012, s. 215-247
[352] G. Głód, *Uwarunkowania i pomiar przedsiębiorczości publicznej w jednostkach ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2016a.

Inwestowanie w lekarzy ma charakter inwestycji systemowej, a nie wyłącznie organizacyjnej[353].

Syntetyczne ujęcie strategicznej roli lekarzy przedstawiono w tabeli 18.

Tabela 18. Lekarze jako strategiczny zasób organizacji ochrony zdrowia

Kryterium zasobu strategicznego	Charakterystyka profesji lekarskiej	Znaczenie dla organizacji
Wartość	Bezpośredni wpływ na jakość opieki	Bezpieczeństwo pacjentów
Rzadkość	Długi proces kształcenia	Ograniczona substytucyjność
Trudność imitacji	Wiedza ukryta i doświadczenie	Trwałość kompetencji
Wrażliwość	Ryzyko wypalenia i rotacji	Konieczność ochrony zasobu
Integracyjność	Łączenie poziomów systemu	Odporność organizacyjna

Źródło: opracowanie własne na podstawie: J. Jończyk, Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej, Prace *Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, Nr 266/2012, s. 221-228.

Ujęcie lekarzy jako strategicznego zasobu implikuje konieczność długofalowego myślenia o zarządzaniu kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia. Oznacza to projektowanie rozwiązań, które nie tylko regulują bieżące funkcjonowanie, lecz również chronią i reprodukują potencjał profesjonalny lekarzy. Organizacje zdolne do takiego myślenia osiągają większą stabilność kadrową i wyższą jakość opieki. Analiza specyfiki profesji lekarskiej jako pracy opartej na wiedzy prowadzi do wniosku, że lekarze stanowią strategiczny zasób organizacji ochrony zdrowia, którego efektywne wykorzystanie wymaga adaptacyjnej, zintegrowanej architektury zarządczej. Autonomia, etos zawodowy, odpowiedzialność kliniczna oraz normy środowiskowe nie są barierami dla zarządzania, lecz jego konstytutywnymi uwarunkowaniami. Ich uwzględnienie stanowi warunek stabilności zasobów ludzkich, dobrostanu personelu oraz jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej.

[353] G. Głód, Innowacyjność ZZL w sektorze ochrony zdrowia - wybrane aspekty, *Nauki o Zarządzaniu*, Nr 1(26) /2016b, s. 44-51

Rozdział 3
Organizacyjne i systemowe uwarunkowania systemu szkoleń – przywództwo, kultura, digitalizacja

3.1. Strategie szkoleniowe i polityki HR w organizacjach ochrony zdrowia (modele, standardy, *governance*)

Strategie szkoleniowe oraz polityki zarządzania zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia stanowią jeden z kluczowych obszarów architektury zarządczej, determinujących zdolność podmiotów leczniczych do utrzymania jakości, bezpieczeństwa oraz ciągłości świadczeń w warunkach narastającej złożoności systemowej. W przeciwieństwie do ujęć redukujących rozwój personelu do zbioru działań szkoleniowych o charakterze operacyjnym, strategie szkoleniowe w ujęciu organizacyjnym i strategicznym należy postrzegać jako element długofalowego projektowania zdolności instytucjonalnych, ściśle powiązany z realizacją celów organizacyjnych oraz adaptacją do zmian otoczenia regulacyjnego, technologicznego i demograficznego. W ochronie zdrowia rozwój kompetencji personelu nie stanowi aktywności autonomicznej, lecz pozostaje osadzony w sieci zależności pomiędzy strukturą organizacyjną, politykami personalnymi, systemami jakości oraz mechanizmami odpowiedzialności klinicznej. Strategie szkoleniowe pełnią w tym ujęciu funkcję narzędzi integrujących wymiar mikro, związany z rozwojem jednostkowych kompetencji, z wymiarem mezo i makro, obejmującym funkcjonowanie organizacji oraz całego systemu ochrony zdrowia. Ich znaczenie ujawnia się nie tylko w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych, lecz przede wszystkim w budowaniu zdolności organizacyjnych do uczenia się, absorpcji wiedzy oraz utrzymania odporności w obliczu przeciążeń operacyjnych i kryzysów systemowych. Polityki HR w podmiotach leczniczych wyznaczają ramy, w których strategie szkoleniowe są projektowane, wdrażane i oceniane. Pełnią one rolę mechanizmów regulujących alokację zasobów, definiujących priorytety rozwojowe oraz kształtujących relacje pomiędzy oczekiwaniami organizacji a aspiracjami pracowników. W tym sensie polityki HR nie mają charakteru wyłącznie administracyjnego, lecz stanowią instrument komunikowania długofalowych intencji organizacji wobec personelu, w tym w zakresie inwestowania w rozwój kompetencji, stabilność zatrudnienia oraz dobrostan zawodowy. Brak spójności pomiędzy

deklarowanymi politykami a realnymi praktykami szkoleniowymi prowadzi do erozji zaufania, formalizacji rozwoju oraz ograniczenia partycypacji szkoleniowej. Analiza strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia wymaga jednocześnie uwzględnienia zróżnicowanych modeli ich organizacji, stopnia centralizacji decyzji rozwojowych oraz relacji pomiędzy wymogami standaryzacyjnymi a potrzebą adaptacyjności. Modele te różnią się pod względem roli przypisywanej kadrze zarządzającej, jednostkom HR oraz liderom klinicznym, a także zakresem autonomii przyznawanej poszczególnym grupom zawodowym. W warunkach wysokiej specjalizacji pracy klinicznej wybór modelu strategii szkoleniowej ma bezpośrednie konsekwencje dla efektywności rozwoju kompetencji, akceptacji środowiskowej oraz zdolności organizacji do integrowania wiedzy formalnej z doświadczeniem praktycznym. Istotnym wymiarem strategii szkoleniowych pozostaje również kwestia standardów rozwoju kompetencji, które w ochronie zdrowia pełnią funkcję stabilizującą i normalizującą. Standardy te porządkują oczekiwania wobec poziomu kompetencji klinicznych i organizacyjnych, umożliwiają porównywalność praktyk oraz wspierają systemy jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Jednocześnie nadmierna standaryzacja rozwoju niesie ryzyko formalizmu i oderwania od realnych uwarunkowań pracy klinicznej, co wymaga świadomego równoważenia pomiędzy normalizacją a elastycznością. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera zagadnienie *governance* rozwoju i szkoleń, rozumianego jako system ról, odpowiedzialności i mechanizmów decyzyjnych regulujących sposób kształtowania i nadzorowania strategii szkoleniowych[354]. *Governance* nie sprowadza się do administrowania procesami szkoleniowymi, lecz obejmuje zdolność organizacji do koordynowania interesów różnych aktorów, zapewniania spójności działań rozwojowych z celami strategicznymi oraz monitorowania ich długofalowych skutków[355]. Jakość *governance* rozwoju stanowi jeden z kluczowych czynników różnicujących organizacje zdolne do trwałego wzmacniania kapitału ludzkiego od podmiotów reprodukujących rozwiązania doraźne i fragmentaryczne[356]. Tak zakreślona perspektywa pozwala traktować strategie szkoleniowe i polityki HR nie jako zbiór narzędzi operacyjnych, lecz jako integralny element zarządzania systemowego

[354] M. Dymyt, T. Dymyt, Determinanty rozwoju innowacji w systemie opieki zdrowotnej. *Zarządzanie i Finanse*, *16*(3.1)/2018, 67-81.
[355] J. Bridges, L. Fitzgerald, J. Meyer, New Workforce Roles in Health Care Exploring the Longerterm, Journey of Organisational Innovations, „Journal of Health Organization and Management", Vol. 21, No. 4/5/2007.
[356] W.W. Chin, R.G. Hamermesh, R.S. Huckman, B.J. McNeil, J.P. Newhouse, 5 Imperatives for Addressing Healthcare's Innovation Challenge, Harvard Business School, 2012, http://www.hbs.edu/healthcare/Documents/Forum-on-Healthcare-Innovation-5-Imperatives.pdf, dostęp: 22.01.2026.

w ochronie zdrowia, którego skuteczność warunkuje stabilność zasobów ludzkich, zdolność adaptacyjną organizacji oraz jakość i bezpieczeństwo opieki nad pacjentem.

Strategie szkoleniowe w organizacjach ochrony zdrowia funkcjonują jako integralny element strategii organizacyjnej, determinując długofalową zdolność podmiotów leczniczych do realizacji podstawowych funkcji systemowych. W tym ujęciu rozwój kompetencji personelu przestaje być traktowany jako aktywność peryferyjna lub reaktywna, a zostaje wpisany w logikę budowania trwałych zdolności instytucjonalnych, powiązanych z jakością opieki, bezpieczeństwem pacjenta oraz stabilnością zasobów ludzkich[357]. W perspektywie paradygmatu zasobowego strategie szkoleniowe pełnią funkcję mechanizmu reprodukcji i wzmacniania kapitału ludzkiego, który w ochronie zdrowia cechuje się wysoką specyficznością, ograniczoną substytucyjnością oraz silnym osadzeniem w praktyce klinicznej. Brak strategicznego osadzenia rozwoju kompetencji prowadzi do stopniowej erozji zasobów wiedzy i doświadczenia, nawet przy formalnym istnieniu systemów szkoleniowych. Rozwój personelu, który nie jest powiązany z celami strategicznymi organizacji, traci znaczenie regulacyjne i motywacyjne[358]. Strategie szkoleniowe jako komponent strategii organizacyjnej realizują w ochronie zdrowia kilka kluczowych funkcji, które ujawniają się na poziomie systemowym i organizacyjnym:

- funkcję adaptacyjną, polegającą na przygotowywaniu personelu do funkcjonowania w warunkach zmienności regulacyjnej, technologicznej i organizacyjnej, co sprzyja utrzymaniu ciągłości świadczeń oraz ograniczaniu ryzyka dezorganizacji procesów klinicznych[359];
- funkcję stabilizującą, związaną z redukowaniem niepewności decyzyjnej oraz wzmacnianiem poczucia kompetencji i sprawczości zawodowej personelu medycznego, co pozostaje w bezpośredniej relacji z retencją i zaangażowaniem zawodowym[360];
- funkcję integracyjną, polegającą na ujednolicaniu standardów praktyki klinicznej i organizacyjnej oraz wzmacnianiu spójności działań zespołów medycznych w obrębie całej organizacji[361];

[357] A. Kozierkiewicz, M. Natkaniec, Dobre rządzenie w ochronie zdrowia. *Menedżer Zdrowia*, 2019.3: 30-33.
[358] A. Jacek, Emanacja założeń *good governance* w działaniach wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego – Seria Prawnicza*, 2020, 28: 71-84.
[359] Zgliczyński, Wojciech Stefan. System ochrony zdrowia w Polsce - wybrane zagadnienia. *Studia BAS*, 2018, 4: 9-46.
[360] A. de Waal, K. Kourtit, Performance measurement and management in practice: Advantages, disadvantages and reasons for use. International Journal of Productivity and Performance Management, 62(5)/2013, 446-473.
[361] E. Dudzik-Urbaniak, H. Kutaj-Wąsikowska, B. Kutryba, M. Piotrowski, Program akredytacji – Szpitale. Zestaw standardów. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.(2016).

- funkcję ochronną, odnoszącą się do ograniczania czynników ryzyka wypalenia zawodowego poprzez rozwój kompetencji adaptacyjnych, poznawczych i relacyjnych, umożliwiających radzenie sobie z przeciążeniem pracą[362];
- funkcję rozwojową, ukierunkowaną na długofalowe kształtowanie zdolności organizacji do uczenia się oraz absorpcji wiedzy, co stanowi warunek utrzymania jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej[363].

Z perspektywy systemowej strategie szkoleniowe pełnią rolę jednego z kluczowych mechanizmów sprzężenia zwrotnego pomiędzy poziomem makro systemu ochrony zdrowia a poziomem mikro praktyki klinicznej. Oczekiwania regulacyjne, standardy jakości oraz zmiany technologiczne są translokowane do codziennej praktyki poprzez decyzje strategiczne dotyczące rozwoju kompetencji. Brak takiego sprzężenia prowadzi do rozbieżności pomiędzy wymaganiami systemowymi a realnymi zdolnościami organizacji. Strategie szkoleniowe pełnią w tym sensie funkcję infrastrukturalną dla realizacji polityk zdrowotnych[364]. Istotnym elementem strategii szkoleniowych jest ich relacja z innymi komponentami strategii organizacyjnej, w szczególności z planowaniem kadr, systemami oceny efektywności oraz polityką retencyjną. Strategie rozwoju kompetencji, które funkcjonują w izolacji od tych obszarów, tracą charakter strategiczny i ulegają fragmentaryzacji. Integracja strategii szkoleniowych z całością architektury zarządczej sprzyja wzmacnianiu kontraktu psychologicznego oraz stabilności zatrudnienia. W warunkach ochrony zdrowia strategie szkoleniowe ujawniają również swój wymiar normatywny, komunikując personelowi hierarchię wartości organizacyjnych. Inwestowanie w rozwój kompetencji stanowi sygnał długofalowego zaangażowania organizacji w kapitał ludzki, natomiast jego brak bywa interpretowany jako przeniesienie ryzyka adaptacyjnego na pracowników. Strategie szkoleniowe odgrywają istotną rolę w kształtowaniu postaw wobec organizacji oraz gotowości do partycypacji w działaniach rozwojowych[365]. Strategie szkoleniowe jako komponent strategii organizacyjnej w ochronie zdrowia stanowią niezbędny element zarządzania systemowego, integrujący rozwój kompetencji z realizacją celów jakościowych, bezpieczeństwa pacjenta oraz stabilności zasobów ludzkich. Tak rozumiane strategie tworzą punkt wyjścia do dalszej analizy polityk HR jako ram regulujących rozwój kompetencji, które

[362] M. Durlik, Zarządzanie w służbie zdrowia: organizacja procesowa i zarządzanie wiedzą. Wydawnictwo PLACET, 2008.
[363] M. Graban, Lean Hospitals-doskonalenie szpitali. ProdPublishing, Wrocław 2011.
[364] M. Hass-Symotiuk, System pomiaru i oceny dokonań szpitala. Wolters Kluwer, 2011.
[365] E. Krzemień, R. Wolniak, Procesy szkolenia i doskonalenia pracowników w ochronie zdrowia. *Zeszyty Naukowe Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, Poznań 2015, 17: 163-176.

przesądzają o spójności, selektywności i trwałości działań szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia.

Polityki zarządzania zasobami ludzkimi w organizacjach ochrony zdrowia pełnią funkcję nadrzędnych ram regulujących sposób projektowania, wdrażania i interpretowania strategii szkoleniowych. W przeciwieństwie do ujęć redukujących polityki HR do zbioru procedur administracyjnych, w perspektywie organizacyjnej i strategicznej należy je traktować jako instrumenty alokacji uwagi zarządczej, zasobów oraz priorytetów rozwojowych. Polityki HR wyznaczają granice racjonalności decyzji rozwojowych, określając, które kompetencje są postrzegane jako strategiczne, a które marginalizowane. Brak spójnych polityk HR prowadzi do przypadkowości i nierówności w dostępie do rozwoju. W ochronie zdrowia polityki HR regulujące rozwój kompetencji realizują szereg kluczowych funkcji systemowych, których znaczenie ujawnia się zarówno na poziomie organizacyjnym, jak i indywidualnym[366]:

- funkcję normatywną, polegającą na definiowaniu oczekiwań wobec zachowań rozwojowych personelu medycznego, w tym zakresu odpowiedzialności za podnoszenie kwalifikacji oraz relacji pomiędzy rozwojem a stabilnością zatrudnienia;
- funkcję alokacyjną, odnoszącą się do dystrybucji ograniczonych zasobów rozwojowych, takich jak czas pracy, środki finansowe czy dostęp do programów szkoleniowych, co bezpośrednio wpływa na realne możliwości uczestnictwa w rozwoju;
- funkcję koordynacyjną, umożliwiającą integrację działań rozwojowych z innymi procesami HR, w szczególności z planowaniem kadr, oceną kompetencji oraz systemami motywacyjnymi;
- funkcję regulacyjną, polegającą na ograniczaniu dowolności decyzyjnej oraz redukowaniu ryzyka arbitralności w zakresie kierowania pracowników na szkolenia i programy rozwojowe;
- funkcję komunikacyjną, poprzez którą polityki HR sygnalizują personelowi długofalowe intencje organizacji wobec inwestowania w kapitał ludzki oraz kształtują percepcję sprawiedliwości organizacyjnej.

Z perspektywy teorii systemów polityki HR stanowią element infrastruktury regulacyjnej organizacji, umożliwiającej translację celów strategicznych na poziom praktyk operacyjnych. W ochronie zdrowia oznacza to konieczność powiązania polityk rozwojowych z celami jakościowymi, bezpieczeństwa pacjenta oraz odporności organizacyjnej. Polityki HR, które nie uwzględniają specyfiki pracy klinicznej, generują napięcia pomiędzy wymogami

[366] M. Sidor-Rządkowska, Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 2018, 167: 127-141.

formalnymi a realnymi warunkami pracy. Skuteczne polityki HR charakteryzują się zdolnością adaptacyjną oraz elastycznością interpretacyjną[367]. Istotnym wymiarem polityk HR regulujących rozwój kompetencji jest ich relacja z kontraktem psychologicznym pracowników medycznych. Polityki, które deklarują wsparcie rozwoju, lecz nie zapewniają realnych warunków jego realizacji, prowadzą do naruszenia oczekiwań pracowników oraz obniżenia zaufania do organizacji. Niespójność pomiędzy deklaracjami polityk HR a praktyką szkoleniową sprzyja demotywacji i ograniczaniu partycypacji szkoleniowej. Stabilne i przewidywalne polityki rozwojowe wzmacniają procesy retencyjne[368]. Polityki HR w ochronie zdrowia funkcjonują również jako mechanizmy zarządzania ryzykiem związanym z rozwojem kompetencji. Decyzje dotyczące zakresu, formy i dostępności szkoleń wpływają na zdolność organizacji do utrzymania kompetencji krytycznych w warunkach rotacji personelu i przeciążenia pracą. Brak strategicznego myślenia o rozwoju kompetencji prowadzi do kumulacji deficytów kompetencyjnych w obszarach kluczowych dla bezpieczeństwa pacjenta[369]. W warunkach wysokiej presji operacyjnej polityki HR pełnią również funkcję ochronną wobec personelu, regulując relację pomiędzy wymaganiami rozwojowymi a obciążeniem pracą. Polityki nieuwzględniające realnych możliwości czasowych i organizacyjnych pracowników sprzyjają formalizacji rozwoju oraz traktowaniu szkoleń jako obciążenia dodatkowego. Elastyczne polityki HR, uwzględniające różne etapy kariery i poziomy doświadczenia, sprzyjają utrzymaniu motywacji do uczenia się[370]. Polityki HR jako ramy regulujące rozwój kompetencji w organizacjach ochrony zdrowia pełnią funkcję systemową, integrując strategie szkoleniowe z całością architektury zarządczej. Ich spójność, przejrzystość i adaptacyjność stanowią warunek efektywnego wykorzystania inwestycji w rozwój personelu oraz przygotowują grunt do analizy modeli strategii szkoleniowych, które różnicują sposób organizacji i realizacji rozwoju kompetencji w podmiotach leczniczych.

Analiza strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia ujawnia zróżnicowanie modeli ich projektowania i wdrażania, wynikające z odmiennego rozumienia roli rozwoju kompetencji w architekturze zarządczej. Modele te różnią się zakresem

[367] J. Cavanagh et al., Health services in Australia and the impact of antiquated rostering practices on medical scientists: a case for HR analytics and evidenced-based human resource management, *Personnel Review*, 2024, 53.1: 18-33.
[368] J. Schäfer, Personalressourcen und Human Capital Management im Krankenhaus, [w:] *Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2019. s. 213-230.
[369] W. Vogd, Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung, *Berliner Journal für Soziologie*, 2007, 17.1: 97-119.
[370] K. Burda-Świerz, Społeczna odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej. Kreowanie nowoczesnej polityki personalnej. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, 2010, 25: 42-51.

centralizacji decyzji, stopniem powiązania z celami strategicznymi, relacją do standardów regulacyjnych oraz sposobem uwzględniania specyfiki pracy klinicznej. Wybór modelu strategii szkoleniowej stanowi decyzję o charakterze ustrojowym, przesądzającą o trwałości i funkcjonalności systemów rozwoju. Brak świadomego wyboru modelu prowadzi do hybrydowych, niespójnych rozwiązań o ograniczonej skuteczności. W praktyce organizacji ochrony zdrowia można wyróżnić kilka dominujących modeli strategii szkoleniowych, które determinują sposób postrzegania rozwoju kompetencji oraz jego relację z innymi procesami zarządczymi[371]:

- model scentralizowany, w którym decyzje dotyczące priorytetów szkoleniowych, alokacji środków oraz wyboru form rozwoju podejmowane są na poziomie centralnym organizacji lub organu nadrzędnego; model ten sprzyja standaryzacji kompetencji, ujednoliceniu praktyk oraz zgodności z wymogami regulacyjnymi, jednak ogranicza elastyczność i adaptacyjność wobec lokalnych potrzeb klinicznych;
- model zdecentralizowany, oparty na delegowaniu decyzji rozwojowych do poziomu jednostek organizacyjnych lub zespołów klinicznych; umożliwia on lepsze dopasowanie szkoleń do realnych problemów praktyki, lecz jednocześnie zwiększa ryzyko fragmentaryzacji działań oraz nierówności w dostępie do rozwoju;
- model reaktywny, w którym strategie szkoleniowe formułowane są w odpowiedzi na bieżące deficyty kompetencyjne, zdarzenia niepożądane lub zmiany regulacyjne; model ten charakteryzuje się krótkim horyzontem planowania i ograniczoną zdolnością do budowania długofalowych zasobów kompetencyjnych;
- model proaktywny, zakładający antycypację przyszłych potrzeb kompetencyjnych wynikających z rozwoju technologii, zmian demograficznych i transformacji systemu ochrony zdrowia; model ten sprzyja budowaniu odporności organizacyjnej, lecz wymaga stabilnych polityk HR oraz rozwiniętych mechanizmów analitycznych;
- model zgodności (*compliance*), koncentrujący się na spełnianiu minimalnych wymogów prawnych, akredytacyjnych i certyfikacyjnych; rozwój kompetencji pełni w nim funkcję formalną, a partycypacja szkoleniowa bywa postrzegana jako obowiązek administracyjny;
- model rozwojowy, w którym szkolenia i inne formy rozwoju stanowią element świadomego inwestowania w kapitał ludzki, powiązany z retencją, dobrostanem personelu oraz jakością opieki; model ten wymaga integracji strategii szkoleniowych z politykami HR oraz systemami oceny i motywacji.

[371] A.K. Rowe et al., The effectiveness of training strategies to improve healthcare provider practices in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 2021, 6.1: e003229.

Model scentralizowany strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia opiera się na koncentracji kluczowych decyzji rozwojowych na poziomie centralnym organizacji, grupy kapitałowej lub organu nadrzędnego, takiego jak podmiot tworzący, instytucja regulacyjna bądź centrala sieci świadczeniodawców. W tym modelu priorytety szkoleniowe, zakres kompetencji uznawanych za krytyczne, alokacja środków finansowych oraz dobór form rozwoju są definiowane w sposób jednolity, z założeniem zapewnienia porównywalności i zgodności działań rozwojowych w całej strukturze organizacyjnej. Z perspektywy strategicznej model scentralizowany sprzyja realizacji celów systemowych, takich jak ujednolicenie standardów klinicznych, spełnienie wymogów akredytacyjnych oraz redukcja ryzyka niezgodności z regulacjami prawnymi. Standaryzacja kompetencji, będąca jednym z kluczowych efektów tego modelu, umożliwia organizacjom ochrony zdrowia utrzymanie minimalnego, gwarantowanego poziomu jakości świadczeń niezależnie od miejsca ich realizacji. W warunkach silnej presji regulacyjnej centralizacja strategii szkoleniowych pełni funkcję mechanizmu stabilizującego system[372]. Jednocześnie model scentralizowany wpływa na sposób funkcjonowania polityk HR, wzmacniając ich formalny i normatywny charakter. Polityki rozwojowe przyjmują wówczas postać ram obowiązujących wszystkie jednostki organizacyjne, co sprzyja przejrzystości zasad, lecz ogranicza możliwość elastycznego reagowania na specyficzne potrzeby poszczególnych zespołów klinicznych. W takich warunkach rozwój kompetencji bywa postrzegany przez personel jako element systemu zgodności, a nie jako narzędzie realnego wsparcia praktyki klinicznej[373]. Z punktu widzenia pracy lekarzy i innych pracowników medycznych model scentralizowany generuje istotne napięcia związane z autonomią zawodową i percepcją sensu uczestnictwa w szkoleniach. Decyzje rozwojowe podejmowane poza kontekstem lokalnym mogą nie uwzględniać specyfiki przypadków klinicznych, profilu pacjentów czy realnych deficytów kompetencyjnych zespołów. W konsekwencji szkolenia realizowane w tym modelu bywają odbierane jako oderwane od codziennej praktyki, co ogranicza ich transfer do pracy klinicznej oraz obniża motywację do aktywnej partycypacji szkoleniowej. W perspektywie paradygmatu zasobowego model scentralizowany koncentruje się na ochronie zasobów poprzez ich ujednolicenie, jednak słabiej wspiera proces ich dynamicznej reprodukcji i adaptacji. Wiedza i kompetencje traktowane są jako zestandaryzowane zasoby, które można relatywnie łatwo

[372] N. Cozzoli et al., How can big data analytics be used for healthcare organization management? Literary framework and future research from a systematic review. *BMC health services research*, 2022, 22.1: 809.
[373] M. Akter et al., Edge intelligence: Federated learning-based privacy protection framework for smart healthcare systems. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 2022, 26.12: 5805-5816.

dystrybuować w organizacji, podczas gdy w ochronie zdrowia znaczna część kompetencji ma charakter wiedzy ukrytej, silnie sytuacyjnej i zależnej od kontekstu organizacyjnego. Nadmierna centralizacja strategii szkoleniowych prowadzi do niedoszacowania roli uczenia się w miejscu pracy i rozwoju nieformalnego[374]. Z perspektywy systemowej ograniczona elastyczność modelu scentralizowanego ujawnia się szczególnie wyraźnie w warunkach dynamicznych zmian otoczenia, takich jak kryzysy zdrowotne, niedobory kadrowe czy gwałtowne innowacje technologiczne. Centralnie projektowane strategie szkoleniowe charakteryzują się dłuższym czasem reakcji oraz mniejszą zdolnością do szybkiej rekonfiguracji priorytetów rozwojowych. W takich sytuacjach organizacje o silnie scentralizowanych strategiach szkoleniowych są bardziej podatne na przeciążenia operacyjne[375]. Model scentralizowany strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia pełni istotną funkcję zapewniania zgodności, standaryzacji i stabilności systemowej, jednak jego efektywność w długim horyzoncie czasowym jest ograniczona przez niską adaptacyjność wobec lokalnych potrzeb klinicznych oraz specyfiki pracy personelu medycznego. W tym sensie model ten wymaga uzupełnienia o mechanizmy decentralizujące decyzje rozwojowe lub rozwiązania hybrydowe, które umożliwiają integrację wymogów systemowych z realiami praktyki klinicznej.

Model zdecentralizowany strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia opiera się na delegowaniu kluczowych decyzji rozwojowych do poziomu jednostek organizacyjnych, oddziałów, klinik lub zespołów terapeutycznych. W tym ujęciu identyfikacja potrzeb szkoleniowych, dobór form rozwoju oraz priorytety kompetencyjne są kształtowane w bezpośrednim odniesieniu do specyfiki praktyki klinicznej, profilu pacjentów oraz realnych wyzwań operacyjnych, z jakimi mierzą się zespoły medyczne[376]. Z perspektywy organizacyjnej model zdecentralizowany wzmacnia sprzężenie pomiędzy rozwojem kompetencji a codzienną praktyką kliniczną. Decyzje szkoleniowe podejmowane na poziomie lokalnym umożliwiają lepsze rozpoznanie deficytów kompetencyjnych wynikających z rzeczywistych problemów diagnostycznych, terapeutycznych i organizacyjnych. W warunkach wysokiej złożoności pracy klinicznej decentralizacja strategii szkoleniowych sprzyja efektywnemu transferowi wiedzy do praktyki[377]. Model zdecentralizowany jest również silnie powiązany z autonomią zawodową

[374] L. Petersson et al., Challenges to implementing artificial intelligence in healthcare: a qualitative interview study with healthcare leaders in Sweden. *BMC health services research*, 2022, 22.1: 850.
[375] H. Pirnejad et al., Inter-organisational communication networks in healthcare: centralised versus decentralised approaches. *International Journal of Integrated Care*, 2007, 7: e14.
[376] M. Mlambo et al., Transformation of medical education through decentralised training platforms: A scoping review. *Rural and remote health*, 2018, 18.1: 1-16.
[377] X. Liu et al., Does decentralisation improve human resource management in the health sector? A case study from China. *Social Science & Medicine*, 2006, 63.7: 1836-1845.

personelu medycznego. Udział lekarzy i liderów klinicznych w definiowaniu potrzeb rozwojowych sprzyja legitymizacji działań szkoleniowych oraz wzmacnia poczucie sprawczości i odpowiedzialności za rozwój kompetencji. Decentralizacja decyzji rozwojowych sprzyja traktowaniu szkoleń jako narzędzia realnego wsparcia pracy klinicznej, a nie jako obowiązku formalnego[378]. Z perspektywy paradygmatu zasobowego model zdecentralizowany umożliwia lepsze wykorzystanie wiedzy ukrytej oraz doświadczenia zespołów klinicznych jako źródeł identyfikacji potrzeb kompetencyjnych. Rozwój kompetencji przestaje być postrzegany jako proces odgórnej dystrybucji wiedzy, a zaczyna pełnić funkcję mechanizmu lokalnej reprodukcji zasobów wiedzy, dostosowanych do specyfiki danej jednostki organizacyjnej. Takie podejście sprzyja wzmacnianiu kapitału relacyjnego i uczenia się zespołowego[379]. Jednocześnie model zdecentralizowany ujawnia istotne ograniczenia systemowe. Brak centralnej koordynacji decyzji rozwojowych zwiększa ryzyko fragmentaryzacji strategii szkoleniowych, prowadząc do powstawania zróżnicowanych standardów kompetencyjnych w obrębie jednej organizacji. Decentralizacja bez ram koordynacyjnych sprzyja powielaniu działań, nierównomiernemu wykorzystaniu zasobów oraz trudnościom w ocenie efektywności rozwoju[380]. Istotnym problemem modelu zdecentralizowanego jest również ryzyko nierówności w dostępie do rozwoju kompetencji. Jednostki organizacyjne o silnym przywództwie klinicznym i wysokim kapitale społecznym są w stanie efektywniej identyfikować i realizować potrzeby szkoleniowe, podczas gdy zespoły o słabszych zasobach organizacyjnych mogą pozostawać marginalizowane. W takich warunkach rozwój kompetencji staje się funkcją lokalnych zdolności organizacyjnych, a nie strategicznych priorytetów całej organizacji[381]. Z perspektywy systemowej model zdecentralizowany charakteryzuje się wysoką adaptacyjnością, lecz ograniczoną zdolnością do zapewnienia spójności i porównywalności praktyk rozwojowych. Brak mechanizmów integrujących decyzje podejmowane na poziomie lokalnym z celami strategicznymi organizacji prowadzi do rozszczepienia logiki rozwoju kompetencji. Decentralizacja wymaga uzupełnienia o narzędzia koordynacyjne, takie jak wspólne ramy kompetencyjne, minimalne standardy

[378] M. Ohrling, J. Øvretveit, M. Brommels, Can management decentralisation resolve challenges faced by healthcare service delivery organisations? Findings for managers and researchers from a scoping review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2021, 36.1: 30-41.
[379] S. Sapkota et al., The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews. *BMJ Global Health*, 2023, 8.12.
[380] Ch. Shiranthika, P. Saeedi, I.V. Bajić, Decentralized learning in healthcare: a review of emerging techniques. *IEEE Access*, 2023, 11: 54188-54209.
[381] J. Ker, L. Wang, J. Rao, T. Lim, Deep learning applications in medical image analysis, *IEEE Access*, vol. 6, pp. 9375-9389, 2018.

rozwojowe oraz mechanizmy wymiany wiedzy pomiędzy jednostkami[382]. Model zdecentralizowany strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia sprzyja dopasowaniu działań rozwojowych do realiów praktyki klinicznej oraz wzmacnia autonomię i zaangażowanie personelu medycznego. Jednocześnie, bez odpowiednich ram koordynacyjnych i polityk HR, model ten generuje ryzyko fragmentaryzacji, nierówności oraz utraty spójności strategii rozwojowej na poziomie całej organizacji, co czyni go rozwiązaniem wymagającym świadomego osadzenia w szerszej architekturze zarządczej.

Model reaktywny strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia opiera się na formułowaniu działań rozwojowych w odpowiedzi na bieżące deficyty kompetencyjne, zdarzenia niepożądane, wyniki kontroli jakości, audyty zewnętrzne lub zmiany w otoczeniu regulacyjnym. W tym ujęciu szkolenia pełnią funkcję korekcyjną, ukierunkowaną na szybkie usunięcie zidentyfikowanych luk kompetencyjnych lub ograniczenie ryzyka powtórzenia się niepożądanych incydentów[383]. Z perspektywy organizacyjnej model reaktywny jest silnie powiązany z logiką zarządzania ryzykiem oraz zgodności regulacyjnej. Decyzje szkoleniowe są podejmowane pod presją zdarzeń, terminów i wymogów zewnętrznych, co sprzyja koncentracji na minimalizacji zagrożeń dla ciągłości funkcjonowania organizacji. W ochronie zdrowia model reaktywny bywa dominującą formą strategii szkoleniowej w podmiotach funkcjonujących w warunkach chronicznego niedoboru zasobów i wysokiej presji operacyjnej[384]. Model reaktywny charakteryzuje się krótkim horyzontem planowania, w którym rozwój kompetencji podporządkowany jest bieżącym potrzebom organizacyjnym. Szkolenia są uruchamiane ad hoc, często bez osadzenia w szerszej strategii rozwoju personelu oraz bez powiązania z długofalowymi celami organizacyjnymi. W takim modelu rozwój kompetencji przyjmuje postać interwencji incydentalnych, a nie procesu systemowego[385]. Z perspektywy paradygmatu zasobowego model reaktywny ogranicza zdolność organizacji do akumulacji i reprodukcji kapitału ludzkiego. Kompetencje traktowane są jako zasób wymagający okresowego „naprawiania", a nie jako strategiczny potencjał wymagający planowego wzmacniania. Taka logika prowadzi do utrwalania deficytów kompetencyjnych w obszarach, które nie generują natychmiastowych sygnałów

[382] H. Byrkjeflot, S. Neby, The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors. *Journal of health Organization and Management*, 2008, 22.4: 331-349.
[383] A. Cifalino, S. Baraldi, Training programs and performance measurement: Evidence from healthcare organisations. *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, 2009, 13.4: 294-315.
[384] B. Beech, P. Leather, Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and violent behavior*, 2006, 11.1: 27-43.
[385] H. Qatawneh, The need to move from reactive to proactive perspective in health care. *International Journal of Advanced Engineering, Management and Science*, 2016, 2.10: 239662.

alarmowych[386]. Model reaktywny wpływa również na percepcję szkoleń przez personel medyczny. Szkolenia uruchamiane w odpowiedzi na zdarzenia niepożądane lub uchybienia proceduralne bywają postrzegane jako element mechanizmu kontroli lub sankcji, a nie jako forma wsparcia rozwoju zawodowego. W takich warunkach partycypacja szkoleniowa ma charakter defensywny, ukierunkowany na spełnienie wymogów formalnych[387]. Istotnym ograniczeniem modelu reaktywnego jest jego ograniczona zdolność do wspierania adaptacyjności organizacyjnej. W warunkach dynamicznych zmian technologicznych i organizacyjnych szkolenia uruchamiane wyłącznie w reakcji na już ujawnione problemy nie przygotowują personelu do przyszłych wyzwań. Organizacje o dominującym modelu reaktywnym charakteryzują się niską odpornością systemową oraz wysoką podatnością na kryzysy[388]. Z perspektywy jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej model reaktywny pełni funkcję krótkoterminowego mechanizmu stabilizującego, jednak nie sprzyja budowaniu kultury uczenia się i zapobiegania. Koncentracja na korekcie błędów po ich wystąpieniu ogranicza rozwój kompetencji prognostycznych i refleksyjnych, które są kluczowe dla zapobiegania zdarzeniom niepożądanym. Brak proaktywnego komponentu strategii szkoleniowej prowadzi do powtarzalności problemów jakościowych[389]. Model reaktywny strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia umożliwia szybkie reagowanie na bieżące deficyty kompetencyjne i wymogi regulacyjne, jednak jego dominacja ogranicza zdolność organizacji do długofalowego budowania zasobów kompetencyjnych. Model ten, stosowany w izolacji, sprzyja fragmentaryzacji rozwoju, formalizacji partycypacji szkoleniowej oraz osłabieniu adaptacyjności organizacyjnej, co czyni go niewystarczającym jako podstawę strategicznego zarządzania kapitałem ludzkim.

Model proaktywny strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia opiera się na założeniu, że rozwój kompetencji personelu powinien wyprzedzać zmiany zachodzące w otoczeniu systemowym, a nie jedynie reagować na ich skutki. W tym ujęciu strategie szkoleniowe są projektowane w oparciu o antycypację przyszłych potrzeb kompetencyjnych, wynikających z postępu technologicznego, transformacji modeli opieki zdrowotnej, zmian

[386] H.J. Aboumatar, et al., Towards high-reliability organising in healthcare: a strategy for building organisational capacity. *BMJ quality & safety*, 2017, 26.8: 663-670.
[387] K.A. Wilson et al., Promoting health care safety through training high reliability teams. *BMJ quality & safety*, 2005, 14.4: 303-309.
[388] J. Graber et al., Gestaltungskompetenz als Katalysator für Verantwortungslernen in hochzuverlässigen Gesundheitsorganisationen, [w:] *Organisation und Verantwortung: Jahrbuch der Sektion Organisationspädagogik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2020. s. 321-336.
[389] A. Euteneier, Prozess des klinischen Risikomanagements [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024. s. 309-340.

demograficznych oraz ewolucji oczekiwań społecznych wobec systemu ochrony zdrowia. Z perspektywy organizacyjnej model proaktywny zakłada długofalowy horyzont planowania rozwoju kompetencji, w którym szkolenia stanowią element szerszego procesu przygotowywania organizacji do przyszłych wyzwań. Decyzje rozwojowe nie są podejmowane ad hoc, lecz w oparciu o analizy trendów, scenariusze rozwoju oraz prognozy zapotrzebowania na określone kompetencje kliniczne, organizacyjne i technologiczne. Model proaktywny umożliwia organizacjom ochrony zdrowia stopniowe budowanie zdolności adaptacyjnych bez konieczności gwałtownych interwencji szkoleniowych[390]. Model proaktywny pozostaje silnie powiązany z paradygmatem zasobowym, traktując kompetencje personelu jako zasób strategiczny, którego rozwój wymaga planowego i konsekwentnego inwestowania. W tym ujęciu rozwój kompetencji nie jest reakcją na deficyt, lecz świadomym procesem reprodukcji i wzmacniania kapitału ludzkiego. Organizacje stosujące model proaktywny charakteryzują się wyższą stabilnością kompetencyjną oraz mniejszą podatnością na kryzysy kadrowe[391]. Z perspektywy systemowej model proaktywny sprzyja budowaniu odporności organizacyjnej, rozumianej jako zdolność podmiotów leczniczych do utrzymania ciągłości funkcjonowania i jakości opieki w warunkach zmienności i niepewności. Antycypacyjne strategie szkoleniowe umożliwiają wcześniejsze przygotowanie personelu do nowych technologii, procedur i ról zawodowych, ograniczając koszty adaptacji w momencie wdrażania zmian. Odporność organizacyjna w ochronie zdrowia jest w znacznym stopniu pochodną zdolności do planowego rozwoju kompetencji[392]. Istotnym warunkiem efektywności modelu proaktywnego jest istnienie stabilnych i spójnych polityk HR, które zapewniają ciągłość decyzji rozwojowych niezależnie od krótkoterminowych zmian organizacyjnych. Brak stabilności polityk personalnych prowadzi do fragmentaryzacji działań proaktywnych oraz utraty ich długofalowego charakteru. Model proaktywny wymaga silnego umocowania rozwoju kompetencji w strategii organizacyjnej oraz konsekwentnego wsparcia ze strony najwyższego kierownictwa[393]. Model proaktywny wiąże się również z koniecznością rozwinięcia zaawansowanych mechanizmów analitycznych, umożliwiających identyfikację przyszłych potrzeb kompetencyjnych oraz ocenę skutków podejmowanych działań rozwojowych. Analiza

[390] M. Łaguna, Nowe tendencje w podejściu do szkoleń w organizacji. *Psychologia zarządzania w organizacji*, 2010, 115-139.
[391] I. Wrześniewska-Wal, V. Korporowicz-Żmichowska, Rezylientność i adaptacyjność polityki zdrowotnej w czasach zagrożeń egzystencjalnych: Studium na przykładzie kadry medycznej. *Studia z Polityki Publicznej/Public Policy Studies*, 2025, 11.4: 7-25.
[392] A. Domagała, Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie. *Polityka Społeczna*, 2008, 7: 5-11.
[393] L. Kornowska, Kryzys kadry medycznej. *Menedżer Zdrowia*, 2017.2: 48-51.

danych kadrowych, trendów epidemiologicznych, postępu technologicznego oraz zmian w strukturze świadczeń staje się kluczowym elementem zarządzania rozwojem. Brak takich mechanizmów prowadzi do proaktywności pozornej, opartej na intuicji zamiast na danych[394]. Z perspektywy personelu medycznego model proaktywny sprzyja wzmacnianiu poczucia bezpieczeństwa zawodowego i przewidywalności rozwoju kariery. Jasna wizja kierunków rozwoju kompetencji oraz możliwość przygotowania się do przyszłych ról ograniczają niepewność i sprzyjają zaangażowaniu w działania rozwojowe. Model proaktywny wzmacnia kontrakt psychologiczny pomiędzy pracownikiem a organizacją[395]. Jednocześnie model proaktywny ujawnia swoje ograniczenia w warunkach wysokiej presji operacyjnej i niedoborów kadrowych, charakterystycznych dla wielu podmiotów ochrony zdrowia. Antycypacyjne strategie szkoleniowe wymagają bowiem inwestycji czasu i zasobów, które w krótkim okresie mogą być postrzegane jako obciążenie. Brak równowagi pomiędzy bieżącymi wymaganiami a inwestycjami rozwojowymi prowadzi do marginalizacji działań proaktywnych[396]. Model proaktywny strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia sprzyja budowaniu długofalowej odporności organizacyjnej oraz stabilności kompetencyjnej personelu, jednak jego skuteczność jest uzależniona od istnienia stabilnych polityk HR oraz rozwiniętych mechanizmów analitycznych. Model ten, aby nie pozostać deklaratywnym, wymaga konsekwentnego osadzenia w architekturze zarządczej oraz integracji z innymi procesami zarządzania zasobami ludzkimi.

Model zgodności (*compliance*) strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia opiera się na podporządkowaniu działań rozwojowych wymogom prawnym, regulacyjnym, akredytacyjnym oraz certyfikacyjnym, które determinują minimalny zakres kompetencji personelu medycznego. W tym ujęciu szkolenia są projektowane przede wszystkim jako narzędzie zapewnienia formalnej zgodności organizacji z obowiązującymi normami, standardami oraz wytycznymi instytucji nadzorczych[397]. Z perspektywy organizacyjnej model zgodności pełni funkcję zabezpieczającą, ograniczając ryzyko sankcji prawnych, utraty akredytacji lub negatywnych wyników kontroli zewnętrznych. Decyzje szkoleniowe mają charakter obowiązkowy i uniwersalny, a ich zakres jest zdeterminowany

[394] D. Hryszkiewicz, Społeczna odpowiedzialność polskiej służby zdrowia w dobie pandemii COVID-19. *Przegląd Policyjny*, 2023, 149: 56-69.
[395] G. Gielerak, System ochrony zdrowia na miarę potrzeb oraz współczesnych wyzwań i zagrożeń. *Menedżer Zdrowia*, 2022, 2022.5: 16-25.
[396] D. Walczak-Duraj, Społeczne i moralne konsekwencje urynkowienia pracy w Polsce. Przykład szkolnictwa wyższego i służby zdrowia. *Humanizacja Pracy*, 2015, 48.3.
[397] E. Krok, Efektywność w służbie zdrowia widziana przez pryzmat jakości. *Rocznik kolegium analiz ekonomicznych*, 2012, 25: 103-115.

przez wymagania zewnętrzne, a nie przez analizę rzeczywistych potrzeb kompetencyjnych zespołów klinicznych. W warunkach silnej presji regulacyjnej model zgodności staje się dominującą logiką rozwoju kompetencji w wielu podmiotach leczniczych[398]. Model zgodności wpływa istotnie na sposób postrzegania szkoleń przez personel medyczny. Szkolenia realizowane w tym modelu bywają odbierane jako element administracyjnego obowiązku, a nie jako realne wsparcie rozwoju zawodowego. Partycypacja szkoleniowa w modelu *compliance* ma często charakter formalny, ukierunkowany na „zaliczenie" wymogu, a nie na rzeczywistą internalizację wiedzy[399]. Z perspektywy paradygmatu zasobowego model zgodności koncentruje się na utrzymaniu minimalnego poziomu kompetencji, nie sprzyjając ich pogłębianiu ani różnicowaniu. Kompetencje traktowane są jako warunek spełnienia norm, a nie jako strategiczny zasób organizacji. Długotrwała dominacja modelu zgodności prowadzi do stagnacji kompetencyjnej i ogranicza zdolność organizacji do innowacji[400]. Model *compliance* charakteryzuje się wysokim stopniem standaryzacji treści i form szkoleniowych, co sprzyja porównywalności i łatwości nadzoru, lecz jednocześnie ogranicza możliwość uwzględniania specyfiki pracy klinicznej. Szkolenia projektowane w tym modelu rzadko odnoszą się do lokalnych uwarunkowań organizacyjnych, co obniża ich transfer do praktyki. Brak kontekstualizacji treści szkoleniowych sprzyja postrzeganiu ich jako oderwanych od realiów pracy[401]. Z perspektywy systemowej model zgodności pełni funkcję stabilizującą, zapewniając minimalny poziom bezpieczeństwa i jakości w całym systemie ochrony zdrowia. Jednocześnie jednak jego dominacja ogranicza zdolność systemu do adaptacji i uczenia się. Systemy oparte głównie na logice *compliance* reagują wolniej na zmiany technologiczne i organizacyjne[402]. Model zgodności ujawnia również istotne napięcia w relacji z autonomią zawodową lekarzy. Obowiązkowy charakter szkoleń oraz ich administracyjny sposób egzekwowania mogą być postrzegane jako ograniczenie profesjonalizmu i podważanie kompetencji ekspertów. Brak udziału lekarzy w projektowaniu szkoleń compliance osłabia ich akceptację środowiskową[403]. Model zgodności (compliance) strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia

[398] J. Milart et al., Compliance – czy może być lepiej? *Pediatria i Medycyna Rodzinna*, 2013, 9.3: 292-294.
[399] M. Furtak-Niczyporuk, Healthcare entities and healthcare waste. *Medycyna Środowiskowa*, 2017, 20.2: 13-21.
[400] M. Lindemann, T. Ebermann, L. Witt, Compliance im Gesundheitswesen am Beispiel Abrechnungsbetrug und Korruption. *Transfusionsmedizin*, 2025, 15.04: 217-221.
[401] M. Bobbert, Klinische Ethikkomitees im Gesundheitswesen – ein sinnvolles Instrument rechtlicher Compliance? Teil 1: Funktionsweise klinischer Ethikkomitees und Qualitätsfragen. *Medizinrecht*, 2025, 43.11: 865-871.
[402] M. Ploier, U. Pöchinger, Sturmklar durch Compliance. *Das Magazin für Health Professionals, ÖKZ*, 2025, 66.4: 22-22.
[403] M. Deffland, T. Müller, Thomas. Compliance in der Medizin. [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024. s. 261-275.

stanowi istotny element zapewniania formalnej zgodności organizacji z wymogami regulacyjnymi oraz minimalnego poziomu kompetencji personelu. Jednocześnie jego ograniczona orientacja rozwojowa oraz wysoki poziom formalizacji sprawiają, że model ten nie sprzyja budowaniu długofalowych zasobów kompetencyjnych ani odporności organizacyjnej, co czyni go niewystarczającym jako samodzielną podstawę strategicznego zarządzania kapitałem ludzkim.

Model rozwojowy strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia opiera się na traktowaniu rozwoju kompetencji jako świadomej, długofalowej inwestycji w kapitał ludzki, stanowiącej jeden z kluczowych filarów strategii organizacyjnej. W tym ujęciu szkolenia, mentoring, coaching oraz uczenie się w miejscu pracy nie pełnią funkcji reaktywnej ani wyłącznie normatywnej, lecz są projektowane jako spójny system wzmacniania potencjału zawodowego personelu oraz zdolności adaptacyjnych organizacji[404]. Z perspektywy paradygmatu zasobowego model rozwojowy zakłada, że kompetencje pracowników medycznych stanowią zasób strategiczny o wysokiej wartości, którego rozwój przekłada się bezpośrednio na jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej. Inwestowanie w rozwój personelu nie jest w tym modelu kosztem operacyjnym, lecz mechanizmem reprodukcji i akumulacji kapitału ludzkiego, umożliwiającym organizacji utrzymanie przewagi funkcjonalnej w warunkach niedoborów kadrowych i rosnących wymagań systemowych. Organizacje stosujące model rozwojowy charakteryzują się wyższą stabilnością kompetencyjną oraz większą zdolnością do absorpcji wiedzy[405]. Model rozwojowy pozostaje ściśle powiązany z procesami retencji personelu medycznego. Rozwój kompetencji pełni w tym ujęciu funkcję elementu kontraktu psychologicznego, sygnalizując pracownikom długofalowe zaangażowanie organizacji w ich rozwój zawodowy i dobrostan. Dostęp do spójnych i przewidywalnych ścieżek rozwojowych istotnie ogranicza skłonność do opuszczania organizacji, szczególnie wśród wysoko wykwalifikowanych specjalistów[406]. Istotnym wymiarem modelu rozwojowego jest jego relacja z dobrostanem personelu medycznego. Rozwój kompetencji, w tym kompetencji adaptacyjnych, relacyjnych i refleksyjnych, pełni funkcję ochronną wobec przeciążenia pracą i wypalenia zawodowego. Szkolenia oraz inne formy rozwoju są w tym modelu projektowane w sposób uwzględniający realne obciążenia pracy klinicznej, a ich celem

[404] K. Sowińska-Domagała, R. Wolniak, Identyfikacja kluczowych elementów kultury organizacyjnej wpływających na jakość opieki zdrowotnej w Polsce. *Management & Quality/Zarządzanie i Jakość*, 2025, 7.2.
[405] P. Ilnicka, Organizacja i zarządzanie podmiotami leczniczymi. Otoczenie i nowe wyzwania. *Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji*, 2017, 111: 63-78.
[406] M. W. Kopertyńska (red.), *Zarządzanie pracą w zmieniających się uwarunkowaniach funkcjonowania organizacji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 2021.

jest wzmacnianie zdolności radzenia sobie z presją, niepewnością i odpowiedzialnością zawodową. Model rozwojowy sprzyja budowaniu odporności psychologicznej personelu[407]. Model rozwojowy wymaga ścisłej integracji strategii szkoleniowych z politykami HR, które nadają rozwojowi kompetencji ramy regulacyjne i zapewniają jego spójność z innymi procesami zarządzania zasobami ludzkimi. Rozwój personelu jest w tym ujęciu powiązany z planowaniem kadr, systemami ocen kompetencyjnych, decyzjami awansowymi oraz polityką retencyjną. Brak takiej integracji prowadzi do rozproszenia działań rozwojowych i obniżenia ich wartości strategicznej[408]. Kluczowym elementem modelu rozwojowego jest również jego powiązanie z systemami oceny efektywności i motywacji. Ocena pracy personelu uwzględnia nie tylko wyniki operacyjne, lecz także rozwój kompetencji, zaangażowanie w uczenie się oraz wkład w jakość i bezpieczeństwo opieki. Systemy motywacyjne wspierają aktywność rozwojową, nie instrumentalizując jej, lecz traktując jako element profesjonalizmu i odpowiedzialności zawodowej. Takie podejście sprzyja internalizacji wartości rozwojowych przez personel[409]. Z perspektywy systemowej model rozwojowy wzmacnia zdolność organizacji ochrony zdrowia do uczenia się organizacyjnego i adaptacji. Rozwój kompetencji jest w nim postrzegany jako proces ciągły, osadzony w codziennej praktyce klinicznej, a nie jako zbiór incydentalnych interwencji szkoleniowych. Organizacje funkcjonujące w oparciu o model rozwojowy charakteryzują się większą odpornością na zmiany otoczenia oraz wyższym poziomem kultury jakości[410]. Jednocześnie model rozwojowy ujawnia swoje ograniczenia w warunkach niestabilnych polityk HR, wysokiej rotacji kadry zarządzającej oraz chronicznych niedoborów zasobów. Brak ciągłości decyzji strategicznych oraz presja krótkoterminowych wyników mogą prowadzić do marginalizacji działań rozwojowych. Kowalski wskazuje, że model rozwojowy wymaga konsekwencji, długofalowego myślenia oraz silnego umocowania w strategii organizacyjnej. Model rozwojowy strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia stanowi najbardziej kompleksowe i perspektywiczne ujęcie rozwoju kompetencji personelu, integrujące cele jakościowe, retencyjne i dobrostanowe z architekturą zarządczą organizacji. Jego skuteczność jest jednak uzależniona od spójności strategii szkoleniowych z politykami HR oraz systemami oceny

[407] M. Bąk-Sosnowska et al., Podmiotowe czynniki ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy medycyny. *Medycyna Środowiskowa-Environmental Medicine*, 2015, 18.3: 17-24.
[408] J. Woźniak, Rola szkoleń w strategicznej karcie wyników, czyli szkolenia jako narzędzie komunikacji wewnętrznej. *Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu*, 2005, 1080 Rachunkowość zarządcza i controlling a strategie przedsiębiorstw i instytucji: 422-437.
[409] H. Karaszewska, Miejsce i rola rozwoju zasobów ludzkich w strategicznym zarządzaniu zasobami pracy. *Acta Universitatis Nicolai Copernici Ekonomia*, 2010, 41: 123-132.
[410] A. Lendzion, Kultura jakości–teoria a praktyka. *Dzień Jakości PG*, 2019, 25-31.

i motywacji, co czyni go rozwiązaniem wymagającym wysokiego poziomu dojrzałości organizacyjnej.

Rozwinięcie modelu rozwojowego strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia wymaga silnego osadzenia w specyfice sektora, w którym rozwój kompetencji nie pełni wyłącznie funkcji podnoszenia kwalifikacji zawodowych, lecz pozostaje bezpośrednio powiązany z realizacją misji publicznej, odpowiedzialnością za bezpieczeństwo pacjentów oraz etosem służby zdrowia. W tym kontekście model rozwojowy nabiera szczególnego znaczenia, ponieważ integruje logikę profesjonalizmu medycznego z logiką długofalowego zarządzania systemowego. W ochronie zdrowia rozwój kompetencji personelu medycznego w modelu rozwojowym obejmuje nie tylko aktualizację wiedzy klinicznej zgodnie z postępem naukowym, lecz również przygotowanie do pełnienia zmieniających się ról zawodowych wynikających z transformacji systemu opieki. Dotyczy to w szczególności rozszerzania kompetencji w zakresie opieki koordynowanej, pracy zespołowej, zarządzania ścieżką pacjenta oraz współpracy. Rozwój w tym ujęciu stanowi odpowiedź na systemowe przesunięcie akcentu z leczenia epizodycznego na opiekę ciągłą i zintegrowaną, co wymaga od personelu nowych kompetencji organizacyjnych i komunikacyjnych. Istotnym wymiarem modelu rozwojowego w ochronie zdrowia jest jego powiązanie z zarządzaniem jakością i bezpieczeństwem pacjenta. Rozwój kompetencji traktowany jest jako mechanizm prewencyjny, ograniczający ryzyko zdarzeń niepożądanych poprzez wzmacnianie umiejętności podejmowania decyzji w warunkach niepewności klinicznej, pracy pod presją czasu oraz współdziałania w złożonych zespołach terapeutycznych. W tym sensie szkolenia symulacyjne, rozwój kompetencji niefarmakologicznych oraz uczenie się na podstawie zdarzeń niepożądanych wpisują się w model rozwojowy jako element systemowego uczenia się, a nie reaktywnej korekty błędów. Model rozwojowy w ochronie zdrowia uwzględnia również specyfikę obciążeń psychicznych i emocjonalnych pracy medycznej. Rozwój kompetencji obejmuje wówczas obszary związane z radzeniem sobie ze stresem, obciążeniem emocjonalnym, odpowiedzialnością kliniczną oraz konfliktami ról zawodowych. Tego rodzaju rozwój nie jest traktowany jako uzupełnienie kompetencji klinicznych, lecz jako ich niezbędny komponent, warunkujący zdolność do długotrwałego wykonywania zawodu bez utraty jakości pracy i dobrostanu psychicznego. W kontekście retencji personelu model rozwojowy realizuje funkcję stabilizującą zasoby ludzkie poprzez oferowanie przewidywalnych i zróżnicowanych ścieżek rozwoju, dostosowanych do etapów kariery zawodowej. W ochronie zdrowia oznacza to możliwość rozwoju nie tylko w kierunku wąsko rozumianej specjalizacji klinicznej, lecz także w obszarach kompetencji eksperckich, edukacyjnych, organizacyjnych czy przywódczych. Tego rodzaju

dywersyfikacja ścieżek rozwojowych ogranicza presję awansu pionowego jako jedynego miernika rozwoju i sprzyja utrzymaniu doświadczonego personelu w systemie. Model rozwojowy ujawnia również swoją specyfikę w kontekście zarządzania wiedzą w organizacjach ochrony zdrowia. Rozwój kompetencji nie ogranicza się do transferu wiedzy formalnej, lecz obejmuje mechanizmy utrwalania wiedzy ukrytej, przekazywanej w relacjach mentoringowych, zespołach klinicznych oraz w toku codziennej praktyki. W tym sensie rozwój personelu stanowi element ochrony kapitału intelektualnego organizacji przed jego utratą w wyniku rotacji lub wypalenia zawodowego. Na poziomie systemowym model rozwojowy wzmacnia zdolność organizacji ochrony zdrowia do reagowania na kryzysy i przeciążenia, nie poprzez doraźne zwiększanie obciążeń personelu, lecz poprzez wcześniejsze przygotowanie kompetencyjne. Antycypacyjne kształtowanie kompetencji umożliwia elastyczne rekonfigurowanie ról zawodowych, szybszą adaptację do nowych procedur oraz utrzymanie ciągłości opieki w warunkach zakłóceń organizacyjnych. Wreszcie, model rozwojowy w ochronie zdrowia pełni funkcję normatywną, kształtując kulturę organizacyjną opartą na uczeniu się, refleksji i odpowiedzialności zbiorowej za jakość opieki. Rozwój kompetencji przestaje być postrzegany jako indywidualny obowiązek pracownika, a staje się wspólną odpowiedzialnością organizacji i personelu, osadzoną w misji ochrony zdrowia jako dobra publicznego. Tak rozumiany model rozwojowy nie stanowi jedynie jednego z wariantów strategii szkoleniowej, lecz wyznacza kierunek dojrzewania organizacyjnego podmiotów leczniczych, integrując zarządzanie kapitałem ludzkim z etosem służby zdrowia, odpowiedzialnością systemową oraz długofalową troską o jakość i bezpieczeństwo opieki nad pacjentem.

W kontekście ochrony zdrowia model scentralizowany strategii szkoleniowych ujawnia swoją funkcjonalność przede wszystkim w obszarach wymagających wysokiego poziomu jednolitości praktyk oraz zgodności z regulacjami zewnętrznymi. Centralizacja decyzji rozwojowych sprzyja utrzymaniu spójnych standardów kompetencyjnych w skali całej organizacji lub systemu, co ma szczególne znaczenie w odniesieniu do procedur wysokiego ryzyka, bezpieczeństwa pacjenta oraz obowiązkowych certyfikacji personelu. W sektorze ochrony zdrowia, gdzie niejednolitość praktyk klinicznych może prowadzić do poważnych konsekwencji zdrowotnych i prawnych, model scentralizowany pełni funkcję stabilizującą i ochronną wobec ryzyka systemowego. Jednocześnie w realiach służby zdrowia centralizacja strategii szkoleniowych ujawnia swoje ograniczenia w konfrontacji z lokalną złożonością

praktyki klinicznej[411]. Jednostki medyczne funkcjonują w odmiennych warunkach demograficznych, epidemiologicznych i organizacyjnych, co powoduje, że jednolite programy szkoleniowe nie zawsze odpowiadają rzeczywistym potrzebom zespołów terapeutycznych. W efekcie rozwój kompetencji może przyjmować charakter formalny, spełniający wymogi systemowe, lecz słabiej wspierający codzienną praktykę kliniczną. W tym sensie model scentralizowany, choć istotny z punktu widzenia bezpieczeństwa i zgodności, wymaga w ochronie zdrowia uzupełnienia o mechanizmy lokalnej adaptacji. Model zdecentralizowany w ochronie zdrowia silnie koresponduje z profesjonalnym charakterem pracy medycznej oraz autonomią zespołów klinicznych. Delegowanie decyzji rozwojowych do poziomu oddziałów, klinik czy zespołów terapeutycznych umożliwia projektowanie działań szkoleniowych w bezpośrednim odniesieniu do realnych problemów diagnostycznych, terapeutycznych i organizacyjnych. W sektorze ochrony zdrowia, gdzie wiedza ukryta i doświadczenie zespołowe odgrywają kluczową rolę, decentralizacja sprzyja uczeniu się sytuacyjnemu i wzmacnia sensowność działań rozwojowych. Jednocześnie w warunkach systemu publicznego model zdecentralizowany ujawnia ryzyko pogłębiania nierówności rozwojowych pomiędzy jednostkami o różnym poziomie zasobów organizacyjnych. Jednostki o silnym przywództwie klinicznym i stabilnej obsadzie kadrowej są w stanie efektywniej wykorzystywać autonomię rozwojową, podczas gdy inne pozostają w tyle, co w dłuższej perspektywie może prowadzić do zróżnicowania jakości opieki. W ochronie zdrowia decentralizacja rozwoju bez ram koordynacyjnych osłabia spójność systemową i utrudnia zarządzanie kompetencjami krytycznymi na poziomie całej organizacji. W realiach ochrony zdrowia model reaktywny strategii szkoleniowych jest często konsekwencją chronicznej presji operacyjnej, niedoborów kadrowych oraz dominacji logiki „zarządzania kryzysowego”[412]. Szkolenia uruchamiane są w odpowiedzi na zdarzenia niepożądane, kontrole, zmiany regulacyjne lub nagłe deficyty kompetencyjne, co sprawia, że rozwój personelu pełni funkcję korekcyjną, a nie rozwojową. W sektorze, w którym bezpieczeństwo pacjenta stanowi wartość nadrzędną, model reaktywny bywa postrzegany jako konieczny element minimalizacji ryzyka. Jednak w długim horyzoncie model reaktywny utrwala w ochronie zdrowia kulturę gaszenia pożarów, w której uczenie się następuje po wystąpieniu problemu, a nie przed nim. Taka logika ogranicza zdolność systemu do zapobiegania zdarzeniom niepożądanym oraz wzmacnia

[411] M. Kunasz, Efektywność szkolenia i doskonalenia zawodowego – wybrane aspekty. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 2008, 3: 129-141.
[412] P. Robakowski et al., Zarządzanie bezpieczeństwem w sytuacjach kryzysowych w szpitalu dydaktycznym – propozycja działania (przypadek). *Journal of Modern Science*, 2024, 58.4: 551-565.

poczucie przeciążenia personelu, dla którego szkolenia stają się dodatkowym obowiązkiem nakładanym w sytuacjach kryzysowych. W tym sensie model reaktywny, choć funkcjonalny w krótkiej perspektywie, osłabia długofalową odporność organizacyjną podmiotów leczniczych. Model zgodności (compliance) w ochronie zdrowia posiada szczególne znaczenie ze względu na silne osadzenie sektora w reżimie regulacyjnym, prawnym i akredytacyjnym. Szkolenia realizowane w tym modelu zapewniają spełnienie minimalnych standardów kompetencyjnych oraz umożliwiają organizacjom funkcjonowanie w ramach obowiązujących norm systemowych. W kontekście służby zdrowia compliance pełni funkcję ochrony interesu publicznego, gwarantując, że personel posiada wymagane kwalifikacje do wykonywania zawodu. Jednocześnie dominacja modelu zgodności prowadzi do redukcji rozwoju kompetencji do wymiaru formalnego. Szkolenia są wówczas postrzegane jako obowiązek administracyjny, a nie jako element profesjonalnego rozwoju. W sektorze, który opiera się na zaawansowanej wiedzy i refleksyjnej praktyce klinicznej, takie podejście ogranicza motywację do uczenia się oraz utrwala minimalizm kompetencyjny. Model compliance w ochronie zdrowia spełnia zatem funkcję konieczną, lecz niewystarczającą dla budowania jakości i innowacyjności opieki. W ujęciu syntetycznym każdy z opisanych modeli ujawnia w ochronie zdrowia określoną racjonalność systemową, wynikającą z napięcia pomiędzy bezpieczeństwem, zgodnością, autonomią zawodową i potrzebą adaptacji. Żaden z modeli nie funkcjonuje w praktyce w postaci czystej; dominują rozwiązania hybrydowe, w których elementy centralizacji, decentralizacji, reaktywności, zgodności i rozwoju współistnieją w zmiennych proporcjach. Kluczowym wyzwaniem zarządczym w sektorze ochrony zdrowia pozostaje zatem nie wybór jednego modelu, lecz ich świadoma integracja w spójną strategię szkoleniową, odpowiadającą zarówno wymogom systemowym, jak i etosowi służby zdrowia.

Z perspektywy teorii systemów istotne znaczenie ma fakt, że modele strategii szkoleniowych różnicują sposób przepływu informacji, wiedzy i odpowiedzialności w organizacji. Modele scentralizowane wzmacniają kontrolę i porównywalność, lecz osłabiają sprzężenia zwrotne z praktyki klinicznej. Modele zdecentralizowane sprzyjają uczeniu się sytuacyjnemu, lecz utrudniają koordynację na poziomie całej organizacji. Brak mechanizmów integrujących te poziomy prowadzi do obniżenia efektywności rozwoju kompetencji[413]. Istotnym kryterium różnicującym modele strategii szkoleniowych jest także ich relacja z autonomią zawodową personelu medycznego. Modele o wysokim stopniu formalizacji i kontroli bywają postrzegane jako ograniczające profesjonalizm, co skutkuje niską akceptacją

[413] A. Prusaczyk et al., Istota kompetencji personelu medycznego wpływających na efektywność opieki nad pacjentem. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie*, 2020, 18.3: 222.

środowiskową. Modele rozwojowe, uwzględniające udział liderów klinicznych w projektowaniu strategii szkoleniowych, sprzyjają legitymizacji działań rozwojowych[414]. Modele strategii szkoleniowych determinują również charakter partycypacji szkoleniowej. W modelach reaktywnych uczestnictwo w szkoleniach ma często charakter instrumentalny i selektywny. W modelach proaktywnych i rozwojowych partycypacja szkoleniowa bywa postrzegana jako element kontraktu psychologicznego oraz inwestycji w długofalową karierę zawodową. To właśnie modele rozwojowe najsilniej wspierają retencję personelu.

Pogląd, zgodnie z którym w warunkach ochrony zdrowia rzadko występują „czyste" modele strategii szkoleniowych, znajduje silne uzasadnienie w specyfice funkcjonowania tego sektora jako systemu publicznego o wysokim stopniu regulacji, złożoności i odpowiedzialności społecznej. Dominacja rozwiązań hybrydowych nie wynika z braku dojrzałości zarządczej, lecz stanowi konsekwencję konieczności jednoczesnego godzenia odmiennych logik działania: logiki bezpieczeństwa pacjenta, logiki profesjonalnej autonomii, logiki zgodności regulacyjnej oraz logiki efektywności organizacyjnej. Hybrydyzacja strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia przejawia się przede wszystkim w nakładaniu się różnych racjonalności decyzyjnych w obrębie jednego systemu rozwoju kompetencji. Na poziomie formalnym i instytucjonalnym dominują rozwiązania charakterystyczne dla modelu zgodności, wynikające z obowiązków ustawowych, wymogów akredytacyjnych oraz odpowiedzialności prawnej podmiotów leczniczych. Jednocześnie, na poziomie operacyjnym i klinicznym, decyzje dotyczące faktycznego rozwoju kompetencji często podejmowane są w sposób zdecentralizowany, w oparciu o doświadczenie zespołów, specyfikę oddziałów oraz bieżące wyzwania terapeutyczne. W efekcie ten sam system szkoleniowy funkcjonuje równolegle w dwóch porządkach: formalno-regulacyjnym oraz praktyczno-klinicznym. Hybrydowy charakter strategii szkoleniowych ujawnia się również w relacji pomiędzy planowaniem długofalowym a reakcją na zdarzenia nadzwyczajne[415]. W wielu organizacjach ochrony zdrowia można zaobserwować współistnienie elementów modelu proaktywnego, związanych z przygotowywaniem personelu do wdrażania nowych technologii, procedur czy modeli opieki, z elementami modelu reaktywnego, uruchamianymi w odpowiedzi na zdarzenia niepożądane, kontrole lub nagłe deficyty kadrowe. Taka konfiguracja odzwierciedla strukturalne napięcie pomiędzy potrzebą stabilnego rozwoju kompetencji a koniecznością reagowania na zakłócenia

[414] T. Rostkowski, J. Strzemiński, Przywództwo w systemie ochrony zdrowia. *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*, 2019, 51.1: 133.
[415] J. Jasik-Ślęzak, Potrzeba szkoleń specjalistycznych dedykowanych pracownikom służby zdrowia, *Quality Production Improvement*, 1(10), 2019.

systemowe, które w ochronie zdrowia mają charakter nieunikniony. Specyfika służby zdrowia sprzyja także łączeniu elementów centralizacji i decentralizacji w obrębie jednej strategii szkoleniowej. Standardy kompetencyjne, kluczowe obszary szkoleniowe oraz minimalne wymagania jakościowe bywają definiowane centralnie, natomiast sposób ich realizacji, dobór metod dydaktycznych oraz tempo rozwoju pozostawiane są jednostkom organizacyjnym. Takie rozwiązania hybrydowe stanowią próbę pogodzenia potrzeby jednolitości systemowej z koniecznością uwzględniania lokalnych uwarunkowań klinicznych i organizacyjnych. Hybrydyzacja strategii szkoleniowych ma również wymiar aksjologiczny. Ochrona zdrowia jako sektor realizujący misję publiczną nie może opierać się wyłącznie na instrumentalnym rozumieniu rozwoju kompetencji. Strategie szkoleniowe muszą jednocześnie odpowiadać na wymogi efektywności i kontroli oraz respektować etos zawodów medycznych, oparty na autonomii, odpowiedzialności i zobowiązaniu wobec pacjenta. W praktyce oznacza to współwystępowanie elementów modelu rozwojowego, wzmacniających sens pracy i dobrostan personelu, z elementami modelu compliance, zapewniającymi minimalne standardy bezpieczeństwa. Z perspektywy zarządzania systemowego rozwiązania hybrydowe pełnią funkcję adaptacyjną. Umożliwiają one elastyczne rekonfigurowanie strategii szkoleniowych w odpowiedzi na zmieniające się warunki otoczenia bez konieczności radykalnych zmian strukturalnych. Jednocześnie jednak hybrydyzacja niesie ryzyko niespójności, jeżeli nie towarzyszy jej świadome projektowanie architektury rozwoju kompetencji. Brak jasno określonych zasad integracji różnych modeli prowadzi do sytuacji, w której szkolenia realizują sprzeczne cele, a personel odbiera je jako chaotyczne i niespójne. W kontekście ochrony zdrowia kluczowe znaczenie ma zatem nie samo istnienie rozwiązań hybrydowych, lecz sposób ich uporządkowania i zakotwiczenia w strategii organizacyjnej. Hybrydyzacja strategii szkoleniowych może stanowić wyraz dojrzałości systemowej, pod warunkiem że wynika ze świadomego godzenia konkurencyjnych racjonalności, a nie z przypadkowego nakładania się wymogów regulacyjnych, presji operacyjnej i fragmentarycznych inicjatyw rozwojowych. W tym sensie strategie hybrydowe stają się charakterystycznym, a zarazem koniecznym elementem zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, odzwierciedlając złożoność tej sfery jako obszaru służby publicznej, a nie klasycznego sektora rynkowego. Kluczowym problemem nie jest sama hybrydowość, lecz brak spójnej logiki integrującej poszczególne rozwiązania[416]. Świadome projektowanie modeli strategii szkoleniowych wymaga zatem

[416] U. Morgenstern, A. Rustemeier-Holtwick, Wie gelingt eine hybride Lehre, um Lehrkräfte im Gesundheitswesen zu befähigen, Gesundheitsberufe gut auszubilden? [w:] *Die Herausforderungen der Generation Babyboomer für das Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024. s. 81-91.

jednoznacznego określenia ich funkcji w całości architektury zarządczej. Modele strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia różnicują sposób postrzegania rozwoju kompetencji, jego relację z autonomią zawodową oraz zdolność organizacji do budowania trwałych zasobów wiedzy. Zaprezentowana analiza tych modeli stanowi punkt wyjścia do dalszych rozważań nad rolą standardów rozwoju kompetencji, które porządkują oczekiwania wobec personelu, jednocześnie ujawniając napięcia pomiędzy standaryzacją a elastycznością w pracy klinicznej.

Governance strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia odnosi się do zespołu zasad, struktur decyzyjnych oraz mechanizmów nadzoru, które regulują sposób projektowania, wdrażania i monitorowania rozwoju kompetencji personelu medycznego. W sektorze ochrony zdrowia *governance* rozwoju posiada szczególne znaczenie, ponieważ dotyczy obszaru bezpośrednio powiązanego z bezpieczeństwem pacjenta, odpowiedzialnością zawodową oraz realizacją misji publicznej. Brak klarownych mechanizmów *governance* prowadzi do rozproszenia odpowiedzialności za rozwój kompetencji i obniżenia jego znaczenia strategicznego. W warunkach ochrony zdrowia *governance* strategii szkoleniowych realizuje kilka kluczowych funkcji systemowych[417]:

- funkcję rozdziału odpowiedzialności, polegającą na jednoznacznym określeniu, które podmioty i poziomy zarządzania odpowiadają za definiowanie priorytetów szkoleniowych, alokację zasobów oraz ocenę efektów rozwoju; w sektorze zdrowia brak takiego rozdziału sprzyja przerzucaniu odpowiedzialności pomiędzy kadrą zarządzającą a środowiskami profesjonalnymi;
- funkcję integracyjną, umożliwiającą powiązanie strategii szkoleniowych z innymi obszarami zarządzania, takimi jak polityki HR, systemy jakości, zarządzanie ryzykiem klinicznym oraz strategie bezpieczeństwa pacjenta; Nowak akcentuje, że izolowanie rozwoju kompetencji od *governance* jakości prowadzi do utraty ich funkcji prewencyjnej;
- funkcję nadzorczą, obejmującą monitorowanie zgodności działań szkoleniowych z celami strategicznymi organizacji oraz wymogami regulacyjnymi; w ochronie zdrowia nadzór ten ma szczególne znaczenie ze względu na wysoki poziom odpowiedzialności prawnej i etycznej;
- funkcję stabilizującą, polegającą na zapewnieniu ciągłości decyzji rozwojowych niezależnie od zmian personalnych w kierownictwie czy presji krótkoterminowych

[417] A. Rogalska, Misja urzędnika publicznego. Od koncepcji dobra wspólnego do *Public governance*. *Studia Administracji i Bezpieczeństwa*, 2020, 1.8: 11-22.

wyników operacyjnych; Kowalski wskazuje, że brak stabilności *governance* sprzyja instrumentalizacji szkoleń;

- funkcję legitymizacyjną, poprzez którą działania rozwojowe zyskują akceptację środowisk profesjonalnych dzięki ich osadzeniu w przejrzystych i partycypacyjnych strukturach decyzyjnych.

Specyfika sektora ochrony zdrowia powoduje, że *governance* strategii szkoleniowych funkcjonuje na styku logiki zarządczej i logiki profesjonalnej. Lekarze i inne zawody medyczne posiadają silnie ugruntowaną autonomię zawodową oraz normy środowiskowe, które wpływają na sposób postrzegania decyzji rozwojowych. *Governance* nieuwzględniające tej autonomii prowadzi do oporu wobec szkoleń oraz formalizacji partycypacji szkoleniowej. Skuteczne *governance* w ochronie zdrowia wymaga włączenia liderów klinicznych w procesy decyzyjne dotyczące rozwoju kompetencji[418]. Istotnym elementem *governance* jest również relacja pomiędzy poziomem organizacyjnym a systemowym. W ochronie zdrowia strategie szkoleniowe podlegają nie tylko wewnętrznym decyzjom organizacji, lecz także wpływowi instytucji zewnętrznych, takich jak organy regulacyjne, płatnicy publiczni czy jednostki akredytujące. Wielopoziomowy charakter *governance* wymaga mechanizmów koordynacyjnych zapobiegających sprzecznościom pomiędzy wymogami zewnętrznymi a potrzebami organizacyjnymi[419]. *Governance* strategii szkoleniowych pełni również istotną rolę w zarządzaniu ryzykiem przeciążenia pracą i wypalenia zawodowego. Decyzje dotyczące zakresu i intensywności szkoleń, podejmowane bez uwzględnienia realnych obciążeń personelu, prowadzą do traktowania rozwoju jako dodatkowego ciężaru. *Governance* w ochronie zdrowia powinno uwzględniać zdolność absorpcyjną organizacji i personelu[420]. Z perspektywy długofalowej *governance* strategii szkoleniowych wpływa na zdolność organizacji ochrony zdrowia do uczenia się organizacyjnego. Jasne zasady odpowiedzialności, przejrzyste kryteria priorytetyzacji kompetencji oraz spójność z celami jakościowymi sprzyjają przekształcaniu doświadczeń klinicznych w zasoby wiedzy organizacyjnej. *Governance* strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia stanowi kluczowy mechanizm regulujący relację pomiędzy rozwojem kompetencji, bezpieczeństwem pacjenta i odpowiedzialnością systemową. Jego znaczenie wykracza poza kwestie proceduralne, obejmując kształtowanie kultury organizacyjnej, legitymizację działań rozwojowych oraz zdolność organizacji do stabilnego

[418] W. Krówczyński, Wybór formy koordynacji (*governance mode*) dla gospodarowania danymi osobowymi pacjentów w podmiotach leczniczych. *Optimum. Economic Studies*, 2017, 86.2: 198-214.
[419] M. Mikos, M. Urbaniak, Dostępność świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Polsce a funkcjonowanie sieci szpitali. *Public Health and Governance*, 2017, 2017.3: 197-206.
[420] A. Kozierkiewicz, M. Natkaniec, Dobre rządzenie w ochronie zdrowia. *Menedżer Zdrowia*, 2019.3: 30-33.

funkcjonowania w warunkach wysokiej złożoności, co przygotowuje grunt do dalszej analizy standardów rozwoju kompetencji jako narzędzi porządkujących praktykę szkoleniową w sektorze ochrony zdrowia.

Standardy rozwoju kompetencji w organizacjach ochrony zdrowia pełnią funkcję normatywno-porządkującą, umożliwiającą ujednolicenie oczekiwań wobec kwalifikacji personelu medycznego przy jednoczesnym zachowaniu minimalnego poziomu bezpieczeństwa i jakości opieki. W sektorze służby zdrowia standardy te nie mają wyłącznie charakteru technicznego, lecz stanowią element szerszej architektury systemowej, łączącej wymogi regulacyjne, etos zawodowy oraz odpowiedzialność publiczną. Standardy kompetencyjne w ochronie zdrowia są jednym z kluczowych mechanizmów stabilizacji jakości świadczeń w warunkach rotacji personelu. W praktyce organizacyjnej ochrony zdrowia standardy rozwoju kompetencji realizują kilka zasadniczych funkcji[421]:

- funkcję referencyjną, polegającą na definiowaniu minimalnych i pożądanych poziomów kompetencji klinicznych, organizacyjnych i relacyjnych, które stanowią punkt odniesienia dla projektowania strategii szkoleniowych; w sektorze zdrowia funkcja ta ma bezpośredni związek z bezpieczeństwem pacjenta i odpowiedzialnością zawodową;
- funkcję porządkującą, umożliwiającą ograniczenie dowolności w doborze treści i form szkoleń oraz redukcję fragmentaryzacji działań rozwojowych; Nowak akcentuje, że brak standardów prowadzi do rozproszenia inicjatyw szkoleniowych i utraty ich spójności;
- funkcję integracyjną, polegającą na łączeniu strategii szkoleniowych z innymi systemami zarządzania, takimi jak systemy jakości, akredytacji, zarządzania ryzykiem klinicznym oraz polityki HR; w ochronie zdrowia integracja ta ma charakter krytyczny dla utrzymania ciągłości opieki;
- funkcję legitymizującą, poprzez którą działania szkoleniowe zyskują akceptację środowisk profesjonalnych, o ile standardy są współtworzone z udziałem przedstawicieli zawodów medycznych; Kowalski wskazuje, że standardy narzucone wyłącznie administracyjnie osłabiają motywację do rozwoju;
- funkcję ochronną, odnoszącą się do zabezpieczenia zarówno pacjentów, jak i personelu medycznego przed skutkami niedostatecznych kompetencji w warunkach wysokiego ryzyka klinicznego.

Specyfika ochrony zdrowia sprawia, że standardy rozwoju kompetencji funkcjonują na wielu poziomach jednocześnie. Obejmują one zarówno standardy formalne, wynikające

[421] M. Bonse-Rohmann, Kompetenzorientierte Prüfungsgestaltung in den Gesundheitsfachberufen, [w:] *Pädagogik im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2023. s. 459-477.

z regulacji prawnych i wymogów akredytacyjnych, jak i standardy środowiskowe, zakorzenione w normach zawodowych oraz praktyce klinicznej. Napięcie pomiędzy tymi poziomami stanowi stały element zarządzania rozwojem kompetencji w służbie zdrowia[422]. Istotnym problemem związanym ze standardami rozwoju kompetencji jest ryzyko ich nadmiernej formalizacji. W ochronie zdrowia, gdzie wiedza kliniczna ma w dużej mierze charakter sytuacyjny i kontekstowy, sztywne standardy mogą ograniczać elastyczność praktyki oraz zdolność do adaptacji. Standardy nieuwzględniające realiów pracy klinicznej sprzyjają traktowaniu szkoleń jako obowiązku formalnego. Jednocześnie brak standardów lub ich niski poziom precyzji prowadzi do nierówności w dostępie do rozwoju kompetencji oraz trudności w ocenie efektywności strategii szkoleniowych. W sektorze ochrony zdrowia oznacza to ryzyko zróżnicowania jakości opieki pomiędzy jednostkami organizacyjnymi oraz zespołami klinicznymi. Standardy pełnią w tym sensie funkcję narzędzia sprawiedliwości organizacyjnej[423]. Standardy rozwoju kompetencji mają również znaczenie dla zarządzania karierą i retencją personelu medycznego. Jasno określone oczekiwania kompetencyjne umożliwiają projektowanie ścieżek rozwoju oraz ograniczają niepewność zawodową, która w ochronie zdrowia stanowi istotne źródło wypalenia zawodowego. Spójne standardy kompetencyjne wzmacniają kontrakt psychologiczny pomiędzy pracownikiem a organizacją. Z perspektywy systemowej standardy rozwoju kompetencji sprzyjają budowaniu zdolności porównawczych i monitorowaniu jakości w skali całego systemu ochrony zdrowia. Umożliwiają one agregację danych dotyczących rozwoju personelu oraz identyfikację obszarów wymagających interwencji na poziomie polityki zdrowotnej. Bez standardów zarządzanie kompetencjami na poziomie systemowym pozostaje fragmentaryczne[424]. Standardy rozwoju kompetencji w organizacjach ochrony zdrowia stanowią kluczowy instrument porządkowania strategii szkoleniowych, łącząc wymogi bezpieczeństwa, jakości i odpowiedzialności publicznej z procesami rozwoju kapitału ludzkiego. Ich znaczenie ujawnia się szczególnie wyraźnie w warunkach hybrydowych strategii szkoleniowych, gdzie standardy pełnią rolę wspólnego mianownika dla zróżnicowanych modeli rozwoju, przygotowując grunt do dalszych analiz dotyczących implementacji strategii szkoleniowych w praktyce organizacyjnej podmiotów leczniczych.

---

[422] J. Dieterich, Schlüsselfragen an die Konzeption von Anpassungsqualifizierungen für internationale Pflegekräfte, [w:] *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland*. Mabuse Verlag GmbH, 2022, s. 141-160.

[423] D. Wright, *The ultimate guide to competency assessment in health care*. Springer Publishing Company, 2024.

[424] M.L. Pratt-Chapman et al., Developing standards for cultural competency training for health care providers to care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex, and asexual persons: Consensus recommendations from a national panel. *LGBT health*, 2022, 9.5: 340-347.

Implikacje systemowe strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia ujawniają się w sposobie ich osadzenia w całości architektury zarządczej podmiotów leczniczych oraz w konsekwencjach wynikających z braku spójnego governance rozwoju kompetencji. W sektorze służby zdrowia strategie szkoleniowe nie funkcjonują w próżni, lecz pozostają w ścisłej relacji z politykami HR, systemami jakości, mechanizmami finansowania, strukturami odpowiedzialności klinicznej oraz kulturą organizacyjną. Rozwój kompetencji w ochronie zdrowia posiada charakter systemowy, a jego efektywność zależy od stopnia integracji z pozostałymi elementami zarządzania. Z perspektywy systemowej kluczowe znaczenie posiada spójność strategii szkoleniowej z całą architekturą zarządczą organizacji, która przejawia się w kilku zasadniczych wymiarach[425], [426]:

- spójność strategiczna, polegająca na powiązaniu celów szkoleniowych z misją organizacji, celami jakościowymi oraz długofalową strategią rozwoju; w ochronie zdrowia brak takiej spójności prowadzi do traktowania szkoleń jako działań peryferyjnych wobec „właściwej" działalności klinicznej;
- spójność strukturalna, odnosząca się do zgodności pomiędzy strategią szkoleniową a strukturą organizacyjną, zakresem odpowiedzialności kadry kierowniczej oraz rolą liderów klinicznych; Nowak akcentuje, że strategie szkoleniowe nieuwzględniające realnych struktur decyzyjnych pozostają deklaratywne;
- spójność operacyjna, przejawiająca się w dostosowaniu działań szkoleniowych do realnych warunków pracy personelu, w tym obciążeń dyżurowych, dostępności czasu oraz organizacji pracy klinicznej; w ochronie zdrowia brak tej spójności skutkuje formalizacją partycypacji szkoleniowej;
- spójność kulturowa, polegająca na zgodności strategii szkoleniowej z normami zawodowymi, etosem pracy medycznej oraz wartościami środowisk profesjonalnych; Kowalski wskazuje, że strategie szkoleniowe sprzeczne z kulturą organizacyjną generują opór i niską legitymizację;
- spójność systemowa, odnosząca się do powiązania strategii szkoleniowej z systemami jakości, bezpieczeństwa pacjenta oraz zarządzania ryzykiem klinicznym; w ochronie zdrowia rozwój kompetencji pozbawiony tego powiązania traci znaczenie prewencyjne.

[425] A. Jose et al., Professional competence and its effect on the implementation of healthcare 4.0 technologies: scoping review and future research directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, 20.1: 478.
[426] C.N. Vorisek et al., Fast healthcare interoperability resources (FHIR) for interoperability in health research: systematic review. *JMIR medical informatics*, 2022, 10.7: e35724.

Brak spójnego *governance* strategii szkoleniowych generuje w ochronie zdrowia szereg negatywnych konsekwencji o charakterze systemowym, które ujawniają się zarówno na poziomie organizacyjnym, jak i indywidualnym[427]:

- chaos decyzyjny, polegający na nieskoordynowanym uruchamianiu inicjatyw szkoleniowych przez różne jednostki organizacyjne, bez wspólnych priorytetów i kryteriów; chaos ten utrudnia racjonalną alokację zasobów rozwojowych;
- formalizm rozwojowy, przejawiający się w koncentracji na spełnianiu wymogów proceduralnych kosztem realnego rozwoju kompetencji; w ochronie zdrowia formalizm ten prowadzi do spadku transferu wiedzy do praktyki klinicznej;
- nierówności w dostępie do rozwoju, wynikające z braku jednolitych zasad priorytetyzacji szkoleń oraz różnic w zasobach organizacyjnych poszczególnych jednostek; nierówności te przekładają się na zróżnicowanie jakości opieki;
- osłabienie procesów retencyjnych, związane z postrzeganiem strategii szkoleniowych jako niespójnych, przypadkowych lub niesprawiedliwych; w sektorze ochrony zdrowia brak przejrzystości rozwojowej stanowi istotny czynnik rotacji personelu;
- erozję zaufania organizacyjnego, wynikającą z rozbieżności pomiędzy deklarowanym znaczeniem rozwoju a faktyczną praktyką zarządczą; erozja ta sprzyja wypaleniu zawodowemu i spadkowi zaangażowania.

Z perspektywy makrosystemowej konsekwencje braku governance strategii szkoleniowych kumulują się, prowadząc do osłabienia zdolności systemu ochrony zdrowia do uczenia się i adaptacji. Rozwój kompetencji przestaje pełnić funkcję mechanizmu wzmacniania odporności systemowej, a zaczyna być postrzegany jako koszt lub obowiązek formalny. W takich warunkach system ochrony zdrowia traci zdolność do długofalowej modernizacji. Implikacje systemowe strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia jednoznacznie wskazują, że rozwój kompetencji personelu nie może być traktowany jako autonomiczny obszar zarządzania. Spójność strategii szkoleniowej z całą architekturą zarządczą oraz istnienie efektywnego *governance* rozwoju stanowią warunek ograniczania chaosu, formalizmu i nierówności, a tym samym warunek budowania stabilnego, odpornego i jakościowo efektywnego systemu ochrony zdrowia.

Implementacja strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia stanowi etap krytyczny, na którym abstrakcyjne założenia strategiczne podlegają konfrontacji z realnymi warunkami funkcjonowania podmiotów leczniczych. W sektorze służby zdrowia proces ten

[427] S. Reddy, Generative AI in healthcare: an implementation science informed translational path on application, integration and governance. *Implementation Science*, 2024, 19.1: 27.

charakteryzuje się szczególną złożonością, wynikającą z wysokiego obciążenia operacyjnego, silnej regulacji systemowej oraz wielości interesariuszy zaangażowanych w realizację świadczeń zdrowotnych. Skuteczność strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia jest w większym stopniu determinowana jakością ich implementacji niż samą trafnością założeń koncepcyjnych. W praktyce organizacyjnej ochrony zdrowia implementacja strategii szkoleniowych ujawnia szereg kluczowych uwarunkowań i wyzwań[428]:

- napięcie pomiędzy logiką strategiczną a logiką operacyjną, polegające na konieczności godzenia długofalowych celów rozwojowych z bieżącą realizacją świadczeń medycznych; w warunkach niedoborów kadrowych i presji czasowej rozwój kompetencji bywa odsuwany na dalszy plan;
- ograniczona zdolność absorpcyjna organizacji, odnosząca się do możliwości faktycznego przyswajania nowych kompetencji przez personel przeciążony obowiązkami klinicznymi; Nowak akcentuje, że brak uwzględnienia tej zdolności prowadzi do formalizacji szkoleń i obniżenia ich transferu do praktyki;
- rozproszenie odpowiedzialności implementacyjnej, wynikające z wielopoziomowej struktury zarządzania w podmiotach leczniczych; brak jednoznacznego przypisania odpowiedzialności za wdrażanie strategii szkoleniowej sprzyja jej fragmentaryzacji;
- zróżnicowanie postaw środowiskowych wobec rozwoju, szczególnie widoczne wśród zawodów medycznych o silnej autonomii profesjonalnej; implementacja strategii nieuwzględniającej norm środowiskowych prowadzi do oporu lub biernej partycypacji szkoleniowej;
- asymetria pomiędzy deklarowaną a faktyczną dostępnością rozwoju, polegająca na formalnym istnieniu strategii szkoleniowych przy jednoczesnym braku realnych warunków ich realizacji, takich jak czas pracy, zastępstwa czy wsparcie organizacyjne.

Istotnym elementem implementacji strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia jest rola kadry kierowniczej średniego szczebla oraz liderów klinicznych. To właśnie na tym poziomie następuje translacja celów strategicznych na praktykę oddziałową i zespołową. Brak zaangażowania liderów klinicznych w proces implementacji prowadzi do traktowania strategii szkoleniowych jako inicjatyw administracyjnych. Implementacja strategii szkoleniowych w ochronie zdrowia wymaga również uwzględnienia relacji pomiędzy rozwojem kompetencji a bezpieczeństwem pacjenta. Szkolenia realizowane w oderwaniu od

[428] K.M.S. Alharbi, S.A.S. Aloyuni, The importance of training and development of employees in improving the quality of health services. *International journal of health sciences*, 2023, 7.S1: 2190-2201.

procesów klinicznych lub bez możliwości ich bezpośredniego zastosowania nie tylko tracą wartość rozwojową, lecz również nie przyczyniają się do poprawy jakości opieki. Skuteczna implementacja strategii szkoleniowych powinna być powiązana z realnymi procesami klinicznymi i analizą zdarzeń niepożądanych. Z perspektywy systemowej implementacja strategii szkoleniowych ujawnia zależność pomiędzy stabilnością otoczenia instytucjonalnego a ciągłością działań rozwojowych. Częste zmiany regulacyjne, finansowe lub organizacyjne utrudniają konsekwentne wdrażanie długofalowych strategii szkoleniowych. Brak stabilności systemowej sprzyja dominacji rozwiązań reaktywnych i *compliance* kosztem rozwoju[429].

Istotnym wyzwaniem implementacyjnym pozostaje także monitorowanie postępów i efektów wdrażanych strategii szkoleniowych. W wielu podmiotach leczniczych brakuje narzędzi umożliwiających ocenę, czy działania szkoleniowe rzeczywiście przekładają się na zmianę praktyk klinicznych, poprawę jakości opieki lub stabilność zasobów ludzkich. Bez mechanizmów informacji zwrotnej implementacja strategii szkoleniowych traci charakter procesu sterowalnego. Implementacja strategii szkoleniowych w organizacjach ochrony zdrowia stanowi złożony proces zarządczy, wymagający integracji celów strategicznych z realiami pracy klinicznej, zdolnością absorpcyjną personelu oraz uwarunkowaniami systemowymi. Skuteczna implementacja nie sprowadza się do formalnego wdrożenia dokumentów strategicznych, lecz wymaga aktywnego zarządzania napięciami pomiędzy rozwojem kompetencji a bieżącą realizacją misji ochrony zdrowia, co otwiera pole do dalszych rozważań nad monitorowaniem i ewaluacją strategii szkoleniowych jako elementem dojrzałego *governance* rozwoju w podmiotach leczniczych.

3.2. Przywództwo i kompetencje decyzyjne kierownictwa jako czynnik sprawności systemu rozwojowego

Sprawność systemu rozwojowego w organizacjach ochrony zdrowia pozostaje w ścisłym związku z jakością przywództwa oraz poziomem kompetencji decyzyjnych kadry kierowniczej. W sektorze służby zdrowia, charakteryzującym się wysoką złożonością procesów, wielością interesariuszy oraz trwałą presją operacyjną, przywództwo nie ogranicza się do funkcji administracyjno-nadzorczych, lecz pełni rolę integrującą cele rozwojowe z misją

[429] L. Gomathi, A.K. Mishra, A.K. Tyagi, Industry 5.0 for healthcare 5.0: Opportunities, challenges and future research possibilities, [w:] *2023 7th international conference on trends in electronics and informatics (ICOEI)*. IEEE, 2023, s. 204-213.

organizacji oraz wymogami bezpieczeństwa pacjenta. Kierownictwo staje się w tym ujęciu kluczowym aktorem systemu rozwojowego, odpowiedzialnym za nadanie mu spójności, kierunku oraz realnej wykonalności. Z perspektywy organizacyjnej przywództwo wpływa na sprawność systemu rozwojowego poprzez sposób definiowania priorytetów, alokacji zasobów oraz podejmowania decyzji w warunkach konkurencyjnych celów. W ochronie zdrowia decyzje dotyczące rozwoju personelu są nieustannie konfrontowane z potrzebą zapewnienia ciągłości świadczeń, co powoduje, że ich realizacja wymaga wysokiego poziomu kompetencji decyzyjnych, zdolności do równoważenia krótkoterminowych wymagań operacyjnych z długofalowymi celami rozwojowymi oraz odporności na presję doraźnych kryzysów. Brak tej zdolności prowadzi do systematycznego odkładania działań rozwojowych na rzecz bieżącej „obsługi systemu". Kompetencje decyzyjne kierownictwa w kontekście systemu rozwojowego obejmują kilka kluczowych wymiarów, które determinują jego funkcjonalność[430]:

- zdolność do myślenia systemowego, polegającą na rozumieniu rozwoju kompetencji jako elementu powiązanego z jakością opieki, bezpieczeństwem pacjenta, retencją personelu oraz odpornością organizacyjną; w ochronie zdrowia brak takiej perspektywy prowadzi do fragmentaryzacji działań rozwojowych;
- umiejętność priorytetyzacji decyzji, odnoszącą się do wyboru obszarów rozwoju kluczowych z punktu widzenia ryzyk klinicznych i strategicznych, a nie wyłącznie łatwo mierzalnych lub formalnie wymaganych; brak zdolności do priorytetyzacji skutkuje rozproszeniem zasobów rozwojowych;
- kompetencje alokacyjne, związane z podejmowaniem decyzji o czasie pracy, budżecie i zastępstwach, które warunkują realną dostępność rozwoju dla personelu medycznego; w ochronie zdrowia decyzje te mają bezpośredni wpływ na percepcję sprawiedliwości organizacyjnej;
- zdolność do zarządzania napięciami, wynikającymi z konfliktu pomiędzy autonomią zawodową personelu a potrzebą standaryzacji kompetencji; skuteczne przywództwo polega w tym przypadku na mediowaniu pomiędzy logiką profesjonalną a logiką organizacyjną;
- kompetencje komunikacyjne i symboliczne, poprzez które kierownictwo nadaje rozwojowi określone znaczenie aksjologiczne, sygnalizując jego wagę dla misji organizacji i etosu służby zdrowia.

[430] W. Głód, Wpływ innowacyjnego przywództwa na innowacyjność jednostek ochrony zdrowia w kontekście zarządzania wiedzą. *Human Resource Management/Zarzadzanie Zasobami Ludzkimi*, 2022.

Styl przywództwa kierownictwa odgrywa istotną rolę w kształtowaniu kultury uczenia się w organizacjach ochrony zdrowia. Przywództwo autorytarne, skoncentrowane na kontroli i realizacji wskaźników operacyjnych, sprzyja formalizacji systemów rozwojowych i ogranicza inicjatywę personelu w zakresie uczenia się. Z kolei przywództwo partycypacyjne i refleksyjne wzmacnia zaangażowanie pracowników w rozwój, sprzyjając internalizacji celów szkoleniowych oraz traktowaniu rozwoju jako elementu profesjonalizmu, a nie narzuconego obowiązku. Styl przywództwa stanowi jeden z najsilniejszych wyznaczników rzeczywistej partycypacji szkoleniowej[431]. W ochronie zdrowia szczególne znaczenie posiada rola liderów klinicznych, którzy funkcjonują na styku zarządzania i praktyki medycznej. Ich kompetencje decyzyjne determinują zdolność do przekładania strategii szkoleniowych na realne działania zespołowe oraz do integrowania rozwoju kompetencji z codzienną praktyką kliniczną. Brak wsparcia liderów klinicznych prowadzi do traktowania systemu rozwojowego jako inicjatywy administracyjnej, oderwanej od realiów pracy oddziałowej[432].

Przywództwo wpływa również na odporność systemu rozwojowego wobec przeciążeń i kryzysów. Kierownictwo o wysokich kompetencjach decyzyjnych potrafi utrzymać ciągłość działań rozwojowych nawet w warunkach presji operacyjnej, traktując rozwój jako element stabilizacji systemu, a nie koszt możliwy do czasowego zawieszenia. W ochronie zdrowia, gdzie kryzysy mają charakter cykliczny, taka zdolność decyzyjna stanowi warunek trwałości systemu rozwojowego[433]. Przywództwo i kompetencje decyzyjne kierownictwa stanowią kluczowy czynnik sprawności systemu rozwojowego w organizacjach ochrony zdrowia. To od jakości decyzji zarządczych, stylu przywództwa oraz zdolności do myślenia systemowego zależy, czy rozwój kompetencji personelu będzie pełnił funkcję realnego mechanizmu wzmacniania jakości opieki, bezpieczeństwa pacjenta i stabilności zasobów ludzkich, czy pozostanie jedynie formalnym elementem dokumentów strategicznych. Sprawność systemu rozwojowego w organizacjach ochrony zdrowia nie jest wyłącznie funkcją formalnie przyjętych strategii szkoleniowych, polityk HR czy dostępności zasobów finansowych, lecz w decydującym stopniu zależy od jakości przywództwa oraz kompetencji decyzyjnych kadry kierowniczej. To właśnie kierownictwo, poprzez codzienne decyzje, interpretacje priorytetów i sposób reagowania na napięcia systemowe, nadaje rozwojowi kompetencji realny status organizacyjny, albo jako element strategiczny, albo jako obszar wtórny wobec bieżącej presji

[431] E. Tańska, Rola przywództwa w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej. *Ekonomia, Wroclaw Economic Review*, 2022, 28.4: 111-131.
[432] C.F. Dye, *Leadership in healthcare: Essential values and skills*. ACHE Learn, 2023.
[433] N. M. Albert, S. Pappas, *Quantum leadership: Creating sustainable value in health care*. Jones & Bartlett Learning, 2024.

operacyjnej[434]. W sektorze ochrony zdrowia przywództwo posiada szczególny wymiar, ponieważ funkcjonuje na styku logiki zarządczej i logiki profesjonalnej. Kierownictwo nie tylko zarządza zasobami, lecz także wpływa na sposób rozumienia profesjonalizmu medycznego, autonomii zawodowej oraz odpowiedzialności za jakość i bezpieczeństwo opieki. W tym sensie różne ujęcia przywództwa generują odmienne warunki funkcjonowania systemu rozwojowego, co można uporządkować w ujęciu porównawczym (tabela 19).

Tabela 19. Ujęcia przywództwa a sprawność systemu rozwojowego w ochronie zdrowia

Ujęcie przywództwa	Dominująca logika działania	Relacja z rozwojem personelu	Konsekwencje dla systemu rozwojowego
Administracyjne	Kontrola, zgodność, nadzór	Rozwój jako obowiązek formalny	Wysoki formalizm, niski transfer do praktyki
Menedżerskie	Efektywność, realizacja celów	Rozwój jako narzędzie poprawy wyników	Selektywne inwestowanie w kompetencje
Profesjonalne	Autonomia, etos zawodu	Rozwój jako element profesjonalizmu	Wysoka akceptacja środowiskowa
Rozwojowe	Uczenie się, refleksja	Rozwój jako proces ciągły	Wysoka sprawność i trwałość systemu

Źródło: opracowanie własne na podstawie: L. Petersson et al., Challenges to implementing artificial intelligence in healthcare: a qualitative interview study with healthcare leaders in Sweden. *BMC health services research*, 2022, 22.1: 850.

Zestawienie to wskazuje, że w ochronie zdrowia rzadko dominuje jedno spójne ujęcie przywództwa. Najczęściej mamy do czynienia z ich współwystępowaniem, co generuje napięcia decyzyjne, zwłaszcza w sytuacjach przeciążenia systemu. Brak świadomego zarządzania tymi napięciami prowadzi do sytuacji, w której system rozwojowy funkcjonuje niespójnie, realizując sprzeczne cele jednocześnie.

Kluczowym wymiarem przywództwa w kontekście rozwoju personelu są kompetencje decyzyjne kierownictwa, rozumiane nie jako formalne uprawnienia, lecz jako zdolność podejmowania decyzji integrujących różne poziomy funkcjonowania organizacji. W ochronie zdrowia decyzje dotyczące rozwoju kompetencji są podejmowane w warunkach ograniczonych zasobów, presji czasu oraz wysokiej odpowiedzialności klinicznej, co czyni je szczególnie wymagającymi poznawczo i etycznie (tabela 20).

[434] M. Bosworth et al., *Leadership for health professionals: Theory, skills, and applications*. Jones & Bartlett Learning, 2023.

Tabela 20. Kompetencje decyzyjne kierownictwa a funkcjonowanie systemu rozwojowego

Obszar kompetencji decyzyjnych	Charakter decyzji	Skutek dla systemu rozwojowego
Myślenie systemowe	Długofalowe, integrujące	Spójność strategii i działań
Priorytetyzacja	Selektywne	Ograniczenie chaosu szkoleniowego
Alokacja zasobów	Operacyjno-strategiczne	Realna dostępność rozwoju
Zarządzanie napięciami	Mediacyjne	Akceptacja środowiskowa
Decyzje symboliczne	Aksjologiczne	Legitymizacja rozwoju

Źródło: opracowanie własne na podstawie: S. Hu et al., Coaching to develop leadership for healthcare managers: a mixed-method systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 2022, 11.1: 67.

Tabela ta pokazuje, że sprawność systemu rozwojowego zależy od równoczesnej obecności wszystkich wymienionych kompetencji. Brak którejkolwiek z nich prowadzi do osłabienia całego układu – przykładowo, brak myślenia systemowego skutkuje fragmentaryzacją działań, natomiast deficyty kompetencji alokacyjnych powodują, że rozwój pozostaje deklaratywny. W ochronie zdrowia szczególnie często obserwuje się napięcie pomiędzy deklaratywnym poparciem dla rozwoju a brakiem decyzji umożliwiających jego realizację w praktyce[435]. Decyzje kierownictwa dotyczące rozwoju kompetencji mają również charakter przyczynowo-skutkowy, którego konsekwencje ujawniają się z opóźnieniem, lecz oddziałują na cały system ochrony zdrowia (tabela 21). Dotyczy to zwłaszcza relacji pomiędzy krótkoterminową stabilnością operacyjną a długoterminową odpornością organizacyjną.

Tabela 21. Decyzje kierownictwa a skutki systemowe w obszarze rozwoju personelu

Typ decyzji kierownictwa	Krótkoterminowy efekt	Długoterminowy efekt systemowy
Odkładanie działań rozwojowych	Utrzymanie obsady dyżurowej	Erozja kompetencji i wzrost ryzyka
Instrumentalizacja szkoleń	Spełnienie wymogów formalnych	Spadek motywacji i zaangażowania
Inwestowanie mimo presji	Czasowe obciążenie organizacji	Wzrost odporności i jakości opieki

Źródło: opracowanie własne na podstawie: C.AW. Dickson et al., Leadership practices that enable healthful cultures in clinical practice: A realist evaluation. *Journal of clinical nursing*, 2024, 33.3: 982-997.

[435] A. Terkamo-Moisio et al., Towards remote leadership in health care: Lessons learned from an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 2022, 78.3: 595-608.

Zestawienie to unaocznia, że decyzje dotyczące rozwoju personelu nie są neutralne systemowo. W ochronie zdrowia, gdzie skutki deficytów kompetencyjnych kumulują się w czasie, krótkoterminowa racjonalność operacyjna często prowadzi do długoterminowych strat jakościowych i kadrowych. Jednym z głównych źródeł niesprawności systemów rozwojowych jest koncentracja kierownictwa na efektach natychmiastowych kosztem konsekwencji odroczonych. W realiach służby zdrowia szczególną rolę odgrywają liderzy kliniczni, którzy pełnią funkcję pośredników pomiędzy strategią organizacyjną a praktyką medyczną. Ich kompetencje decyzyjne decydują o tym, czy rozwój kompetencji zostanie włączony w codzienną praktykę zespołów, czy pozostanie domeną administracyjną. Bez aktywnego przywództwa klinicznego system rozwojowy traci zdolność oddziaływania na jakość opieki[436]. Przywództwo i kompetencje decyzyjne kierownictwa stanowią rdzeń sprawności systemu rozwojowego w organizacjach ochrony zdrowia. To od sposobu podejmowania decyzji, ich osadzenia w myśleniu systemowym oraz zdolności do integrowania rozwoju z misją ochrony zdrowia zależy, czy system rozwojowy będzie pełnił funkcję realnego mechanizmu wzmacniania jakości opieki, bezpieczeństwa pacjenta i stabilności zasobów ludzkich. W tym sensie przywództwo nie jest jedynie kontekstem dla rozwoju, lecz jego kluczowym warunkiem strukturalnym, co naturalnie otwiera pole do dalszych analiz dotyczących kultury organizacyjnej i klimatu uczenia się jako środowiska funkcjonowania systemu rozwojowego.

W organizacjach ochrony zdrowia decyzje dotyczące rozwoju kompetencji personelu posiadają nie tylko wymiar organizacyjny i strategiczny, lecz także wyraźny komponent etyczny. Zarządzanie rozwojem nie jest w tym sektorze neutralnym technicznie procesem HR, lecz formą pośredniego oddziaływania na bezpieczeństwo pacjentów, jakość opieki oraz warunki wykonywania zawodów zaufania publicznego. Odpowiedzialność decyzyjna kierownictwa obejmuje zatem również konsekwencje moralne wynikające z alokacji lub zaniechania inwestycji rozwojowych. W tym kontekście etyczny wymiar systemu rozwojowego ujawnia się poprzez[437], [438]:

- odpowiedzialność za bezpieczeństwo pacjenta, polegającą na uznaniu rozwoju kompetencji za element profilaktyki systemowej, a nie wyłącznie koszt operacyjny; decyzje ograniczające rozwój zwiększają ryzyko błędów klinicznych i organizacyjnych;

[436] L. Leach et al., Distributed leadership in healthcare: leadership dyads and the promise of improved hospital outcomes. *Leadership in Health Services*, 2021, 34.4: 353-374.
[437] B. Klimczak, Etyka zawodowa-jak to działa? *Ekonomia i Prawo. Economics and Law*, 2010, 6.1: 15-24.
[438] G. Marckmann, J. Schildmann, Qualität und Ethik in der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2022, 65.3: 335-341.

- odpowiedzialność wobec personelu, wyrażającą się w tworzeniu warunków umożliwiających aktualizację wiedzy i kompetencji w warunkach rosnącej złożoności pracy medycznej; brak takich warunków prowadzi do przeciążenia poznawczego i erozji profesjonalizmu;
- odpowiedzialność międzypokoleniową, odnoszącą się do transferu wiedzy i doświadczenia w organizacjach, w których rotacja i starzenie się kadr stanowią trwałe wyzwanie systemowe;
- odpowiedzialność za sprawiedliwość organizacyjną, obejmującą równość dostępu do rozwoju niezależnie od pozycji hierarchicznej, formy zatrudnienia czy przynależności do określonych grup zawodowych;
- odpowiedzialność za transparentność decyzji, polegającą na jasnym komunikowaniu kryteriów priorytetyzacji kompetencji oraz uzasadnianiu ograniczeń rozwojowych w sposób respektujący profesjonalną autonomię pracowników.

Etyczny wymiar zarządzania rozwojem kompetencji w organizacjach ochrony zdrowia stanowi fundamentalny element systemowej legitymizacji działań szkoleniowych, ponieważ dotyczy obszaru bezpośrednio związanego z bezpieczeństwem pacjentów, odpowiedzialnością zawodową personelu oraz zaufaniem społecznym do instytucji ochrony zdrowia. W tym sektorze rozwój kompetencji nie jest neutralnym procesem technicznym, lecz formą pośredniego oddziaływania na jakość opieki oraz warunki wykonywania zawodów zaufania publicznego, co nadaje decyzjom rozwojowym wyraźny ciężar normatywny. Z perspektywy organizacyjnej etyczny wymiar zarządzania rozwojem kompetencji polega na uznaniu, że decyzje dotyczące alokacji zasobów szkoleniowych, priorytetyzacji kompetencji oraz dostępności rozwoju mają konsekwencje wykraczające poza efektywność operacyjną. W ochronie zdrowia ograniczanie rozwoju kompetencji personelu nie tylko osłabia potencjał organizacji, lecz również zwiększa ryzyko błędów klinicznych, przeciążenia poznawczego oraz erozji standardów profesjonalnych. Kierownictwo, podejmując decyzje rozwojowe, staje się zatem pośrednio odpowiedzialne za warunki bezpiecznego wykonywania pracy medycznej. Systemowa legitymizacja działań szkoleniowych opiera się w tym kontekście na spójności pomiędzy deklarowanymi wartościami organizacji a realnymi praktykami zarządczymi. Organizacje ochrony zdrowia często odwołują się do misji troski o pacjenta, jakości opieki i profesjonalizmu personelu, jednak brak konsekwentnego wsparcia rozwoju kompetencji prowadzi do dysonansu normatywnego, który podważa wiarygodność tych deklaracji. Etycznie zakorzeniony system rozwojowy minimalizuje ten dysonans, wzmacniając zaufanie personelu do intencji organizacji.

Istotnym elementem etycznego wymiaru zarządzania rozwojem kompetencji jest kwestia sprawiedliwości organizacyjnej. W ochronie zdrowia dostęp do rozwoju bywa zróżnicowany ze względu na hierarchię zawodową, formę zatrudnienia, obciążenia dyżurowe czy pozycję w strukturze organizacyjnej. Etyczne zarządzanie rozwojem wymaga transparentnych kryteriów priorytetyzacji szkoleń oraz uzasadniania decyzji ograniczających dostęp do rozwoju w sposób respektujący profesjonalną autonomię pracowników. Brak takich mechanizmów sprzyja postrzeganiu szkoleń jako narzędzia kontroli lub nagradzania wybranych grup, co osłabia ich legitymizację. Etyczny wymiar rozwoju kompetencji ujawnia się również w relacji pomiędzy organizacją a pracownikiem jako element kontraktu psychologicznego. W sektorze ochrony zdrowia personel często ponosi wysokie koszty osobiste związane z wykonywaniem pracy, w tym obciążenia emocjonalne, dyspozycyjność czasową oraz odpowiedzialność za decyzje kliniczne. Oczekiwanie ciągłego podnoszenia kompetencji bez zapewnienia realnych warunków do rozwoju stanowi naruszenie niepisanych zobowiązań organizacji wobec pracowników, co prowadzi do spadku zaufania, zaangażowania i skłonności do pozostania w organizacji. Ograniczanie instrumentalizacji działań szkoleniowych stanowi kolejny kluczowy aspekt etycznego zarządzania rozwojem. Instrumentalizacja polega na traktowaniu szkoleń wyłącznie jako środka realizacji celów formalnych, takich jak spełnienie wymogów regulacyjnych, poprawa wskaźników czy ochrona organizacji przed odpowiedzialnością prawną. W ochronie zdrowia takie podejście prowadzi do redukcji rozwoju kompetencji do roli procedury administracyjnej, pozbawionej sensu zawodowego i wartości rozwojowej. Etycznie zakorzeniony system rozwojowy przeciwdziała tej tendencji, akcentując sens kształcenia jako elementu odpowiedzialności zawodowej i troski o pacjenta. W wymiarze kulturowym etyczne zarządzanie rozwojem kompetencji sprzyja budowaniu środowiska pracy opartego na zaufaniu, wzajemnym szacunku i gotowości do uczenia się. W ochronie zdrowia, gdzie współpraca zespołowa i wymiana wiedzy są warunkami bezpiecznej opieki, brak zaufania organizacyjnego prowadzi do ukrywania błędów, unikania odpowiedzialności i ograniczania uczenia się na doświadczeniach. System rozwojowy zakorzeniony etycznie wspiera natomiast otwartość i refleksyjność, co ma bezpośrednie przełożenie na jakość opieki. Z perspektywy makrosystemowej etyczny wymiar zarządzania rozwojem kompetencji wpływa na społeczną legitymizację systemu ochrony zdrowia jako całości. Organizacje, które konsekwentnie inwestują w rozwój personelu i traktują go jako wartość, a nie koszt, wzmacniają zaufanie publiczne oraz postrzeganie ochrony zdrowia jako sektora odpowiedzialnego i uczącego się. W warunkach rosnących oczekiwań społecznych i deficytów kadrowych aspekt ten nabiera szczególnego znaczenia. Etyczny wymiar

zarządzania rozwojem kompetencji wzmacnia systemową legitymizację działań szkoleniowych poprzez zapewnienie spójności normatywnej, sprawiedliwości organizacyjnej oraz ochronę kontraktu psychologicznego pracowników. Ograniczając instrumentalizację rozwoju i wzmacniając zaufanie organizacyjne, etycznie zakorzeniony system rozwojowy staje się nie tylko narzędziem doskonalenia kompetencji, lecz jednym z kluczowych filarów trwałości i wiarygodności organizacji ochrony zdrowia.

Systemy rozwoju kompetencji w ochronie zdrowia funkcjonują w środowisku permanentnej niepewności, wynikającej z dynamiki wiedzy medycznej, zmienności regulacyjnej oraz nieprzewidywalności zdarzeń klinicznych. W takich warunkach rozwój kompetencji nie może być projektowany wyłącznie w logice stabilnych planów i procedur, lecz wymaga uwzględnienia złożoności systemowej oraz ograniczonej przewidywalności skutków decyzji rozwojowych. Zarządzanie systemem rozwojowym w warunkach niepewności obejmuje w szczególności[439]:

- akceptację niepełnej wiedzy decyzyjnej, polegającą na podejmowaniu decyzji rozwojowych mimo braku pełnych danych, z wykorzystaniem scenariuszy, analiz trendów i wiedzy eksperckiej;
- rozwój kompetencji adaptacyjnych, obejmujących zdolność uczenia się w działaniu, refleksję nad praktyką kliniczną oraz elastyczne reagowanie na zmieniające się warunki pracy;
- odchodzenie od nadmiernej standaryzacji, która w warunkach wysokiej złożoności może ograniczać zdolność personelu do podejmowania trafnych decyzji sytuacyjnych;
- wzmacnianie uczenia się zespołowego, jako mechanizmu kompensującego ograniczenia indywidualnych kompetencji poznawczych w złożonych środowiskach klinicznych;
- traktowanie rozwoju jako procesu ciągłego, a nie sekwencji zamkniętych interwencji szkoleniowych, co sprzyja utrzymaniu sprawności poznawczej i decyzyjnej personelu.

Uwzględnienie niepewności i złożoności jako trwałych cech systemu ochrony zdrowia pozwala projektować systemy rozwojowe o wyższej odporności i funkcjonalności. W ujęciu systemowym rozwój kompetencji personelu stanowi jeden z kluczowych komponentów odporności organizacyjnej podmiotów leczniczych, rozumianej jako zdolność do utrzymania ciągłości działania, jakości opieki oraz stabilności zasobów ludzkich w warunkach zakłóceń. System rozwojowy pełni w tym kontekście funkcję bufora adaptacyjnego, umożliwiającego

[439] S. Kuske, J. Köberlein-Neu, Systematisch implementieren. Inwiefern kann die Implementierungswissenschaft einen Bildungsbeitrag für die Akteure im Gesundheitswesen leisten? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2024, 184: 34-39.

organizacji absorpcję wstrząsów bez degradacji podstawowych funkcji. Rola systemu rozwojowego w budowaniu odporności organizacyjnej przejawia się poprzez[440]:

- zwiększanie elastyczności kompetencyjnej personelu, umożliwiającej czasowe przejmowanie ról, modyfikację zakresów obowiązków oraz adaptację do zmiennych warunków organizacyjnych;
- ograniczanie zależności od jednostkowych ekspertów, poprzez dyfuzję wiedzy i rozwój kompetencji zespołowych;
- skracanie czasu adaptacji do zmian, wynikających z wdrażania nowych technologii, procedur lub modeli opieki;
- wzmacnianie dobrostanu psychicznego personelu, co ogranicza ryzyko dekompensacji organizacyjnej w warunkach długotrwałego stresu;
- utrzymywanie ciągłości jakości opieki, nawet w warunkach rotacji personelu lub czasowych niedoborów kadrowych.

W tym sensie system rozwojowy przestaje być jedynie elementem polityki personalnej, a staje się jednym z filarów stabilności i zdolności przetrwania organizacji ochrony zdrowia. Uwzględnienie odpowiedzialności decyzyjnej, niepewności systemowej oraz odporności organizacyjnej pozwala osadzić system rozwojowy w ochronie zdrowia w szerszym kontekście funkcjonowania podmiotów leczniczych jako organizacji realizujących misję publiczną. Tak rozumiany rozwój kompetencji stanowi nie tylko narzędzie doskonalenia personelu, lecz integralny element architektury zarządczej, warunkujący zdolność systemu ochrony zdrowia do trwałego i odpowiedzialnego funkcjonowania.

3.3. Kultura organizacyjna i klimat uczenia się (*learning organization*) jako determinanta zachowań rozwojowych

Kultura organizacyjna oraz klimat uczenia się stanowią jeden z kluczowych, choć często niedostatecznie explicytowanych, wymiarów determinujących skuteczność systemów rozwojowych w organizacjach ochrony zdrowia. W przeciwieństwie do formalnych strategii szkoleniowych, procedur HR czy mechanizmów *governance*, kultura i klimat uczenia się oddziałują na zachowania rozwojowe personelu w sposób pośredni, lecz trwały, kształtując ramy interpretacyjne, normy działania oraz wzory reagowania na wiedzę, zmianę i niepewność.

[440] K. Rathmann et al., Gesundheitskompetenz im Gesundheitswesen entwickeln und implementieren: Bedarfe und Herausforderungen für das Qualitätsmanagement. *QUALITAS*, 2024, 23.2: 27-29.

W tym sensie stanowią one swoiste „środowisko nośne" dla procesów uczenia się, bez którego nawet najbardziej zaawansowane instrumenty rozwojowe tracą swoją funkcjonalność. W sektorze ochrony zdrowia znaczenie kultury organizacyjnej i klimatu uczenia się nabiera szczególnego wymiaru ze względu na specyfikę pracy klinicznej, opartą na wysokiej odpowiedzialności, presji czasowej oraz konieczności podejmowania decyzji w warunkach niepełnej informacji. Zachowania rozwojowe personelu medycznego, takie jak gotowość do aktualizacji wiedzy, refleksji nad praktyką, uczenia się na błędach czy dzielenia się doświadczeniem, nie są wyłącznie funkcją indywidualnej motywacji, lecz pozostają głęboko zakorzenione w kontekście kulturowym organizacji. To właśnie kultura organizacyjna decyduje o tym, czy uczenie się jest postrzegane jako element profesjonalizmu, czy jako dodatkowe obciążenie nakładane na już przeciążony personel[441]. Pojęcie organizacji uczącej się (*learning organization*) w odniesieniu do ochrony zdrowia odnosi się do zdolności podmiotów leczniczych do systematycznego generowania, przetwarzania i wykorzystywania wiedzy w celu poprawy jakości opieki, bezpieczeństwa pacjenta oraz warunków pracy personelu. Nie oznacza ono wyłącznie intensyfikacji działań szkoleniowych, lecz zakłada istnienie kultury sprzyjającej refleksji, otwartości na informację zwrotną oraz akceptacji uczenia się jako procesu wpisanego w codzienną praktykę kliniczną. Bez kulturowych uwarunkowań uczenia się rozwój kompetencji pozostaje zjawiskiem incydentalnym, bez możliwości transferu do praktyki[442]. Kultura organizacyjna oddziałuje na zachowania rozwojowe poprzez system norm i wartości regulujących relację organizacji wobec wiedzy, błędu i zmiany. W organizacjach ochrony zdrowia o kulturze defensywnej, skoncentrowanej na kontroli i unikanie odpowiedzialności, uczenie się bywa postrzegane jako zagrożenie, ponieważ ujawnia luki kompetencyjne lub niezgodności proceduralne. W takich warunkach personel wykazuje skłonność do rozwiązań zachowawczych, minimalizując zaangażowanie w rozwój wykraczający poza formalne wymogi. Z kolei kultura wspierająca uczenie się sprzyja traktowaniu rozwoju jako elementu bezpieczeństwa i profesjonalnej dojrzałości. Istotnym komponentem kultury organizacyjnej w kontekście zachowań rozwojowych jest stosunek do błędu. W ochronie zdrowia błąd kliniczny posiada szczególnie wysoką wagę etyczną i społeczną, co często prowadzi do jego stygmatyzacji. Tymczasem organizacje uczące się postrzegają błędy nie jako wyłączne źródło sankcji, lecz jako impuls do analizy systemowej

[441] M. Szara, J. Klukow, Przywództwo jako element kultury organizacyjnej zespołów pielęgniarskich. *Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek – kontrowersje i wyzwania*, 2022, 85.
[442] K. Kudelska, Organizacja ucząca się w świetle współczesnych koncepcji zarządzania. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, 2013, 3: 21-32.

i uczenia się organizacyjnego. Klimat sprzyjający uczeniu się na błędach jest jednym z najważniejszych wyznaczników rzeczywistego transferu wiedzy do praktyki klinicznej[443]. Klimat uczenia się, rozumiany jako subiektywna percepcja pracowników dotycząca wsparcia organizacyjnego dla rozwoju, stanowi pomost pomiędzy abstrakcyjną kulturą a konkretnymi zachowaniami rozwojowymi. Obejmuje on przekonania personelu dotyczące tego, czy organizacja faktycznie umożliwia uczenie się, czy zapewnia czas, zasoby i akceptację dla rozwoju oraz czy rozwój jest nagradzany symbolicznie i organizacyjnie. W ochronie zdrowia klimat uczenia się jest szczególnie wrażliwy na sprzeczności pomiędzy deklaracjami kierownictwa a realnymi praktykami zarządczymi, zwłaszcza w warunkach chronicznego przeciążenia pracą[444]. Z perspektywy systemowej kultura organizacyjna i klimat uczenia się pełnią funkcję regulatora zachowań rozwojowych, wpływając na ich intensywność, kierunek oraz trwałość. Organizacje ochrony zdrowia o rozwiniętym klimacie uczenia się wykazują większą zdolność do absorpcji nowych technologii, adaptacji do zmian regulacyjnych oraz utrzymania jakości opieki mimo presji kadrowej. W tym sensie kultura uczenia się staje się nie tylko determinantą indywidualnych zachowań rozwojowych, lecz także jednym z filarów odporności organizacyjnej. Wprowadzenie kategorii kultury organizacyjnej i klimatu uczenia się pozwala zatem przesunąć analizę zachowań rozwojowych z poziomu jednostkowych decyzji na poziom uwarunkowań strukturalnych i normatywnych. Otwiera to przestrzeń do dalszych rozważań nad konkretnymi mechanizmami kulturowymi, które sprzyjają lub ograniczają uczenie się w organizacjach ochrony zdrowia, a także nad rolą przywództwa, komunikacji i bezpieczeństwa psychologicznego jako kluczowych mediatorów pomiędzy kulturą a zachowaniami rozwojowymi personelu.

Kultura organizacyjna w organizacjach ochrony zdrowia pełni funkcję swoistej, często niewidocznej infrastruktury, która warunkuje możliwość występowania zachowań rozwojowych personelu medycznego. W przeciwieństwie do formalnych systemów szkoleń czy procedur HR, kultura nie operuje na poziomie zapisów regulaminowych, lecz kształtuje codzienne praktyki, interpretacje i decyzje pracowników dotyczące sensu uczenia się, dzielenia się wiedzą oraz podejmowania refleksji nad własną praktyką zawodową. Kultura organizacyjna stanowi jeden z najtrwalszych determinantów zachowań rozwojowych, ponieważ oddziałuje na nie w sposób pośredni, lecz systematyczny. W ujęciu organizacyjnym kultura pełni rolę

[443] B. Mikuła, B. Ziębicki, Organizacja inteligentna a organizacja ucząca się. *Przegląd Organizacji*, 2000, 5: 11-14.
[444] Ł. Sułkowski, O związkach między kulturą organizacyjną a organizacją uczącą się. *Przegląd Organizacji*, 2003, 4: 9-11.

regulatora tego, co w danej instytucji jest postrzegane jako pożądane, akceptowalne lub ryzykowne w kontekście uczenia się. W ochronie zdrowia, gdzie dominują silne normy profesjonalne oraz hierarchie zawodowe, znaczenie kultury jako czynnika moderującego zachowania rozwojowe jest szczególnie wyraźne. Nawet przy wysokiej dostępności szkoleń zachowania rozwojowe nie występują, jeżeli kultura organizacyjna nie wspiera ich legitymizacji. Kultura organizacyjna jako „ukryta infrastruktura" uczenia się przejawia się poprzez kilka kluczowych mechanizmów[445]:

- normatywne definiowanie relacji wobec wiedzy, polegające na tym, czy wiedza jest traktowana jako zasób wspólny, podlegający wymianie i aktualizacji, czy jako indywidualny kapitał chroniony w ramach pozycji zawodowej; w ochronie zdrowia zamknięcie wiedzy sprzyja reprodukcji błędów i ogranicza uczenie się zespołowe;
- społeczne interpretowanie zmiany, które decyduje o tym, czy nowe procedury, technologie i wytyczne są postrzegane jako szansa rozwojowa, czy jako zagrożenie dla autonomii zawodowej; kultura defensywna sprzyja oporowi wobec uczenia się;
- sposób reagowania na błędy i niepewność, warunkujący gotowość do refleksji nad praktyką kliniczną; w kulturach sankcyjnych błąd prowadzi do wycofania i ukrywania problemów, co ogranicza uczenie się organizacyjne;
- hierarchiczne wzory komunikacji, które wpływają na to, czy młodsi lub mniej uprzywilejowani pracownicy czują się uprawnieni do zadawania pytań i zgłaszania potrzeb rozwojowych; w ochronie zdrowia silne hierarchie często tłumią inicjatywy rozwojowe oddolne;
- symboliczne sygnały organizacyjne, takie jak sposób mówienia o szkoleniach, reakcje przełożonych na inicjatywy edukacyjne czy widoczność rozwoju w narracji kierownictwa; te sygnały są często silniejsze niż formalne komunikaty HR.

Istotnym problemem w organizacjach ochrony zdrowia jest rozbieżność pomiędzy kulturą deklarowaną a kulturą faktycznie praktykowaną. Deklaratywne odwoływanie się do wartości uczenia się, innowacyjności i rozwoju bywa neutralizowane przez codzienne praktyki organizacyjne, takie jak brak czasu na refleksję, nieformalna penalizacja uczestnictwa w szkoleniach czy presja ciągłej dyspozycyjności klinicznej. Taka niespójność kulturowa prowadzi do cynizmu organizacyjnego i spadku autentycznych zachowań rozwojowych[446].

[445] R. Omaszewska-Lipiec, Zakład pracy jako organizacja ucząca się-wybrane wyniki badań. *Szkoła – Zawód – Praca*, 2010, 1: 122-132.

[446] Ch. Fieseler, Organisationskultur und Unternehmenskommunikation, [w:] *Handbuch Unternehmenskommunikation: Strategie – Management – Wertschöpfung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2022. s. 431-445.

W ochronie zdrowia kultura organizacyjna wpływa również na to, czy rozwój kompetencji jest postrzegany jako element etosu zawodowego, czy jako dodatkowe, niekoniecznie uzasadnione obciążenie. W środowiskach, w których rozwój wpisany jest w definicję profesjonalizmu medycznego, zachowania rozwojowe przyjmują charakter normatywny i są podtrzymywane nawet w warunkach presji operacyjnej. W kulturach skoncentrowanych wyłącznie na realizacji zadań bieżących rozwój zostaje zepchnięty na margines, co sprzyja stagnacji kompetencyjnej[447]. Z perspektywy systemowej kultura organizacyjna stanowi zatem warunek brzegowy funkcjonowania klimatu uczenia się. Bez kulturowej legitymizacji uczenia się nawet najlepiej zaprojektowane systemy rozwojowe pozostają strukturami formalnymi o ograniczonym wpływie na praktykę kliniczną. Kultura jako „ukryta infrastruktura" determinuje bowiem nie to, czy rozwój jest możliwy w sensie proceduralnym, lecz czy jest możliwy w sensie społecznym i symbolicznym. Analiza kultury organizacyjnej jako ukrytej infrastruktury uczenia się pozwala uchwycić, dlaczego zachowania rozwojowe personelu medycznego nie są prostą funkcją dostępności szkoleń czy indywidualnej motywacji. To właśnie kultura nadaje uczeniu się znaczenie, określa jego granice i warunki akceptowalności. W tym kontekście kluczowe staje się pojęcie klimatu uczenia się, który stanowi mechanizm pośredniczący pomiędzy abstrakcyjnymi wartościami kulturowymi a konkretnymi decyzjami pracowników o angażowaniu się w rozwój, co uzasadnia przejście do kolejnego aspektu analizy.

Klimat uczenia się stanowi kluczowy mechanizm pośredniczący pomiędzy względnie trwałą kulturą organizacyjną a konkretnymi zachowaniami rozwojowymi podejmowanymi przez pracowników ochrony zdrowia. O ile kultura organizacyjna wyznacza ramy normatywne i aksjologiczne funkcjonowania organizacji, o tyle klimat uczenia się odnosi się do subiektywnych percepcji pracowników dotyczących tego, w jakim stopniu organizacja faktycznie wspiera, umożliwia i legitymizuje procesy uczenia się w codziennej praktyce zawodowej. Właśnie klimat, a nie deklarowana kultura, bezpośrednio wpływa na decyzje pracowników dotyczące angażowania się w rozwój[448].

W ochronie zdrowia klimat uczenia się posiada szczególne znaczenie, ponieważ zachowania rozwojowe realizowane są w warunkach wysokiej presji czasowej, odpowiedzialności klinicznej oraz przeciążenia emocjonalnego. W takich realiach nawet silne

[447] V. Kiel, Organisationskultur und Kulturentwicklung aus systemischer Perspektive, [w:] *Personalpsychologie für das Human Resource Management*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2023, s. 211-231.
[448] I. Zerbe, A. Springer, Klimat organizacyjny oraz dobrostan pracowników ich rola w budowaniu przywiązania do organizacji. *Debiuty Naukowe Studentów Wyższej Szkoły Bankowej*, 2023, 23.23: 93-110.

wartości prorozwojowe pozostają nieskuteczne, jeżeli pracownicy nie postrzegają organizacji jako przestrzeni realnie sprzyjającej uczeniu się. Klimat uczenia się działa jak „filtr percepcyjny", który decyduje o tym, czy pracownicy interpretują rozwój jako szansę, czy jako dodatkowe ryzyko[449]. Klimat uczenia się kształtowany jest przez szereg powtarzalnych doświadczeń organizacyjnych, które wpływają na gotowość personelu medycznego do podejmowania zachowań rozwojowych[450]:

- postrzegana dostępność czasu na uczenie się, odnosząca się do tego, czy udział w szkoleniach, refleksja nad praktyką lub uczenie się zespołowe są możliwe bez negatywnych konsekwencji operacyjnych lub nieformalnych sankcji; w ochronie zdrowia brak tej dostępności skutkuje internalizacją przekonania, że rozwój koliduje z „prawdziwą pracą";
- percepcja wsparcia przełożonych, obejmująca zarówno formalne zgody na udział w działaniach rozwojowych, jak i nieformalne sygnały akceptacji lub dezaprobaty; Kowalski wskazuje, że brak spójności pomiędzy deklarowanym a faktycznym wsparciem przełożonych silnie obniża klimat uczenia się;
- poczucie sensu rozwoju, rozumiane jako przekonanie, że zdobywana wiedza i kompetencje mają realne zastosowanie w praktyce klinicznej i przyczyniają się do poprawy jakości opieki; szkolenia oderwane od realiów pracy obniżają percepcję sensowności uczenia się;
- postrzegana sprawiedliwość dostępu do rozwoju, odnosząca się do przejrzystości kryteriów uczestnictwa w szkoleniach i równego traktowania różnych grup zawodowych; nierówności w tym zakresie prowadzą do erozji klimatu uczenia się;
- doświadczenia związane z konsekwencjami uczenia się, obejmujące to, czy rozwój prowadzi do uznania, możliwości wykorzystania kompetencji lub poprawy warunków pracy; brak pozytywnych konsekwencji osłabia motywację do dalszych zachowań rozwojowych.

W ochronie zdrowia klimat uczenia się jest szczególnie wrażliwy na niespójności pomiędzy narracją strategiczną a codzienną praktyką organizacyjną. Deklaracje dotyczące znaczenia rozwoju personelu tracą wiarygodność, jeżeli jednocześnie nie są tworzone warunki organizacyjne umożliwiające realne uczenie się. Taka niespójność prowadzi do rozwoju postaw adaptacyjnych polegających na minimalizowaniu zaangażowania rozwojowego do poziomu

[449] S. Białas, D. Molek-Winiarska, A. Pelc, Kultura organizacyjna sprzyjająca poprawie dobrostanu pracowników. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2023, 150.1: 73-93.
[450] J. Gehm, Unternehmenskultur – die richtige Umgebung für kundenzentrierte Innovation, [w:] *Design Thinking etablieren: So verankern Sie Design Thinking im Unternehmen–bewährtes Vorgehensmodell, Erfahrungen, Fallbeispiele*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2022. s. 131-144.

formalnie wymaganego[451]. Z perspektywy systemowej klimat uczenia się pełni funkcję sprzężenia zwrotnego pomiędzy kulturą organizacyjną a zachowaniami pracowników. Pozytywny klimat sprzyja reprodukcji zachowań rozwojowych, które z kolei wzmacniają kulturowe wzorce uczenia się. Negatywny klimat prowadzi natomiast do wygaszania inicjatyw rozwojowych, nawet w organizacjach deklaratywnie prorozwojowych. W tym sensie klimat uczenia się stanowi jeden z kluczowych punktów interwencji zarządczej w ochronie zdrowia. Analiza klimatu uczenia się pozwala zrozumieć, w jaki sposób abstrakcyjne wartości kulturowe przekładają się na konkretne decyzje pracowników dotyczące angażowania się w rozwój. Klimat stanowi bezpośredni kontekst percepcyjny, w którym uczenie się jest albo legitymizowane, albo marginalizowane. Szczególną rolę w jego kształtowaniu odgrywa poczucie bezpieczeństwa psychologicznego, bez którego zachowania rozwojowe w środowisku wysokiego ryzyka klinicznego pozostają ograniczone, co uzasadnia przejście do kolejnego aspektu analizy.

Bezpieczeństwo psychologiczne stanowi jeden z kluczowych, choć często niedostrzeganych, warunków umożliwiających występowanie zachowań rozwojowych w organizacjach ochrony zdrowia. W środowisku klinicznym, charakteryzującym się wysokim poziomem odpowiedzialności, presją decyzyjną oraz społeczną wagą błędów, gotowość do uczenia się, zadawania pytań i ujawniania niepewności pozostaje ściśle uzależniona od percepcji ryzyka interpersonalnego. Bezpieczeństwo psychologiczne determinuje to, czy uczenie się jest postrzegane jako akt profesjonalizmu, czy jako potencjalne zagrożenie dla pozycji zawodowej[452].

W ujęciu organizacyjnym bezpieczeństwo psychologiczne odnosi się do przekonania pracowników, że mogą oni otwarcie wyrażać wątpliwości, zgłaszać potrzeby rozwojowe oraz analizować własne błędy bez obawy przed sankcjami formalnymi lub nieformalnymi. W ochronie zdrowia, gdzie hierarchie zawodowe są silnie zakorzenione, a ocena kompetencji ma bezpośrednie konsekwencje dla odpowiedzialności klinicznej, brak bezpieczeństwa psychologicznego stanowi istotną barierę dla zachowań rozwojowych. W takich warunkach uczenie się przyjmuje formę defensywną i ukrytą. Bezpieczeństwo psychologiczne jako determinant zachowań rozwojowych ujawnia się poprzez kilka kluczowych mechanizmów[453]:

---

[451] S. Franken, Unternehmen, Unternehmenskultur und Unternehmensethik, [w:] *Verhaltensorientierte Führung: Handeln, Lernen und Diversity in Unternehmen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2025. s. 215-261.
[452] A. Pfejfer-Buczek, Koncepcja Bezpieczeństwa Psychologicznego w organizacji. *Studia Społeczne*, 2023, 40.1: 157-171.
[453] J. Zou et al., Effects of negative workplace behavior on job insecurity and turnover intention in healthcare workers: roles of psychological resilience. *Frontiers in Public Health*, 2025, 13: 1493964.

- gotowość do ujawniania niewiedzy, polegającą na zdolności do przyznania się do luk kompetencyjnych bez obawy o stygmatyzację; w ochronie zdrowia brak tej gotowości prowadzi do reprodukcji błędów i ograniczenia uczenia się zespołowego;
- otwartość na informację zwrotną, umożliwiającą konstruktywną analizę praktyki klinicznej oraz wdrażanie korekt kompetencyjnych; środowiska o niskim bezpieczeństwie psychologicznym sprzyjają unikaniu informacji zwrotnej;
- zdolność uczenia się na błędach, która w warunkach sankcyjnej kultury organizacyjnej zostaje zastąpiona strategiami obronnymi, takimi jak ukrywanie problemów lub przenoszenie odpowiedzialności;
- inicjowanie oddolnych zachowań rozwojowych, obejmujących zgłaszanie potrzeb szkoleniowych, proponowanie zmian organizacyjnych czy uczestnictwo w nieformalnych formach uczenia się; brak bezpieczeństwa psychologicznego tłumi tego rodzaju inicjatywy;
- uczenie się zespołowe, które w środowisku klinicznym stanowi warunek integracji wiedzy interdyscyplinarnej; zespoły pozbawione bezpieczeństwa psychologicznego wykazują ograniczoną zdolność do wspólnej refleksji nad praktyką.

W ochronie zdrowia bezpieczeństwo psychologiczne pozostaje w ścisłym związku z kulturą reagowania na błędy i zdarzenia niepożądane. Organizacje, które koncentrują się wyłącznie na przypisywaniu winy, sprzyjają rozwojowi klimatu strachu i milczenia, co bezpośrednio ogranicza zachowania rozwojowe. Z kolei podejście systemowe, akcentujące analizę przyczynową i uczenie się organizacyjne, wzmacnia bezpieczeństwo psychologiczne i sprzyja otwartości poznawczej personelu. Bezpieczeństwo psychologiczne stanowi pomost pomiędzy kulturą jakości a kulturą uczenia się[454]. Bezpieczeństwo psychologiczne ma również znaczenie dla przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. W środowiskach, w których pracownicy nie mogą otwarcie mówić o trudnościach i potrzebach rozwojowych, stres zawodowy ulega kumulacji, prowadząc do wycofania, cynizmu i spadku zaangażowania. Bezpieczeństwo psychologiczne pełni funkcję ochronną wobec długotrwałych obciążeń emocjonalnych charakterystycznych dla pracy klinicznej[455].

Z perspektywy zarządczej bezpieczeństwo psychologiczne nie jest cechą indywidualną pracowników, lecz rezultatem decyzji organizacyjnych, stylu przywództwa oraz praktyk

[454] A. Alhomsi et al., Financial hardship and psychological distress during the pandemic: a nationally representative survey of major racial-ethnic groups in the United States. *Health Equity*, 2023, 7.1: 395-405.
[455] E. Pisanu et al., Psychological impact in healthcare workers during emergencies: the italian experience with COVID-19 first wave. *Frontiers in Psychiatry*, 2022, 13: 818674.

komunikacyjnych. W ochronie zdrowia szczególną rolę odgrywają liderzy kliniczni i bezpośredni przełożeni, którzy poprzez codzienne interakcje modelują granice dopuszczalnej otwartości i uczenia się. Brak ich zaangażowania w budowanie bezpieczeństwa psychologicznego prowadzi do erozji klimatu uczenia się nawet w organizacjach o prorozwojowych deklaracjach. Bezpieczeństwo psychologiczne stanowi kluczowy warunek umożliwiający transformację kultury organizacyjnej i klimatu uczenia się w realne zachowania rozwojowe personelu medycznego. Bez niego uczenie się w środowisku klinicznym pozostaje selektywne, defensywne i ograniczone. Ujęcie to prowadzi do szerszej refleksji nad tym, na ile idea organizacji uczącej się w ochronie zdrowia może zostać urzeczywistniona w warunkach systemowej presji i ograniczeń, co uzasadnia przejście do kolejnego bloku analizy.

Koncepcja organizacji uczącej się stanowi jeden z najbardziej wpływowych paradygmatów współczesnego zarządzania, jednak jej aplikacja w sektorze ochrony zdrowia wymaga szczególnej ostrożności analitycznej. W warunkach pracy klinicznej, charakteryzujących się wysoką presją operacyjną, odpowiedzialnością prawną oraz trwałymi niedoborami kadrowymi, idea organizacji uczącej się nie może być traktowana jako gotowy model do implementacji, lecz raczej jako horyzont normatywny wyznaczający kierunek rozwoju systemów organizacyjnych. W ochronie zdrowia organizacja ucząca się funkcjonuje częściej jako punkt odniesienia niż stan empirycznie osiągalny. W realiach służby zdrowia napięcie pomiędzy ideałem organizacji uczącej się a praktyką organizacyjną ujawnia się na kilku poziomach[456]:

- strukturalnym, gdzie dominują sztywne ramy regulacyjne, hierarchie zawodowe i procedury pracy, ograniczające elastyczność uczenia się w działaniu;
- operacyjnym, związanym z chronicznym przeciążeniem pracą, które redukuje przestrzeń czasową i poznawczą dla refleksji nad praktyką;
- kulturowym, obejmującym ambiwalentny stosunek do błędu, niepewności i otwartego kwestionowania utrwalonych praktyk klinicznych;
- poznawczym, wynikającym z wysokiej złożoności wiedzy medycznej oraz konieczności podejmowania decyzji w warunkach niepełnej informacji;
- emocjonalnym, związanym z obciążeniami psychospołecznymi pracy klinicznej, które ograniczają zasoby potrzebne do uczenia się.

[456] M. Helmold, Qualitätsmanagement, Organisationsentwicklung und die lernende Organisation, [w:] *Qualität neu denken: Innovative, virtuelle und agile Ansätze entlang der Wertschöpfungskette*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2023. s. 169-175.

Pomimo tych ograniczeń, elementy organizacji uczącej się są obecne w wielu podmiotach leczniczych w postaci fragmentarycznych, często niesformalizowanych praktyk uczenia się. Obejmują one uczenie się zespołowe, refleksję po zdarzeniach niepożądanych, mentoring kliniczny czy nieformalne sieci wymiany wiedzy. Ich skuteczność zależy jednak od stopnia integracji z kulturą organizacyjną oraz od wsparcia ze strony kierownictwa. Organizacje ochrony zdrowia nie uczą się „całościowo", lecz poprzez wyspy uczenia się, których trwałość jest silnie uzależniona od kontekstu organizacyjnego[457]. Z perspektywy systemowej organizacja ucząca się w ochronie zdrowia nie polega na maksymalizacji aktywności szkoleniowej, lecz na zdolności do selektywnego i sensownego uczenia się w obszarach krytycznych dla jakości i bezpieczeństwa opieki. Oznacza to koncentrację na kompetencjach o wysokim znaczeniu systemowym, zdolność do uczenia się na zdarzeniach oraz wykorzystanie wiedzy organizacyjnej do modyfikacji procesów klinicznych. W tym ujęciu uczenie się staje się mechanizmem adaptacyjnym, a nie celem samym w sobie.

Istotnym warunkiem zbliżania się do ideału organizacji uczącej się jest zdolność organizacji do integrowania uczenia się z codzienną praktyką kliniczną. Ochrona zdrowia nie może pozwolić sobie na wyodrębnienie uczenia się jako aktywności oderwanej od pracy, co oznacza konieczność rozwijania form uczenia się w działaniu, refleksji zespołowej oraz systematycznego wykorzystywania doświadczeń klinicznych jako źródła wiedzy. Kowalski wskazuje, że brak takiej integracji prowadzi do marginalizacji idei organizacji uczącej się. Z perspektywy zarządczej organizacja ucząca się w ochronie zdrowia wymaga redefinicji roli kierownictwa, które przestaje być wyłącznie nadzorcą realizacji zadań, a staje się architektem warunków sprzyjających uczeniu się. Obejmuje to decyzje dotyczące kultury reagowania na błędy, alokacji czasu na refleksję, wspierania bezpieczeństwa psychologicznego oraz legitymizowania zachowań rozwojowych jako elementu profesjonalizmu medycznego.

Przeprowadzona analiza pozwala jednoznacznie stwierdzić, że kultura organizacyjna i klimat uczenia się stanowią fundamentalne determinanty zachowań rozwojowych personelu w ochronie zdrowia, warunkując skuteczność nawet najbardziej zaawansowanych systemów szkoleniowych i strategii HR. Kultura organizacyjna, rozumiana jako ukryta infrastruktura norm, wartości i interpretacji, wyznacza granice akceptowalności uczenia się, nadając mu sens lub marginalizując je jako aktywność peryferyjną wobec „właściwej" pracy klinicznej. Klimat uczenia się pełni funkcję mechanizmu pośredniczącego pomiędzy kulturą a zachowaniami jednostek, decydując o tym, czy pracownicy postrzegają rozwój jako realnie wspierany

[457] P. Gaugisch, B. Risch, Kompetenzen im Qualifikationsmix: Perspektiven einer lernenden Organisation in der stationären Langzeitpflege. *Berufsbildung – Zeitschrift für Theorie-Praxis-Dialog*, 2025, 79.1: 35-37.

i bezpieczny. Szczególne znaczenie w tym kontekście posiada bezpieczeństwo psychologiczne, które umożliwia otwartość poznawczą, uczenie się na błędach oraz inicjowanie zachowań rozwojowych w środowisku wysokiego ryzyka klinicznego. Bez jego obecności uczenie się przyjmuje formę defensywną, selektywną i krótkotrwałą. Idea organizacji uczącej się w ochronie zdrowia ujawnia się jako horyzont normatywny, którego realizacja napotyka liczne ograniczenia systemowe, lecz którego elementy mogą być stopniowo integrowane z praktyką organizacyjną. Uczenie się w tym ujęciu nie jest celem samym w sobie, lecz mechanizmem adaptacyjnym, wspierającym jakość opieki, bezpieczeństwo pacjenta oraz odporność organizacyjną podmiotów leczniczych. W konsekwencji kultura organizacyjna i klimat uczenia się nie stanowią jedynie kontekstu dla systemów rozwoju, lecz ich warunek strukturalny. Ich analiza pozwala zrozumieć, dlaczego podobne instrumenty rozwojowe przynoszą odmienne efekty w różnych organizacjach ochrony zdrowia oraz dlaczego trwała zmiana zachowań rozwojowych wymaga interwencji na poziomie norm, wartości i relacji społecznych. Tak zarysowana perspektywa stanowi bezpośrednie przejście do dalszych rozważań nad mechanizmami zarządzania wiedzą i komunikacją organizacyjną jako kolejnymi filarami systemowego rozwoju w ochronie zdrowia.

3.4. Digitalizacja i e-learning jako narzędzie zarządzania rozwojem (dostępność, personalizacja, analityka)

Digitalizacja procesów rozwojowych oraz upowszechnienie rozwiązań e-learningowych stanowią jeden z najbardziej znaczących kierunków transformacji zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia. Zjawiska te nie ograniczają się do prostego przeniesienia treści szkoleniowych do środowiska cyfrowego, lecz implikują głęboką zmianę logiki projektowania, realizacji i oceny rozwoju kompetencji personelu medycznego. W warunkach chronicznych deficytów kadrowych, wysokiej presji operacyjnej oraz zróżnicowania potrzeb kompetencyjnych digitalizacja rozwoju ujawnia się jako potencjalny mechanizm zwiększania dostępności, elastyczności i skalowalności działań szkoleniowych, a zarazem jako nowe wyzwanie organizacyjne i systemowe. W sektorze ochrony zdrowia znaczenie e-learningu wynika w szczególności z konieczności godzenia rozwoju kompetencji z ciągłością świadczeń medycznych. Tradycyjne, stacjonarne formy kształcenia, choć nadal istotne, często kolidują z organizacją pracy klinicznej, ograniczając faktyczną partycypację szkoleniową personelu. Rozwiązania cyfrowe umożliwiają częściowe przezwyciężenie tych barier poprzez

asynchroniczny dostęp do treści, możliwość uczenia się w mikromodułach oraz integrację rozwoju z rytmem pracy zawodowej. Digitalizacja rozwoju w ochronie zdrowia pełni funkcję kompensacyjną wobec strukturalnych ograniczeń czasu i zasobów[458].

Jednocześnie e-learning w ochronie zdrowia nie może być analizowany wyłącznie w kategoriach narzędziowych. Jego efektywność pozostaje ściśle uzależniona od osadzenia w szerszej architekturze zarządczej, obejmującej strategię rozwoju kompetencji, kulturę organizacyjną oraz klimat uczenia się. Rozwiązania cyfrowe, wdrażane w sposób fragmentaryczny lub instrumentalny, mogą prowadzić do dalszej formalizacji rozwoju, utrwalając postawy minimalizmu wobec uczenia się. E-learning pozbawiony integracji z praktyką kliniczną oraz wsparcia kulturowego rzadko przekłada się na trwałą zmianę kompetencji[459]. Istotnym aspektem digitalizacji rozwoju jest możliwość personalizacji ścieżek edukacyjnych, dostosowanych do poziomu doświadczenia, specjalizacji oraz aktualnych potrzeb kompetencyjnych personelu. W ochronie zdrowia, gdzie zróżnicowanie ról zawodowych i kontekstów klinicznych jest szczególnie wysokie, personalizacja rozwoju stanowi warunek jego sensowności i akceptowalności. Rozwiązania cyfrowe umożliwiają projektowanie adaptacyjnych treści szkoleniowych, jednak ich potencjał pozostaje niewykorzystany w organizacjach, które nie dysponują spójnymi modelami kompetencyjnymi oraz mechanizmami diagnozy potrzeb rozwojowych. Digitalizacja rozwoju wprowadza również nowy wymiar zarządczy w postaci analityki uczenia się (*learning analytics*), umożliwiającej monitorowanie aktywności szkoleniowej, postępów kompetencyjnych oraz wzorców uczestnictwa personelu w działaniach rozwojowych[460]. W ochronie zdrowia analityka ta może wspierać racjonalizację decyzji rozwojowych, identyfikację obszarów ryzyka kompetencyjnego oraz ocenę spójności działań szkoleniowych z celami jakościowymi i bezpieczeństwa pacjenta. Jednocześnie rodzi ona pytania o granice monitorowania, ochronę autonomii zawodowej oraz etyczne aspekty wykorzystania danych rozwojowych[461].

Wprowadzenie perspektywy digitalizacji i e-learningu do analizy systemów rozwoju kompetencji pozwala uchwycić złożony charakter transformacji procesów rozwojowych w ochronie zdrowia, obejmujący zarówno istotny potencjał modernizacyjny, jak i nowe ryzyka

[458] A. Cuda, Nowe technologie w systemie ochrony zdrowia na przykładzie Stanów Zjednoczonych i Polski. *Ekonomia-Wroclaw Economic Rev*, 2018, 24: 3882.
[459] M. Czerwińska, Usługi e-zdrowia jako źródło przewagi konkurencyjnej placówki medycznej. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych*, 2014, 35: 41-59.
[460] M. Giannakos, M. Cukurova, The role of learning theory in multimodal learning analytics. *British Journal of Educational Technology*, 2023, 54.5: 1246-1267.
[461] K. Sala, A. Selwon, Możliwości zastosowania data mining w sektorze opieki zdrowotnej. Prosopon. Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne, 2018, 3.24: 85-92.

organizacyjne. Z jednej strony rozwiązania cyfrowe sprzyjają zwiększeniu dostępności działań szkoleniowych, umożliwiając ich realizację w warunkach ograniczeń czasowych, dyżurowego charakteru pracy oraz nierównomiernego obciążenia personelu. Z drugiej strony digitalizacja niesie ryzyko redukcji rozwoju do formy technicznie dostępnej, lecz poznawczo płytkiej i kulturowo niezakorzenionej, co w dłuższej perspektywie może prowadzić do formalizacji uczenia się i spadku jego wartości funkcjonalnej. W ochronie zdrowia, gdzie rozwój kompetencji opiera się w znacznej mierze na wiedzy ukrytej oraz doświadczeniu klinicznym, zagrożenie to nabiera szczególnego znaczenia. Ujęcie digitalizacji rozwoju otwiera zatem pole do pogłębionych rozważań nad rzeczywistą dostępnością cyfrowych form uczenia się, rozumianą nie tylko jako możliwość technicznego uczestnictwa, lecz także jako zdolność personelu do włączenia uczenia się w rytm pracy klinicznej. Istotnym wątkiem pozostaje wpływ e-learningu na zachowania rozwojowe personelu, w tym na gotowość do samodzielnego uczenia się, refleksji nad praktyką oraz transferu wiedzy do działań klinicznych. Szczególnego znaczenia nabiera możliwość personalizacji ścieżek edukacyjnych, która warunkuje sensowność i akceptowalność rozwoju w środowisku wysokiego zróżnicowania ról zawodowych. Równocześnie digitalizacja umożliwia wykorzystanie analityki uczenia się jako narzędzia wspierającego decyzje zarządcze w obszarze rozwoju kompetencji. W ochronie zdrowia analityka ta posiada potencjał wspomagania identyfikacji luk kompetencyjnych, obszarów ryzyka oraz niespójności systemu rozwojowego. Jednocześnie jej zastosowanie wymaga refleksji nad granicami monitorowania, autonomią zawodową oraz etycznymi aspektami zarządzania danymi rozwojowymi.

Pojęcie dostępności cyfrowych form rozwoju w ochronie zdrowia wymaga precyzyjnego doprecyzowania, ponieważ w literaturze oraz praktyce zarządczej bywa ono redukowane do aspektu czysto technicznego. Takie uproszczenie prowadzi do błędnych wniosków dotyczących skuteczności e-learningu oraz jego wpływu na zachowania rozwojowe personelu medycznego. W ujęciu organizacyjnym dostępność nie oznacza wyłącznie istnienia platformy szkoleniowej lub możliwości zalogowania się do systemu. Obejmuje ona bowiem szereg warunków strukturalnych, poznawczych i kulturowych, które decydują o tym, czy uczenie się cyfrowe jest realnie możliwe. W ochronie zdrowia różnica pomiędzy dostępem formalnym a dostępnością faktyczną ma charakter systemowy[462]. Personel medyczny funkcjonuje w warunkach wysokiej presji czasowej i odpowiedzialności klinicznej, co sprawia, że nawet technicznie dostępne formy rozwoju mogą pozostawać nieużywane. Z perspektywy

[462] S. D'onofrio, Der digitale Wandel im Gesundheitswesen. *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 2022, 59.6: 1448-1460.

zarządzania zasobami ludzkimi dostępność cyfrowa stanowi zatem kategorię organizacyjną, a nie indywidualną. Jej analiza wymaga uwzględnienia kontekstu pracy, decyzji kierownictwa oraz kultury organizacyjnej. Brak takiej analizy sprzyja instrumentalizacji e-learningu jako pozornego rozwiązania problemów rozwojowych. W konsekwencji dostępność cyfrowych form rozwoju należy rozpatrywać wielowymiarowo.

W literaturze przedmiotu można wyróżnić kilka komplementarnych wymiarów dostępności cyfrowych form rozwoju, które wspólnie determinują ich funkcjonalność w ochronie zdrowia. Wymiar techniczny odnosi się do infrastruktury informatycznej, stabilności systemów oraz ergonomii platform szkoleniowych. Wymiar organizacyjny obejmuje sposób projektowania czasu pracy, dostępność szkoleń w kontekście dyżurów oraz decyzje przełożonych dotyczące priorytetów operacyjnych. Wymiar poznawczy dotyczy dopasowania treści cyfrowych do możliwości percepcyjnych personelu funkcjonującego w warunkach przeciążenia informacyjnego. Wymiar kulturowy odnosi się natomiast do norm i przekonań dotyczących wartości uczenia się cyfrowego w porównaniu z tradycyjnymi formami kształcenia. Nowak akcentuje, że pominięcie któregokolwiek z tych wymiarów prowadzi do istotnego obniżenia efektywności e-learningu[463]. W ochronie zdrowia szczególnie często obserwuje się asymetrię pomiędzy dostępnością techniczną a organizacyjną. Pracownicy formalnie posiadają dostęp do platform, lecz nie dysponują realnym czasem ani przestrzenią poznawczą na uczenie się. W efekcie e-learning funkcjonuje jako rozwiązanie deklaratywne. Z tego względu niezbędne jest uporządkowanie wymiarów dostępności w sposób syntetyczny.

Tabela 22. Wymiary dostępności cyfrowych form rozwoju w ochronie zdrowia

Wymiar dostępności	Charakterystyka	Typowe bariery w ochronie zdrowia
Techniczny	infrastruktura, platformy, logowanie	nierówności sprzętowe, przeciążenie systemów
Organizacyjny	czas, grafiki, decyzje kierownictwa	dyżury, niedobory kadrowe
Poznawczy	forma treści, obciążenie poznawcze	zmęczenie, nadmiar informacji
Kulturowy	normy, legitymizacja e-learningu	deprecjonowanie form cyfrowych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: R. Polacsek-Ernst et al., Digitales Mindset im Gesundheitswesen–Chancen und Herausforderungen digitaler Technologien, [w:] *Technologien und Technologiemanagement im Gesundheitswesen: Potenziale nutzen, Lösungen entwickeln, Ziele erreichen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2024, s. 89-111.

[463] J.B. Brönneke, J.F. Debatin, Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Effekte auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2022, 65.3: 342-347.

Zestawienie to unaocznia, że dostępność cyfrowego rozwoju w ochronie zdrowia stanowi złożoną kategorię organizacyjną, której funkcjonowanie zależy od współwystępowania i wzajemnego oddziaływania kilku odrębnych, lecz powiązanych wymiarów. Wielowymiarowość ta powoduje, że ograniczenia w jednym obszarze mogą neutralizować potencjał rozwiązań obecnych w innych, prowadząc do efektu pozornej modernizacji systemu rozwojowego. W praktyce organizacyjnej oznacza to, że nawet zaawansowane technologicznie platformy e-learningowe nie generują oczekiwanych efektów, jeżeli nie towarzyszą im adekwatne decyzje organizacyjne oraz spójne komunikaty normatywne. Koncentracja na aspektach technicznych sprzyja iluzji efektywności, w której wdrożenie narzędzia mylone jest z rzeczywistą zmianą zachowań rozwojowych personelu. Szczególnego znaczenia nabiera w tym kontekście wymiar organizacyjny, który ujawnia napięcie pomiędzy formalnymi deklaracjami prorozwojowymi a codzienną praktyką planowania pracy klinicznej. Brak koordynacji pomiędzy e-learningiem a organizacją dyżurów oraz obciążeń operacyjnych prowadzi do jego funkcjonalnego wykluczenia z praktyki zawodowej. Równolegle wymiar kulturowy determinuje społeczną interpretację uczenia się cyfrowego jako aktywności mniej prestiżowej lub wtórnej wobec tradycyjnych form rozwoju. Taka interpretacja sprzyja zachowaniom minimalizacyjnym oraz selektywnej partycypacji szkoleniowej. Zestawienie tabelaryczne pozwala zatem zidentyfikować nie tylko źródła barier, lecz także mechanizmy ich kumulacji i wzajemnego wzmacniania. W tym sensie stanowi ono analityczny punkt wyjścia do pogłębionej refleksji nad warunkami realnej, a nie jedynie deklaratywnej, partycypacji szkoleniowej personelu medycznego.

Realna dostępność cyfrowych form rozwoju w ochronie zdrowia zależy od spełnienia określonych warunków organizacyjnych, które wykraczają poza samą implementację technologii. Warunki te można uporządkować w postaci kluczowych obszarów interwencji zarządczej, wpływających na zachowania rozwojowe personelu medycznego. Ich identyfikacja pozwala przesunąć odpowiedzialność za efektywność e-learningu z poziomu jednostki na poziom organizacji. W tym ujęciu dostępność przestaje być kwestią indywidualnej motywacji. Staje się natomiast rezultatem projektowania pracy i podejmowania decyzji kierowniczych. To właśnie te decyzje determinują, czy e-learning zostanie włączony w praktykę kliniczną[464]. Poniżej przedstawiono kluczowe warunki realnej dostępności cyfrowych form rozwoju. Każdy z nich posiada bezpośrednie przełożenie na zachowania rozwojowe personelu. Ich brak prowadzi do formalizacji uczenia się. W efekcie potencjał

[464] P. Pawlak, W. Strzelecki, E-learning a medycyna. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica*, 2010, 605.25: 97-111.

digitalizacji pozostaje niewykorzystany. Poniższe warunki realnej dostępności cyfrowych form rozwoju w ochronie zdrowia nie mają charakteru technicznego ani indywidualnego, lecz stanowią rezultat określonych decyzji organizacyjnych i rozwiązań zarządczych. W praktyce oznacza to, że skuteczność e-learningu jako narzędzia zarządzania rozwojem kompetencji zależy w mniejszym stopniu od jakości samej platformy, a w większym od sposobu jej osadzenia w strukturze pracy klinicznej. W organizacjach ochrony zdrowia dostępność cyfrowego uczenia się ujawnia się jako kategoria relacyjna, powstająca na styku organizacji pracy, kultury organizacyjnej oraz stylu zarządzania. Brak uwzględnienia tych uwarunkowań prowadzi do sytuacji, w której formalnie wdrożone rozwiązania cyfrowe pozostają nieaktywne lub wykorzystywane w sposób marginalny. Z perspektywy systemowej dostępność e-learningu pełni funkcję warunku brzegowego dla wystąpienia zachowań rozwojowych personelu medycznego. Jeżeli warunek ten nie jest spełniony, nawet wysoka motywacja indywidualna nie przekłada się na trwałe uczestnictwo w rozwoju. W tym sensie dostępność cyfrowych form uczenia się stanowi wskaźnik dojrzałości zarządczej organizacji. Jej analiza pozwala zidentyfikować obszary, w których decyzje kierownicze neutralizują potencjał digitalizacji. Poniżej przedstawiono kluczowe warunki organizacyjne, które determinują realną, a nie jedynie deklaratywną dostępność e-learningu w ochronie zdrowia. Każdy z nich oddziałuje bezpośrednio na sposób postrzegania rozwoju przez personel oraz na jego gotowość do angażowania się w uczenie się cyfrowe[465, 466]:

- projektowanie czasu pracy uwzględniające uczenie się, polegające na realnym włączeniu aktywności rozwojowych w harmonogram pracy, a nie traktowaniu ich jako aktywności dodatkowej realizowanej kosztem regeneracji, stanowi podstawowy warunek funkcjonalności cyfrowych form rozwoju w ochronie zdrowia. W środowisku klinicznym, gdzie obciążenia dyżurowe i presja ciągłości świadczeń mają charakter strukturalny, uczenie się realizowane poza czasem pracy prowadzi do kumulacji zmęczenia i obniżenia zdolności poznawczych personelu. Brak formalnego osadzenia e-learningu w czasie pracy powoduje, że staje się on aktywnością marginalną, realizowaną selektywnie przez najbardziej obciążonych i jednocześnie najbardziej zmotywowanych pracowników. Z perspektywy systemowej takie rozwiązanie pogłębia nierówności kompetencyjne i sprzyja wypaleniu zawodowemu. Projektowanie czasu pracy w sposób uwzględniający

[465] M. Lahti et al., Knowledge transfer from an e-learning course to clinical practice. *Nurse Education Today*, 2014, 34.5: 842-847.
[466] A. Jauhiainen, R. Pulkkinen, Problem-based learning and e-learning methods in clinical practice, [w:] *Connecting Health and Humans*. IOS Press, 2009. s. 572-576.

uczenie się wymaga decyzji kierowniczych, które traktują rozwój jako element pracy, a nie jej dodatek. W ochronie zdrowia ma to szczególne znaczenie dla legitymizacji e-learningu jako pełnoprawnej formy rozwoju kompetencji;

- jednoznaczne decyzje przełożonych, które nadają e-learningowi status aktywności równorzędnej wobec innych form rozwoju i nie penalizują uczestnictwa w szkoleniach cyfrowych, pełnią funkcję silnego sygnału normatywnego dla personelu medycznego. W warunkach silnych hierarchii organizacyjnych decyzje i postawy bezpośrednich przełożonych mają często większe znaczenie niż formalne regulaminy czy strategie HR. Jeżeli udział w e-learningu jest nieformalnie postrzegany jako „mniej ważny" niż obecność na oddziale lub jako aktywność kolidująca z obowiązkami klinicznymi, personel ogranicza zaangażowanie rozwojowe do minimum. Jednoznaczność decyzji przełożonych oznacza nie tylko akceptację formalną, lecz także brak sankcji pośrednich, takich jak zwiększanie obciążeń lub negatywna ocena za czas poświęcony na rozwój. W ochronie zdrowia konsekwencja przełożonych w tym zakresie warunkuje trwałość partycypacji szkoleniowej. Bez niej e-learning traci swoją wiarygodność jako narzędzie rozwoju;
- integracja treści cyfrowych z praktyką kliniczną, umożliwiająca bezpośrednie odniesienie zdobywanej wiedzy do realnych problemów zawodowych, stanowi kluczowy warunek transferu uczenia się do praktyki. W ochronie zdrowia wiedza oderwana od kontekstu klinicznego posiada ograniczoną wartość użytkową i jest szybko zapominana. Cyfrowe formy rozwoju, które nie uwzględniają specyfiki pracy oddziałowej, ścieżek pacjenta oraz rzeczywistych dylematów decyzyjnych, są postrzegane jako abstrakcyjne i nieadekwatne. Integracja treści z praktyką oznacza projektowanie e-learningu w oparciu o rzeczywiste przypadki kliniczne, scenariusze decyzyjne oraz problemy organizacyjne. Takie rozwiązanie sprzyja refleksji nad własną praktyką i wzmacnia sensowność uczenia się. W efekcie e-learning staje się narzędziem wspierającym profesjonalizm, a nie wyłącznie repozytorium wiedzy deklaratywnej;
- symboliczna legitymizacja e-learningu, przejawiająca się w sposobie komunikowania jego znaczenia przez kierownictwo oraz włączaniu go w systemy oceny i rozwoju, odgrywa istotną rolę w kształtowaniu kultury uczenia się. W organizacjach ochrony zdrowia symboliczne znaczenia nadawane działaniom rozwojowym wpływają na ich postrzeganą wartość bardziej niż formalne zapisy. Jeżeli e-learning jest konsekwentnie obecny w narracji kierownictwa, strategiach rozwojowych oraz kryteriach oceny kompetencji, zyskuje status aktywności profesjonalnej. Brak takiej legitymizacji prowadzi do postrzegania go jako rozwiązania zastępczego lub niższej kategorii. Symboliczna

legitymizacja obejmuje również sposób reagowania na inicjatywy rozwojowe pracowników oraz ich widoczność w organizacji. W ochronie zdrowia, gdzie normy środowiskowe są silne, znaczenie tych sygnałów ulega wzmocnieniu;

- monitorowanie obciążeń poznawczych, zapobiegające przeciążeniu personelu nadmiarem treści i obowiązków rozwojowych, stanowi często pomijany, lecz krytyczny element projektowania e-learningu. Personel medyczny funkcjonuje w środowisku wysokiego nasycenia informacyjnego, co ogranicza zdolność przetwarzania dodatkowych bodźców poznawczych. E-learning projektowany bez uwzględnienia tego kontekstu prowadzi do spadku efektywności uczenia się oraz negatywnych postaw wobec rozwoju. Monitorowanie obciążeń poznawczych wymaga analizy intensywności treści, długości modułów oraz ich kumulacji w czasie. W ochronie zdrowia oznacza to konieczność projektowania krótkich, modularnych form uczenia się, zsynchronizowanych z realnymi możliwościami percepcyjnymi personelu. Takie podejście zwiększa trwałość efektów rozwojowych i ogranicza ryzyko przeciążenia prowadzącego do rezygnacji z uczenia się.

Analiza dostępności cyfrowych form rozwoju w ochronie zdrowia pokazuje, że digitalizacja nie stanowi samodzielnego determinanty zachowań rozwojowych personelu. Kluczowe znaczenie posiada sposób osadzenia e-learningu w organizacji pracy, decyzjach przełożonych oraz normach kulturowych. Dostępność ujawnia się jako kategoria systemowa, odzwierciedlająca dojrzałość zarządzania rozwojem kompetencji. Brak realnej dostępności prowadzi do formalizacji uczenia się i selektywnej partycypacji szkoleniowej. W takich warunkach potencjał technologii pozostaje niewykorzystany. E-learning staje się wówczas narzędziem pozornym, a nie rozwojowym. Skuteczna digitalizacja wymaga zatem świadomego projektowania warunków organizacyjnych. Dopiero ich spełnienie umożliwia trwałe włączenie uczenia się w praktykę kliniczną. Tak rozumiana dostępność stanowi punkt wyjścia do dalszej optymalizacji systemów rozwoju. W kolejnym kroku szczególnego znaczenia nabiera problem personalizacji cyfrowych ścieżek edukacyjnych w zróżnicowanym środowisku ochrony zdrowia.

Personalizacja cyfrowych ścieżek rozwojowych stanowi jeden z kluczowych warunków efektywności e-learningu w ochronie zdrowia, ponieważ odpowiada na strukturalne zróżnicowanie ról zawodowych, poziomów doświadczenia oraz kontekstów klinicznych. W sektorze tym jednolite programy szkoleniowe charakteryzują się ograniczoną użytecznością, gdyż nie uwzględniają specyfiki pracy lekarzy, pielęgniarek, personelu diagnostycznego czy kadry zarządczej. Brak personalizacji prowadzi do obniżenia percepcji sensu rozwoju oraz

spadku transferu wiedzy do praktyki klinicznej[467]. Personalizacja oznacza zatem odejście od logiki „jednego programu dla wszystkich" na rzecz adaptacyjnych ścieżek rozwojowych. W ujęciu organizacyjnym stanowi ona mechanizm racjonalizacji inwestycji w kapitał ludzki. W ochronie zdrowia personalizacja rozwoju posiada również wymiar etyczny, ponieważ respektuje zróżnicowane obciążenia i odpowiedzialności zawodowe. Dopasowanie treści rozwojowych do realnych potrzeb klinicznych wzmacnia motywację do uczenia się[468]. Personalizacja sprzyja także ograniczaniu przeciążenia poznawczego personelu. Pozwala ona selektywnie alokować uwagę i zasoby poznawcze. W efekcie cyfrowe formy rozwoju zyskują wyższą akceptowalność środowiskową.

Z perspektywy zarządzania zasobami ludzkimi personalizacja cyfrowych ścieżek rozwojowych wymaga istnienia spójnych modeli kompetencyjnych oraz mechanizmów diagnozy potrzeb rozwojowych. Bez tych narzędzi personalizacja ulega redukcji do powierzchownego różnicowania treści, pozbawionego systemowego uzasadnienia. Skuteczna personalizacja opiera się na powiązaniu rozwoju z rolą organizacyjną, etapem kariery oraz profilem kompetencyjnym pracownika[469]. W ochronie zdrowia oznacza to konieczność uwzględnienia zarówno kompetencji klinicznych, jak i organizacyjnych oraz relacyjnych. Personalizacja nie dotyczy wyłącznie zakresu treści, lecz także tempa uczenia się, poziomu zaawansowania oraz formy przekazu. W środowisku pracy klinicznej znaczenie ma również możliwość wyboru momentu uczenia się. Elastyczność temporalna stanowi jeden z kluczowych czynników akceptacji e-learningu[470]. Personalizacja pozwala także lepiej integrować rozwój z praktyką zawodową. Umożliwia ona projektowanie ścieżek rozwojowych odpowiadających realnym wyzwaniom oddziałowym. W konsekwencji e-learning przestaje być postrzegany jako aktywność abstrakcyjna.

Personalizacja cyfrowych form rozwoju posiada również wymiar systemowy, ponieważ wpływa na spójność całego systemu zarządzania kompetencjami. Rozwiązania personalizowane sprzyjają identyfikacji luk kompetencyjnych o znaczeniu krytycznym dla jakości i bezpieczeństwa opieki. W ochronie zdrowia pozwala to ukierunkować rozwój na obszary wysokiego ryzyka klinicznego. Personalizacja stanowi narzędzie prewencji

[467] R. Kimura et al., Asynchronous e-learning with technology-enabled and enhanced training for continuing education of nurses: a scoping review. *BMC medical education*, 2023, 23.1: 505.
[468] M.A. Tokat et al., Effects of Distance Education Models on Senior Nursing Students' Readiness for E-learning, Self-Directed Learning, and Clinical Practice. *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan*, 2024, 21.3: 26-31.
[469] M.A. Tokat et al., Effects of Distance Education Models on Senior Nursing Students' Readiness for E-learning, Self-Directed Learning, and Clinical Practice. *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan*, 2024, 21.3: 26-31.
[470] S.F. Mahdavi Ardestani et al., Factors influencing the effectiveness of e-learning in healthcare: a fuzzy ANP study, [w:] *Healthcare*. MDPI, 2023. s. 2035.

systemowej, a nie wyłącznie indywidualnego doskonalenia. Jednocześnie brak personalizacji prowadzi do rozproszenia wysiłków rozwojowych i marnotrawstwa zasobów. Personel uczestniczy w szkoleniach, które nie odpowiadają jego potrzebom. W efekcie spada zaangażowanie oraz zaufanie do systemu rozwojowego. Niespersonalizowane programy szkoleniowe sprzyjają formalizacji uczenia się[471]. Z perspektywy zarządczej personalizacja zwiększa przejrzystość decyzji rozwojowych. Ułatwia również komunikowanie sensu inwestycji w rozwój. W ochronie zdrowia ma to istotne znaczenie dla legitymizacji e-learningu.

Warunkiem funkcjonalnej personalizacji cyfrowych ścieżek rozwojowych jest spełnienie określonych przesłanek organizacyjnych i projektowych. Nie mają one charakteru technicznego, lecz wynikają z decyzji zarządczych oraz dojrzałości systemu HR. Ich brak prowadzi do pozornej personalizacji, ograniczającej się do kosmetycznych różnic w treściach szkoleniowych. W ochronie zdrowia skutkuje to szybkim spadkiem zainteresowania e-learningiem. Personel medyczny jest szczególnie wrażliwy na niespójność pomiędzy deklaracjami a praktyką rozwojową[472]. Poniżej przedstawiono kluczowe warunki skutecznej personalizacji cyfrowych form rozwoju. Każdy z nich oddziałuje bezpośrednio na zachowania rozwojowe personelu. Ich spełnienie warunkuje trwałość efektów e-learningu. Brak któregokolwiek z nich osłabia spójność systemu rozwojowego. W konsekwencji personalizacja traci swój sens organizacyjny. Skuteczna personalizacja cyfrowych ścieżek rozwojowych w ochronie zdrowia nie jest rezultatem prostego różnicowania treści szkoleniowych, lecz wymaga spełnienia określonych warunków strukturalnych i decyzyjnych na poziomie organizacyjnym. W praktyce oznacza to konieczność odejścia od intuicyjnego lub doraźnego projektowania e-learningu na rzecz rozwiązań osadzonych w spójnej architekturze zarządzania kompetencjami. Personalizacja, aby pełniła funkcję realnego mechanizmu rozwojowego, musi być zakorzeniona w formalnych ramach definiujących oczekiwania kompetencyjne wobec personelu medycznego. W przeciwnym razie przyjmuje ona charakter pozorny, ograniczający się do powierzchownego dostosowania treści bez wpływu na zachowania rozwojowe. W ochronie zdrowia, gdzie zróżnicowanie ról zawodowych, poziomów odpowiedzialności i ścieżek kariery ma charakter strukturalny, brak takich ram prowadzi do chaosu rozwojowego i spadku zaufania do systemu. Personalizacja pozbawiona podstaw kompetencyjnych sprzyja

[471] J. Szulc, Personalizacja w e-learningu. Przegląd rozwiązań. *Zeszyty Naukowe Wydziału Elektrotechniki i Automatyki Politechniki Gdańskiej*, 2018, 58: 81-84.
[472] R. Jankowiak, Szkolenie i doskonalenie personelu jako komponent zarządzania jakością w niepublicznych zakładach ochrony zdrowia. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2008, 31 Zarządzanie personelem jako kryterium doskonałości: 539-549.

również postrzeganiu e-learningu jako narzędzia arbitralnego, a nie sprawiedliwego. Z perspektywy systemowej oznacza to osłabienie legitymizacji działań rozwojowych oraz ich marginalizację w praktyce klinicznej. Właściwie zaprojektowana personalizacja wymaga zatem integracji rozwiązań cyfrowych z modelami kompetencyjnymi, oceną kompetencji oraz decyzjami dotyczącymi przebiegu kariery zawodowej. Tylko wówczas możliwe staje się powiązanie rozwoju indywidualnego z celami organizacyjnymi i systemowymi. Poniżej przedstawiono kluczowe warunki, które determinują funkcjonalność personalizacji cyfrowych ścieżek rozwojowych w ochronie zdrowia[473]:

- oparcie personalizacji na modelach kompetencyjnych, które jasno definiują wymagania rozwojowe dla poszczególnych ról klinicznych i organizacyjnych, a nie na arbitralnych wyborach treści;
- powiązanie ścieżek rozwojowych z etapami kariery, umożliwiające dostosowanie zakresu i poziomu trudności treści do doświadczenia zawodowego personelu;
- elastyczność temporalna i modularność treści, pozwalające na uczenie się w krótkich sekwencjach dopasowanych do rytmu pracy klinicznej;
- integracja personalizacji z oceną kompetencji, dzięki czemu e-learning staje się elementem spójnego systemu rozwoju, a nie autonomicznym narzędziem;
- transparentność zasad personalizacji, która wzmacnia zaufanie personelu do systemu rozwojowego i ogranicza postrzeganie e-learningu jako narzędzia kontroli.

Zestaw przedstawionych warunków pokazuje, że personalizacja cyfrowych ścieżek rozwojowych w ochronie zdrowia stanowi złożony proces organizacyjny, a nie techniczne dopasowanie treści szkoleniowych. Jej skuteczność zależy od osadzenia e-learningu w spójnym systemie zarządzania kompetencjami, obejmującym modele kompetencyjne, ocenę kompetencji oraz planowanie kariery. Brak takiej integracji prowadzi do fragmentaryzacji działań rozwojowych i obniżenia ich wiarygodności w oczach personelu. Personalizacja oparta na przejrzystych zasadach sprzyja wzmacnianiu zaufania organizacyjnego oraz poczucia sprawiedliwości rozwojowej. Jednocześnie umożliwia racjonalne wykorzystanie zasobów rozwojowych w środowisku wysokich obciążeń klinicznych. W ujęciu systemowym personalizacja pełni funkcję mechanizmu stabilizującego zachowania rozwojowe personelu. Ogranicza ona ryzyko formalizacji uczenia się i selektywnej partycypacji szkoleniowej. W efekcie e-learning zyskuje status narzędzia realnie wspierającego rozwój kompetencji. Tak rozumiana personalizacja tworzy warunki do dalszego

[473] W. Ricciardi, S. Boccia, New challenges of public health: bringing the future of personalised healthcare into focus. *The European Journal of Public Health*, 2017, 27, suppl_4: 36-39.

wykorzystania potencjału cyfryzacji. Personalizacja cyfrowych ścieżek rozwojowych ujawnia się jako kluczowy mechanizm zwiększania sensowności i akceptowalności e-learningu w ochronie zdrowia. Jej skuteczność zależy od integracji z modelami kompetencyjnymi, decyzjami zarządczymi oraz realiami pracy klinicznej. Brak personalizacji prowadzi do formalizacji uczenia się i spadku zaangażowania personelu. W ujęciu systemowym personalizacja wzmacnia spójność zarządzania rozwojem kompetencji. Umożliwia także racjonalizację inwestycji rozwojowych. W kolejnym kroku szczególnego znaczenia nabiera problem analityki uczenia się jako narzędzia wspierającego decyzje rozwojowe i zarządcze w ochronie zdrowia.

Analityka uczenia się stanowi jeden z najbardziej zaawansowanych, a zarazem najbardziej ambiwalentnych elementów cyfrowego zarządzania rozwojem kompetencji w ochronie zdrowia. Jej znaczenie wykracza poza prostą funkcję monitorowania aktywności szkoleniowej, obejmując możliwość systematycznego gromadzenia, analizy i interpretacji danych dotyczących zachowań rozwojowych personelu. W warunkach wysokiej złożoności systemu ochrony zdrowia analityka uczenia się ujawnia się jako potencjalne narzędzie wspierające racjonalność decyzji zarządczych w obszarze rozwoju kompetencji. Jednocześnie jej zastosowanie rodzi istotne pytania dotyczące granic monitorowania, autonomii zawodowej oraz etycznego wykorzystania danych. Analityka rozwoju w ochronie zdrowia funkcjonuje na styku logiki efektywności i logiki zaufania[474]. W przeciwieństwie do sektorów komercyjnych, dane rozwojowe personelu medycznego posiadają szczególną wrażliwość normatywną. Ich interpretacja wymaga uwzględnienia kontekstu pracy klinicznej oraz obciążeń systemowych. Z tego względu analityka uczenia się nie może być traktowana jako neutralne narzędzie technologiczne. Jej znaczenie ujawnia się dopiero w kontekście architektury zarządczej i kultury organizacyjnej. Wprowadzenie analityki do systemów rozwoju oznacza jakościową zmianę sposobu zarządzania kompetencjami.

Powyższe rozważania uzasadniają potrzebę syntetycznego uporządkowania kluczowych funkcji analityki uczenia się w ochronie zdrowia, wraz z towarzyszącymi im wyzwaniami organizacyjnymi i etycznymi (tabela 23). Tabela pełni w tym miejscu funkcję analityczną, pozwalając uchwycić wielowymiarowość analityki rozwoju oraz napięcia, jakie generuje ona w praktyce zarządczej podmiotów leczniczych.

[474] J. Zych, C. Fórmaniak, Application of knowledge conversion model in improving safety analysts competences Zastosowanie modelu konwersji wiedzy w doskonaleniu kompetencji. *Journal of Modern Science*, 2018, 2: 37.

Tabela 23. Kluczowe funkcje analityki uczenia się w ochronie zdrowia oraz towarzyszące im wyzwania

Funkcja analityki uczenia się	Znaczenie dla zarządzania rozwojem	Główne wyzwania w ochronie zdrowia
Monitorowanie aktywności rozwojowej	identyfikacja wzorców uczestnictwa i zaangażowania personelu	ryzyko formalizacji i pozornej partycypacji
Diagnoza luk kompetencyjnych	ukierunkowanie działań rozwojowych na obszary krytyczne	nadinterpretacja danych bez kontekstu klinicznego
Wsparcie decyzji zarządczych	racjonalizacja alokacji zasobów szkoleniowych	technokratyzacja procesu decyzyjnego
Integracja rozwoju z celami organizacyjnymi	powiązanie uczenia się z jakością i bezpieczeństwem opieki	trudność operacjonalizacji wskaźników jakości
Uczenie się organizacyjne	refleksja nad skutecznością systemów rozwoju	deficyty kompetencji analitycznych kadry kierowniczej

Źródło: opracowanie własne na podstawie: A. K.M. Chan, M.G. Botelho, O.L.T. Lam, Use of learning analytics data in health care – related educational disciplines: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 2019, 21.2: e11241; I. Bojic et al., Empowering health care education through learning analytics: in-depth scoping review. *Journal of medical Internet research*, 2023, 25: e41671.

Zestawienie to pokazuje, że analityka uczenia się nie jest jednorodnym narzędziem technologicznym, lecz złożonym mechanizmem zarządczym, którego funkcjonowanie zależy od kontekstu organizacyjnego i kulturowego. Każda z wyróżnionych funkcji niesie odmienny potencjał rozwojowy, ale także specyficzne ryzyka, które w ochronie zdrowia ulegają wzmocnieniu ze względu na wysoką odpowiedzialność kliniczną i autonomię zawodową personelu. Tabela unaocznia, że analityka może zarówno wspierać racjonalność decyzji rozwojowych, jak i prowadzić do niepożądanych efektów ubocznych, jeśli zostanie wdrożona w sposób uproszczony. Szczególnego znaczenia nabiera konieczność interpretowania danych w powiązaniu z realiami pracy klinicznej, a nie w oderwaniu od nich. Z perspektywy systemowej analityka ujawnia się jako narzędzie wzmacniające refleksyjność organizacji, pod warunkiem zachowania równowagi pomiędzy kontrolą a zaufaniem. Jej wykorzystanie wymaga zatem nie tylko infrastruktury technologicznej, lecz także dojrzałości decyzyjnej i etycznej kadry zarządzającej. W konsekwencji analityka uczenia się powinna być traktowana jako element szerszej architektury zarządzania rozwojem, a nie autonomiczny moduł cyfrowy. Jej wdrożenie zmienia sposób postrzegania rozwoju kompetencji, przesuwając akcent z intuicyjnych ocen na analizy oparte na danych. Jednocześnie zwiększa to odpowiedzialność organizacji za sposób interpretacji i wykorzystania informacji rozwojowych. W ochronie zdrowia szczególnie istotne staje się zapobieganie redukcji analityki do funkcji kontrolnej. Dopiero wówczas możliwe jest wykorzystanie jej potencjału jako narzędzia wspierającego uczenie się organizacyjne i długofalową odporność systemu.

Z perspektywy organizacyjnej analityka uczenia się umożliwia przejście od intuicyjnego i reaktywnego zarządzania rozwojem do decyzji opartych na danych. Obejmuje ona analizę uczestnictwa w szkoleniach, tempa realizacji treści, wzorców zaangażowania oraz powiązań pomiędzy rozwojem a wynikami pracy. W ochronie zdrowia potencjał ten pozwala identyfikować obszary ryzyka kompetencyjnego, luki rozwojowe oraz niespójności systemu szkoleniowego. Analityka umożliwia przesunięcie akcentu z ilości szkoleń na ich funkcjonalność[475]. Jednocześnie dane te mogą wspierać planowanie strategiczne rozwoju kadr w warunkach niedoborów personelu. Analityka pozwala także na ocenę adekwatności personalizacji ścieżek rozwojowych. W tym sensie stanowi ona narzędzie integrujące rozwój indywidualny z celami organizacyjnymi. W ochronie zdrowia ma to szczególne znaczenie dla jakości i bezpieczeństwa opieki. Brak wykorzystania danych rozwojowych prowadzi do powielania nieskutecznych interwencji szkoleniowych. Analityka tworzy zatem podstawy dla uczenia się organizacyjnego na poziomie systemowym.

Rola analityki uczenia się nie ogranicza się jednak do funkcji diagnostycznych, lecz obejmuje również wsparcie procesów decyzyjnych na poziomie operacyjnym i strategicznym. Dane rozwojowe mogą informować decyzje dotyczące alokacji zasobów szkoleniowych, priorytetyzacji kompetencji oraz projektowania interwencji rozwojowych. W ochronie zdrowia umożliwia to lepsze dopasowanie rozwoju do zmiennych potrzeb klinicznych. Analityka może pełnić funkcję wczesnego ostrzegania przed narastającymi deficytami kompetencyjnymi[476]. Jednocześnie jej skuteczność zależy od zdolności organizacji do interpretacji danych w kontekście pracy klinicznej. Dane pozbawione kontekstu mogą prowadzić do błędnych wniosków i decyzji. Z tego względu analityka powinna być traktowana jako narzędzie wspierające refleksję, a nie automatyzujące decyzje. W ochronie zdrowia automatyzm decyzyjny w obszarze rozwoju stanowi istotne ryzyko. Analityka wymaga zatem kompetencji interpretacyjnych po stronie kadry zarządzającej. Jej brak prowadzi do technokratyzacji zarządzania rozwojem.

Powyższa analiza wskazuje, że wykorzystanie analityki uczenia się w ochronie zdrowia nie jest procesem neutralnym ani jednowymiarowym, lecz wymaga świadomych decyzji zarządczych dotyczących jej zakresu, celów oraz sposobu interpretacji danych. W praktyce oznacza to konieczność określenia, jakie funkcje analityka ma pełnić w systemie rozwoju

[475] P. Guleria, M. Sood, Intelligent learning analytics in healthcare sector using machine learning, [w:] *Machine Learning with Health Care Perspective: Machine Learning and Healthcare*. Cham: Springer International Publishing, 2020, s. 39-55.
[476] M. Badawy, N. Ramadan, H.A. Hefny, Healthcare predictive analytics using machine learning and deep learning techniques: a survey. *Journal of Electrical Systems and Information Technology*, 2023, 10.1: 40.

kompetencji oraz jakie granice jej zastosowania są akceptowalne z perspektywy etycznej i organizacyjnej. Analityka uczenia się może bowiem wzmacniać racjonalność zarządzania rozwojem, ale jednocześnie generować napięcia związane z autonomią zawodową, zaufaniem oraz percepcją kontroli. W ochronie zdrowia, gdzie relacje te mają szczególne znaczenie, sposób implementacji analityki decyduje o jej faktycznej wartości. Z tego względu zasadne jest wyróżnienie kluczowych obszarów, w których analityka uczenia się oddziałuje na funkcjonowanie systemu rozwojowego. Obszary te ujawniają zarówno potencjał, jak i ograniczenia tego narzędzia. Ich identyfikacja pozwala lepiej zrozumieć, w jakich warunkach analityka może wspierać rozwój, a w jakich prowadzić do efektów dysfunkcjonalnych. Poniżej przedstawiono najważniejsze aspekty funkcjonowania analityki uczenia się w zarządzaniu rozwojem w ochronie zdrowia[477], [478]:

- wsparcie racjonalności decyzji rozwojowych, polegające na wykorzystaniu danych do identyfikacji rzeczywistych potrzeb kompetencyjnych, priorytetyzacji obszarów rozwoju oraz ograniczania działań szkoleniowych o niskiej wartości funkcjonalnej; w ochronie zdrowia pozwala to lepiej powiązać rozwój kompetencji z jakością opieki i bezpieczeństwem pacjenta, zamiast koncentrować się na liczbie zrealizowanych szkoleń;
- identyfikacja wzorców i nierówności partycypacji szkoleniowej, umożliwiająca ujawnienie różnic w dostępie do rozwoju pomiędzy grupami zawodowymi, oddziałami lub etapami kariery; analityka pozwala w tym zakresie przejść od intuicyjnych ocen do systematycznej diagnozy, co ma znaczenie dla sprawiedliwości organizacyjnej i retencji personelu;
- wczesne rozpoznawanie ryzyk kompetencyjnych, polegające na monitorowaniu obszarów, w których niski poziom aktywności rozwojowej może przekładać się na wzrost ryzyka klinicznego lub organizacyjnego; w ochronie zdrowia funkcja ta ma szczególne znaczenie prewencyjne, zwłaszcza w kontekście dynamicznych zmian procedur i technologii;
- wspieranie personalizacji ścieżek rozwojowych, poprzez dostarczanie danych umożliwiających dopasowanie treści, tempa i zakresu uczenia się do profilu kompetencyjnego oraz doświadczenia zawodowego pracowników; analityka staje się wówczas narzędziem wzmacniającym sensowność e-learningu, a nie jedynie mechanizmem raportowania;

[477] A.K.M. Chan, M.G. Botelho, O.L.T. Lam, The relation of online learning analytics, approaches to learning and academic achievement in a clinical skills course. *European Journal of Dental Education*, 2021, 25.3: 442-450.
[478] K.R. Saraf, P. Malathi, Intelligent learning analytics in the healthcare sector using machine learning and iot, [w:] *Machine Learning, Deep Learning, Big Data, and Internet of Things for Healthcare*. Chapman and Hall/CRC, 2022, s. 37-53.

- ryzyko instrumentalizacji i kontroli, pojawiające się w sytuacji, gdy dane rozwojowe wykorzystywane są przede wszystkim do oceny lub sankcjonowania pracowników; w ochronie zdrowia taki sposób użycia analityki może prowadzić do erozji zaufania, zachowań pozornych oraz formalizacji uczestnictwa szkoleniowego;
- wymogi kompetencyjne wobec kadry zarządzającej**,** obejmujące zdolność interpretacji danych w kontekście pracy klinicznej, a nie w oderwaniu od niej; brak tych kompetencji prowadzi do uproszczonych wniosków i decyzji, które mogą osłabiać, zamiast wzmacniać, system rozwojowy;
- implikacje etyczne i kulturowe, związane z koniecznością jasnego komunikowania celów analityki, zasad wykorzystania danych oraz granic monitorowania; w ochronie zdrowia transparentność ta stanowi warunek utrzymania bezpieczeństwa psychologicznego i gotowości do uczenia się.

Przedstawione aspekty pokazują, że analityka uczenia się w ochronie zdrowia posiada charakter narzędzia o wysokim potencjale, ale również wysokim poziomie wrażliwości organizacyjnej. Jej skuteczność zależy nie od samej technologii, lecz od sposobu jej włączenia w kulturę organizacyjną, architekturę zarządczą oraz relacje z personelem. Analityka może wzmacniać refleksyjność organizacji i racjonalność decyzji rozwojowych, pod warunkiem że nie zostanie sprowadzona do funkcji kontrolnej. W ujęciu systemowym stanowi ona element umożliwiający uczenie się organizacji o własnych procesach rozwojowych. Jednocześnie wymaga wysokiej dojrzałości decyzyjnej oraz etycznej po stronie kierownictwa. Tak rozumiana analityka domyka wątek digitalizacji jako narzędzia zarządzania rozwojem. Tworzy ona również punkt wyjścia do dalszych rozważań nad integracją technologii cyfrowych z kulturą organizacyjną i dobrostanem personelu w ochronie zdrowia.

Istotnym wymiarem analityki uczenia się są jej implikacje kulturowe i etyczne. Monitorowanie aktywności rozwojowej personelu może być postrzegane jako forma kontroli, co w środowisku wysokiej autonomii zawodowej budzi opór. Brak transparentności w wykorzystaniu danych rozwojowych osłabia zaufanie organizacyjne[479]. W ochronie zdrowia zaufanie to stanowi warunek bezpieczeństwa psychologicznego i gotowości do uczenia się. Analityka wykorzystywana w sposób sankcyjny prowadzi do zachowań adaptacyjnych i minimalizacyjnych. Zamiast wspierać rozwój, sprzyja ona formalizacji uczestnictwa szkoleniowego. Z perspektywy etycznej kluczowe znaczenie ma jasne określenie celów

[479] M. Czerepaniak-Walczak, Źródła i konsekwencje uproszczeń badania w działaniu. O pułapkach ontologicznych, epistemologicznych i etycznych, [w:] *Pułapki epistemologiczne i metodologiczne w badaniach nad edukacją. Jak sobie z nimi radzić?* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2017, s. 197-211.

gromadzenia danych. Dane rozwojowe powinny służyć wsparciu, a nie ocenie represyjnej. Wymaga to jednoznacznych decyzji kierownictwa oraz spójnej komunikacji. W ochronie zdrowia granica ta ma szczególne znaczenie ze względu na odpowiedzialność zawodową personelu. Warunkiem konstruktywnego wykorzystania analityki uczenia się jest jej integracja z całościowym systemem zarządzania rozwojem kompetencji. Analityka nie może funkcjonować jako autonomiczny moduł technologiczny, oderwany od strategii HR i kultury organizacyjnej. Jej dane muszą być interpretowane w powiązaniu z oceną kompetencji, personalizacją ścieżek rozwojowych oraz decyzjami dotyczącymi organizacji pracy. Tylko taka integracja umożliwia wykorzystanie analityki jako narzędzia uczenia się organizacyjnego[480]. W ochronie zdrowia oznacza to także powiązanie danych rozwojowych z jakością opieki i bezpieczeństwem pacjenta. Analityka może wówczas wspierać identyfikację obszarów wymagających interwencji systemowej. Jednocześnie jej wykorzystanie wymaga wysokiej dojrzałości zarządczej. Bez niej analityka staje się narzędziem pozornym lub destrukcyjnym. W tym sensie analityka uczenia się pełni funkcję testu dojrzałości systemu zarządzania rozwojem. Jej potencjał ujawnia się dopiero w organizacjach zdolnych do refleksyjnego wykorzystania danych.

Analityka uczenia się ujawnia się jako istotny element nowoczesnego zarządzania rozwojem kompetencji w ochronie zdrowia, pod warunkiem jej osadzenia w spójnej architekturze zarządczej i kulturowej. Jej wartość polega na wspieraniu decyzji opartych na danych, a nie na automatyzacji kontroli. W środowisku wysokiej autonomii zawodowej i odpowiedzialności klinicznej analityka wymaga szczególnej wrażliwości etycznej i komunikacyjnej. Właściwie wykorzystana może wzmacniać personalizację rozwoju oraz spójność systemu kompetencyjnego. Niewłaściwie wdrożona prowadzi do erozji zaufania i formalizacji uczenia się. Rola analityki nie polega zatem na zastąpieniu relacji zarządczych, lecz na ich wsparciu. W ujęciu systemowym stanowi ona narzędzie uczenia się organizacji o własnych procesach rozwojowych. Tak rozumiana analityka domyka wątek digitalizacji jako narzędzia zarządzania rozwojem. W celu syntetycznego ujęcia dotychczasowych analiz zasadne jest zastosowanie narzędzia porządkującego, które pozwala uchwycić wzajemne relacje pomiędzy kluczowymi komponentami cyfrowego systemu rozwoju kompetencji w ochronie zdrowia. Wcześniejsze rozważania pokazują bowiem, że digitalizacja, e-learning, dostępność, personalizacja oraz analityka uczenia się nie funkcjonują jako niezależne elementy, lecz tworzą współzależny układ o charakterze systemowym. Każdy z tych komponentów

[480] K. Dyaczyńska, Konceptualizacja pojęcia organizacji uczącej się w publicznych jednostkach ochrony zdrowia. *Studia Ekonomiczne*, 2013, 169: 29-41.

posiada własną logikę działania, lecz dopiero ich integracja decyduje o funkcjonalności całego systemu rozwojowego. W warunkach ochrony zdrowia, charakteryzujących się wysoką złożonością procesów klinicznych oraz ograniczeniami organizacyjnymi, brak spójności pomiędzy tymi elementami prowadzi do fragmentaryzacji działań rozwojowych i utraty ich znaczenia praktycznego. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim oznacza to, że inwestycje w technologie cyfrowe nie przekładają się automatycznie na wzrost kompetencji personelu ani na poprawę jakości opieki. Konieczne staje się zatem spojrzenie przekrojowe, umożliwiające ocenę, w jaki sposób poszczególne komponenty wzajemnie się wzmacniają lub neutralizują. Tabela 24 pełni w tym kontekście funkcję ramy analitycznej, pozwalającej zestawić funkcje, ryzyka oraz warunki dojrzałości systemowej każdego z elementów. Jej zastosowanie umożliwia przejście od analizy cząstkowej do ujęcia holistycznego, odpowiadającego logice myślenia systemowego. W ochronie zdrowia takie ujęcie jest szczególnie istotne, ponieważ decyzje dotyczące rozwoju kompetencji mają bezpośrednie konsekwencje dla bezpieczeństwa pacjenta oraz stabilności organizacyjnej. Tabela pozwala również zidentyfikować obszary krytyczne, w których brak integracji generuje największe ryzyka zarządcze. W tym sensie stanowi ona nie tylko podsumowanie dotychczasowych ustaleń, lecz także narzędzie diagnostyczne wspierające refleksję strategiczną nad cyfrowym zarządzaniem rozwojem w podmiotach leczniczych.

Tabela 24. Integracja kluczowych komponentów cyfrowego systemu rozwoju kompetencji w ochronie zdrowia

Wymiar systemu	Funkcja w zarządzaniu rozwojem	Ryzyko przy braku integracji	Warunek dojrzałości systemowej
Dostępność	umożliwienie realnej partycypacji szkoleniowej	formalizacja i selektywność uczenia się	osadzenie w organizacji pracy
Personalizacja	dopasowanie rozwoju do ról i doświadczenia	spadek sensowności i zaangażowania	modele kompetencyjne
Analityka	wsparcie decyzji opartych na danych	technokratyzacja i erozja zaufania	kompetencje interpretacyjne
E-learning	skalowalność i elastyczność rozwoju	redukcja rozwoju do narzędzia	integracja z praktyką kliniczną
Architektura zarządcza	spójność decyzji rozwojowych	fragmentaryzacja systemu	koordynacja HR i kierownictwa

Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Karpińska-Karwowska, M. Zarzeczna-Baran, Zarządzanie wiedzą w służbie zdrowia na przykładzie grupy zawodowej pielęgniarek i położnych: Knowledge management in the health service on the example of the nurses and midwives professional group. *Management and Administration Journal*, 2013, 24.97: 381-394.

Zestawienie to pokazuje, że cyfrowy system rozwoju kompetencji w ochronie zdrowia funkcjonuje jako układ naczyń połączonych, w którym żaden z elementów nie posiada autonomicznej zdolności generowania trwałych efektów rozwojowych. Dostępność bez personalizacji prowadzi do masowości pozbawionej sensu, personalizacja bez analityki traci podstawy decyzyjne, a analityka bez osadzenia kulturowego sprzyja kontroli zamiast uczeniu się. Tabela unaocznia również, że ryzyka związane z digitalizacją nie mają charakteru technologicznego, lecz organizacyjny i decyzyjny. W ochronie zdrowia szczególnego znaczenia nabiera integracja tych komponentów z organizacją pracy klinicznej, ponieważ to ona wyznacza realne granice uczenia się. Zestawienie pozwala także zidentyfikować warunki dojrzałości systemowej, które decydują o tym, czy digitalizacja wzmacnia, czy osłabia rozwój kompetencji. W tym sensie tabela pełni funkcję diagnostyczną. Umożliwia ona ocenę spójności cyfrowych rozwiązań rozwojowych z architekturą zarządczą podmiotów leczniczych. Jednocześnie wskazuje, że brak jednego z elementów destabilizuje całość systemu. Integracja staje się zatem kluczową kategorią interpretacyjną.

Digitalizacja i e-learning w ochronie zdrowia nie stanowią samodzielnych narzędzi rozwoju, lecz elementy złożonego systemu zarządzania kompetencjami, którego funkcjonowanie zależy od szeregu powiązanych decyzji organizacyjnych i kulturowych. Ich efektywność ujawnia się wyłącznie w warunkach spójności pomiędzy rozwiązaniami technologicznymi a realiami pracy klinicznej. W praktyce oznacza to konieczność traktowania cyfrowych form rozwoju jako części architektury zarządczej, a nie jako autonomicznych instrumentów HR. Wartość e-learningu nie wynika z jego dostępności technologicznej, lecz z osadzenia w logice organizacji pracy i priorytetach strategicznych podmiotów leczniczych. Dostępność, personalizacja i analityka tworzą funkcjonalną całość jedynie wówczas, gdy są wzajemnie skoordynowane. Brak takiej koordynacji prowadzi do rozszczepienia systemu rozwojowego i obniżenia jego legitymizacji w oczach personelu. W ochronie zdrowia szczególnie widoczne są konsekwencje formalizacji uczenia się, polegające na redukcji rozwoju do spełniania wymogów proceduralnych. Proces ten sprzyja spadkowi zaufania organizacyjnego oraz erozji motywacji do uczenia się. Z perspektywy systemowej cyfryzacja rozwoju ujawnia rzeczywisty poziom dojrzałości zarządczej organizacji. Wymaga ona bowiem zdolności integrowania technologii z decyzjami dotyczącymi kadr, organizacji pracy oraz kultury organizacyjnej. Inwestycje technologiczne pozbawione tej integracji prowadzą do iluzji modernizacji. Digitalizacja intensyfikuje procesy zarządcze, zwiększając ich przejrzystość i odpowiedzialność decyzyjną. Jednocześnie ujawnia napięcia pomiędzy logiką efektywności a logiką profesjonalizmu klinicznego. E-learning nie eliminuje ograniczeń systemowych, lecz

czyni je bardziej widocznymi. Analityka uczenia się nie zapewnia automatycznie racjonalności, lecz wymaga kompetencji interpretacyjnych i etycznej wrażliwości. W ochronie zdrowia niewłaściwe wykorzystanie danych rozwojowych może prowadzić do technokratyzacji zarządzania. Z kolei ich refleksyjne wykorzystanie sprzyja uczeniu się organizacyjnemu. Cyfrowe rozwiązania rozwojowe mogą wzmacniać odporność organizacyjną, jeśli są stosowane w sposób spójny i odpowiedzialny. W przeciwnym razie pogłębiają fragmentaryzację i nierówności rozwojowe. Treści te pokazują, że cyfryzacja rozwoju nie jest celem samym w sobie, lecz narzędziem wymagającym dojrzałego zarządzania. W tym sensie stanowi ona integralny element współczesnego zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia.

3.5. Otoczenie instytucjonalne i regulacyjne oraz wątki etyczne (zastosowania na przykładach dynamicznych segmentów rynku usług medycznych, w tym medycyny estetycznej)

Otoczenie instytucjonalne i regulacyjne stanowi jeden z fundamentalnych kontekstów funkcjonowania współczesnych organizacji ochrony zdrowia, wyznaczając ramy dopuszczalnych praktyk klinicznych, menedżerskich oraz rynkowych. W warunkach postępującej pluralizacji form świadczenia usług medycznych rola regulacji formalnych ulega istotnemu poszerzeniu, obejmując nie tylko klasyczne obszary ochrony pacjenta, lecz także kwestie związane z jakością, odpowiedzialnością zawodową oraz transparentnością rynku. Szczególnego znaczenia nabierają te zagadnienia w dynamicznie rozwijających się segmentach rynku usług medycznych, które funkcjonują na styku medycyny, estetyki oraz konsumpcji. Medycyna estetyczna stanowi w tym kontekście przykład obszaru, w którym tempo rozwoju rynkowego wyprzedza zdolność systemów regulacyjnych do adekwatnej reakcji. Raport *Etyka i przyszłość medycyny estetycznej*[481] wskazuje, że brak jednoznacznych ram instytucjonalnych sprzyja rozmyciu granic pomiędzy działalnością medyczną a usługami o charakterze quasi-kosmetycznym. Taka sytuacja prowadzi do zróżnicowania standardów praktyki oraz nierówności jakościowych w dostępie do bezpiecznych świadczeń. W konsekwencji otoczenie regulacyjne pełni funkcję stabilizującą rynek, ograniczając ryzyka systemowe. Jednocześnie wpływa ono na sposób postrzegania wiarygodności całego segmentu usług zdrowotnych.

[481] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20e stetycznej_raport%20–%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

Z perspektywy zarządzania ma to bezpośrednie znaczenie dla reputacji organizacji medycznych oraz zaufania pacjentów. Otoczenie instytucjonalne nie jest więc neutralnym tłem, lecz aktywnym czynnikiem kształtującym zachowania aktorów systemu.

Regulacje prawne odnoszące się do ochrony zdrowia wyznaczają formalne granice wykonywania zawodów medycznych, odpowiedzialności zawodowej oraz zasad bezpieczeństwa pacjentów. W obszarze medycyny estetycznej problematyczne okazuje się istnienie luk regulacyjnych, które umożliwiają wykonywanie procedur inwazyjnych przez osoby bez adekwatnego przygotowania medycznego. Raport[482] podkreśla, że zjawisko to stanowi jedno z głównych zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjentów oraz integralności zawodu lekarza. Brak jednoznacznego przypisania odpowiedzialności prowadzi do trudności w egzekwowaniu standardów jakości oraz w rozliczaniu błędów. Jednocześnie obserwuje się silną presję rynkową, która sprzyja liberalizacji praktyk kosztem ostrożności klinicznej. W takich warunkach regulacje instytucjonalne stają się narzędziem ochrony interesu publicznego, a nie jedynie ograniczeniem swobody działalności gospodarczej. Ich rola polega również na ochronie lekarzy działających zgodnie z zasadami etyki i wiedzy medycznej przed nieuczciwą konkurencją. Z perspektywy systemowej regulacje te sprzyjają profesjonalizacji rynku. W dłuższym horyzoncie stabilizują one rozwój segmentów o wysokiej dynamice wzrostu. Tym samym regulacje stanowią warunek trwałości i społecznej akceptowalności medycyny estetycznej jako części systemu ochrony zdrowia.

Wątki etyczne w dynamicznych segmentach rynku usług medycznych ujawniają się szczególnie wyraźnie w relacji pomiędzy autonomią pacjenta a odpowiedzialnością zawodową lekarza. Medycyna estetyczna funkcjonuje w środowisku silnie kształtowanym przez normy kulturowe, media społecznościowe oraz narracje marketingowe, które wpływają na oczekiwania pacjentów. Raport[483] wskazuje, że presja ta może prowadzić do instrumentalizacji potrzeb pacjentów oraz normalizacji interwencji o wątpliwej zasadności medycznej. W takich warunkach rola lekarza wykracza poza realizację oczekiwań klienta i obejmuje ocenę etycznej dopuszczalności procedur. Odpowiedzialność ta dotyczy zarówno bezpieczeństwa fizycznego, jak i dobrostanu psychicznego pacjentów. Szczególnego znaczenia nabiera zdolność do odmowy wykonania zabiegu w sytuacjach, w których nie służy on dobru pacjenta. Etyka zawodowa pełni w tym kontekście funkcję mechanizmu korekcyjnego wobec presji rynkowej.

[482] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

[483] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

Jej osłabienie prowadzi do erozji zaufania społecznego. W konsekwencji etyka nie stanowi elementu fakultatywnego, lecz strukturalny filar funkcjonowania tego segmentu rynku. Z perspektywy zarządzania oznacza to konieczność uwzględniania norm etycznych w politykach organizacyjnych.

Istotnym elementem otoczenia instytucjonalnego jest również wpływ mediów cyfrowych na postrzeganie ciała, zdrowia i interwencji estetycznych. Raport[484] opisuje zjawisko „cyfrowej deformacji percepcji", wynikające z powszechnego stosowania filtrów i modyfikacji obrazu w mediach społecznościowych. Zjawisko to wpływa na wzrost liczby zgłoszeń pacjentów z nierealistycznymi oczekiwaniami wobec efektów zabiegów. W takich warunkach lekarze stają przed wyzwaniem etycznym polegającym na konieczności korekty oczekiwań pacjentów. Brak odpowiednich regulacji oraz standardów komunikacyjnych sprzyja eskalacji nieodpowiedzialnych praktyk rynkowych. Otoczenie regulacyjne powinno zatem uwzględniać również kwestie komunikacji, reklamy oraz edukacji zdrowotnej. Z perspektywy systemowej jest to element ochrony pacjentów przed szkodami pośrednimi. Jednocześnie wpływa to na długofalową stabilność rynku. Włączenie tych zagadnień do ram instytucjonalnych wzmacnia odpowiedzialność organizacyjną podmiotów medycznych. Ostatecznie przyczynia się to do podniesienia jakości usług.

W ujęciu kompleksowym otoczenie instytucjonalne i regulacyjne oraz wątki etyczne należy postrzegać jako integralny element zarządzania jakością, bezpieczeństwem pacjenta oraz zaufaniem społecznym do systemu ochrony zdrowia. Przykład medycyny estetycznej pokazuje, że dynamiczny rozwój rynku bez adekwatnych ram normatywnych prowadzi do destabilizacji standardów zawodowych. Jednocześnie odpowiednio zaprojektowane regulacje sprzyjają profesjonalizacji i odpowiedzialnej innowacyjności. Raport[485] jednoznacznie wskazuje na potrzebę wzmocnienia samoregulacji środowiskowej, standaryzacji szkoleń oraz jednoznacznego określenia granic praktyki medycznej. Z perspektywy zarządczej oznacza to konieczność integracji wymiaru etycznego z politykami HR, systemami rozwoju kompetencji oraz mechanizmami kontroli jakości. Etyka i regulacje nie stanowią bariery rozwoju, lecz warunek jego trwałości. W warunkach rosnącej konkurencji i presji rynkowej pełnią one funkcję ochronną zarówno dla pacjentów, jak i dla profesjonalistów medycznych. Tym samym

[484] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

[485] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

otoczenie instytucjonalne staje się jednym z kluczowych czynników odporności systemu ochrony zdrowia.

Dalsze pogłębienie analizy otoczenia instytucjonalnego, regulacyjnego i etycznego wymaga przesunięcia akcentu z opisu ram normatywnych na konsekwencje organizacyjne i zarządcze, jakie ramy te generują w codziennym funkcjonowaniu podmiotów ochrony zdrowia. W tym ujęciu regulacje i etyka nie stanowią wyłącznie zewnętrznych ograniczeń działalności, lecz aktywnie współkształtują strategie rozwoju kompetencji, modele odpowiedzialności oraz relacje pomiędzy organizacją a personelem medycznym. Szczególnie istotne staje się to w kontekście dynamicznych segmentów rynku usług zdrowotnych, w których napięcia pomiędzy logiką profesjonalną a logiką rynkową ujawniają się z największą intensywnością. Analiza ta wymaga zatem uwzględnienia perspektywy systemowej, w której decyzje regulacyjne, normy etyczne oraz mechanizmy zarządcze tworzą wzajemnie powiązaną strukturę oddziaływań. W kolejnych punktach zasadne jest skoncentrowanie się na obszarach, w których brak spójności instytucjonalnej lub etycznej generuje ryzyka dla jakości opieki, bezpieczeństwa pacjentów oraz stabilności zasobów ludzkich. Jednocześnie pozwala to zidentyfikować mechanizmy, poprzez które organizacje ochrony zdrowia mogą wzmacniać swoją odporność i legitymizację społeczną. Wypunktowane dalej zagadnienia nie mają charakteru rozłącznego, lecz tworzą komplementarny zestaw problemów zarządczych. Każdy z nich dotyczy innego wymiaru relacji pomiędzy regulacjami, etyką a rozwojem kompetencji. Ich omówienie umożliwia przejście od analizy norm do analizy praktyk organizacyjnych. W tym sensie stanowią one pogłębienie i usystematyzowanie wcześniejszych rozważań, przygotowując grunt pod dalsze części pracy.

1. Profesjonalizacja i medykalizacja dynamicznych segmentów rynku usług zdrowotnych jako wyzwanie w obszarze zarządzania

   Profesjonalizacja dynamicznych segmentów rynku usług zdrowotnych oznacza proces instytucjonalnego „usztywniania" standardów praktyki, kwalifikacji, odpowiedzialności oraz kontroli jakości w obszarach podlegających silnej presji popytowej i konkurencyjnej[486]. Medykalizacja w tym ujęciu odnosi się do wzmacniania kryteriów klinicznych, bezpieczeństwa oraz zasad *evidence-based practice* w świadczeniach, które bywają społecznie postrzegane jako usługi konsumpcyjne[487]. W segmentach takich jak

[486] T. Feiler, J. Hordern, A. Papanikitas (red.), *Marketisation, ethics and healthcare: policy, practice and moral formation*. Routledge, 2018.
[487] J. Kłos, M. Gromadecka-Sutkiewicz, M. Zysnarska, Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku. *Hygeia Public Health*, 2014, 49.3: 382-383.

medycyna estetyczna napięcie pomiędzy logiką rynkową a logiką profesjonalną ujawnia się szczególnie wyraźnie, ponieważ popyt kształtowany jest przez trendy kulturowe, marketing i media społecznościowe, co raportuje materiał źródłowy[488]. W praktyce organizacyjnej oznacza to ryzyko obniżania progów wejścia, rozmywania standardów oraz wzrostu zmienności jakości świadczeń pomiędzy podmiotami. Dla zarządzania kluczowe znaczenie posiada wówczas budowa wewnętrznych mechanizmów selekcji kompetencyjnej personelu, które ograniczają presję „szybkiej podaży" usług kosztem bezpieczeństwa. Istotnym elementem profesjonalizacji jest także standaryzacja procedur, obejmująca kwalifikację pacjenta, dokumentację, dobór materiałów i protokoły postępowania w sytuacjach niepożądanych. Równolegle zachodzi potrzeba porządkowania granic kompetencyjnych pomiędzy zawodami i rolami, ponieważ rynek sprzyja delegowaniu czynności w dół hierarchii kwalifikacyjnej. Wymiar zarządczy obejmuje również zarządzanie reputacją, ponieważ w segmentach wrażliwych społecznie reputacja podmiotu funkcjonuje jako substytut asymetrii informacji po stronie pacjenta. Raport akcentuje, że legitymizacja medycyny estetycznej opiera się na zaufaniu, a to zaufanie jest erodowane przez praktyki o niejasnym statusie medycznym[489]. W rezultacie profesjonalizacja i medykalizacja stają się nie tylko kwestią normatywną, lecz także warunkiem stabilności ekonomicznej i organizacyjnej. Końcowym efektem tych procesów jest ograniczenie ryzyka systemowego i wzmocnienie społecznej wiarygodności świadczeń.

2. Odpowiedzialność organizacyjna a odpowiedzialność indywidualna w kontekście regulacji i etyki

   Relacja pomiędzy odpowiedzialnością indywidualną personelu medycznego a odpowiedzialnością organizacyjną podmiotu leczniczego stanowi centralny problem zarządzania w warunkach wysokiej regulacyjności i wysokiej stawki klinicznej. W praktyce operacyjnej wiele zdarzeń niepożądanych i błędów ujawnia współdziałanie czynników systemowych, takich jak obsada dyżurowa, obciążenie pracą, organizacja przepływu pacjentów, dostępność sprzętu oraz jakość nadzoru, z czynnikami indywidualnymi. Przesunięcie ciężaru odpowiedzialności wyłącznie na jednostkę sprzyja kulturze obwiniania, a ta ogranicza raportowanie ryzyk i osłabia uczenie się organizacyjne.

[488] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

[489] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

Z perspektywy etycznej oznacza to przerzucanie kosztów systemowych niedomagań na personel, co wpływa na dobrostan, retencję oraz skłonność do zachowań defensywnych. W dynamicznych segmentach rynku, w tym w medycynie estetycznej, presja efektywności oraz konkurencji może dodatkowo intensyfikować napięcie odpowiedzialności, ponieważ organizacja kształtuje warunki, w których lekarz podejmuje decyzje wobec pacjenta. Raport podkreśla znaczenie roli profesjonalisty jako gwaranta standardu etycznego, co pośrednio wzmacnia potrzebę wsparcia instytucjonalnego dla decyzji klinicznych, w tym decyzji odmownych[490]. Wymiar organizacyjny odpowiedzialności obejmuje więc projektowanie procedur kwalifikacji, ram komunikacji z pacjentem oraz nadzoru jakościowego nad świadczeniami. Odpowiedzialność organizacji obejmuje także stworzenie środowiska, w którym zgłaszanie wątpliwości, konsultowanie decyzji i sygnalizowanie ryzyk jest społecznie akceptowane. W tym układzie rola kadry kierowniczej polega na budowie mechanizmów rozliczalności, które nie sprowadzają się do sankcji, lecz obejmują korektę procesów i uczenie się z danych. Równowaga między odpowiedzialnością indywidualną a organizacyjną staje się warunkiem utrzymania etosu zawodowego i jakości opieki. Tak rozumiana odpowiedzialność organizacyjna wzmacnia też zaufanie pracowników do instytucji, co stabilizuje system zarządzania kompetencjami.

3. Etyka jako komponent systemów rozwoju kompetencji i oceny pracy personelu medycznego

   Ujęcie etyki jako kompetencji oznacza traktowanie zdolności do identyfikowania dylematów normatywnych, prowadzenia dialogu z pacjentem i podejmowania decyzji w warunkach konfliktu wartości jako integralnej części profesjonalizmu medycznego. W praktyce organizacyjnej implikuje to włączenie treści etycznych do systemów rozwoju w sposób operacyjny, a więc powiązany z realnymi zadaniami klinicznymi i ryzykami świadczenia. W segmentach o wysokiej presji rynkowej, zwłaszcza w medycynie estetycznej, etyka pełni funkcję mechanizmu równoważącego presję popytu, co raport ujmuje jako konieczność utrzymania roli lekarza jako strażnika dobra pacjenta[491]. Skuteczna architektura rozwoju etycznego obejmuje nie tylko szkolenia, lecz także rewizję kliniczną, omawianie zdarzeń trudnych, procedury konsultacji oraz standardy komunikacji. Włączenie etyki do oceny pracy personelu wymaga jednak wysokiej ostrożności, ponieważ

[490] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

[491] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

nadmierna parametryzacja może prowadzić do zachowań pozornych i formalizmu. Z perspektywy zarządzania zasadne jest kształtowanie kryteriów oceny, które uwzględniają jakość decyzji i komunikacji, a nie wyłącznie wynik proceduralny. Istotne znaczenie ma także rozwijanie kompetencji etycznych kadry kierowniczej, ponieważ to ona modeluje normy praktyki poprzez decyzje i reakcje na sytuacje graniczne. W ochronie zdrowia etyka jest ściśle związana z bezpieczeństwem pacjenta, gdyż wiele zdarzeń niepożądanych ma wymiar nie tylko techniczny, lecz również decyzyjny i komunikacyjny. Elementem systemu rozwoju etycznego jest również edukacja dotycząca granic reklamy i perswazji w usługach zdrowotnych, co w segmentach komercyjnych nabiera szczególnego znaczenia. Raport zwraca uwagę na wpływ mediów cyfrowych na oczekiwania pacjentów, co zwiększa wagę etycznej komunikacji i realistycznej kwalifikacji[492]. Integracja etyki z rozwojem kompetencji wzmacnia legitymizację organizacyjną działań szkoleniowych i ogranicza ryzyko instrumentalizacji rozwoju. W rezultacie etyka funkcjonuje jako kompetencja podtrzymująca jakość praktyki i stabilność relacji organizacja – personel – pacjent.

4. Wpływ regulacji i norm etycznych na strategie rozwoju kompetencji w organizacjach ochrony zdrowia

   Regulacje formalne i normy etyczne kształtują strategie rozwoju kompetencji poprzez wyznaczanie minimalnych standardów, priorytetów bezpieczeństwa oraz obowiązków dokumentacyjnych, które determinują strukturę programów szkoleniowych. W ochronie zdrowia obserwuje się napięcie pomiędzy rozwojem ukierunkowanym na zgodność regulacyjną a rozwojem ukierunkowanym na realne ryzyka kliniczne i organizacyjne. Strategia skoncentrowana wyłącznie na zgodności sprzyja powstawaniu „szkoleń dla audytu", które podnoszą wskaźniki uczestnictwa, lecz słabo przekładają się na praktykę. Z kolei strategia integrowana wymaga powiązania regulacji z analizą potrzeb kompetencyjnych, wynikami jakościowymi i uczeniem się organizacyjnym. W segmentach dynamicznych, w tym w medycynie estetycznej, rynek generuje szybkie zmiany technologiczne i produktowe, co wymusza aktualizację kompetencji w cyklach krótszych niż tradycyjne programy rozwojowe. Raport podkreśla wagę standaryzacji szkoleń i ram etycznych dla branży, co stanowi wskazówkę dla projektowania strategii

[492] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

rozwoju kompetencji na poziomie organizacji[493]. Z perspektywy *governance* kluczowe staje się wyznaczenie odpowiedzialności za rozwój: kto definiuje standardy, kto weryfikuje kompetencje, kto autoryzuje procedury i kto odpowiada za nadzór nad wdrożeniem. Regulacje wpływają również na sposób dokumentowania kompetencji, co rzutuje na konstrukcję ścieżek rozwojowych i mechanizmów certyfikacji wewnętrznej. Normy etyczne wzmacniają natomiast potrzebę rozwijania kompetencji komunikacyjnych, kwalifikacyjnych i decyzyjnych, które nie mieszczą się w prostych rejestrach szkoleniowych. W praktyce organizacyjnej strategia rozwoju kompetencji podlega więc równoczesnej presji: wymogów formalnych, oczekiwań pacjentów oraz ryzyk klinicznych. Spójność tej strategii decyduje o tym, czy rozwój wzmacnia jakość i bezpieczeństwo, czy staje się obciążeniem administracyjnym. Finalnie regulacje i etyka działają jako ramy stabilizujące rozwój w warunkach zmienności i konkurencji.

5. Instytucjonalne mechanizmy ochrony zaufania pacjentów jako element zarządzania rozwojem organizacji

   Zaufanie pacjentów stanowi zasób systemowy ochrony zdrowia, ponieważ redukuje asymetrię informacji, wzmacnia przestrzeganie zaleceń oraz stabilizuje relacje pomiędzy podmiotami leczniczymi a otoczeniem społecznym. Mechanizmy instytucjonalne, takie jak standardy kwalifikacji, akredytacje, polityki informacyjne, procedury zgłaszania zdarzeń oraz zasady reklamy usług zdrowotnych, pełnią funkcję infrastruktury tego zaufania. W segmentach dynamicznych, w tym w medycynie estetycznej, zaufanie jest szczególnie wrażliwe na ryzyka związane z reputacją, ponieważ pacjent często podejmuje decyzję w warunkach ograniczonej wiedzy i pod wpływem narracji medialnych. Raport wskazuje na wpływ mediów społecznościowych na oczekiwania pacjentów oraz na potrzebę etycznej roli profesjonalisty w stabilizowaniu tych oczekiwań[494]. Z perspektywy zarządzania oznacza to konieczność rozwijania kompetencji w obszarze komunikacji, informowania o ryzykach, prowadzenia świadomej zgody i zarządzania sytuacjami konfliktowymi. Instytucjonalna ochrona zaufania obejmuje również konsekwentne stosowanie standardów bezpieczeństwa oraz transparentne reagowanie na zdarzenia niepożądane, co ogranicza spiralę domysłów i dezinformacji. Wymiar organizacyjny obejmuje też polityki doboru personelu i weryfikacji kwalifikacji, ponieważ to personel

[493] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

[494] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

jest nośnikiem wiarygodności instytucji. Mechanizmy zaufania są sprzężone z rozwojem kompetencji: organizacja, która systemowo rozwija kompetencje i komunikuje standardy, wzmacnia przewidywalność doświadczeń pacjenta. Zaufanie wpływa także na stabilność rynku pracy, ponieważ reputacja podmiotu oddziałuje na zdolność przyciągania i utrzymania profesjonalistów. W warunkach konkurencji o pacjenta i o personel mechanizmy zaufania funkcjonują jako element przewagi organizacyjnej, lecz jednocześnie wymagają konsekwentnego zarządzania. W rezultacie ochrona zaufania jest sprzęgnięta z zarządzaniem rozwojem organizacji, gdyż wymusza utrzymanie standardów, inwestycje kompetencyjne i wysoką jakość *governance*. Taki układ wzmacnia legitymację działań rozwojowych oraz stabilność relacji z pacjentami na poziomie systemowym[495].

Przedstawione zagadnienia pokazują, że otoczenie instytucjonalne, regulacyjne i etyczne nie stanowi zewnętrznego kontekstu funkcjonowania organizacji ochrony zdrowia, lecz aktywnie współtworzy ich architekturę zarządczą oraz sposób projektowania rozwoju kompetencji. Profesjonalizacja i medykalizacja dynamicznych segmentów rynku usług zdrowotnych ujawniają konieczność równoważenia presji rynkowej z logiką bezpieczeństwa, odpowiedzialności i wiedzy medycznej. Analiza relacji pomiędzy odpowiedzialnością indywidualną a organizacyjną wskazuje, że skuteczne zarządzanie wymaga przesunięcia akcentu z sankcjonowania jednostek na projektowanie warunków sprzyjających bezpiecznym decyzjom klinicznym. Włączenie etyki do systemów rozwoju kompetencji i oceny pracy personelu wzmacnia refleksyjność praktyki medycznej oraz ogranicza ryzyko instrumentalizacji działań rozwojowych. Regulacje i normy etyczne oddziałują bezpośrednio na strategie rozwoju kompetencji, wymuszając integrację wymogów formalnych z realnymi potrzebami klinicznymi i organizacyjnymi. Instytucjonalne mechanizmy ochrony zaufania pacjentów ujawniają się jako element długofalowej stabilności organizacyjnej, powiązany zarówno z jakością świadczeń, jak i z reputacją podmiotów leczniczych. Całość analiz potwierdza, że etyka i regulacje nie ograniczają rozwoju organizacji ochrony zdrowia, lecz wyznaczają warunki jego trwałości i społecznej legitymizacji. W dynamicznych segmentach rynku, takich jak medycyna estetyczna, znaczenie tych uwarunkowań ulega szczególnemu wzmocnieniu. Zarządzanie rozwojem kompetencji w takim otoczeniu wymaga wysokiej dojrzałości decyzyjnej oraz zdolności integrowania wymiarów prawnych, etycznych i organizacyjnych. W efekcie regulacje i etyka stają się nie tylko ramą kontroli, lecz również

[495] D. Lewicka, M. Szeliga, Zaufanie wertykalne a zaangażowanie organizacyjne na przykładzie podmiotu leczniczego. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie*, 2016, 1: 205-224.

strategicznym zasobem zarządczym, ukazując otoczenie instytucjonalne jako integralny komponent systemowego zarządzania rozwojem w ochronie zdrowia.

Przejście do analizy zastosowań w dynamicznych segmentach rynku usług medycznych wymaga uprzedniego doprecyzowania celu i logiki tego fragmentu wywodu. Celem nie jest bowiem przedstawienie opisowych studiów przypadków ani empirycznych narracji o pojedynczych organizacjach, lecz analityczne uchwycenie typowych konfiguracji rynkowo-organizacyjnych, w których wcześniej omawiane mechanizmy ujawniają się ze szczególną intensywnością. Dynamiczne segmenty rynku usług medycznych stanowią bowiem swoiste „laboratorium systemowe", w którym napięcia pomiędzy regulacją, etyką, rozwojem kompetencji i presją rynkową stają się wyraźnie widoczne[496]. Ich analiza pozwala zatem zweryfikować użyteczność przyjętych kategorii teoretycznych w warunkach wysokiej zmienności, konkurencji i społecznej wrażliwości. W tym sensie omawiane dalej przykłady pełnią funkcję ilustracji mechanizmów, a nie wyjątków od reguły. Każdy z nich reprezentuje odmienny układ relacji pomiędzy logiką profesjonalną a logiką rynkową, pomiędzy autonomią kliniczną a *governance* instytucjonalnym oraz pomiędzy rozwojem kompetencji a odpowiedzialnością organizacyjną. Zestawienie tych segmentów umożliwia identyfikację wzorców zarządczych, które sprzyjają stabilności i legitymizacji praktyki medycznej, jak również tych, które generują ryzyka systemowe. Jednocześnie pozwala ono ukazać, że problemy etyczne i regulacyjne nie mają charakteru marginalnego ani incydentalnego, lecz są strukturalnie wpisane w funkcjonowanie nowoczesnych rynków usług zdrowotnych. Analiza ta ma charakter porównawczy i syntetyczny, a nie normatywny, co pozwala zachować dystans analityczny wobec ocen jednostkowych praktyk. W kolejnych punktach omówione zostaną wybrane segmenty rynku, traktowane jako reprezentatywne pola zastosowań wcześniejszych rozważań.

Medycyna estetyczna stanowi jeden z najbardziej dynamicznych segmentów rynku usług medycznych, a zarazem obszar o szczególnie wysokiej wrażliwości instytucjonalnej i etycznej, ponieważ funkcjonuje na styku profesjonalizmu klinicznego, logiki konsumpcji oraz presji kulturowo-medialnej. Z perspektywy organizacyjnej segment ten ujawnia status hybrydowy: procedury bywają wykonywane w reżimie stricte medycznym, lecz popyt bywa kształtowany przez mechanizmy typowe dla rynków usług konsumenckich. Taki układ generuje trwałe napięcie pomiędzy normatywną zasadą prymatu dobra pacjenta a oczekiwaniami klientów, które bywają formułowane w kategoriach preferencji estetycznych

[496] A. Stosik, Współpraca w rywalizacji na rynku usług medycznych. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2016, 421: 543-553.

i natychmiastowych rezultatów. Raport dotyczący etyki i przyszłości medycyny estetycznej akcentuje, że dynamika tego rynku sprzyja powstawaniu presji na upraszczanie decyzji kwalifikacyjnych oraz na normalizację interwencji odpowiadających trendom kulturowym, a nie zawsze potrzebom zdrowotnym pacjentów[497]. Z tego względu w medycynie estetycznej szczególnie wyraźnie ujawnia się znaczenie governance, czyli formalnych i nieformalnych mechanizmów nadzoru nad jakością, kompetencjami i standardami praktyki. Odpowiedzialność organizacyjna w tym segmencie obejmuje nie tylko zapewnienie infrastruktury i materiałów, lecz także ustanowienie granic dopuszczalnych działań, standardów kwalifikacji oraz reguł komunikacji. W warunkach wysokiej konkurencji rynkowej organizacje bywają skłonne do wzmacniania bodźców sprzedażowych, co intensyfikuje ryzyka etyczne związane z instrumentalizacją świadczeń. Z perspektywy systemu ochrony zdrowia problem nie ogranicza się do jakości pojedynczych usług, lecz dotyczy reputacji zawodu lekarza oraz zaufania społecznego do instytucji medycznych. W konsekwencji medycyna estetyczna ujawnia mechanizm, w którym komercjalizacja bez równoległej profesjonalizacji prowadzi do erozji standardów i wzrostu podatności na zdarzenia niepożądane. Taki obraz wymaga analizy zarządczej, która łączy perspektywę regulacyjną, etyczną oraz kompetencyjną w jedną spójną ramę interpretacyjną.

Centralnym wyzwaniem instytucjonalnym w medycynie estetycznej pozostaje utrzymanie spójności pomiędzy formalnymi regulacjami dotyczącymi wykonywania zawodów medycznych a praktyką rynkową, w której występuje presja na obniżanie barier wejścia i delegowanie czynności w dół hierarchii kwalifikacyjnej. W wielu systemach prawnych obserwuje się zjawisko rozmycia granic między świadczeniem medycznym a usługą o charakterze quasi-kosmetycznym, co sprzyja nierównościom jakościowym oraz trudnościom egzekucyjnym. Materiał źródłowy wskazuje, że w warunkach luki regulacyjnej rośnie ryzyko świadczeń realizowanych przez osoby bez adekwatnych kwalifikacji, a to bezpośrednio zwiększa zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów[498]. Dla organizacji oznacza to konieczność budowania wewnętrznych standardów, które wyprzedzają minimalne wymogi formalne i stabilizują jakość praktyki niezależnie od presji rynkowej. Tak rozumiane standardy obejmują między innymi: protokoły kwalifikacji pacjenta, kryteria wykluczające wykonanie procedury, zasady dokumentowania oraz procedury reagowania na powikłania. Istotnym elementem jest

[497] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

[498] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

również standaryzacja kompetencji personelu poprzez certyfikacje wewnętrzne, nadzór mentorski i selekcję dostawców szkoleń, ponieważ rynek szkoleń w tym segmencie bywa zróżnicowany jakościowo. W warstwie instytucjonalnej szczególnego znaczenia nabiera też problem reklamy i komunikacji, ponieważ komunikaty marketingowe mogą kreować nierealistyczne oczekiwania pacjentów i wzmacniać presję na wykonywanie procedur mimo wątpliwej zasadności klinicznej. Zarządzanie w tym obszarze obejmuje więc nie tylko proces kliniczny, lecz także zarządzanie informacją, ryzykiem związanym z reputacją i standardem komunikacji. W praktyce organizacyjnej spójność regulacyjna oznacza zdolność do utrzymania tych samych kryteriów jakości i etyki w sytuacji intensywnej konkurencji. W tym sensie medycyna estetyczna staje się testem dojrzałości instytucjonalnej podmiotów świadczących usługi w obszarach o wysokiej dynamice popytu. W dłuższym horyzoncie to właśnie dojrzałość instytucjonalna decyduje o stabilności segmentu oraz o jego społecznej legitymizacji.

Wymiar etyczny medycyny estetycznej ujawnia się szczególnie wyraźnie w procesie kwalifikacji pacjenta oraz w zarządzaniu oczekiwaniami, ponieważ decyzja o wykonaniu procedury bywa współkształtowana przez czynniki psychologiczne i społeczne, a nie wyłącznie przez kryteria kliniczne. W tym segmencie autonomia pacjenta często przyjmuje postać żądania określonego efektu, co może prowadzić do konfliktu wartości między preferencją klienta a zasadą nieszkodzenia oraz zasadą proporcjonalności interwencji. Raport podnosi, że presja kulturowa i medialna, zwłaszcza powiązana z mediami społecznościowymi, sprzyja deformacji oczekiwań i normalizacji nierealistycznych standardów wyglądu[499]. Dla organizacji oznacza to konieczność rozwijania kompetencji komunikacyjnych i decyzyjnych personelu, obejmujących prowadzenie rozmów kwalifikacyjnych, tłumaczenie ryzyk oraz ustalanie realistycznych rezultatów. Istotne znaczenie ma też wdrożenie standardów odmowy wykonania procedury w sytuacjach, w których zabieg nie służy dobru pacjenta, a jego wykonanie zwiększa ryzyko szkody fizycznej lub psychicznej. W praktyce zarządczej taka odmowa wymaga wsparcia instytucjonalnego, ponieważ presja rynkowa może skłaniać do preferowania krótkoterminowego wyniku ekonomicznego nad długoterminowym standardem etycznym. W konsekwencji etyka staje się elementem *governance*, a nie wyłącznie cechą indywidualną lekarza, ponieważ organizacja kształtuje warunki wykonywania profesji oraz system bodźców. Segment ten ujawnia również ryzyka związane z językiem perswazji, obietnicą efektów oraz selekcją pacjentów podatnych na wpływ marketingowy, co wymaga wzmocnionych

[499] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

standardów przejrzystości i rzetelności informacyjnej. W ujęciu systemowym etyka w medycynie estetycznej pozostaje powiązana z bezpieczeństwem pacjenta, ponieważ decyzje kwalifikacyjne i komunikacyjne determinują prawdopodobieństwo zdarzeń niepożądanych. W tym obszarze kompetencje etyczne obejmują również zdolność do rozpoznawania przesłanek wskazujących na nieadekwatne motywacje pacjenta oraz do kierowania go do wsparcia specjalistycznego, jeżeli sytuacja tego wymaga. Tak rozumiana etyka nie redukuje innowacyjności segmentu, lecz stabilizuje jego rozwój i podtrzymuje zaufanie do profesjonalizmu klinicznego.

Z perspektywy zarządzania zasobami ludzkimi medycyna estetyczna szczególnie wyraźnie pokazuje, że rozwój kompetencji w segmentach dynamicznych musi obejmować równolegle kompetencje kliniczne, kompetencje organizacyjne oraz kompetencje etyczno-komunikacyjne. W obszarze klinicznym kluczowa jest standaryzacja technik, znajomość anatomii, protokołów bezpieczeństwa oraz procedur reagowania na powikłania, jednak w warstwie organizacyjnej równie istotne pozostają procedury kwalifikacji, dokumentowania i raportowania ryzyk. W warstwie etycznej i komunikacyjnej rozstrzygające znaczenie posiada umiejętność prowadzenia rozmów z pacjentem, wyjaśniania ograniczeń, zarządzania oczekiwaniami i zabezpieczenia świadomej zgody w sposób odporny na presję marketingową. Raport akcentuje potrzebę wzmocnienia standardów szkoleniowych i ram etycznych dla branży, co przekłada się na konieczność świadomego wyboru źródeł szkoleń oraz kryteriów uznawania kompetencji w organizacjach świadczących tego typu usługi[500]. W praktyce oznacza to również budowę mechanizmów selekcji i weryfikacji kompetencji, które ograniczają zjawisko formalizmu rozwojowego i chronią przed pozorną certyfikacją. Istotne znaczenie posiada też rola przywództwa, ponieważ decyzje kadry kierowniczej kształtują granice dopuszczalnej praktyki, a także status norm etycznych w codziennej pracy. W dynamicznych segmentach rynku szczególnie intensywnie ujawnia się ryzyko dysfunkcji bodźców, gdyż systemy premiowe mogą wzmacniać wolumen świadczeń kosztem ostrożności kwalifikacyjnej, co wymaga świadomej korekty architektury motywacyjnej. W ujęciu systemowym organizacje działające w medycynie estetycznej funkcjonują w polu napięć między regulacją formalną, presją rynkową i oczekiwaniami społecznymi, a zarządzanie kompetencjami pełni rolę mechanizmu stabilizującego te napięcia. Z perspektywy jakości i bezpieczeństwa pacjenta kluczowe jest, aby rozwój kompetencji nie był sprowadzony do

[500] https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20—%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

techniki zabiegu, lecz obejmował całość procesu klinicznego, w tym kwalifikację, komunikację i nadzór po zabiegu. Tak ujęta organizacja rozwoju kompetencji sprzyja utrzymaniu zaufania, ogranicza ryzyka związane z reputacją i wzmacnia długofalową legitymizację segmentu. W konsekwencji medycyna estetyczna ujawnia, że dynamiczny rynek usług medycznych wymaga zarządzania, które integruje standardy, etykę i kompetencje w jednym spójnym systemie decyzyjnym[501].

Prywatne centra diagnostyczne oraz ośrodki realizujące procedury wysokospecjalistyczne stanowią segment rynku usług medycznych, w którym dynamika rozwoju technologicznego w sposób szczególnie wyraźny oddziałuje na architekturę zarządzania kompetencjami oraz odpowiedzialność organizacyjną. Funkcjonowanie tych podmiotów opiera się na zaawansowanej infrastrukturze technicznej, wysokiej specjalizacji personelu oraz silnej presji na precyzję, czas realizacji świadczeń i niezawodność procesów diagnostycznych[502]. W odróżnieniu od wielu innych segmentów rynku usług zdrowotnych, jakość świadczeń w centrach diagnostycznych jest bezpośrednio powiązana z decyzjami podejmowanymi na styku technologii, interpretacji danych oraz kompetencji decyzyjnych personelu. Oznacza to, że błędy systemowe lub niedostatki kompetencyjne ujawniają się nie tylko w wymiarze klinicznym, lecz również w wymiarze organizacyjnym i tym, związanym z reputacją. Z perspektywy zarządczej centra te funkcjonują w warunkach wysokiej odpowiedzialności, ponieważ ich wyniki diagnostyczne stanowią podstawę dalszych decyzji terapeutycznych podejmowanych w innych częściach systemu ochrony zdrowia. Tym samym segment ten stanowi szczególnie istotne pole analizy relacji pomiędzy rozwojem kompetencji a bezpieczeństwem pacjenta. Wysoka specjalizacja technologiczna wymusza ciągłą aktualizację wiedzy i umiejętności personelu, co czyni systemy rozwoju kompetencji elementem krytycznym dla sprawności organizacyjnej. Jednocześnie presja rynkowa sprzyja skracaniu czasu wdrażania nowych technologii, co może wyprzedzać zdolność organizacji do adekwatnego przygotowania personelu. W efekcie centra diagnostyczne ujawniają napięcie pomiędzy innowacyjnością a stabilnością kompetencyjną. Analiza tego segmentu pozwala zatem uchwycić mechanizmy zarządcze istotne dla całego systemu ochrony zdrowia.

Z punktu widzenia zarządzania zasobami ludzkimi prywatne centra diagnostyczne charakteryzują się specyficzną strukturą kompetencji, w której kluczową rolę odgrywają

[501] M. Ankiel, A. Kuczyńska, Wyznaczniki satysfakcji klientów korzystających z usług medycyny estetycznej. *Studia Ekonomiczne*, 2017, 330: 7-15.
[502] A. Dudek, M. Mazur, Propozycje innowacji organizacyjno-marketingowych w prywatnej przychodni opieki zdrowotnej. *Strategiczne modelowanie i animowanie rozwoju oraz technologii*, 2014, 27.

umiejętności interpretacyjne, decyzyjne oraz zdolność pracy w środowisku silnie sparametryzowanym technologicznie. Kompetencje te nie ograniczają się do obsługi aparatury, lecz obejmują rozumienie ograniczeń metod diagnostycznych, ocenę jakości danych oraz zdolność komunikowania wyników w sposób jednoznaczny i odpowiedzialny. W praktyce oznacza to konieczność projektowania systemów rozwoju, które integrują szkolenia techniczne z rozwojem kompetencji poznawczych i organizacyjnych. Istotnym wyzwaniem pozostaje również zarządzanie wiedzą, ponieważ szybka rotacja technologii sprzyja dezaktualizacji kompetencji nabytych w krótkim horyzoncie czasowym. Organizacje diagnostyczne zmuszone są zatem do budowy mechanizmów ciągłego uczenia się, opartych na certyfikacjach, audytach wewnętrznych oraz analizie zdarzeń niepożądanych. W tym segmencie szczególnie wyraźnie ujawnia się znaczenie analityki kompetencyjnej, umożliwiającej identyfikację luk rozwojowych oraz planowanie szkoleń w sposób zintegrowany z rozwojem technologii. Jednocześnie nadmierna formalizacja rozwoju, skoncentrowana wyłącznie na zgodności z wymaganiami producentów sprzętu lub normami akredytacyjnymi, może prowadzić do redukcji rozwoju do wymiaru proceduralnego. Z perspektywy jakości i bezpieczeństwa pacjenta takie podejście okazuje się niewystarczające. Segment ten pokazuje, że rozwój kompetencji diagnostycznych musi być postrzegany jako proces systemowy, a nie jako zbiór odrębnych szkoleń. W tym sensie prywatne centra diagnostyczne stanowią modelowy przykład zależności pomiędzy zarządzaniem rozwojem a jakością decyzji klinicznych. Ich funkcjonowanie ujawnia, że kompetencje personelu stanowią kluczowy zasób organizacyjny, warunkujący wiarygodność całego procesu diagnostycznego[503].

Istotnym aspektem instytucjonalnym prywatnych centrów diagnostycznych pozostaje relacja pomiędzy regulacjami formalnymi, standardami jakości a presją efektywności ekonomicznej. Podmioty te funkcjonują często na styku sektora publicznego i prywatnego, realizując świadczenia refundowane oraz komercyjne, co generuje złożone układy odpowiedzialności i kontroli. Regulacje dotyczące akredytacji, certyfikacji personelu oraz walidacji procedur diagnostycznych wyznaczają minimalne standardy funkcjonowania, jednak nie determinują w pełni jakości praktyki organizacyjnej. W praktyce to decyzje zarządcze dotyczące alokacji czasu, obsady personelu, liczby realizowanych procedur oraz inwestycji w rozwój kompetencji decydują o realnym poziomie bezpieczeństwa pacjentów. Wysoka presja na produktywność może prowadzić do przeciążenia personelu, skracania czasu analizy wyników oraz ograniczania przestrzeni na refleksję i konsultację, co zwiększa ryzyko błędów

[503] A. Żukowicka-Surma, Innowacje organizacyjne jako determinanty budowania przewagi konkurencyjnej na rynku usług medycznych. *Marketing i Rynek*, 2016, 3 (CD): 1143-1152.

diagnostycznych. Z perspektywy etycznej oznacza to konflikt pomiędzy efektywnością operacyjną a odpowiedzialnością zawodową. Segment centrów diagnostycznych ujawnia zatem, że etyka w ochronie zdrowia nie dotyczy wyłącznie relacji lekarz – pacjent, lecz obejmuje również decyzje organizacyjne kształtujące warunki pracy. W tym kontekście zarządzanie kompetencjami pełni funkcję mechanizmu ochronnego, ograniczającego skutki presji systemowej. Organizacje, które integrują rozwój kompetencji z planowaniem pracy i polityką jakości, wzmacniają swoją odporność na ryzyka regulacyjne i te związane z reputacją. Analiza tego segmentu pokazuje, że brak takiej integracji prowadzi do pozornego spełniania standardów przy jednoczesnym wzroście ryzyk operacyjnych. Prywatne centra diagnostyczne stanowią więc istotny punkt odniesienia dla oceny dojrzałości zarządczej w ochronie zdrowia[504].

W ujęciu systemowym prywatne centra diagnostyczne ilustrują, że sprawność całego systemu ochrony zdrowia jest w znacznym stopniu uzależniona od jakości funkcjonowania wyspecjalizowanych ogniw wspierających proces terapeutyczny. Decyzje diagnostyczne podejmowane w tych podmiotach mają charakter multiplikatywny, ponieważ wpływają na dalsze etapy leczenia, koszty systemowe oraz doświadczenia pacjentów. Z tego względu zarządzanie rozwojem kompetencji w centrach diagnostycznych posiada znaczenie wykraczające poza granice pojedynczej organizacji. Segment ten pokazuje, że inwestycje w kompetencje personelu diagnostycznego stanowią element infrastruktury bezpieczeństwa systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie ujawnia on ryzyka wynikające z nadmiernej koncentracji na technologii przy niedostatecznym uwzględnieniu czynników ludzkich i organizacyjnych. Analiza ta potwierdza zasadność traktowania prywatnych centrów diagnostycznych jako jednego z kluczowych obszarów zastosowania wcześniejszych rozważań dotyczących regulacji, etyki i zarządzania kompetencjami. W ten sposób segment ten wpisuje się w szerszą narrację o konieczności systemowego podejścia do rozwoju w ochronie zdrowia, przygotowując grunt pod omówienie kolejnych dynamicznych obszarów rynku usług medycznych[505].

Telemedycyna oraz cyfrowe usługi zdrowotne stanowią jeden z najszybciej rozwijających się segmentów rynku usług medycznych, a zarazem obszar, w którym transformacja technologiczna w sposób bezpośredni redefiniuje relacje pomiędzy personelem

[504] J. Sułkowska, R. Seliga, Modele marketingu w sektorze usług medycznych w Polsce-zmiana orientacji marketingowej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2014, 15.12, cz. 3 Zarządzanie a zdrowie publiczne: 287-299.
[505] W. Borowski, Zarządzanie strategiczne w jednostkach służby zdrowia. *Zeszyty Naukowe, Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa w Katowicach*, 2003, 18 Zeszyt Naukowy Katedry Zarządzania i Marketingu: 54-63.

medycznym, pacjentem oraz organizacją. Segment ten charakteryzuje się przeniesieniem znacznej części procesu klinicznego do środowiska zapośredniczonego technologicznie, co zmienia zarówno warunki podejmowania decyzji, jak i strukturę odpowiedzialności zawodowej. W odróżnieniu od klasycznych form świadczenia opieki zdrowotnej, telemedycyna opiera się na ograniczonym dostępie do danych klinicznych pozyskiwanych w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, co zwiększa znaczenie kompetencji decyzyjnych, interpretacyjnych i komunikacyjnych[506]. Z perspektywy systemowej oznacza to wzrost ryzyka błędów wynikających nie z braku wiedzy medycznej, lecz z niedostosowania procedur i kompetencji do nowego środowiska pracy. Telemedycyna ujawnia zatem, że innowacja technologiczna nie prowadzi automatycznie do poprawy jakości opieki, jeżeli nie towarzyszy jej adekwatna transformacja organizacyjna. W tym segmencie szczególnie wyraźnie ujawnia się zależność pomiędzy regulacjami, architekturą zarządczą a bezpieczeństwem pacjenta. Dynamiczny rozwój usług zdalnych często wyprzedza tempo adaptacji norm prawnych i standardów zawodowych, co generuje obszary niepewności decyzyjnej. Analiza telemedycyny pozwala więc uchwycić mechanizmy, w których brak spójności systemowej zwiększa obciążenia poznawcze personelu. Jednocześnie segment ten stanowi istotny punkt odniesienia dla oceny dojrzałości zarządczej organizacji ochrony zdrowia[507].

Z perspektywy zarządzania zasobami ludzkimi telemedycyna wymusza redefinicję profilu kompetencyjnego personelu medycznego, obejmującą zarówno kompetencje kliniczne, jak i kompetencje cyfrowe oraz komunikacyjne. Praca w środowisku zdalnym wymaga zdolności prowadzenia wywiadu, oceny ryzyka oraz podejmowania decyzji terapeutycznych przy ograniczonej liczbie sygnałów diagnostycznych. Oznacza to wzrost znaczenia kompetencji poznawczych, takich jak myślenie probabilistyczne, rozpoznawanie niejednoznaczności oraz umiejętność zarządzania niepewnością. Jednocześnie telemedycyna intensyfikuje znaczenie kompetencji komunikacyjnych, ponieważ jakość relacji z pacjentem opiera się w dużej mierze na precyzji języka, strukturze rozmowy i zdolności budowania zaufania na odległość. W praktyce organizacyjnej oznacza to konieczność projektowania systemów rozwoju, które wykraczają poza klasyczne szkolenia techniczne z obsługi platform cyfrowych. Istotnym elementem staje się rozwój umiejętności prowadzenia konsultacji zdalnych, triage'u pacjentów oraz dokumentowania decyzji w sposób odporny na ryzyka

[506] B. Oręziak, Telemedycyna a konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej w kontekście wykluczenia cyfrowego. *Zeszyty Prawnicze*, 2018, 18.1: 117-141.
[507] M. Zamroczyńska, Cyberbezpieczeństwo w ochronie zdrowia a udzielanie świadczeń telemedycznych. *Medyczna Wokanda*, 2021, 16.16: 39-49.

prawne. Telemedycyna ujawnia także nowe wyzwania związane z oceną jakości pracy personelu, ponieważ efekty kliniczne bywają rozproszone w czasie i trudniejsze do bezpośredniej obserwacji. W konsekwencji organizacje muszą rozwijać narzędzia oceny kompetencji oparte na analizie procesów, a nie wyłącznie wyników. Segment ten pokazuje, że brak inwestycji w rozwój kompetencji miękkich i decyzyjnych prowadzi do spadku jakości opieki mimo zaawansowania technologicznego. Telemedycyna unaocznia zatem, że technologia intensyfikuje, a nie zastępuje, rolę kompetencji ludzkich. Z tego względu zarządzanie rozwojem w tym segmencie nabiera charakteru strategicznego[508].

Istotnym wymiarem telemedycyny pozostaje kwestia odpowiedzialności klinicznej i organizacyjnej w warunkach świadczenia usług na odległość. Z punktu widzenia regulacyjnego pojawiają się pytania dotyczące zakresu odpowiedzialności za decyzje podejmowane przy ograniczonym dostępie do informacji klinicznych oraz przy wykorzystaniu narzędzi informatycznych, które mogą generować własne ryzyka systemowe[509]. W praktyce organizacyjnej odpowiedzialność ta bywa rozproszona pomiędzy lekarza, operatora platformy, dostawcę technologii oraz organizację zatrudniającą personel. Taki układ zwiększa złożoność decyzyjną i może prowadzić do niepewności co do granic autonomii zawodowej. Z perspektywy etycznej telemedycyna rodzi dodatkowe dylematy związane z równością dostępu do świadczeń, ochroną danych pacjentów oraz jakością relacji terapeutycznej. Organizacje świadczące usługi telemedyczne muszą zatem integrować regulacje dotyczące ochrony danych, standardów klinicznych oraz zasad komunikacji z pacjentem w jeden spójny system zarządczy. Brak takiej integracji prowadzi do fragmentaryzacji odpowiedzialności oraz wzrostu ryzyk prawnych i reputacyjnych. Telemedycyna ujawnia również, że etyka pracy medycznej w środowisku cyfrowym wymaga nowych ram interpretacyjnych, obejmujących między innymi granice dostępności lekarza oraz zarządzanie oczekiwaniami pacjentów w modelu „natychmiastowej" opieki. W tym kontekście kompetencje etyczne personelu stają się równie istotne jak kompetencje kliniczne. Segment ten pokazuje, że regulacje i etyka nie nadążające za innowacją technologiczną przenoszą ciężar odpowiedzialności na jednostki. Z punktu widzenia zarządzania oznacza to konieczność wzmacniania wsparcia instytucjonalnego dla decyzji podejmowanych w środowisku zdalnym. Telemedycyna stanowi zatem pole, na którym szczególnie wyraźnie ujawnia się znaczenie *governance* w ochronie zdrowia[510].

[508] K.B. Płaciszewski, E-zdrowie-wykorzystanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych w polskim systemie ochrony zdrowia. *General Medicine & Health Sciences/Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2022, 28.2.
[509] Tamże.
[510] I. Wrześniewska-Wal, Prawo do zdrowia. Analiza rozwiązań e-health w Polsce. *Studia Prawnoustrojowe*, 2024, 65: 629-650.

W ujęciu systemowym telemedycyna i cyfrowe usługi zdrowotne ukazują zarówno potencjał zwiększania dostępności opieki, jak i ryzyka wynikające z niepełnej adaptacji organizacyjnej. Segment ten może przyczyniać się do redukcji barier geograficznych, skracania czasu oczekiwania oraz poprawy ciągłości opieki, jednak jednocześnie zwiększa wymagania wobec kompetencji personelu i dojrzałości zarządczej organizacji. Wysoka skalowalność usług zdalnych sprzyja presji produktywności, co może prowadzić do przeciążenia poznawczego personelu oraz spadku jakości decyzji klinicznych. Telemedycyna ujawnia, że rozwój technologiczny bez równoległego rozwoju kompetencji i standardów pracy prowadzi do iluzji efektywności. Z perspektywy jakości i bezpieczeństwa pacjenta kluczowe znaczenie posiada integracja rozwoju kompetencji z analizą ryzyk systemowych oraz monitorowaniem jakości procesów. Segment ten potwierdza, że cyfryzacja usług zdrowotnych nie eliminuje potrzeby refleksyjnego zarządzania, lecz ją intensyfikuje. Telemedycyna stanowi więc nie tylko innowację technologiczną, lecz także test spójności regulacyjnej, etycznej i organizacyjnej systemu ochrony zdrowia[511]. Analiza tego segmentu wzmacnia argument, że dynamiczne obszary rynku wymagają zarządzania opartego na integracji technologii, kompetencji i odpowiedzialności. W tym sensie telemedycyna przygotowuje grunt do dalszych rozważań nad kolejnymi dynamicznymi segmentami rynku usług medycznych.

Sieci prywatnych klinik oraz struktury franczyzowe w ochronie zdrowia stanowią segment rynku usług medycznych, w którym dynamika wzrostu skali działalności bezpośrednio wpływa na sposób zarządzania kompetencjami, jakością i odpowiedzialnością organizacyjną. Funkcjonowanie tych podmiotów opiera się na multiplikowaniu modelu organizacyjnego w wielu lokalizacjach, co wymaga ujednolicenia procedur klinicznych, standardów obsługi pacjenta oraz zasad zarządzania personelem. W warunkach ekspansji sieciowej kluczowym wyzwaniem staje się zachowanie równowagi pomiędzy standaryzacją a autonomią kliniczną, ponieważ nadmierne ujednolicenie praktyk może ograniczać zdolność reagowania na lokalne uwarunkowania zdrowotne i organizacyjne. Jednocześnie brak wystarczającej standaryzacji prowadzi do fragmentaryzacji jakości opieki i osłabienia spójności reputacyjnej marki medycznej. Z perspektywy systemowej sieci klinik ujawniają napięcie pomiędzy logiką centralnego zarządzania a logiką profesjonalnej autonomii zespołów klinicznych. Segment ten szczególnie wyraźnie pokazuje, że rozwój organizacyjny oparty na skali wymaga dojrzałych mechanizmów *governance*. W przeciwnym razie wzrost liczby placówek nie przekłada się na wzrost jakości, lecz na kumulację ryzyk. Analiza sieci prywatnych klinik pozwala więc

[511] M.M. Bujnowska-Fedak, M. Tomczak, Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2013, 11.4.

uchwycić zależności pomiędzy strukturą organizacyjną a bezpieczeństwem pacjentów. Jest to obszar, w którym decyzje strategiczne bezpośrednio oddziałują na praktykę kliniczną[512].

Z punktu widzenia zarządzania zasobami ludzkimi sieci prywatnych klinik wymagają spójnych, lecz elastycznych systemów rozwoju kompetencji, zdolnych do funkcjonowania w strukturach rozproszonych geograficznie. Standaryzacja kompetencji personelu staje się warunkiem utrzymania jednolitego poziomu świadczeń, jednak jej realizacja nie może ograniczać się do formalnych szkoleń wstępnych. W praktyce oznacza to konieczność budowy centralnych ram kompetencyjnych, które definiują minimalne standardy wiedzy, umiejętności i postaw dla poszczególnych ról zawodowych. Jednocześnie organizacje sieciowe muszą zapewniać mechanizmy adaptacji lokalnej, umożliwiające uwzględnienie specyfiki populacji pacjentów, dostępności zasobów oraz doświadczenia zespołów[513]. W tym segmencie szczególnego znaczenia nabierają narzędzia cyfrowe, umożliwiające dystrybucję wiedzy, monitorowanie rozwoju oraz zapewnienie ciągłości uczenia się w całej strukturze. Sieci klinik często wykorzystują platformy e-learningowe, programy certyfikacyjne oraz centralne audyty kompetencyjne jako instrumenty kontroli jakości. Ryzykiem pozostaje jednak redukcja rozwoju do wymiaru proceduralnego, jeżeli systemy te funkcjonują wyłącznie jako narzędzia zgodności. Segment ten pokazuje, że efektywny rozwój kompetencji w strukturach sieciowych wymaga połączenia standaryzacji z kulturą uczenia się. Bez tego personel może postrzegać działania rozwojowe jako narzucone i oderwane od realiów pracy klinicznej. W konsekwencji zarządzanie kompetencjami staje się jednym z kluczowych czynników utrzymania jakości w modelu sieciowym[514].

Istotnym wyzwaniem instytucjonalnym w sieciach prywatnych klinik pozostaje zarządzanie odpowiedzialnością w warunkach wielopoziomowej struktury decyzyjnej. Decyzje dotyczące strategii, standardów i inwestycji podejmowane są często na poziomie centralnym, podczas gdy odpowiedzialność kliniczna spoczywa na zespołach lokalnych. Taki układ generuje ryzyko rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami centrali a możliwościami operacyjnymi placówek. W praktyce może to prowadzić do przeciążenia personelu, presji na realizację wskaźników oraz ograniczenia przestrzeni decyzyjnej lekarzy. Z perspektywy

[512] M. Węgrzyn, Komercjalizacja i prywatyzacja placówek ochrony zdrowia w Polsce a globalny rynek usług medycznych, [w:] M. Węgrzyn, D. Wasilewski, *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ.* Wrocław: Wydawnictwo AE, 2006.
[513] D. Młodzianowska, Wady systemowe w ochronie zdrowia jako zagrożenie sukcesu komercjalizacji i prywatyzacji opieki zdrowotnej w Polsce, [w:] M. Węgrzyn, D. Wasilewski, *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wrocław: Wydawnictwo AE, 2006.
[514] T. Karkowski, Komercjalizacja i prywatyzacja szpitali w perspektywie dostarczania świadczeń zdrowotnych. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias*, 2014, 1.8: 143-157.

etycznej oznacza to potencjalne konflikty pomiędzy zasadą dobra pacjenta a celami organizacyjnymi związanymi z efektywnością i rentownością. Segment sieci prywatnych klinik ujawnia zatem znaczenie przejrzystości decyzyjnej oraz jasnego przypisania odpowiedzialności na poszczególnych poziomach zarządzania. Organizacje, które nie budują takich mechanizmów, narażają się na erozję zaufania zarówno wśród personelu, jak i pacjentów. W tym kontekście governance obejmuje nie tylko kontrolę, lecz także dialog pomiędzy centralą a jednostkami lokalnymi. Wysoki poziom centralizacji bez adekwatnych kanałów informacji zwrotnej sprzyja alienacji zespołów klinicznych. Z kolei nadmierna decentralizacja utrudnia utrzymanie spójnych standardów jakości. Segment ten pokazuje, że zarządzanie siecią klinik wymaga wyważenia tych dwóch tendencji[515].

W ujęciu systemowym sieci prywatnych klinik i franczyzy medyczne ilustrują proces korporatyzacji ochrony zdrowia, w którym narzędzia zarządzania znane z innych sektorów są adaptowane do realiów pracy klinicznej. Proces ten może sprzyjać poprawie dostępności świadczeń, inwestycjom w infrastrukturę oraz standaryzacji jakości, jednak jednocześnie generuje nowe ryzyka systemowe. W szczególności pojawia się zagrożenie traktowania opieki zdrowotnej jako produktu skalowalnego bez wystarczającego uwzględnienia złożoności relacji klinicznych. Z perspektywy jakości i bezpieczeństwa pacjenta kluczowe znaczenie ma to, czy rozwój sieci idzie w parze z rozwojem kompetencji oraz kulturą odpowiedzialności. Segment ten potwierdza, że skala organizacyjna nie zastępuje profesjonalizmu klinicznego, lecz stawia przed nim nowe wymagania. Analiza sieci prywatnych klinik wzmacnia argument, że dynamiczne segmenty rynku usług medycznych wymagają szczególnie dojrzałych modeli zarządzania rozwojem. W tym sensie struktury sieciowe stanowią istotny punkt odniesienia dla oceny odporności i spójności systemu ochrony zdrowia[516].

Medycyna *anti-aging*, *longevity* oraz szeroko rozumiana medycyna „stylu życia" stanowią segment rynku usług medycznych, w którym w sposób szczególnie wyraźny ujawnia się przesuwanie granic pomiędzy prewencją zdrowotną, leczeniem a optymalizacją funkcjonowania organizmu. Obszar ten rozwija się w odpowiedzi na zmiany demograficzne, wydłużanie się życia oraz rosnące znaczenie indywidualnych strategii dbania o zdrowie i sprawność w długim horyzoncie czasowym. Jednocześnie segment ten funkcjonuje w przestrzeni normatywnej charakteryzującej się dużą niejednoznacznością, ponieważ wiele

[515] M. Jaworzyńska, Publiczne czy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej–analiza porównawcza. *Studia Prawno-Ekonomiczne*, 2016, 99: 243-256.
[516] K. Dubas, P. Szetela, Procesy komercjalizacji i prywatyzacji w obszarze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce-skala i znaczenie zjawiska. *Przegląd organizacji*, 2013, 12: 39-46.

oferowanych interwencji nie mieści się jednoznacznie w klasycznych kategoriach medycyny naprawczej[517]. Z perspektywy systemu ochrony zdrowia rodzi to pytania o status kliniczny procedur, kryteria kwalifikacji pacjentów oraz granice odpowiedzialności zawodowej lekarzy. Medycyna longevity bywa bowiem oparta na obietnicy poprawy jakości życia, spowolnienia procesów starzenia lub optymalizacji parametrów biologicznych, co sprzyja formułowaniu oczekiwań trudnych do jednoznacznej weryfikacji. W warunkach konkurencji rynkowej presja na innowacyjność i atrakcyjność oferty może prowadzić do rozszerzania zakresu interwencji o ograniczonym poziomie potwierdzenia naukowego. Segment ten ujawnia zatem napięcie pomiędzy logiką medycyny opartej na dowodach a narracjami obiecującymi „zarządzanie starzeniem się". Z punktu widzenia zarządzania oznacza to konieczność świadomego wyznaczania granic praktyki klinicznej. Analiza medycyny *anti-aging* pozwala zatem uchwycić mechanizmy ryzyka systemowego związane z nadmierną ekstrapolacją możliwości współczesnej medycyny[518].

Z perspektywy zarządzania kompetencjami personelu medycyna *longevity* wymaga szczególnie złożonego profilu kwalifikacji, łączącego wiedzę kliniczną, umiejętności interpretacji danych biomedycznych oraz zdolność krytycznej oceny nowych metod i technologii. Praca w tym segmencie opiera się często na analizie markerów biologicznych, danych laboratoryjnych oraz wskaźników funkcjonalnych, co zwiększa ryzyko redukcji procesu klinicznego do zarządzania parametrami. W praktyce organizacyjnej oznacza to konieczność rozwijania kompetencji decyzyjnych, które pozwalają odróżnić interwencje o rzeczywistym potencjale zdrowotnym od działań o charakterze spekulatywnym. Istotnym elementem rozwoju kompetencji pozostaje również umiejętność komunikowania niepewności, ponieważ wiele interwencji *longevity* nie posiada jednoznacznych dowodów skuteczności w długim okresie. W tym segmencie szczególnego znaczenia nabierają kompetencje etyczne, umożliwiające prowadzenie rozmów z pacjentami w sposób transparentny i odpowiedzialny. Organizacje świadczące tego typu usługi muszą zatem projektować systemy rozwoju, które wzmacniają krytyczne myślenie i odporność na presję marketingową. Brak takich mechanizmów sprzyja instrumentalizacji wiedzy medycznej oraz normalizacji obietnic przekraczających aktualny stan wiedzy. Segment ten pokazuje, że rozwój kompetencji nie może ograniczać się do znajomości nowych procedur czy suplementów, lecz musi obejmować zdolność oceny ich zasadności. W praktyce oznacza to potrzebę integracji szkoleń klinicznych

[517] A. Dąbrowska, M. Janoś-Kresło, A. Lubowiecki-Vikuk, Styl życia wellness a zachowania osób starszych na rynku usług prozdrowotnych. *Zdrowie i style życia. Wyzwania ekonomiczne i społeczne*, 2019, 47-64.
[518] E. Mojs, Difficulties of being young, reflections on anti-aging. *Journal of Face Aesthetics*, 2019, 2.1: 9-20.

z refleksją etyczną i metodologiczną. Medycyna *anti-aging* ujawnia więc, że kompetencje personelu stanowią główną barierę chroniącą pacjentów przed nadużyciami interpretacyjnymi[519].

Istotnym wyzwaniem instytucjonalnym w medycynie „stylu życia" pozostaje regulacja komunikacji marketingowej oraz granic dopuszczalnej perswazji zdrowotnej. Segment ten intensywnie korzysta z narracji dotyczących poprawy wydolności, młodości i dobrostanu, co sprzyja rozmyciu granicy pomiędzy informacją medyczną a przekazem promocyjnym. Z perspektywy etycznej pojawia się ryzyko eksploatacji lęków związanych ze starzeniem się oraz społecznej presji na utrzymanie określonego stylu życia. Organizacje działające w tym obszarze muszą zatem mierzyć się z problemem odpowiedzialności za kształtowanie oczekiwań pacjentów. Brak jednoznacznych regulacji sprzyja eskalacji obietnic, które trudno zweryfikować w kategoriach klinicznych. W praktyce zarządczej oznacza to konieczność tworzenia wewnętrznych standardów komunikacyjnych, które ograniczają ryzyko wprowadzania pacjentów w błąd. Segment ten pokazuje również, że presja rynkowa może wpływać na selekcję pacjentów, preferując osoby skłonne do długofalowych inwestycji finansowych w zdrowie. Z perspektywy systemowej rodzi to pytania o równość dostępu oraz sprawiedliwość zdrowotną. Medycyna *anti-aging* funkcjonuje bowiem często poza głównym nurtem publicznego systemu ochrony zdrowia, co zwiększa ryzyko segmentacji opieki. Analiza tego obszaru pozwala zatem uchwycić konsekwencje komercjalizacji prewencji zdrowotnej[520].

W ujęciu systemowym medycyna *longevity* i medycyna stylu życia ukazują, że rozwój innowacyjnych segmentów rynku usług medycznych wymaga szczególnie ostrożnego podejścia do zarządzania kompetencjami, regulacjami i etyką. Segment ten może przyczyniać się do popularyzacji profilaktyki i zwiększania świadomości zdrowotnej, jednak jednocześnie niesie ryzyko nadmiernej medykalizacji codziennego funkcjonowania. Z perspektywy jakości opieki kluczowe znaczenie ma utrzymanie rozróżnienia pomiędzy interwencjami o potwierdzonym działaniu a działaniami o charakterze eksperymentalnym lub optymalizacyjnym. Organizacje działające w tym obszarze stają przed wyzwaniem integracji innowacji z odpowiedzialnością kliniczną i społeczną. Segment ten potwierdza, że brak spójnych ram regulacyjnych i etycznych przenosi ciężar oceny zasadności interwencji na pojedynczych profesjonalistów. Z punktu widzenia zarządzania oznacza to konieczność

[519] M. Tomaszewski, The impact of demographic changes in Poland on the development of the aesthetic medicine market. *Journal of Face Aesthetics*, 2023, 6.2: 94-100.
[520] D. Aydoğdu, Oswoić starość. *Annales UMCS Sectio N Educatio Nova*, 2022, 7.1: 57-75.

budowy systemów wsparcia decyzyjnego oraz kultury refleksyjnej praktyki. Medycyna *anti-aging* ujawnia, że innowacyjność bez zakorzenienia w standardach i kompetencjach prowadzi do ryzyk reputacyjnych i klinicznych. W tym sensie segment ten stanowi istotne pole zastosowania wcześniejszych rozważań dotyczących roli etyki, regulacji i rozwoju kompetencji w ochronie zdrowia[521].

Wysokospecjalistyczne procedury komercyjne realizowane w ramach publicznych podmiotów leczniczych stanowią segment rynku usług medycznych, w którym w sposób szczególnie wyraźny ujawnia się przenikanie logiki rynkowej do struktur tradycyjnie podporządkowanych misji publicznej. Zjawisko to obejmuje zarówno odpłatne procedury wykonywane poza koszykiem świadczeń gwarantowanych, jak i usługi realizowane w formule komercyjnej przy wykorzystaniu infrastruktury publicznej. W praktyce organizacyjnej generuje to złożone układy celów, w których dążenie do poprawy sytuacji finansowej jednostki współistnieje z obowiązkiem zapewnienia równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Segment ten ujawnia napięcie pomiędzy zasadą solidarności systemowej a mechanizmami rynkowymi opartymi na selektywności popytu. Z perspektywy zarządczej oznacza to konieczność równoważenia interesów pacjentów komercyjnych i pacjentów systemowych, przy jednoczesnym utrzymaniu jednolitych standardów jakości klinicznej. Wysokospecjalistyczne procedury, takie jak nowoczesne zabiegi operacyjne czy zaawansowane terapie innowacyjne, wymagają szczególnie wysokich kompetencji personelu oraz kosztownej infrastruktury. Ich włączenie do oferty komercyjnej bywa uzasadniane potrzebą finansowania rozwoju technologicznego i zatrzymania wysoko wykwalifikowanych specjalistów. Jednocześnie rodzi to ryzyko redefinicji priorytetów organizacyjnych w kierunku bardziej dochodowych obszarów działalności. Segment ten stanowi zatem istotne pole analizy relacji pomiędzy finansowaniem, rozwojem kompetencji a misją publiczną ochrony zdrowia.

Z perspektywy zarządzania zasobami ludzkimi realizacja wysokospecjalistycznych procedur komercyjnych w publicznych podmiotach leczniczych wpływa na strukturę motywacyjną personelu oraz na dystrybucję obciążeń pracą. Lekarze i zespoły kliniczne zaangażowane w procedury komercyjne często funkcjonują w warunkach podwójnych oczekiwań, obejmujących zarówno realizację zadań publicznych, jak i świadczeń odpłatnych. W praktyce może to prowadzić do przeciążenia pracą, konfliktów ról oraz napięć w zespołach, zwłaszcza gdy dostęp do procedur komercyjnych jest selektywny. Z punktu widzenia rozwoju kompetencji segment ten sprzyja koncentracji zaawansowanych umiejętności w wąskiej grupie

[521] R. F. Walker, Anti-aging medicine: Collecting data or collecting fees? *Journal of Anti-Aging Medicine*, 2002, 5.3: 243-246.

specjalistów, co może wzmacniać nierówności wewnątrzorganizacyjne. Jednocześnie procedury te stają się impulsem do intensywnego rozwoju technologicznego i szkoleniowego, co podnosi ogólny poziom kompetencji organizacji. Zarządzanie tym obszarem wymaga zatem świadomej polityki kadrowej, która zapobiega monopolizacji kompetencji i wspiera transfer wiedzy do szerszych zespołów klinicznych. Istotnym wyzwaniem pozostaje również integracja szkoleń komercyjnych z systemem rozwoju finansowanym ze środków publicznych. Brak takiej integracji sprzyja powstawaniu równoległych ścieżek rozwojowych, co osłabia spójność organizacyjną. Segment ten pokazuje, że rozwój kompetencji w publicznych podmiotach leczniczych nie może być oderwany od struktury finansowania świadczeń. W przeciwnym razie prowadzi do fragmentaryzacji zasobów ludzkich i wzrostu napięć wewnętrznych.

Istotnym problemem etycznym w tym segmencie pozostaje kwestia sprawiedliwości dostępu oraz potencjalnych konfliktów interesów. W sytuacji, w której te same zespoły i ta sama infrastruktura obsługują pacjentów publicznych i komercyjnych, pojawia się ryzyko uprzywilejowania świadczeń odpłatnych pod względem czasu oczekiwania, dostępności specjalistów czy jakości obsługi. Z perspektywy etycznej rodzi to pytania o granice dopuszczalnej komercjalizacji w instytucjach publicznych oraz o transparentność kryteriów alokacji zasobów. Organizacje muszą zatem wdrażać mechanizmy, które jasno oddzielają strumienie decyzyjne i zapobiegają nieformalnym przesunięciom priorytetów. Segment ten ujawnia również ryzyko erozji zaufania społecznego, jeżeli pacjenci postrzegają system publiczny jako mniej dostępny lub mniej efektywny w porównaniu z ofertą komercyjną. Z perspektywy zarządzania reputacją jest to ryzyko o charakterze systemowym, które może wpływać na legitymizację całej instytucji. Wysokospecjalistyczne procedury komercyjne wymagają więc szczególnie wysokiego poziomu przejrzystości organizacyjnej oraz komunikacji z interesariuszami. W tym kontekście etyka organizacyjna staje się narzędziem zarządzania ryzykiem, a nie wyłącznie zbiorem abstrakcyjnych zasad. Segment ten potwierdza, że komercjalizacja bez jasnych ram etycznych prowadzi do napięć trudnych do rozwiązania na poziomie operacyjnym[522].

W ujęciu systemowym obecność wysokospecjalistycznych procedur komercyjnych w publicznych podmiotach leczniczych ujawnia dylematy związane z finansowaniem innowacji, utrzymaniem kadr oraz równowagą pomiędzy efektywnością a solidarnością. Segment ten pokazuje, że logika rynkowa może pełnić funkcję wspierającą rozwój technologiczny, lecz jednocześnie wymaga silnych mechanizmów kontroli i integracji z misją

[522] B. Potempa, A. Zabiegała, R. Śpiewak, Reklama w medycynie estetycznej: Analiza stosowanych praktyk w świetle obowiązującego prawa i Kodeksu Etyki Lekarskiej. *Estetologia Medyczna i Kosmetologia*, 2012, 2.4.

publiczną. Z perspektywy jakości i bezpieczeństwa pacjenta kluczowe znaczenie ma zapewnienie, aby standardy kliniczne były jednolite niezależnie od źródła finansowania świadczenia. Organizacje, które nie potrafią utrzymać tej spójności, narażają się na fragmentaryzację opieki oraz konflikty wewnętrzne. Segment ten potwierdza, że zarządzanie rozwojem kompetencji w sektorze publicznym musi uwzględniać rosnącą obecność elementów rynkowych. Jednocześnie pokazuje, że brak refleksyjnego podejścia do komercjalizacji prowadzi do destabilizacji relacji pomiędzy personelem, pacjentami i instytucją[523]. Analiza wysokospecjalistycznych procedur komercyjnych domyka obraz dynamicznych segmentów rynku jako obszarów wymagających szczególnie dojrzałych modeli zarządzania. W tym sensie segment ten stanowi istotny punkt odniesienia dla dalszych rozważań nad granicami rynkowej adaptacji w ochronie zdrowia.

Rynek usług estetycznych realizowanych poza systemem ochrony zdrowia stanowi szczególnie istotny punkt odniesienia dla analizy dynamicznych segmentów rynku, ponieważ funkcjonuje jako kontrapunkt wobec praktyk osadzonych w reżimie medycznym i instytucjonalnym. Segment ten obejmuje świadczenia wykonywane przez podmioty niemające statusu jednostek ochrony zdrowia, często poza nadzorem zawodowym i bez jednoznacznego przypisania odpowiedzialności klinicznej. Z perspektywy systemowej ujawnia to konsekwencje deregulacji i braku profesjonalizacji w obszarach, które z punktu widzenia ryzyka dla pacjenta posiadają charakter quasi-medyczny. W praktyce rynkowej obserwuje się tu intensywną konkurencję cenową, silną presję marketingową oraz obniżanie progów wejścia dla wykonawców usług. Taki układ sprzyja redukcji standardów bezpieczeństwa oraz normalizacji praktyk o niejednoznacznym statusie klinicznym[524]. Segment ten funkcjonuje często w przestrzeni narracji estetycznej, a nie zdrowotnej, co sprzyja bagatelizowaniu ryzyk związanych z interwencjami w integralność cielesną. Brak jednoznacznych ram instytucjonalnych prowadzi do rozmycia granic pomiędzy usługą kosmetyczną a procedurą o charakterze medycznym. Z perspektywy pacjenta skutkuje to trudnością w ocenie jakości i bezpieczeństwa oferty. Segment ten ujawnia więc mechanizm systemowego ryzyka wynikającego z braku regulacji. Jego analiza pozwala lepiej zrozumieć znaczenie instytucjonalizacji i profesjonalizacji w ochronie zdrowia.

[523] M. Leźnicki, A. Lewandowska, Wzmacnianie ludzkiego ciała z wykorzystaniem operacji plastycznych – kontekst społeczno-etyczny. *Etyka*, 2015, 51: 25-42.
[524] D. Siek-Smoczyńska, Zgodność z Konstytucją RP unormowań prawnych dotyczących świadczeń medycyny estetycznej. *Przegląd Prawa Konstytucyjnego*, 2024, 1.77: 223-233.

Z punktu widzenia jakości i bezpieczeństwa pacjenta rynek usług estetycznych charakteryzuje się podwyższonym ryzykiem zdarzeń niepożądanych, wynikającym zarówno z niedostatecznych kwalifikacji wykonawców, jak i z braku procedur reagowania na powikłania. W wielu przypadkach brak jest formalnych standardów kwalifikacji pacjentów, dokumentacji medycznej oraz mechanizmów monitorowania skutków interwencji. Odpowiedzialność za ewentualne szkody bywa trudna do przypisania, co osłabia ochronę prawną pacjentów i sprzyja praktykom oportunistycznym. Z perspektywy etycznej segment ten ujawnia problem instrumentalizacji potrzeb estetycznych oraz wykorzystywania asymetrii informacji na korzyść usługodawcy. Pacjent funkcjonuje często w roli konsumenta, a nie podmiotu opieki zdrowotnej, co zmienia charakter relacji i obniża standardy odpowiedzialności[525]. Brak obowiązku zachowania zasad medycyny opartej na dowodach sprzyja stosowaniu metod o wątpliwej skuteczności lub bezpieczeństwie. W praktyce oznacza to wzrost liczby interwencji o charakterze eksperymentalnym, realizowanych bez odpowiedniego nadzoru. Segment ten pokazuje, że bezpieczeństwo pacjenta nie jest wyłącznie funkcją technologii, lecz przede wszystkim ram instytucjonalnych i kompetencji wykonawców. Z perspektywy systemowej skutki zdarzeń niepożądanych często obciążają publiczny system ochrony zdrowia, który przejmuje leczenie powikłań. W ten sposób ryzyka generowane poza systemem są internalizowane przez system publiczny[526]. Analiza ta wzmacnia argument na rzecz regulacji i profesjonalizacji usług estetycznych.

Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim segment ten ujawnia konsekwencje braku systemów rozwoju kompetencji, nadzoru zawodowego oraz standardów etycznych. Personel wykonujący usługi estetyczne poza systemem ochrony zdrowia funkcjonuje często w warunkach samoregulacji rynkowej, bez formalnych ścieżek rozwoju i bez zewnętrznej weryfikacji kompetencji. Brak instytucjonalnych mechanizmów uczenia się sprzyja powielaniu błędów oraz utrwalaniu praktyk niespełniających standardów bezpieczeństwa. Z perspektywy organizacyjnej oznacza to brak infrastruktury rozwojowej, która w sektorze ochrony zdrowia pełni funkcję ochronną wobec pacjentów i pracowników. Segment ten pokazuje, że rozwój kompetencji nie może być pozostawiony wyłącznie logice rynku, ponieważ rynek nie premiuje długofalowej jakości i bezpieczeństwa. W praktyce brak inwestycji w kompetencje prowadzi do krótkoterminowej efektywności kosztem trwałości i odpowiedzialności. Analiza ta pozwala

[525] S. Ramirez et al., The primacy of ethics in aesthetic medicine: a review. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 2024, 12.6: e5935.
[526] D.B. Da Prato et al., The ethical foundations of patient-centered care in aesthetic medicine. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2024, 19.1: 1.

także zrozumieć, dlaczego środowiska medyczne postulują wyraźne rozgraniczenie usług estetycznych o charakterze medycznym od działalności kosmetycznej. Z perspektywy systemowej brak takiego rozgraniczenia prowadzi do erozji zaufania wobec całej branży. Segment ten stanowi więc istotny argument na rzecz instytucjonalizacji i medykalizacji usług ingerujących w zdrowie i integralność cielesną[527].

W ujęciu całościowym rynek usług estetycznych realizowanych poza systemem ochrony zdrowia pełni funkcję negatywnego punktu odniesienia, który pozwala uwidocznić znaczenie regulacji, etyki i zarządzania kompetencjami w dynamicznych segmentach rynku medycznego. Analiza tego obszaru pokazuje, że brak ram instytucjonalnych nie prowadzi do neutralnej deregulacji, lecz do kumulacji ryzyk klinicznych, etycznych i tych, związanych z reputacją. Segment ten ujawnia również mechanizm przenoszenia kosztów społecznych na system publiczny, co ma konsekwencje dla całej architektury ochrony zdrowia. Z perspektywy jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta jest to obszar wymagający szczególnej uwagi regulacyjnej. Jednocześnie analiza ta wzmacnia argumentację na rzecz profesjonalizacji dynamicznych segmentów rynku poprzez standaryzację kompetencji, nadzór zawodowy oraz integrację z systemem ochrony zdrowia. W tym sensie segment pozasystemowy pełni funkcję analityczną, a nie normatywną, pokazując konsekwencje braku zarządzania w obszarach o wysokiej wrażliwości[528]. Zestawienie go z wcześniej omawianymi segmentami pozwala uchwycić skalę i charakter różnic wynikających z obecności lub braku instytucjonalnych ram działania. W ten sposób analiza segmentów tworzy spójny obraz wyzwań zarządczych współczesnych rynków usług medycznych.

Analiza otoczenia instytucjonalnego i regulacyjnego oraz wątków etycznych, przeprowadzona na przykładach dynamicznych segmentów rynku usług medycznych, pozwala jednoznacznie stwierdzić, że czynniki te pełnią rolę strukturalnych determinant sprawności, stabilności i legitymizacji współczesnych organizacji ochrony zdrowia. Przedstawione segmenty ukazują, że dynamika rynkowa, innowacyjność technologiczna oraz presja konkurencyjna nie funkcjonują w próżni normatywnej, lecz nieustannie wchodzą w interakcję z regulacjami prawnymi, standardami zawodowymi oraz normami etycznymi. W obszarach takich jak medycyna estetyczna, telemedycyna, prywatna diagnostyka czy medycyna *longevity* napięcia pomiędzy logiką rynkową a logiką profesjonalną ujawniają się ze szczególną intensywnością. Analiza ta pokazuje, że brak spójnych ram instytucjonalnych nie prowadzi do

[527] U. Wiesing, Ethical aspects of aesthetic medicine. *Aesthetic Medicine: Art and Techniques*, 2011, 7-11.
[528] K.I. Qureshi et al., Are We in an Ethical Dilemma in Aesthetic Medicine? *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2025, 24.6: e70260.

neutralnej deregulacji, lecz generuje ryzyka systemowe, obejmujące obniżenie jakości opieki, wzrost zagrożeń dla bezpieczeństwa pacjentów oraz erozję zaufania społecznego. Jednocześnie segmenty silniej osadzone w reżimie regulacyjnym i organizacyjnym ujawniają wyższą zdolność do stabilizowania jakości świadczeń oraz zarządzania ryzykiem.

Przeprowadzone rozważania potwierdzają, że etyka w dynamicznych segmentach rynku usług medycznych nie stanowi dodatku do praktyki klinicznej ani wyłącznie indywidualnej cechy profesjonalisty, lecz jest elementem systemowym, współkształtowanym przez decyzje organizacyjne, architekturę bodźców oraz mechanizmy *governance*. W szczególności widoczne jest, że odpowiedzialność etyczna lekarzy i personelu medycznego pozostaje ściśle powiązana z warunkami instytucjonalnymi, w jakich wykonywana jest praca kliniczna. Organizacje, które nie zapewniają wsparcia decyzyjnego, jasnych standardów i przejrzystych zasad odpowiedzialności, przenoszą ciężar rozstrzygania dylematów etycznych na jednostki, co sprzyja przeciążeniu, defensywności i destabilizacji praktyki zawodowej. Z kolei podmioty, które integrują etykę z systemami rozwoju kompetencji, politykami kadrowymi oraz zarządzaniem jakością, wzmacniają zarówno dobrostan personelu, jak i bezpieczeństwo pacjentów. Z perspektywy zarządzania zasobami ludzkimi dynamiczne segmenty rynku usług medycznych ujawniają kluczową rolę kompetencji jako zasobu strategicznego, którego znaczenie wykracza poza wymiar techniczny. We wszystkich analizowanych obszarach rozwój kompetencji klinicznych okazuje się niewystarczający bez równoległego wzmacniania kompetencji decyzyjnych, komunikacyjnych i etycznych. Segmenty takie jak telemedycyna czy medycyna *anti-aging* pokazują, że innowacyjność technologiczna i produktowa intensyfikuje wymagania wobec personelu, zamiast je redukować. Jednocześnie analiza rynków funkcjonujących poza systemem ochrony zdrowia unaocznia konsekwencje braku instytucjonalnych mechanizmów rozwoju kompetencji, prowadzące do kumulacji ryzyk i przenoszenia kosztów społecznych na system publiczny. W tym sensie zarządzanie kompetencjami jawi się jako jeden z podstawowych instrumentów ochrony jakości i bezpieczeństwa w warunkach rynkowej zmienności.

Całościowe ujęcie analizowanych segmentów pozwala sformułować wniosek, że otoczenie instytucjonalne, regulacyjne i etyczne stanowi nie tyle ograniczenie rozwoju rynku usług medycznych, ile warunek jego trwałości i społecznej akceptowalności. Dynamiczne obszary rynku funkcjonują jako obszary testowe dla dojrzałości zarządczej organizacji ochrony zdrowia, ujawniając skutki decyzji podejmowanych w obszarze *governance*, polityk rozwojowych i standardów etycznych. Brak integracji tych wymiarów prowadzi do fragmentaryzacji praktyk, osłabienia zaufania oraz wzrostu ryzyk systemowych. Jednocześnie

wskazuje, że refleksyjne i spójne zarządzanie, uwzględniające zarówno wymogi regulacyjne, jak i etyczne implikacje działalności rynkowej, umożliwia zrównoważony rozwój innowacyjnych segmentów rynku usług medycznych. W tym sensie omawiane przykłady stanowią nie tylko ilustrację wcześniejszych rozważań teoretycznych, lecz także ich empiryczne potwierdzenie, domykając analizę relacji pomiędzy regulacją, etyką i zarządzaniem w ochronie zdrowia.

Rozdział 4
Metodologia badań własnych

4.1. Cel i hipotezy badawcze

Celem badania jest analiza determinant motywacyjnych i organizacyjnych wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim. Badanie koncentruje się na identyfikacji kluczowych czynników – zarówno wewnętrznych, takich jak motywacja osobista, jak i zewnętrznych, obejmujących politykę zarządczą, kompetencje kierownicze, digitalizację, kulturę organizacyjną, uwarunkowania systemowe, wiedzę zawodową oraz etykę zarządczą, które determinują poziom zaangażowania lekarzy w rozwój zawodowy. Poprzez zastosowanie kwestionariusza ankietowego, badanie ma na celu zrozumienie zależności między tymi czynnikami a uczestnictwem w szkoleniach oraz zbadanie, jak zmienne socjodemograficzne różnicują te zależności. Wyniki badania posłużą do sformułowania praktycznych rekomendacji dla placówek medycznych w celu doskonalenia strategii szkoleniowych i zarządzania kompetencjami lekarzy.

W celu zweryfikowania postawionego celu badania sformułowano następujące hipotezy:

$H1_0$: Nie istnieje monotoniczny związek między udziałem w szkoleniach a pozostałymi badanymi zmiennymi.

$H1_1$: Wyższy poziom udziału w szkoleniach wiąże się z wyższymi wartościami pozostałych zmiennych (rho Spearman>0), co oznacza istnienie dodatnich monotonicznych korelacji między udziałem w szkoleniach a innymi konstruktami.

$H2_0$: Żadna ze zmiennych niezależnych, tj. polityka zarządcza, motywacja, kompetencje kierownicze, digitalizacja, kultura organizacyjna, uwarunkowania systemowe, wiedza zawodowa i etyka zarządcza, nie determinuje w istotny sposób poziomu uczestnictwa w szkoleniach; współczynniki regresji dla wszystkich predyktorów są równe zeru ($\beta=0$).

$H2_1$: Co najmniej jedna ze zmiennych niezależnych istotnie wpływa na udział w szkoleniach ($\beta\neq0$), czyli czynniki takie jak polityka zarządcza, motywacja, kompetencje kierownicze, digitalizacja, kultura organizacyjna, uwarunkowania systemowe, wiedza zawodowa i etyka zarządcza w istotny sposób determinują poziom uczestnictwa w szkoleniach.

$H3_0$: Żadna ze zmiennych socjodemograficznych nie różnicuje czynników, tj. polityki zarządczej, motywacji, kompetencji kierowniczych, digitalizacji, kultury organizacyjnej, uwarunkowań systemowych, wiedzy zawodowej, etyki zarządczej oraz uczestnictwa w szkoleniach.

$H3_1$: Co najmniej jedna ze zmiennych socjodemograficznych różnicuje wartości wymienionych czynników oraz uczestnictwa w szkoleniach.

$H4_0$: Na podstawie zmiennych niezależnych, tj. polityki zarządczej, motywacji, kompetencji kierowniczych, digitalizacji, kultury organizacyjnej, uwarunkowań systemowych, wiedzy zawodowej i etyki zarządczej, nie można w istotny sposób utworzyć modelu wielowymiarowego SEM determinującego poziom uczestnictwa w szkoleniach, co oznacza brak wielowymiarowych interakcji między zmiennymi, takich jak moderacje.

$H4_1$: Na podstawie wymienionych zmiennych niezależnych można w istotny sposób utworzyć model wielowymiarowy SEM determinujący poziom uczestnictwa w szkoleniach, co wskazuje na istnienie wielowymiarowych interakcji między zmiennymi, takich jak moderacje.

4.2. Konstrukcja kwestionariusza badawczego

Autorski kwestionariusz ankiety został zaprojektowany na potrzeby rozprawy doktorskiej pt. „Determinanty motywacyjne i organizacyjne wpływające na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych a perspektywa zarządzania kapitałem ludzkim". Jest to narzędzie badawcze służące do zbierania danych ilościowych od lekarzy w celu analizy czynników wewnętrznych (motywacyjnych) i zewnętrznych (organizacyjnych, systemowych) wpływających na ich decyzje o udziale w szkoleniach zawodowych. Celem jest identyfikacja barier i mechanizmów wspierających rozwój kompetencji lekarzy, co pozwoli na sformułowanie praktycznych zaleceń dla zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze medycznym.

Kwestionariusz składa się z trzech głównych części: wprowadzenia, metryczki oraz 10 sekcji tematycznych z pytaniami opartymi na skali Likerta (1-5, od „zdecydowanie się nie zgadzam" do „zdecydowanie się zgadzam"). Wypełnienie zajmuje około 15-20 minut, a dane są anonimowe i wykorzystywane wyłącznie do celów naukowych w formie zbiorczych zestawień statystycznych.

1. Wprowadzenie

   Wprowadzenie zawiera uprzejmą prośbę o udział, wyjaśnienie celu badania oraz podkreślenie jego znaczenia dla nauki i praktyki zarządzania w ochronie zdrowia. Zapewnia anonimowość i zachęca do szczerych odpowiedzi.

2. Metryczka

   Gromadzi dane demograficzne i zawodowe respondentów, umożliwiające segmentację odpowiedzi:

   - Płeć: Kobieta, Mężczyzna
   - Staż pracy: 0-5, 6-10, 11-20, powyżej 20 lat
   - Stanowisko: Lekarz rezydent, Lekarz specjalista, Dyrektor/Kierownik/Manager, Inne
   - Specjalizacja: Chirurgia ogólna, Medycyna wewnętrzna, Pediatria, Ginekologia i położnictwo, Dermatologia, Neurologia, Inne, Nie dotyczy
   - Typ placówki: Szpital publiczny, Klinika prywatna, Praktyka prywatna, Inne
   - Wielkość miejscowości: Do 20 tys., 20-100 tys., 100-500 tys., Powyżej 500 tys.

3. Sekcje tematyczne

   Kwestionariusz obejmuje 90 pytań podzielonych na 10 sekcji, z których każda bada inny aspekt udziału w szkoleniach:

   - Strategia i polityka zarządcza (P1-P10)**:** Ocena strategii szkoleniowej placówki, np. jasność polityki, dostosowanie do specjalizacji, budżet na szkolenia.
   - Logistyka i bariery finansowe (P11-P20)**:** Analiza dostępności, finansowania i organizacji szkoleń, np. refundacja kosztów, dostęp do e-learningu.
   - Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna (P21-P30)**:** Czynniki motywujące do udziału, np. rozwój kompetencji, premie, presja zarządu.
   - Kompetencje liderskie i planowanie (P31-P40)**:** Jakość zarządzania szkoleniami, np. transparentność decyzji, wsparcie liderów.
   - Digitalizacja i e-learning (P41-P50)**:** Wpływ technologii na szkolenia, np. skuteczność e-learningu, elastyczność platform online.
   - Kultura organizacyjna (P51-P60)**:** Klimat sprzyjający uczeniu się, np. wsparcie współpracowników, otwartość na nowe metody.
   - Udział w szkoleniach (P61-P70)**:** Różnice w dostępie i zapotrzebowaniu na szkolenia w zależności od specjalizacji.
   - Czynniki zewnętrzne i systemowe (P71-P75)**:** Wpływ regulacji (np. NFZ) na organizację szkoleń.

- Wiedza i świadomość (P76-P80)**:** Poziom poinformowania o możliwościach rozwoju zawodowego.
- Etyka i zarządzanie decyzjami (P81-P90)**:** Wpływ zarządzania na zasady etyczne i autonomię kliniczną lekarzy.

Zalety kwestionariusza

- obejmuje szeroki zakres czynników (motywacyjnych, organizacyjnych, systemowych), umożliwiając dogłębną analizę;
- skala Likerta i metryczka ułatwiają analizę statystyczną i porównania między grupami;
- zwiększa szczerość odpowiedzi, szczególnie w kwestiach wrażliwych;
- pytania dostosowane do specyfiki grupy docelowej (lekarzy) i różnych kontekstów zawodowych.

Zastosowanie

Kwestionariusz umożliwia identyfikację kluczowych barier (np. finansowych, logistycznych) i czynników wspierających udział w szkoleniach, analizę różnic między specjalizacjami oraz sformułowanie rekomendacji dla placówek medycznych i decydentów. Zebrane dane przyczynią się do doskonalenia strategii szkoleniowych i zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia.

4.3. Dobór próby i procedura badawcza

Dobór próby oraz procedura badawcza zostały zaprojektowane w sposób umożliwiający uzyskanie reprezentatywnych i rzetelnych danych do analizy determinant motywacyjnych i organizacyjnych wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych, zgodnie z celem rozprawy doktorskiej pt. „Determinanty motywacyjne i organizacyjne wpływające na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych a perspektywa zarządzania kapitałem ludzkim". Poniżej przedstawiono szczegółowy opis doboru próby oraz procedury badawczej, obejmujący strategię doboru respondentów, charakterystykę grupy badawczej, sposób realizacji badania oraz środki zapewniające jakość danych.

Próba badawcza została wybrana metodą celowo-warstwową, co pozwoliło na uwzględnienie różnorodności grupy docelowej, czyli lekarzy i kadrę zarządczą pracujących w różnych kontekstach zawodowych i geograficznych w Polsce. Celowy dobór próby umożliwił skierowanie badania do osób spełniających określone kryteria, takich jak aktywność zawodowa w sektorze medycznym oraz doświadczenie w uczestnictwie w szkoleniach

zawodowych. Warstwowanie próby uwzględniało kluczowe zmienne socjodemograficzne i zawodowe, takie jak płeć, staż pracy, specjalizacja medyczna, zajmowane stanowisko, typ placówki medycznej oraz wielkość miejscowości, w której pracują respondenci. Taki podejście pozwoliło na zapewnienie zróżnicowania próby i umożliwiło analizę różnic w odpowiedziach między grupami.

Kryteria włączenia i wyłączenia

Do badania włączono lekarzy aktywnie wykonujących zawód w Polsce, niezależnie od specjalizacji, stażu pracy czy typu placówki (publicznej, prywatnej lub innej). Kryterium włączenia było doświadczenie w pracy zawodowej w sektorze medycznym, co zapewniało, że respondenci mają wystarczającą wiedzę i doświadczenie, aby ocenić czynniki związane z uczestnictwem w szkoleniach. Wykluczono osoby niebędące lekarzami (np. inny personel medyczny, jak pielęgniarki czy ratownicy medyczni), lekarzy nieaktywnych zawodowo (np. emerytów) oraz osoby, które nie wyraziły zgody na udział w badaniu. Dodatkowo, wykluczono respondentów, którzy nie ukończyli pełnego kwestionariusza, aby zapewnić kompletność danych.

Reprezentatywność próby

Reprezentatywność próby badawczej, liczącej 712 osób z środowiska medycznego (lekarzy i kadry zarządzającej w placówkach ochrony zdrowia w Polsce), została oceniona poprzez porównanie jej cech strukturalnych z danymi populacji docelowej oraz obliczenie marginesu błędu statystycznego. Analiza opiera się na aktualnych statystykach z 2025 r., pochodzących między innymi z Naczelnej Izby Lekarskiej (NIL), GUS oraz raportów ministerialnych, z uwzględnieniem populacji lekarzy aktywnych zawodowo (ok. 141-160 tys. osób, w tym rezydenci i specjaliści) oraz szacunkowej kadry zarządzającej (ok. 10-20 tys. osób w szpitalach i klinikach, z czego 20-30% to lekarze na stanowiskach kierowniczych). Celem było ustalenie stopnia odzwierciedlenia próby struktury populacji, co umożliwia generalizację wyników badania determinant motywacyjnych i organizacyjnych uczestnictwa w szkoleniach zawodowych na sektor ochrony zdrowia. Populacja lekarzy w Polsce w 2025 r. obejmuje ok. 160 tys. osób z prawem wykonywania zawodu, z czego aktywnych zawodowo jest 141-150 tys., w tym specjaliści (ok. 64-67% pracujących z pacjentem) i rezydenci (ok. 4-5 tys. nowych miejsc rocznie). Kadra zarządzająca (dyrektorzy, kierownicy, managerowie) jest mniej precyzyjnie ujmowana, ale szacowana na 15-25 tys. osób w placówkach szpitalnych i klinicznych, z dominacją sektora publicznego w szpitalach (ok. 65% placówek), choć sektor

prywatny rośnie w klinikach i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (ok. 30-40% usług medycznych). Struktura specjalizacji wskazuje na dominację interny (choroby wewnętrzne), medycyny rodzinnej i pediatrii, z mniejszym udziałem chirurgii ogólnej, neurologii czy dermatologii. Staż pracy skupia się na doświadczonych profesjonalistach (powyżej 10 lat: ok. 60-70%), z brakiem młodych stażystów w niektórych analizach, a dystrybucja geograficzna faworyzuje duże miasta (powyżej 100 tys. mieszkańców: ok. 60-70% lekarzy). Rezydenci stanowią ok. 3-4% populacji (ok. 4 tys. miejsc rocznie), a kadra zarządzająca ok. 10-15% wśród lekarzy[529].

Margines błędu (E) obliczono dla proporcji p=0,5 (maksymalna wariancja), z=1,96 (ufność 95%), z korektą skończonej populacji (N ≈ 150 tys. aktywnych lekarzy i kadry medycznej):

$$E = 1{,}96\sqrt{\frac{0{,}5(1-0{,}5)}{712}} \times \sqrt{\frac{150000-712}{150000-1}} \approx 3{,}67\%$$

Ocena reprezentatywności pod względem cech kluczowych

1. Płeć: Próba zrównoważona (50/50), zgodna z populacją (ok. 50-52% kobiet) – wysoka reprezentatywność (>95%).
2. Staż pracy: 100% doświadczeni (>6 lat: 100% vs. populacja ok. 70% >10 lat) – dobra dla fokus na profesjonalistach, ale niedoreprezentacja młodych (0%
3. Specjalizacja: Nadreprezentacja ginekologów i "innych"/"nie dotyczy" (kadra), niedoreprezentacja chirurgii; zgodność z priorytetami (interna, pediatria) na poziomie 80-90%.
4. Typ placówki: Nadreprezentacja prywatnych klinik (61,8% vs. 30-40% usług) i brak "innych" – umiarkowana (70-80%), z fokusem na sektor prywatny
5. Wielkość miejscowości: Przewaga dużych/średnich miast (61,4% vs. 60-70%) – wysoka zgodność (>90%).
6. Stanowisko: Nadreprezentacja rezydentów (43,8% vs. 3-4%) i kadry kierowniczej (25,3% vs. 10-15%) – umiarkowana (60-70%), wzmacniająca analizę zarządzania, ale zniekształcająca perspektywę specjalistów

Badanie przeprowadzono za pomocą autorskiego kwestionariusza ankiety, opisanego szczegółowo w sekcji 4.2. Kwestionariusz został zaprojektowany w formie elektronicznej, co ułatwiło dystrybucję i zbieranie danych, a także zapewniło anonimowość respondentów. Przed rozpoczęciem badania właściwego przeprowadzono badanie pilotażowe na grupie 20 lekarzy,

[529] Na podstawie danych Naczelnej Izby Lekarskiej

aby zweryfikować zrozumiałość pytań, spójność skali Likerta oraz czas potrzebny na wypełnienie ankiety (oszacowany na 15-20 minut). Wyniki pilotażu pozwoliły na wprowadzenie drobnych poprawek w sformułowaniach pytań, aby zwiększyć ich klarowność i precyzję.

Kwestionariusz został rozdystrybuowany w formie elektronicznej za pośrednictwem platformy online (np. Google Forms lub dedykowanego systemu ankietowego zgodnego z wymogami ochrony danych osobowych). Link do ankiety został przesłany do potencjalnych respondentów za pośrednictwem kilku kanałów:

- współpraca z wybranymi szpitalami publicznymi, klinikami prywatnymi i izbami lekarskimi umożliwiła dotarcie do lekarzy różnych specjalizacji i szczebli zawodowych;
- wykorzystano bazy danych lekarzy należących do towarzystw naukowych oraz grup zawodowych na platformach takich jak LinkedIn czy fora medyczne;
- link do ankiety opublikowano w grupach tematycznych skierowanych do lekarzy na platformach takich jak Facebook, z zachowaniem zasad etycznych i anonimowości;
- wykorzystano kontakty badaczki z lekarzami oraz rekomendacje od respondentów (tzw. metoda kuli śnieżnej), aby zwiększyć frekwencję odpowiedzi.

Każdy respondent przed rozpoczęciem wypełniania ankiety otrzymał informację o celu badania, dobrowolności udziału, anonimowości danych oraz sposobie ich wykorzystania (wyłącznie do celów naukowych). Zgoda na udział była potwierdzana elektronicznie przed dostępem do kwestionariusza. Badanie przeprowadzono w okresie od [marzec 2024 – listopad 2025], aby uwzględnić różne okresy aktywności zawodowej lekarzy i zminimalizować wpływ czynników sezonowych (np. okresy urlopowe). Ze względu na aktywność i potrzeby zawodowe badania w momencie rozpoczęcia przewodu doktorskiego już trwały. Tak duża liczebność próby 712 jest podyktowana koniecznością uzyskania rzetelnych wyników. Łącznie badania wykonano w 310 placówkach służby zdrowia. W jednej – jeżeli była zgodna zarządu, również i ta grupa otrzymała kwestionariusz do wypełnienia + lekarze. Takie połączenie umożliwiło uzyskanie wiedzy zarówno od strony zarządu jak i kadry lekarzy. Respondenci mieli możliwość wypełnienia ankiety w dowolnym momencie w wyznaczonym czasie, co zwiększyło elastyczność udziału. Platforma ankietowa automatycznie zapisywała odpowiedzi, a system uniemożliwiał wielokrotne wypełnienie kwestionariusza przez tę samą osobę (np. poprzez kontrolę adresów IP lub unikalnych tokenów). W trakcie badania monitorowano frekwencję odpowiedzi, a w przypadku niskiego odsetku odpowiedzi podejmowano dodatkowe działania przypominające (np. wysyłanie przypomnień e-mailowych).

Aby zapewnić wysoką jakość danych, zastosowano następujące środki:

- kwestionariusz nie zbierał danych osobowych, a platforma ankietowa i sposób prowadzenia wywiadów oraz kwestionariuszy osobiście były zgodne z przepisami RODO. Dane były przechowywane na zabezpieczonych serwerach i dostępne tylko dla badaczki;
- system ankietowy wymagał odpowiedzi na wszystkie pytania, aby zatwierdzić kwestionariusz, co zminimalizowało ryzyko niekompletnych danych. Jednocześnie respondenci mogli pominąć pytania, jeśli nie czuli się kompetentni do odpowiedzi, z opcją uzasadnienia;
- po zebraniu danych przeprowadzono wstępną analizę pod kątem potencjalnych błędów, takich jak odpowiedzi sprzeczne lub schematyczne (np. zaznaczanie tej samej odpowiedzi na wszystkie pytania). Takie przypadki były analizowane i, jeśli to uzasadnione, wyłączane z dalszej analizy;
- warstwowanie próby zapewniło reprezentację różnych grup lekarzy i kadry zarządzającej, co zwiększyło generalizowalność wyników.

Procedura badawcza, mimo starannego zaprojektowania, ma pewne ograniczenia. Metoda celowo-warstwowa, choć zwiększa zróżnicowanie próby, może nie zapewniać pełnej reprezentatywności populacji lekarzy w Polsce, szczególnie w przypadku niskiej frekwencji odpowiedzi w niektórych grupach (np. lekarze z małych miejscowości). Elektroniczna forma ankiety mogła ograniczyć udział osób mniej biegłych w korzystaniu z technologii. Ponadto, specyfika grupy docelowej (lekarze o ograniczonym czasie) mogła wpłynąć na odsetek odpowiedzi, co wymagało dodatkowych działań mobilizujących.

Dobór próby i procedura badawcza zostały zaprojektowane w sposób umożliwiający uzyskanie rzetelnych danych do analizy czynników wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. Zastosowanie metody celowo-warstwowej, elektronicznej dystrybucji kwestionariusza, osobistych kontaktów oraz środków zapewniających jakość danych pozwoliło na zebranie kompleksowego materiału badawczego. Wyniki badania, po analizie statystycznej, umożliwiają weryfikację hipotez badawczych i sformułowanie rekomendacji dla zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze medycznym.

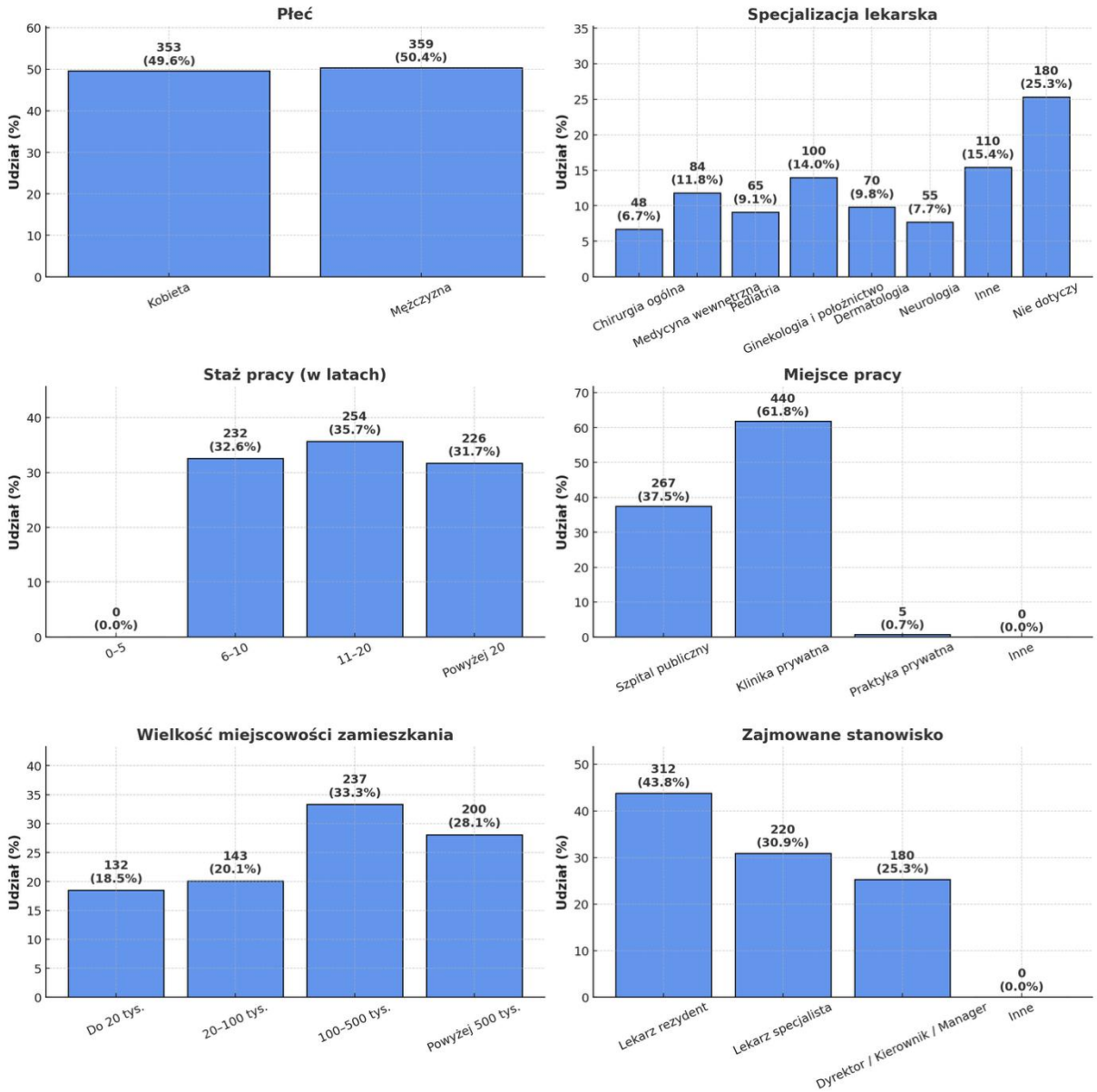
4.4. Statystyki opisowe badanej grupy osób

W badaniu wzięło udział 712 osób reprezentujących środowisko medyczne, w tym zarówno lekarze, jak i kadra zarządzająca w placówkach ochrony zdrowia. Wśród respondentów znalazło się 353 kobiety, co stanowi 49,6% wszystkich uczestników badania oraz

359 mężczyzn, czyli 50,4%. Udział obu płci był zatem niemal równy, z niewielką przewagą mężczyzn. W zakresie specjalizacji zawodowej najliczniejszą grupę stanowili uczestnicy, których odpowiedź zakwalifikowano jako „nie dotyczy" – 180 osób, co stanowi 25,3% wszystkich badanych. Oznacza to, że w tej grupie znaleźli się przede wszystkim przedstawiciele kadry zarządzającej, niezwiązani bezpośrednio z wykonywaniem zawodu lekarza. Kolejną dużą kategorię tworzyli respondenci reprezentujący inne specjalizacje medyczne – 110 osób (15,4%). Znaczną grupę stanowili także ginekolodzy i położnicy – 100 osób (14,0%) oraz interniści – 84 osoby (11,8%). Mniejszy udział odnotowano wśród dermatologów – 70 osób (9,8%), pediatrów – 65 osób (9,1%), neurologów – 55 osób (7,7%) i chirurgów ogólnych – 48 osób (6,7%). Analiza stażu pracy wykazała, że w badaniu uczestniczyły głównie osoby z wieloletnim doświadczeniem zawodowym. Największy odsetek stanowili respondenci pracujący od 11 do 20 lat – 254 osoby, co stanowi 35,7% wszystkich uczestników. Niewiele mniejszy odsetek miały osoby ze stażem powyżej 20 lat – 226 osób (31,7%). Kolejną grupę tworzyli pracownicy z doświadczeniem od 6 do 10 lat – 232 osoby (32,6%). Żaden z respondentów nie zadeklarował stażu krótszego niż 5 lat, co wskazuje, że w badaniu uczestniczyli wyłącznie doświadczeni profesjonaliści, posiadający istotny dorobek zawodowy. W odniesieniu do miejsca pracy najwięcej uczestników było zatrudnionych w klinikach prywatnych – 440 osób, co stanowi 61,8% próby. W szpitalach publicznych pracowało 267 osób (37,5%), natomiast zaledwie 5 respondentów (0,7%) prowadziło indywidualną praktykę prywatną. Żaden z uczestników nie wskazał innego miejsca pracy. Struktura ta potwierdza, że większość badanych była związana z sektorem prywatnym, który stanowi istotny element współczesnego systemu opieki zdrowotnej. Analiza miejsca zamieszkania wykazała, że największa grupa respondentów pochodziła z miast liczących od 100 do 500 tysięcy mieszkańców – 237 osób, co stanowi 33,3% próby. Kolejną grupę tworzyli mieszkańcy największych aglomeracji, powyżej 500 tysięcy mieszkańców – 200 osób (28,1%). W mniejszych miejscowościach, od 20 do 100 tysięcy mieszkańców, zamieszkiwało 143 respondentów (20,1%), natomiast w miejscowościach do 20 tysięcy – 132 osoby (18,5%). Dane te wskazują na przewagę uczestników zamieszkujących duże i średnie ośrodki miejskie, gdzie koncentruje się większość placówek medycznych i jednostek zarządzających ochroną zdrowia. Pod względem zajmowanego stanowiska największy odsetek badanych stanowili lekarze rezydenci – 312 osób, co stanowi 43,8% całej próby. Kolejną grupę tworzyli lekarze specjaliści – 220 osób (30,9%), a następnie osoby pełniące funkcje kierownicze, dyrektorów lub menedżerów – 180 osób, co stanowi 25,3% ogółu uczestników badania. Żaden z respondentów nie wskazał innego stanowiska. Udział kadry kierowniczej w badaniu pozwala

spojrzeć na analizowane zagadnienia nie tylko z perspektywy praktyki klinicznej, lecz także z punktu widzenia organizacji, zarządzania i polityki zdrowotnej.

Podsumowując, w strukturze uczestników dominowały osoby z długim lub średnim stażem zawodowym, pracujące głównie w prywatnych klinikach i zamieszkujące duże ośrodki miejskie. Zrównoważony udział płci oraz obecność zarówno lekarzy różnych specjalizacji, jak i kadry zarządzającej, pozwalają uznać próbę za reprezentatywną i umożliwiająca analizę z różnych perspektyw funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.



Rysunek 2. Wykres liczebności (udziału) oraz wskaźników odsetkowych dla zmiennych socjodemograficznych

Źródło: opracowanie własne.

Podsumowując rozdział czwarty stanowi rygorystyczny fundament metodologiczny całej pracy, precyzyjnie definiując proces badawczy. Udało się w nim jednoznacznie określić cel główny i cele szczegółowe oraz sformalizować zestaw hipotez badawczych postawionych wobec wpływu czynników organizacyjnych i motywacyjnych na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. Dokładnie opisano konstrukcję autorskiego kwestionariusza badawczego, który został zaprojektowany do pomiaru dziesięciu teoretycznie ugruntowanych konstruktów latentnych. Szczegółowo omówiono procedurę badawczą i metody doboru próby, co ma kluczowe znaczenie dla oceny generalizacji wyników. Finalnie, rozdział dostarczył kompleksowego opisu badanej grupy osób oraz statystyk opisowych próby, co uwiarygadnia tło demograficzne i zawodowe respondentów. W rezultacie Rozdział 4 z powodzeniem ustanowił solidne ramy badawcze, niezbędne do przejścia do etapu analizy empirycznej i weryfikacji hipotez.

Rozdział 5
Wyniki badań empirycznych

Niniejszy Rozdział 5 stanowi kulminacyjny moment pracy, prezentując i interpretując wyniki badań empirycznych przeprowadzonych na próbie lekarzy i kadry zarządzającej. Rozdział ten bezpośrednio realizuje cel główny i cele szczegółowe rozprawy doktorskiej, dostarczając empirycznych dowodów niezbędnych do weryfikacji sformułowanych hipotez. Analiza koncentruje się na identyfikacji i ocenie siły wpływu determinant motywacyjnych i organizacyjnych na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim. Struktura rozdziału jest dwuetapowa. Pierwszy etap skupia się na walidacji metodologicznej, polegającej na rygorystycznym sprawdzeniu właściwości psychometrycznych autorskiego narzędzia badawczego. W podrozdziale 5.1. Analiza czynnikowa konfirmacyjna i analiza rzetelności przedstawione zostaną wyniki potwierdzające wysoką trafność i rzetelność wszystkich siedmiu konstruktów latentnych ujętych w modelu. Ten krok jest kluczowy, ponieważ stanowi gwarancję wiarygodności i stabilności pomiarowej zmiennych. Drugi, zasadniczy etap analityczny, obejmuje weryfikację związków między zmiennymi. W podrozdziale 5.2. Statystyczna weryfikacja hipotez badawczych zaprezentowane zostaną wyniki analiz korelacyjnych oraz testów różnic dla zmiennych socjodemograficznych. Następnie, w podrozdziale 5.3. Analiza ścieżek SEM przedstawione zostaną wyniki Modelowania Równań Strukturalnych (SEM), które pozwoli na jednoczesną ocenę złożonej sieci zależności, identyfikując siłę i kierunek wpływów bezpośrednich i pośrednich kluczowych determinant (jak np. polityki zarządcze, digitalizacja, kompetencje przywódcze) na aktywny udział lekarzy w procesie kształcenia ustawicznego. Wyniki te stanowią empiryczny fundament dla wniosków końcowych oraz praktycznych rekomendacji dla sektora zarządzania zasobami ludzkimi w placówkach medycznych.

5.1. Opis narzędzi statystycznych

W procesie realizacji pracy doktorskiej zastosowano zaawansowane, wieloetapowe podejście statystyczne, które miało na celu zarówno rzetelną walidację narzędzia pomiarowego, jak i weryfikację złożonego modelu zależności przyczynowo-skutkowych. Analiza rozpoczęła

się od etapu walidacji psychometrycznej, stanowiącego fundamentalny warunek wiarygodności dalszych wniosków. Kluczowym narzędziem na tym etapie była Konfirmacyjna Analiza Czynnikowa (CFA)[530], przeprowadzona w celu udowodnienia, że teoretycznie założona struktura dziesięciu zmiennych latentnych (między innymi: Polityki Zarządcze, Motywacja, Kultura Organizacyjna, Udział w Szkoleniach) jest zgodna z danymi empirycznymi zebranymi wśród lekarzy. Zastosowanie CFA pozwoliło na potwierdzenie trafności teoretycznej każdego z konstruktów, co jest niezbędne do mierzenia zjawisk, które nie są bezpośrednio obserwowalne.

Dopasowanie modelu CFA do danych oceniono na podstawie standardowych, rygorystycznych wskaźników dopasowania, takich jak *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), Comparative Fit Index (CFI) oraz Tucker-Lewis Index (TLI)[531]. Wyjątkowo dobre wartości tych wskaźników dla każdego z konstruktów potwierdziły wysoką jakość modelu pomiarowego. Równolegle z CFA przeprowadzono analizę rzetelności (spójności wewnętrznej), by ocenić, w jakim stopniu pytania w ramach jednej skali są ze sobą powiązane. W tym celu obliczono Współczynnik Alfa Cronbacha oraz Rzetelność Składaną (*Composite Reliability* – CR), przy czym uzyskanie wartości powyżej przyjętych progów (0,70 dla Alfa Cronbacha i 0,70 dla CR) było warunkiem koniecznym do dalszych analiz. Uzupełnieniem tego etapu była weryfikacja trafności zbieżnej za pomocą wskaźnika *Average Variance Extracted* (AVE), który musiał osiągnąć wartość co najmniej 0,50, co świadczy o tym, że ponad połowa wariancji wskaźników jest wyjaśniana przez przypisany im konstrukt latentny. Ocenę trafności dyskryminacyjnej, czyli zdolności konstruktów do bycia rozróżnionymi od siebie nawzajem, przeprowadzono dwiema metodami. Pierwszą było zastosowanie klasycznego Kryterium Fornella-Larckera[532], a drugą, bardziej nowoczesną i rygorystyczną, obliczenie Wskaźnika HTMT (*Heterotrait-Monotrait Ratio*), którego wartości musiały mieścić się poniżej progu 0,85 lub 0,90. Cały etap walidacji psychometrycznej, poprzez uzyskanie optymalnych wyników dla wszystkich wskaźników, dał podstawę do uznania zmiennych latentnych za prawidłowo operacjonalizowane i stabilne pomiarowo. Po potwierdzeniu jakości narzędzia badawczego, przystąpiono do statystycznej weryfikacji hipotez badawczych. Pierwszą czynnością było użycie statystyk opisowych w celu scharakteryzowania próby badawczej i ogólnego poziomu percepcji każdego z mierzonych

[530] T. A. Brown, *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.), Guilford Press, 2015.

[531] L.-t. Hu, P. M. Bentler, Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1)/1999, 1-55.

[532] C. Fornell, D. F. Larcker, Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error, *Journal of Marketing Research*, 18(1)/1981, 39-50.

czynników, co obejmowało obliczenie średniej, mediany i odchylenia standardowego. Następnie, wstępną ocenę siły i kierunku związków między wszystkimi zmiennymi przeprowadzono za pomocą Analizy Korelacji, stosując nieparametryczny współczynnik korelacji rho Spearmana[533]. Jego wybór był uzasadniony przez brak możliwości pełnego udowodnienia normalności rozkładów i skalę pomiarową użytych zmiennych. Do analizy wpływu zmiennych socjodemograficznych (np. staż, płeć) na badane konstrukty zastosowano Test U Manna-Whitneya[534] (dla grup dwupoziomowych) oraz Test Kruskala-Wallisa[535] (dla grup wielopoziomowych) z testem post hoc Duna[536] z korektą Bonferoniego[537], co pozwoliło na identyfikację istotnych różnic w percepcji. W części statystycznej również wykonano regresję wielokrotną.

Kluczową metodą do weryfikacji wielowymiarowego modelu zależności przyczynowo-skutkowych było jednak Modelowanie Równań Strukturalnych (SEM)[538]. To zaawansowane narzędzie umożliwiło jednoczesną estymację dziesięciu zmiennych latentnych, a także testowanie złożonej sieci relacji między dziewięcioma zmiennymi egzogenicznymi a kluczową zmienną endogeniczną, jaką jest Udział w szkoleniach. Analiza w ramach SEM pozwoliła na szczegółowe rozbicie ścieżek i określenie wkładu wpływów bezpośrednich i pośrednich, co było niezbędne do oceny mechanizmów, za pomocą których czynniki organizacyjne i motywacyjne faktycznie wpływają na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. W ten sposób, całościowe podejście statystyczne dostarczyło kompleksowych i empirycznie ugruntowanych wniosków, niezbędnych do sformułowania konkluzji pracy doktorskiej.

5.2. Analiza czynnikowa konfirmacyjna i analiza rzetelności

Przed przystąpieniem do statystycznej weryfikacji hipotez badawczych i budowy modelu równań strukturalnych (SEM), niezbędne było dokładne sprawdzenie psychometrycznych właściwości skonstruowanego narzędzia badawczego. Niniejszy

[533] C. Spearman, The proof and measurement of association between two things. *The American Journal of Psychology*, 15(1)/1904, 72-101.
[534] H. B. Mann, D. R. Whitney, On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The Annals of Mathematical Statistics*, 18(1)/1947, 50-60.
[535] W. H. Kruskal, W. A. Wallis, Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260)/1952, 583-621.
[536] O. J. Dunn, Multiple comparisons using rank sums. Technometrics, 5(3)/1964, 241-252.
[537] C. E. Bonferroni, Teoria statistica delle classi e calcolo delle probabilità. *Pubblicazioni del R Istituto Superiore di Scienze Economiche e Commerciali di Firenze*, 8, 1936, 3-62.
[538] R. B. Kline, *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press, 2023.

podrozdział ma na celu przedstawienie procedury walidacyjnej, która jest podstawą dla wiarygodności i trafności całego badania. W związku z tym, że badane zmienne, takie jak Motywacja, Polityki Zarządcze czy Kompetencje przywódcze, mają charakter konstruktów latentnych (nieobserwowalnych bezpośrednio), kluczowe jest upewnienie się, że pomiar tych konstruktów za pomocą pytań kwestionariuszowych jest trafny i rzetelny. W tym celu przeprowadzono dwuetapową analizę:

1. Konfirmacyjną Analizę Czynnikową (CFA): Jej celem było potwierdzenie, czy hipotetyczna struktura czynnikowa, założona na etapie konstrukcji kwestionariusza (Rozdział 4), jest spójna z zebranymi danymi empirycznymi. CFA pozwala na przetestowanie, czy poszczególne pozycje (wskaźniki) faktycznie ładują na przypisanych im teoretycznie czynnikach, co stanowi dowód trafności teoretycznej (zgodnej) narzędzia.
2. Analizę Rzetelności (spójności wewnętrznej)[539]: Przeprowadzono ją w celu oceny wewnętrznej spójności skal. Poprzez obliczenie wskaźnika Alfa Cronbacha oraz Rzetelności Składanej (CR), zweryfikowano, w jakim stopniu pozycje mierzące dany konstrukt są ze sobą skorelowane, co jest warunkiem koniecznym do rzetelnego pomiaru.

Dopiero pozytywna weryfikacja trafności i rzetelności pozwala na uznanie zmiennych latentnych za prawidłowo operacjonalizowane i upoważnia do wykorzystania wyników w dalszych, bardziej złożonych analizach statystycznych, takich jak Modelowanie Równań Strukturalnych (SEM), które zostanie przedstawione w podrozdziale 5.3. Szczegółowe wyniki CFA oraz wskaźniki rzetelności i trafności zbieżnej dla wszystkich dziewięciu konstruktów zawartych w modelu zostaną zaprezentowane w kolejnych tabelach.

Łącznie na podstawie wszystkich pytań skonstruowano 10 czynników wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. Konstrukty te są zbudowane z pytań, których odpowiedzi na skali Likerta zostały uśrednione. Reasumując, poprzez uśrednienie tematycznych spójnych i rzetelnych pytań, co dowiedziono w czynnikowej analizie konfirmacyjnej powstało 10 konstruktów. Aby je lepiej zrozumieć – ich przesłanie – poniżej wyjaśniono każdy z nich.

Konstrukt „Strategia i Polityka Zarządcza" odnosi się do stopnia, w jakim placówka medyczna posiada jasno określone cele i zasady dotyczące rozwoju zawodowego lekarzy. Obejmuje on istnienie formalnej strategii szkoleniowej, która jest integralną częścią polityki

[539] J. F. Hair, W. C. Black Jr., B. J. Babin, R. E. Anderson, *Multivariate data analysis (*8th ed.). Cengage Learning, 2019.

organizacyjnej. Skuteczna strategia szkoleniowa zakłada powiązanie działań edukacyjnych z celami strategicznymi placówki. Polityka zarządcza wspierająca rozwój kadr umożliwia tworzenie środowiska sprzyjającego uczeniu się i innowacjom. Kluczowym elementem tego konstruktu jest planowe zarządzanie szkoleniami, oparte na analizie potrzeb kompetencyjnych. Zarząd placówki powinien regularnie monitorować efektywność programów szkoleniowych i dostosowywać je do zmieniających się warunków. Dobrze zdefiniowana polityka szkoleniowa sprzyja budowaniu zaangażowania pracowników i wzmacnia kulturę organizacyjną opartą na wiedzy. Wysoki poziom realizacji tego konstruktu świadczy o dojrzałości zarządczej i strategicznym myśleniu kierownictwa. Strategia szkoleniowa powinna uwzględniać zarówno aspekty finansowe, jak i personalne rozwoju zawodowego. Placówki, które posiadają klarowną politykę w tym zakresie, osiągają lepsze wyniki jakościowe i kadrowe. Polityka zarządcza sprzyja integracji celów indywidualnych z celami instytucji. Ważnym elementem jest także komunikacja między zarządem a personelem w zakresie planowania szkoleń. Konsultowanie strategii z lekarzami zwiększa jej akceptację i skuteczność wdrożenia. Odpowiednio zaplanowany budżet szkoleniowy wzmacnia stabilność procesów edukacyjnych. Włączenie szkoleń do planów strategicznych pozwala na długofalowy rozwój organizacji. Strategia szkoleniowa powinna także promować równość dostępu do programów rozwojowych. Polityka zarządcza powinna być elastyczna, aby reagować na zmiany w systemie ochrony zdrowia. Efektywne zarządzanie szkoleniami zwiększa zaufanie pracowników do instytucji. Konstrukt ten stanowi podstawę skutecznego zarządzania kapitałem ludzkim w placówkach medycznych.

Konstrukt „Logistyka i Bariery Finansowe” odnosi się do warunków organizacyjnych i ekonomicznych, które wpływają na możliwość uczestnictwa lekarzy w szkoleniach. Obejmuje on aspekty takie jak koszty, lokalizacja, harmonogramy oraz dostępność szkoleń online. Kluczowym elementem konstruktu jest stopień, w jakim pracodawca ułatwia udział w szkoleniach poprzez finansowanie i wsparcie organizacyjne. Wysoki poziom dostępności logistycznej wpływa pozytywnie na zaangażowanie uczestników. Placówki, które zapewniają refundację kosztów, zwiększają udział pracowników w inicjatywach rozwojowych. Bariery finansowe mogą znacząco ograniczać aktywność edukacyjną lekarzy. Organizacja powinna zatem minimalizować te przeszkody poprzez system dofinansowań i elastyczne formy szkoleń. Logistyka obejmuje także planowanie terminów szkoleń w sposób zgodny z grafikiem pracy lekarzy. Wspieranie dostępu do e-learningu pozwala na większą elastyczność w uczestnictwie. Odpowiednia infrastruktura i planowanie logistyczne sprzyjają równemu dostępowi do edukacji. Niskie bariery logistyczne korelują z wyższą satysfakcją z uczestnictwa w szkoleniach. Konstrukt ten ma istotne znaczenie w kontekście efektywności systemu

szkoleniowego w ochronie zdrowia. Koszty i ograniczenia czasowe często stanowią główne przeszkody w rozwoju zawodowym. Dlatego polityka organizacyjna powinna koncentrować się na ich eliminacji. Logistyka szkoleń jest wskaźnikiem dojrzałości zarządzania kadrami. Wysoka jakość organizacyjna zwiększa prestiż placówki i motywację lekarzy. Dostępność szkoleń w dogodnych terminach wpływa na poczucie równowagi między pracą a rozwojem. Wsparcie finansowe i techniczne odgrywa kluczową rolę w budowaniu kultury uczenia się. Konstrukt ten odzwierciedla praktyczny wymiar zarządzania procesami edukacyjnymi.

Konstrukt „Motywacja Wewnętrzna i Zewnętrzna" dotyczy czynników, które wpływają na decyzję lekarzy o uczestnictwie w szkoleniach. Obejmuje zarówno motywację wewnętrzną, związaną z rozwojem i zainteresowaniami, jak i zewnętrzną, wynikającą z nagród i presji organizacyjnej. Motywacja wewnętrzna odgrywa kluczową rolę w kształtowaniu trwałych postaw uczenia się. Lekarze, którzy uczą się z własnej inicjatywy, wykazują większą satysfakcję i efektywność. Z kolei motywacja zewnętrzna, jak premie czy awanse, wzmacnia krótkoterminowe zaangażowanie. Polityka zarządcza powinna równoważyć oba te typy motywacji. Wysoki poziom motywacji prowadzi do aktywnego uczestnictwa w procesie rozwoju zawodowego. Szkolenia postrzegane jako szansa na rozwój zwiększają poczucie wartości i sprawczości pracowników. Wsparcie liderów i uznanie ze strony zarządu wzmacniają motywację wewnętrzną. Zbyt silna presja zewnętrzna może jednak prowadzić do spadku autentycznego zaangażowania. Dlatego ważne jest tworzenie środowiska opartego na autonomii i zaufaniu. Motywacja wewnętrzna wiąże się z poczuciem sensu i satysfakcji z pracy. Udział w szkoleniach motywowany chęcią rozwoju zawodowego przynosi długofalowe efekty. Kultura organizacyjna sprzyjająca rozwojowi wzmacnia wewnętrzne mechanizmy motywacyjne. Nagradzanie inicjatywy edukacyjnej pracowników wzmacnia poczucie docenienia. Motywacja zewnętrzna pełni funkcję wspierającą, ale nie powinna dominować. Skuteczne programy szkoleniowe powinny łączyć bodźce wewnętrzne i zewnętrzne. Konstrukt ten ma kluczowe znaczenie dla zrozumienia postaw wobec uczenia się przez całe życie.

Konstrukt „Kompetencje Liderskie i Planowanie" odnosi się do jakości przywództwa i umiejętności zarządzania procesem szkoleniowym. Obejmuje planowanie, organizację oraz ewaluację działań edukacyjnych przez liderów. Skuteczny lider potrafi zidentyfikować potrzeby szkoleniowe i dostosować program do celów instytucji. Kompetencje przywódcze sprzyjają budowaniu kultury współpracy i zaangażowania. Liderzy pełnią rolę mentorów, wspierając rozwój zawodowy członków zespołu. Transparentność decyzji szkoleniowych wzmacnia zaufanie w organizacji. Zarząd reagujący na potrzeby lekarzy zwiększa skuteczność działań rozwojowych. Planowanie oparte na danych umożliwia optymalizację zasobów

i wyników. Kompetentni liderzy tworzą środowisko sprzyjające wymianie wiedzy. Skuteczne przywództwo wiąże się z umiejętnością komunikacji i inspirowania pracowników. Wysoki poziom kompetencji menedżerskich przekłada się na efektywność szkoleń. Liderzy, którzy motywują, zwiększają zaangażowanie personelu w rozwój zawodowy. Planowanie szkoleń powinno uwzględniać cele organizacyjne i indywidualne. Dobre zarządzanie szkoleniami wymaga elastyczności i odpowiedzialności. Liderzy odgrywają kluczową rolę w utrzymaniu kultury uczenia się. Planowanie strategiczne w tym zakresie sprzyja trwałemu rozwojowi kadry. Kompetencje przywódcze stanowią fundament dla realizacji polityki szkoleniowej. Przywództwo oparte na wartościach wspiera współpracę i otwartość. Konstrukt ten odzwierciedla zdolność organizacji do efektywnego zarządzania wiedzą i rozwojem personelu.

Konstrukt „Digitalizacja i E-learning" odnosi się do wykorzystania technologii cyfrowych w procesach szkoleniowych oraz do stopnia, w jakim e-learning wspiera rozwój zawodowy lekarzy. Współczesne placówki medyczne coraz częściej wdrażają rozwiązania cyfrowe, które zwiększają dostępność i elastyczność nauki. E-learning umożliwia uczestnictwo w szkoleniach w dowolnym miejscu i czasie, co sprzyja równowadze między życiem zawodowym a prywatnym. Digitalizacja procesów edukacyjnych pozwala także na personalizację treści oraz dostosowanie materiałów do poziomu kompetencji uczestników. Placówki, które inwestują w infrastrukturę e-learningową, zwiększają efektywność i zasięg swoich programów szkoleniowych. Szkolenia online stają się równorzędną alternatywą dla tradycyjnych form kształcenia. Wysoki poziom digitalizacji sprzyja budowaniu kultury ciągłego uczenia się. Dostęp do platform e-learningowych umożliwia szybki transfer wiedzy między specjalistami. Konstrukt ten obejmuje również postrzeganą jakość szkoleń online w porównaniu z zajęciami stacjonarnymi. Lekarze, którzy korzystają z e-learningu, mają większą możliwość indywidualizacji tempa nauki. Digitalizacja zmniejsza bariery logistyczne i finansowe w dostępie do edukacji. Nowoczesne technologie umożliwiają także śledzenie postępów uczestników i ocenę skuteczności szkoleń. Placówki medyczne, które wdrażają systemy cyfrowe, podnoszą poziom innowacyjności i konkurencyjności. E-learning wspiera samoregulację i autonomię w procesie nauki. Wysoki poziom kompetencji cyfrowych lekarzy wpływa pozytywnie na efektywność edukacji. Digitalizacja wymaga jednak odpowiedniego wsparcia technicznego i organizacyjnego. Wdrożenie platform e-learningowych powinno być częścią strategii rozwoju instytucji. Wpływ digitalizacji na proces szkoleniowy ma charakter transformacyjny i długofalowy. Konstrukt ten odzwierciedla dojrzałość cyfrową organizacji w zakresie zarządzania wiedzą i rozwojem zawodowym.

Konstrukt „Kultura Organizacyjna" dotyczy wartości, norm i postaw dominujących w placówce medycznej, które wpływają na gotowość pracowników do uczestnictwa w szkoleniach. Kultura organizacyjna sprzyjająca uczeniu się wzmacnia zaangażowanie i współpracę zespołową. W organizacjach, gdzie rozwój zawodowy jest ceniony, pracownicy chętniej podejmują inicjatywy edukacyjne. Konstrukt ten obejmuje postrzeganie szkoleń jako inwestycji w kapitał ludzki. Silna kultura wspierająca uczenie się przyczynia się do tworzenia środowiska sprzyjającego innowacjom. Otwarta komunikacja i wymiana doświadczeń zwiększają efektywność procesów rozwojowych. W placówkach o rozwiniętej kulturze organizacyjnej współpracownicy wzajemnie motywują się do podnoszenia kwalifikacji. Organizacje te promują wartości takie jak współpraca, otwartość i ciągłe doskonalenie. Nagrody i uznanie za aktywność szkoleniową wzmacniają pozytywne zachowania edukacyjne. Kultura organizacyjna wpływa także na sposób, w jaki zarząd komunikuje cele rozwojowe. Wysoki poziom zaufania w organizacji sprzyja większej gotowości do zmian. Wspieranie inicjatyw pracowniczych w zakresie nauki zwiększa poczucie odpowiedzialności za rozwój. Organizacje, które postrzegają szkolenia jako część strategii rozwoju, osiągają wyższą efektywność. Kultura uczenia się przez całe życie jest fundamentem innowacyjności w ochronie zdrowia. Placówki o rozwiniętej kulturze wiedzy szybciej adaptują nowe technologie i metody pracy. Wzajemne wsparcie i współdzielenie wiedzy przyczyniają się do trwałego rozwoju zespołów. Kultura organizacyjna kształtuje też stosunek lekarzy do obowiązkowych szkoleń. Zintegrowanie wartości edukacyjnych z misją organizacji prowadzi do spójności celów indywidualnych i instytucjonalnych. Konstrukt ten odzwierciedla dojrzałość społeczno-organizacyjną placówki w zakresie zarządzania rozwojem pracowników.

Konstrukt „Udział w szkoleniach" odnosi się do częstotliwości, intensywności i charakteru uczestnictwa lekarzy w działaniach edukacyjnych. Obejmuje on zróżnicowanie dostępności szkoleń w zależności od specjalizacji medycznej. W niektórych dziedzinach medycyny potrzeba ciągłego doskonalenia jest większa niż w innych. Konstrukt ten mierzy również poziom aktywności zawodowej w zakresie edukacji ustawicznej. Udział w szkoleniach zależy od dopasowania ich tematyki do potrzeb zawodowych lekarzy. Placówki, które oferują szeroką gamę kursów, zwiększają zaangażowanie swoich pracowników. Dostępność finansowa i organizacyjna ma istotny wpływ na poziom uczestnictwa. Różnice między specjalizacjami wpływają na nierówności w dostępie do edukacji. Konstrukt ten uwzględnia także wpływ czynników instytucjonalnych na uczestnictwo. Lekarze częściej biorą udział w szkoleniach, gdy postrzegają je jako przydatne w praktyce klinicznej. Aktywność szkoleniowa jest również wskaźnikiem zaangażowania w rozwój zawodowy. Wysoki poziom uczestnictwa sprzyja

poprawie jakości świadczeń zdrowotnych. Placówki wspierające udział w szkoleniach budują kulturę rozwoju i doskonalenia. Udział w programach edukacyjnych sprzyja wymianie doświadczeń i współpracy między specjalistami. Różnorodność oferty szkoleniowej zwiększa atrakcyjność instytucji jako miejsca pracy. Organizacje, które promują aktywność szkoleniową, osiągają lepsze wyniki organizacyjne. Konstrukt ten wskazuje również na związek między dostępnością szkoleń a motywacją wewnętrzną. Częste uczestnictwo w szkoleniach jest także oznaką wysokiej świadomości zawodowej. Wysoki wynik w tym konstrukcie odzwierciedla dojrzałość rozwojową lekarzy i instytucji medycznych.

Konstrukt „Czynniki Zewnętrzne i Systemowe" dotyczy wpływu regulacji instytucjonalnych i polityki zdrowotnej na organizację szkoleń. Obejmuje on bariery i możliwości wynikające z systemu ochrony zdrowia, w tym regulacji NFZ. Wysoki poziom biurokracji i ograniczeń prawnych może utrudniać realizację programów szkoleniowych. Bariery systemowe obejmują także niewystarczające finansowanie inicjatyw edukacyjnych. Z drugiej strony odpowiednie wsparcie instytucjonalne może znacząco zwiększyć dostępność szkoleń. Konstrukt ten odzwierciedla stopień, w jakim otoczenie zewnętrzne wspiera rozwój zawodowy. Regulacje prawne mogą określać standardy jakości i obowiązki w zakresie kształcenia ustawicznego. Wsparcie ze strony NFZ lub innych instytucji publicznych może tworzyć bodźce do uczestnictwa w szkoleniach. Niekorzystne przepisy często stanowią istotne ograniczenie w organizacji programów rozwojowych. Czynniki systemowe mają charakter strukturalny i wpływają na decyzje organizacyjne. Wysoki poziom stabilności regulacyjnej sprzyja długofalowemu planowaniu szkoleń. Zmienność otoczenia prawnego może prowadzić do dezorganizacji procesów edukacyjnych. Konstrukt ten jest istotny dla oceny, na ile system ochrony zdrowia sprzyja kształceniu kadr medycznych. Bariery zewnętrzne wymagają od organizacji elastyczności i zdolności adaptacyjnych. Wsparcie finansowe i polityczne stanowi kluczowy czynnik sukcesu inicjatyw szkoleniowych. Odpowiednie otoczenie instytucjonalne zwiększa motywację do uczestnictwa w szkoleniach. Czynniki systemowe determinują również równość dostępu do edukacji zawodowej. Ich analiza pozwala na identyfikację obszarów wymagających reform. Konstrukt ten odzwierciedla zatem wpływ kontekstu makroorganizacyjnego na rozwój kompetencji zawodowych lekarzy.

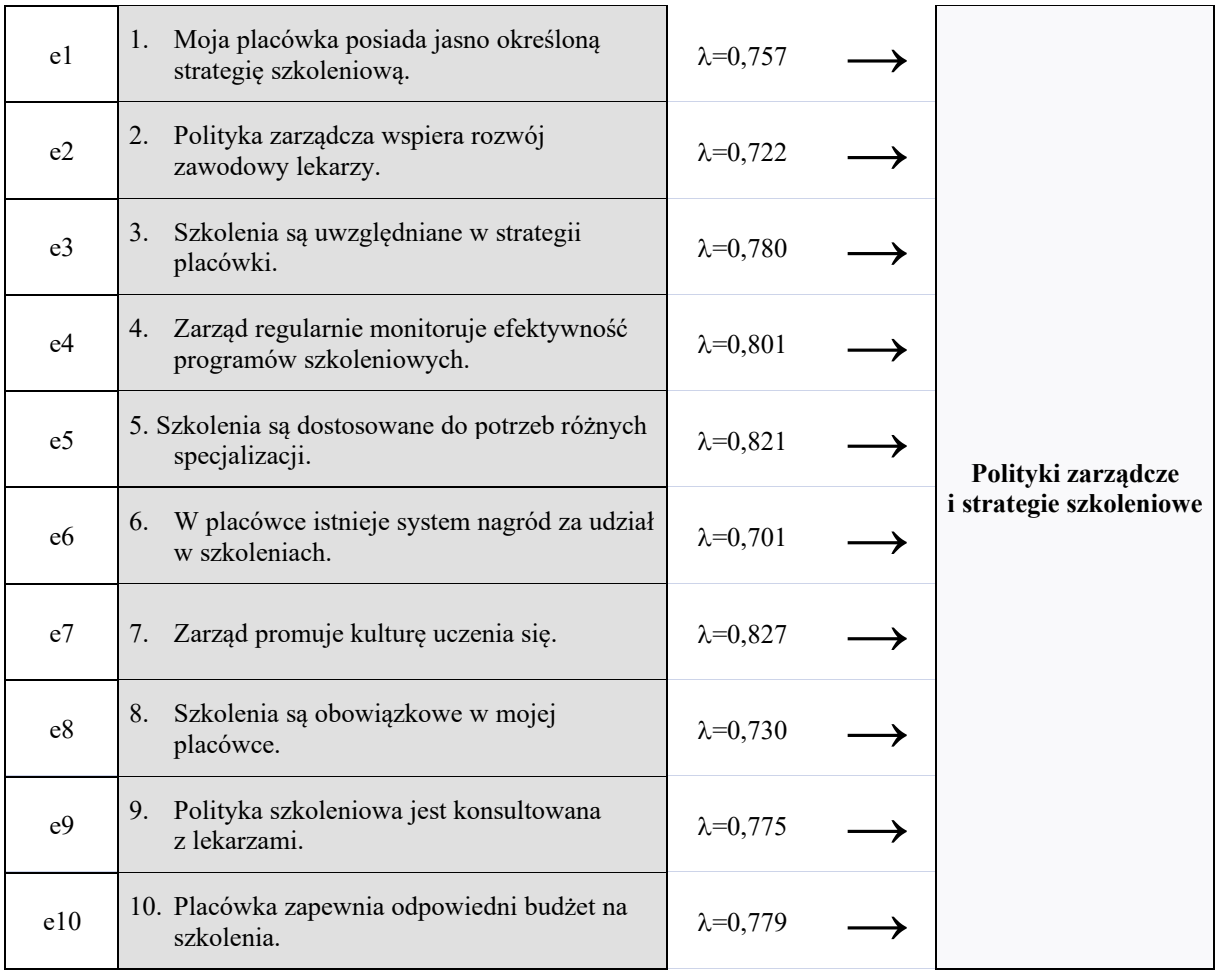
Konstrukt „Wiedza i Świadomość" odnosi się do stopnia poinformowania lekarzy o możliwościach rozwoju zawodowego i dostępnych formach kształcenia. Obejmuje on znajomość oferty szkoleniowej, zasad planowania kariery oraz świadomość korzyści płynących z edukacji ustawicznej. Wysoki poziom wiedzy sprzyja samodzielnemu podejmowaniu inicjatyw rozwojowych. Lekarze świadomi wartości szkoleń częściej uczestniczą

w programach doskonalących. Konstrukt ten mierzy również umiejętność korzystania z nowoczesnych metod nauki, w tym e-learningu. Dostęp do informacji o szkoleniach zwiększa efektywność planowania rozwoju zawodowego. Brak wiedzy w tym zakresie stanowi istotną barierę uczestnictwa w edukacji. Świadomość zawodowa lekarzy wpływa na ich zaangażowanie w proces uczenia się przez całe życie. Placówki, które zapewniają odpowiednią komunikację o szkoleniach, zwiększają aktywność pracowników. Wiedza o możliwościach rozwoju jest także czynnikiem motywującym. Konstrukt ten obejmuje umiejętność identyfikacji własnych potrzeb edukacyjnych. Wysoka świadomość pozwala lekarzom lepiej dostosować ścieżkę kariery do wymogów rynku. Świadomość korzyści z edukacji sprzyja proaktywnej postawie wobec nauki. Informowanie pracowników o dostępnych szkoleniach wzmacnia kulturę organizacyjną. Konstrukt ten ma znaczenie dla efektywności zarządzania kompetencjami w organizacji. Placówki promujące transparentność i dostęp do wiedzy osiągają wyższy poziom rozwoju kadr. Wiedza o nowoczesnych narzędziach nauki, takich jak e-learning, zwiększa elastyczność edukacyjną. Świadomość zawodowa wpływa również na gotowość do innowacji. Konstrukt ten odzwierciedla poznawczy wymiar rozwoju zawodowego i edukacji ustawicznej w ochronie zdrowia.

Konstrukt „Etyka i Zarządzanie Decyzjami" odnosi się do standardów moralnych i zasad postępowania, które regulują decyzje zarządcze w placówkach medycznych. Obejmuje on przejrzystość procesów decyzyjnych, odpowiedzialność kierownictwa oraz poszanowanie zasad etyki lekarskiej. Wysoki poziom etyki zarządczej wzmacnia zaufanie pracowników do instytucji. Konstrukt ten obejmuje również ochronę niezależności lekarzy w podejmowaniu decyzji klinicznych. Organizacje, które promują wartości etyczne, budują kulturę odpowiedzialności i zaufania. Polityka zarządcza powinna uwzględniać dobro pacjenta jako nadrzędny cel. Przestrzeganie zasad etycznych sprzyja przejrzystości i wiarygodności decyzji. Etyczne przywództwo stanowi fundament profesjonalizmu w zarządzaniu personelem. Konstrukt ten mierzy także gotowość organizacji do wspierania lekarzy w rozwiązywaniu dylematów moralnych. W placówkach etycznych decyzje są podejmowane w sposób transparentny i konsultowany. Wysoki poziom etyki organizacyjnej sprzyja stabilności i satysfakcji zawodowej. Placówki inwestujące w szkolenia etyczne zwiększają kompetencje moralne personelu. Otwarta komunikacja w zakresie etyki wzmacnia kulturę uczciwości i odpowiedzialności. Etyka zarządzania jest ściśle związana z jakością opieki nad pacjentem. Zarządzanie oparte na wartościach wspiera równowagę między celami organizacyjnymi a społecznymi. Konstrukt ten obejmuje także identyfikację i rozwiązywanie konfliktów interesów. Przestrzeganie zasad etyki buduje pozytywny wizerunek instytucji medycznej.

Wysoki poziom tego konstruktu świadczy o dojrzałości moralnej i organizacyjnej placówki. Etyczne zarządzanie decyzjami stanowi kluczowy warunek odpowiedzialnego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia

Wyniki dla konstruktu „Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe" przedstawione w tabeli 25 i na rysunku 3 kompleksowo opisują zarówno percepcję tego aspektu przez badanych lekarzy, jak i jego jakość psychometryczną.



Rysunek 3. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających polityki zarządcze i strategie szkoleniowe (RMSEA=0,048; CFI=0,954; Alfa Cronbacha=0,866; CMIN=44,545; p<0,01)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 25 przedstawia statystyki opisowe, wskazując, że ocena polityk i strategii szkoleniowych jest przez respondentów ogólnie pozytywna, ze średnią dla całego konstruktu wynoszącą 3,68 przy umiarkowanej wariancji (0,70). Poszczególne pozycje kwestionariuszowe charakteryzują się średnimi w przedziale od 3,57 do 3,84 i dominującą medianą 4,00, co sugeruje, że odpowiedzi koncentrują się na pozytywnych wartościach skali (lekarze zgadzają

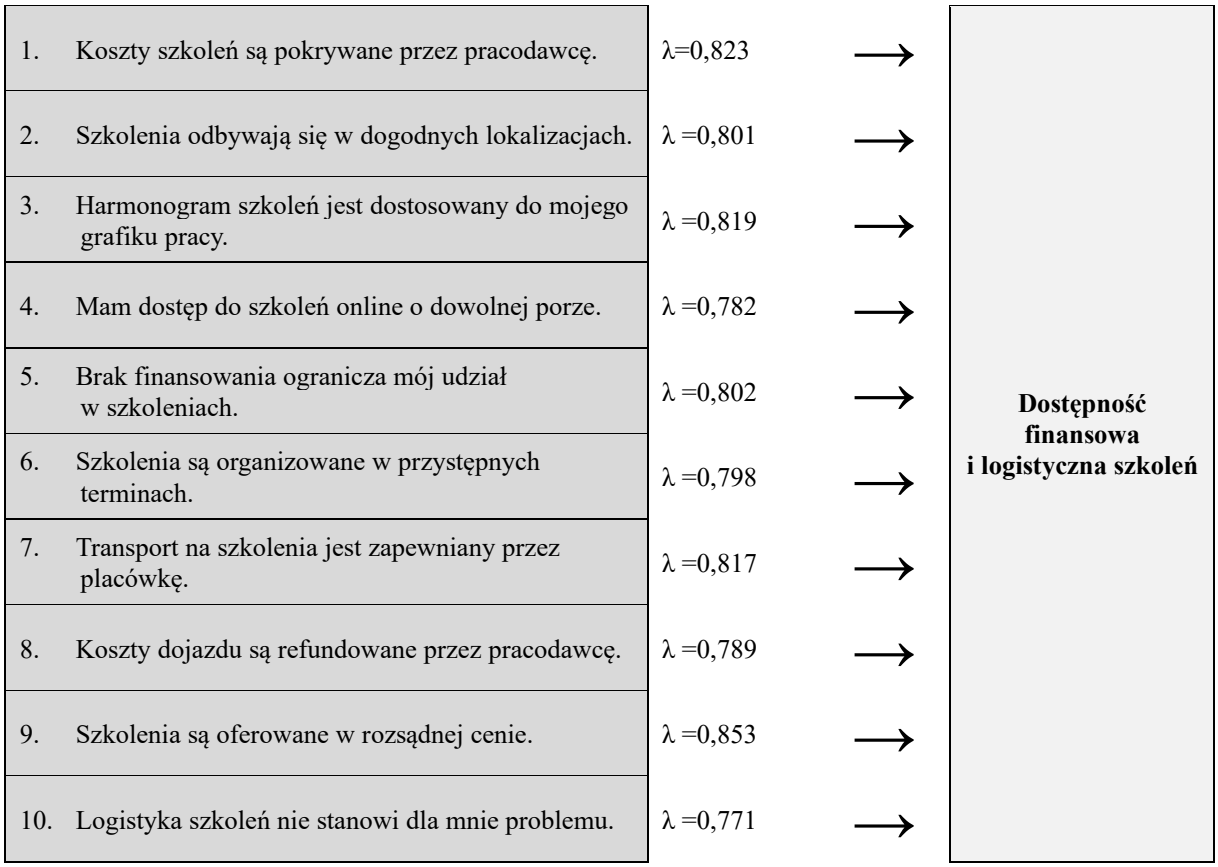
się ze stwierdzeniami). Najwyżej oceniono dostosowanie szkoleń do potrzeb różnych specjalizacji. Rysunek 3 prezentuje wyniki walidacji psychometrycznej za pomocą Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA) i analizy rzetelności. Model pomiarowy wykazuje bardzo dobre dopasowanie do danych, co potwierdzają wskaźniki takie jak RMSEA (0,048) oraz CFI (0,954). Wszystkie dziesięć pozycji pomiarowych obciąża konstrukt wysokimi standaryzowanymi ładunkami czynnikowymi (λ) w zakresie od 0,701 do 0,827, co świadczy o wysokiej trafności zbieżnej. Ponadto, rzetelność wewnętrzna skali, mierzona współczynnikiem Alfa Cronbacha, wynosi bardzo wysokie 0,866, potwierdzając spójność i stabilność pomiaru. W konsekwencji, konstrukt ten został uznany za prawidłowo operacjonalizowany i nadający się do dalszych analiz w modelu SEM.

Tabela 25. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających polityki zarządcze i strategie szkoleniowe

	Średnia	Mediana	Skośność	Kurtoza	Odchylenie standardowe
1. Moja placówka posiada jasno określoną strategię szkoleniową.	3,80	4,00	-0,48	-0,44	0,99
2. Polityka zarządcza wspiera rozwój zawodowy lekarzy.	3,63	4,00	-0,32	-0,70	1,04
3. Szkolenia są uwzględniane w strategii placówki.	3,65	4,00	-0,28	-0,90	1,09
4. Zarząd regularnie monitoruje efektywność programów szkoleniowych.	3,67	4,00	-0,31	-0,84	1,07
5. Szkolenia są dostosowane do potrzeb różnych specjalizacji.	3,84	4,00	-0,59	-0,32	1,03
6. W placówce istnieje system nagród za udział w szkoleniach.	3,65	4,00	-0,32	-0,75	1,03
7. Zarząd promuje kulturę uczenia się.	3,73	4,00	-0,29	-0,87	1,01
8. Szkolenia są obowiązkowe w mojej placówce.	3,57	4,00	-0,23	-0,82	1,07
9. Polityka szkoleniowa jest konsultowana z lekarzami.	3,64	4,00	-0,26	-0,76	1,02
10. Placówka zapewnia odpowiedni budżet na szkolenia.	3,63	4,00	-0,21	-0,80	1,02
Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe	**3,68**	**3,60**	**0,24**	**-0,46**	**0,70**

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 26 i rysunek 4 opisują wyniki dla konstruktu „Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń", kontynuując weryfikację właściwości psychometrycznych skal pomiarowych.



Rysunek 4. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających dostępność finansową i logistyczną szkoleń (RMSEA=0,034; CFI=0,993; Alfa Cronbacha=0,882; CMIN=45,885; p<0,01)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 26, prezentująca statystyki opisowe dla dziesięciu wskaźników tego konstruktu, wskazuje na umiarkowanie pozytywną percepcję dostępności szkoleń. Średnia dla całego konstruktu wynosi 3,64 przy odchyleniu standardowym 0,72. Najwyższą średnią (3,81) uzyskano dla pozycji „Koszty dojazdu są refundowane przez pracodawcę", co sugeruje, że ten aspekt jest oceniany najlepiej. Z kolei najniżej oceniona została kwestia „Koszty szkoleń są pokrywane przez pracodawcę" (średnia 3,48). Mediana 4,00 dla większości pytań oraz nieznacznie ujemna skośność wskazują, że pomimo zróżnicowania, odpowiedzi respondentów mają tendencję do koncentrowania się na wyższych wartościach skali. Rysunek 4 ilustruje wyniki Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA) i potwierdza bardzo wysoką jakość psychometryczną skali. Wszystkie wskaźniki cechują się silnymi standaryzowanymi ładunkami

czynnikowymi (λ) w zakresie od 0,771 do 0,853, co dowodzi bardzo wysokiej trafności zbieżnej i mierzenia przez pozycje tego samego konstruktu latentnego. Dopasowanie modelu do danych jest wzorowe, co potwierdzają wskaźniki: RMSEA wynosi wyjątkowo niskie 0,034, a CFI osiąga niemal doskonałą wartość 0,993. Dodatkowo, rzetelność wewnętrzna skali, mierzona współczynnikiem Alfa Cronbacha, wynosi bardzo wysokie 0,882. Oznacza to, że konstrukt „Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń" jest mierzony w sposób stabilny, spójny i trafny.

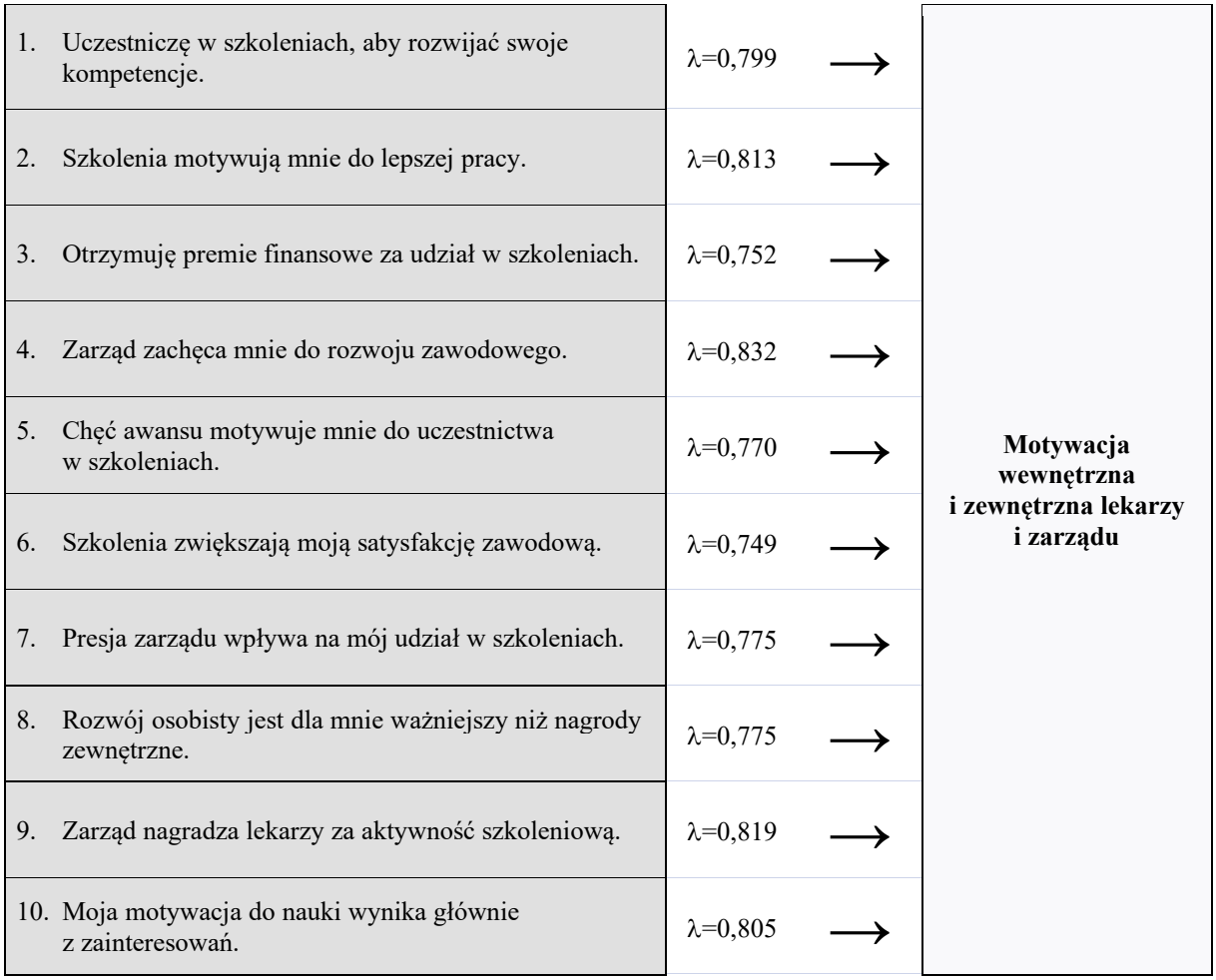
Tabela 26. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających dostępność finansową i logistyczną szkoleń

	Średnia	Mediana	Skośność	Kurtoza	Odchylenie standardowe
1. Koszty szkoleń są pokrywane przez pracodawcę.	3,48	3,00	-0,15	-0,84	1,08
2. Szkolenia odbywają się w dogodnych lokalizacjach.	3,67	4,00	-0,25	-0,72	1,00
3. Harmonogram szkoleń jest dostosowany do mojego grafiku pracy.	3,68	4,00	-0,35	-0,86	1,09
4. Mam dostęp do szkoleń online o dowolnej porze.	3,68	4,00	-0,28	-0,80	1,03
5. Brak finansowania ogranicza mój udział w szkoleniach.	3,62	4,00	-0,31	-0,72	1,05
6. Szkolenia są organizowane w przystępnych terminach.	3,66	4,00	-0,31	-0,68	1,02
7. Transport na szkolenia jest zapewniany przez placówkę.	3,57	4,00	-0,26	-0,83	1,09
8. Koszty dojazdu są refundowane przez pracodawcę.	3,81	4,00	-0,52	-0,46	1,02
9. Szkolenia są oferowane w rozsądnej cenie.	3,58	4,00	-0,21	-0,79	1,05
10. Logistyka szkoleń nie stanowi dla mnie problemu.	3,65	4,00	-0,33	-0,67	1,05
Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń	**3,64**	**3,60**	**0,26**	**-0,43**	**0,72**

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 27 i rysunek 5 opisują wyniki dla konstruktu „Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu". Tabela 27, przedstawiająca statystyki podstawowe, wskazuje, że poziom motywacji lekarzy, będący połączeniem czynników wewnętrznych i zewnętrznych, jest umiarkowanie wysoki, o czym świadczy średnia dla całego konstruktu wynosząca 3,59

przy odchyleniu standardowym 0,75. Lekarze najwyżej oceniają pozycję „Uczestniczę w szkoleniach, aby rozwijać swoje kompetencje" (średnia 3,72), co świadczy o dominacji motywacji wewnętrznej i rozwojowej. Wszystkie pozycje charakteryzują się średnimi powyżej 3,40 oraz dominującą medianą 4,00, co oznacza, że badani wykazują raczej pozytywne nastawienie do czynników motywujących. Najniższą średnią (3,46) uzyskało stwierdzenie „Zarząd zachęca mnie do rozwoju zawodowego". Wartości skośności i kurtozy sugerują rozkłady zbliżone do normalnego, z niewielkim przesunięciem ku wyższym wartościom skali.



Rysunek 5. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających motywację wewnętrzną i zewnętrzną lekarzy i zarządu (RMSEA=0,035; CFI=0,989; Alfa Cronbacha=0,821; CMIN=43,333; p<0,01)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 5 prezentuje wyniki Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA), potwierdzając trafność i rzetelność skali. Wszystkie dziesięć pozycji mierzących motywację obciąża konstrukt silnymi standaryzowanymi ładunkami czynnikowymi (λ), mieszczącymi się w zakresie od 0,749 do 0,832. Równie wysoki poziom rzetelności wewnętrznej potwierdza

współczynnik Alfa Cronbacha wynoszący 0,821. Wskaźniki dopasowania modelu globalnego są doskonałe: RMSEA wynosi 0,035, a CFI osiąga wartość 0,989. W rezultacie, model pomiarowy dla motywacji jest doskonale dopasowany do danych empirycznych i może być z powodzeniem wykorzystany w dalszej analizie ścieżek.

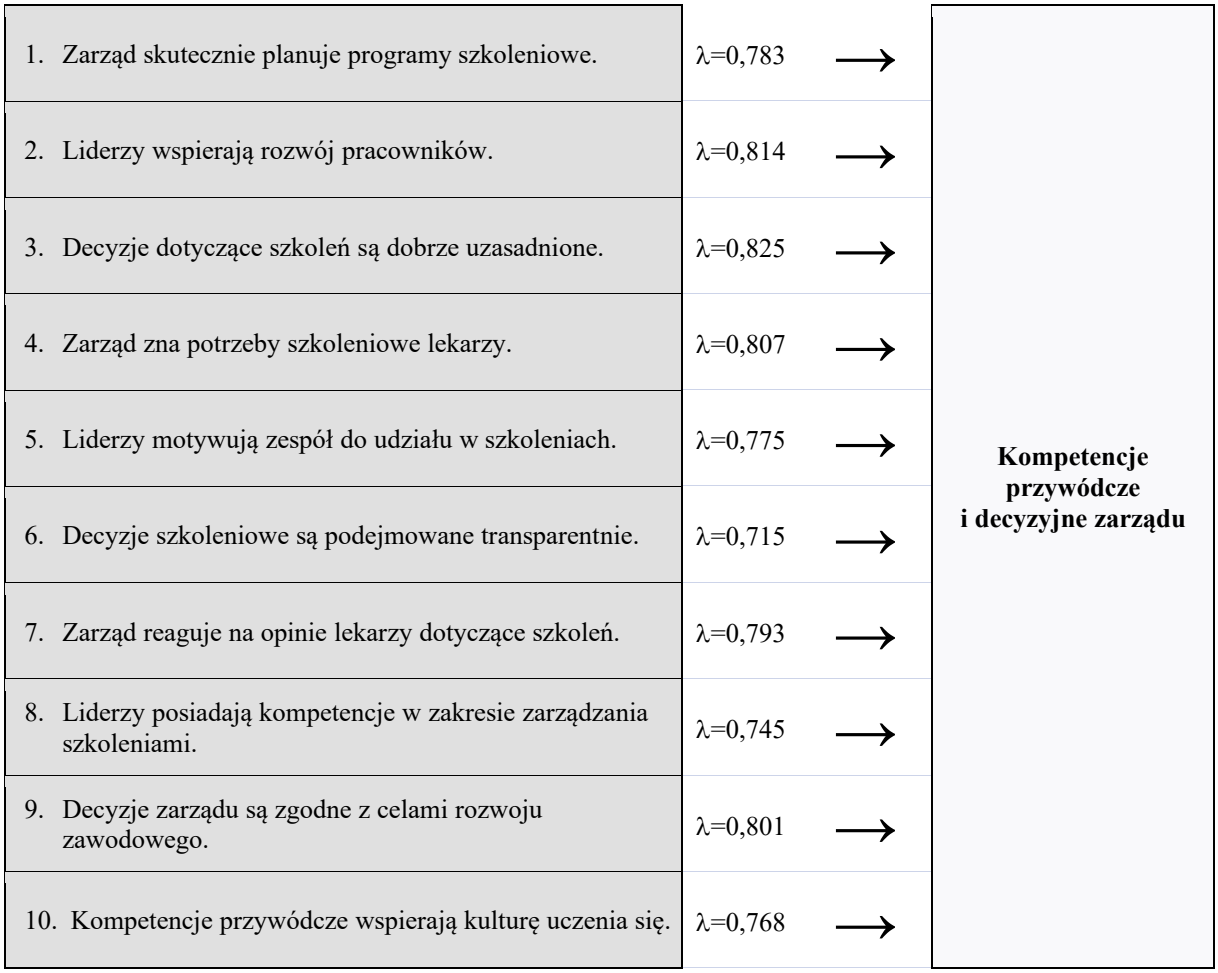
Tabela 27. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających motywację wewnętrzną i zewnętrzną lekarzy i zarządu

	Średnia	Mediana	Skośność	Kurtoza	Odchylenie standardowe
1. Uczestniczę w szkoleniach, aby rozwijać swoje kompetencje.	3,72	4,00	-0,39	-0,57	1,00
2. Szkolenia motywują mnie do lepszej pracy.	3,63	4,00	-0,31	-0,77	1,08
3. Otrzymuję premie finansowe za udział w szkoleniach.	3,56	4,00	-0,24	-0,78	1,09
4. Zarząd zachęca mnie do rozwoju zawodowego.	3,46	3,00	-0,11	-0,90	1,10
5. Chęć awansu motywuje mnie do uczestnictwa w szkoleniach.	3,50	4,00	-0,19	-0,76	1,05
6. Szkolenia zwiększają moją satysfakcję zawodową.	3,59	4,00	-0,31	-0,64	1,05
7. Presja zarządu wpływa na mój udział w szkoleniach.	3,60	4,00	-0,39	-0,55	1,07
8. Rozwój osobisty jest dla mnie ważniejszy niż nagrody zewnętrzne.	3,62	4,00	-0,40	-0,46	1,04
9. Zarząd nagradza lekarzy za aktywność szkoleniową.	3,64	4,00	-0,36	-0,76	1,08
10. Moja motywacja do nauki wynika głównie z zainteresowań.	3,57	4,00	-0,38	-0,74	1,11
Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu	3,59	3,50	0,17	-0,38	0,75

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 28 i rysunek 6 opisują wyniki dla konstruktu „Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu". Tabela 28, zawierająca statystyki opisowe, wskazuje, że lekarze umiarkowanie pozytywnie oceniają kompetencje zarządu w obszarze szkoleń, ze średnią dla całego konstruktu wynoszącą 3,55 i odchyleniem standardowym 0,73. Średnie dla poszczególnych pozycji mieszczą się w przedziale od 3,32 do 3,64, a dominująca mediana 4,00 świadczy o skłonności do wyrażania umiarkowanej zgody ze stwierdzeniami. Najlepiej

oceniono pozycje „Zarząd zna potrzeby szkoleniowe lekarzy” (3,64) oraz „Decyzje dotyczące szkoleń są dobrze uzasadnione” (3,63). Najniżej oceniono zgodność decyzji zarządu z celami rozwoju zawodowego (3,32). Niska wartość skośności dla konstruktu (0,02) sugeruje rozkład odpowiedzi bliski symetrycznemu. Rysunek 6 przedstawia wyniki Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA), potwierdzając bardzo dobrą jakość psychometryczną mierzonej skali. Dopasowanie modelu do danych empirycznych jest bardzo wysokie, o czym świadczą wskaźniki RMSEA (0,044) oraz CFI (0,988). Wszystkie dziesięć pozycji pomiarowych obciąża konstrukt silnymi standaryzowanymi ładunkami czynnikowymi (λ) w przedziale od 0,715 do 0,825, co potwierdza wysoką trafność zbieżną. Rzetelność wewnętrzna skali, określona współczynnikiem Alfa Cronbacha, wynosi wysokie 0,833. Całokształt wyników walidacyjnych wskazuje, że konstrukt „Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu” jest mierzony rzetelnie i trafnie.



Rysunek 6. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu (RMSEA=0,044; CFI=0,988; Alfa Cronbacha=0,833; CMIN=43,433; p<0,01)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 28. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu

	Średnia	Mediana	Skośność	Kurtoza	Odchylenie standardowe
1. Zarząd skutecznie planuje programy szkoleniowe.	3,55	4,00	-0,28	-0,70	1,06
2. Liderzy wspierają rozwój pracowników.	3,57	4,00	-0,31	-0,79	1,10
3. Decyzje dotyczące szkoleń są dobrze uzasadnione.	3,63	4,00	-0,33	-0,61	1,04
4. Zarząd zna potrzeby szkoleniowe lekarzy.	3,64	4,00	-0,40	-0,53	1,05
5. Liderzy motywują zespół do udziału w szkoleniach.	3,54	4,00	-0,19	-0,85	1,07
6. Decyzje szkoleniowe są podejmowane transparentnie.	3,61	4,00	-0,27	-0,67	1,04
7. Zarząd reaguje na opinie lekarzy dotyczące szkoleń.	3,50	4,00	-0,24	-0,80	1,10
8. Liderzy posiadają kompetencje w zakresie zarządzania szkoleniami.	3,60	4,00	-0,23	-0,76	1,02
9. Decyzje zarządu są zgodne z celami rozwoju zawodowego.	3,32	3,00	0,01	-0,90	1,07
10. Kompetencje przywódcze wspierają kulturę uczenia się.	3,51	4,00	-0,18	-0,92	1,08
Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu	3,55	3,50	0,02	-0,61	0,73

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 29 i rysunek 7 opisują wyniki dla konstruktu „Wpływ digitalizacji i e-learningu". Tabela 29, przedstawiająca statystyki podstawowe dla dziesięciu wskaźników, wskazuje, że lekarze umiarkowanie pozytywnie oceniają wpływ digitalizacji na szkolenia. Średnia dla całego konstruktu wynosi 3,51 przy niskim odchyleniu standardowym 0,69. Średnie dla poszczególnych pozycji mieszczą się w przedziale od 3,29 do 3,65, a dominująca mediana 4,00 świadczy o skłonności do wyrażania zgody. Najwyżej oceniono pozycje „Placówka inwestuje w rozwój e-learningu" (3,65) oraz „Preferuję szkolenia online zamiast stacjonarnych" (3,64). Najniżej oceniona została efektywność digitalizacji w zmniejszaniu barier logistycznych (3,29). Niskie wartości skośności i kurtozy sugerują, że rozkład odpowiedzi jest zbliżony do normalnego.

e41	1. E-learning ułatwia mi dostęp do szkoleń.	λ=0,768 →	**Wpływ digitalizacji i e-learningu**
e42	2. Digitalizacja zwiększa elastyczność udziału w szkoleniach.	λ=0,789 →	
e43	3. Korzystam z platform e-learningowych w rozwoju zawodowym.	λ=0,752 →	
e44	4. Szkolenia online są równie skuteczne jak tradycyjne.	λ=0,760 →	
e45	5. Placówka zapewnia dostęp do narzędzi e-learningowych.	λ=0,771 →	
e46	6. E-learning umożliwia mi naukę w dogodnym czasie.	λ=0,821 →	
e47	7. Digitalizacja zmniejsza bariery logistyczne.	λ=0,717 →	
e48	8. Preferuję szkolenia online zamiast stacjonarnych.	λ=0,876 →	
e49	9. Placówka inwestuje w rozwój e-learningu.	λ=0,819 →	
e50	10. Digitalizacja poprawia jakość szkoleń.	λ=0,738 →	

Rysunek 7. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających wpływ digitalizacji i e-learningu (RMSEA=0,033; CFI=0,977; Alfa Cronbacha=0,898; CMIN=44,325; p<0,01)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 7 ilustruje wyniki Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA), potwierdzając bardzo dobrą jakość psychometryczną mierzonej skali. Dopasowanie modelu do danych jest bardzo wysokie, o czym świadczą wskaźniki RMSEA (0,033) oraz CFI (0,977). Wszystkie pozycje pomiarowe obciążają konstrukt silnymi standaryzowanymi ładunkami czynnikowymi (λ) w szerokim zakresie od 0,717 do 0,876, potwierdzając wysoką trafność zbieżną. Szczególnie wysoki ładunek odnotowano dla pozycji „Preferuję szkolenia online zamiast stacjonarnych" (λ=0,876). Rzetelność wewnętrzna skali, mierzona współczynnikiem Alfa Cronbacha, wynosi bardzo wysokie 0,898. W rezultacie, konstrukt „Wpływ digitalizacji i e-learningu" jest mierzony w sposób wysoce rzetelny i trafny.

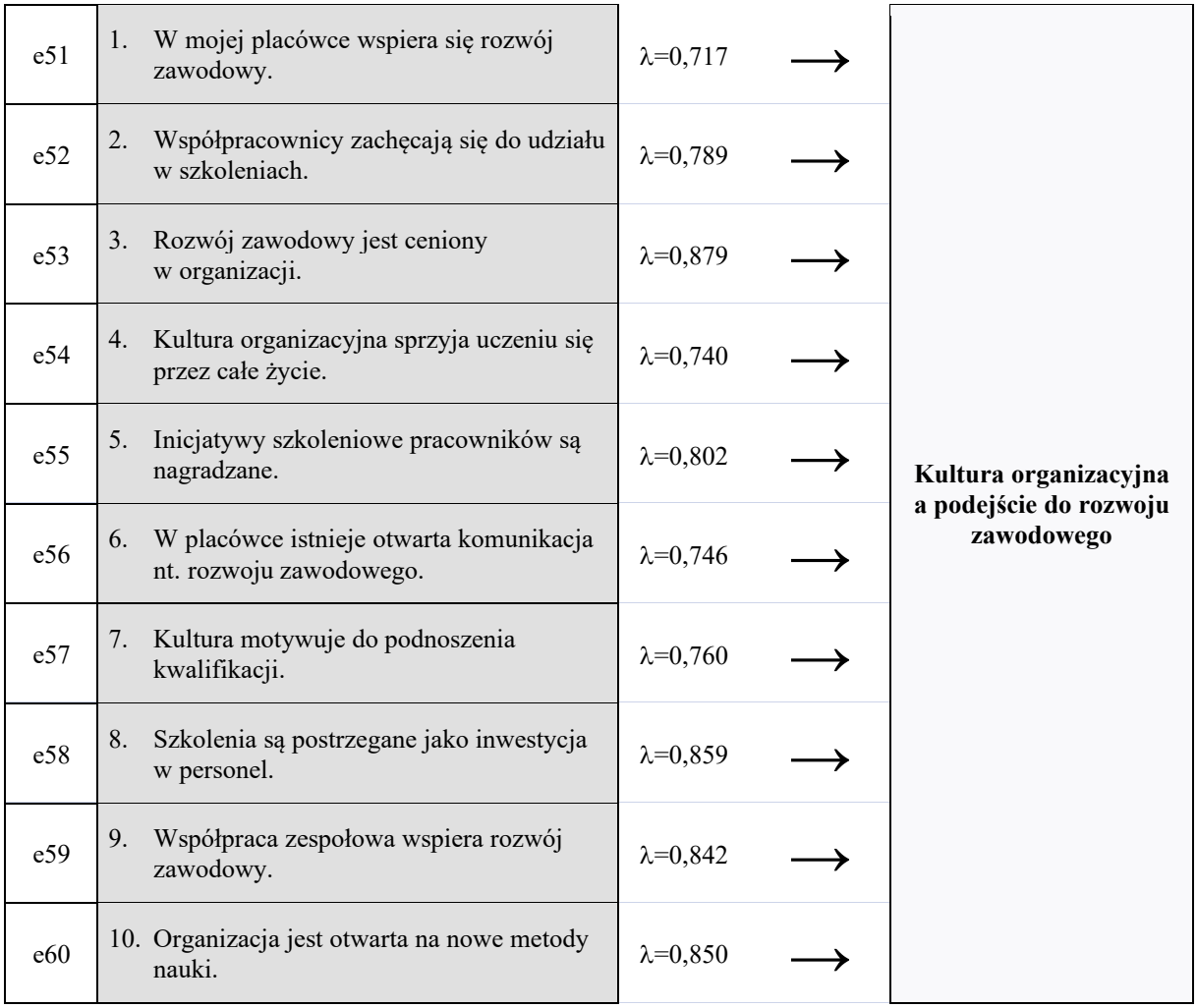
Tabela 29. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających wpływ digitalizacji i e-learningu

	Średnia	Mediana	Skośność	Kurtoza	N	Odchylenie standardowe
1. E-learning ułatwia mi dostęp do szkoleń.	3,51	3,50	-0,19	-0,77	712,00	1,07
2. Digitalizacja zwiększa elastyczność udziału w szkoleniach.	3,60	4,00	-0,31	-0,66	712,00	1,05
3. Korzystam z platform e-learningowych w rozwoju zawodowym.	3,32	3,00	-0,10	-0,84	712,00	1,07
4. Szkolenia online są równie skuteczne jak tradycyjne.	3,42	3,00	-0,08	-0,54	712,00	0,99
5. Placówka zapewnia dostęp do narzędzi e-learningowych.	3,53	4,00	-0,24	-0,84	712,00	1,09
6. E-learning umożliwia mi naukę w dogodnym czasie.	3,60	4,00	-0,32	-0,67	712,00	1,05
7. Digitalizacja zmniejsza bariery logistyczne.	3,29	3,00	0,01	-0,88	712,00	1,00
8. Preferuję szkolenia online zamiast stacjonarnych.	3,64	4,00	-0,27	-0,73	712,00	1,01
9. Placówka inwestuje w rozwój e-learningu.	3,65	4,00	-0,32	-0,68	712,00	1,04
10. Digitalizacja poprawia jakość szkoleń.	3,58	4,00	-0,28	-0,74	712,00	1,06
Wpływ digitalizacji i e-learningu	3,51	3,50	-0,23	-0,51	712,00	0,69

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 30 i rysunek 8 opisują wyniki dla konstruktu „Kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego". Tabela 30, prezentująca statystyki opisowe dla dziesięciu wskaźników, wskazuje, że lekarze pozytywnie oceniają kulturę organizacyjną w kontekście rozwoju zawodowego. Średnia dla całego konstruktu wynosi 3,65 przy bardzo niskim odchyleniu standardowym 0,57, co świadczy o wysokiej zgodności respondentów. Pozycje kwestionariuszowe charakteryzują się średnimi w zakresie od 3,40 do 3,85, z dominującą medianą 4,00. Najwyżej oceniono pozycje: „Współpraca zespołowa wspiera rozwój zawodowy" (3,85) oraz „Organizacja jest otwarta na nowe metody nauki" (3,77). Najniższą średnią (3,40) uzyskało stwierdzenie dotyczące otwartej komunikacji na temat rozwoju zawodowego. Rysunek 8 przedstawia wyniki Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA), potwierdzając wzorową jakość psychometryczną skali. Wszystkie pozycje pomiarowe

obciążają konstrukt silnymi standaryzowanymi ładunkami czynnikowymi (λ) w przedziale od 0,717 do 0,879, ze szczególnym uwzględnieniem pozycji „Rozwój zawodowy jest ceniony w organizacji" (λ=0,879), co potwierdza bardzo wysoką trafność zbieżną. Dopasowanie modelu do danych jest wyjątkowo dobre, o czym świadczą wskaźniki: RMSEA wynosi bardzo niskie 0,014, a CFI 0,984. Ponadto, współczynnik Alfa Cronbacha osiągnął wartość 0,901, co świadczy o bardzo wysokiej rzetelności i spójności wewnętrznej skali. W konsekwencji, konstrukt „Kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego" jest mierzony w sposób stabilny i trafny.



Rysunek 8. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających kulturę organizacyjną a podejście do rozwoju zawodowego (RMSEA=0,014; CFI=0,984; Alfa Cronbacha=0,901; CMIN=49,332; p<0,01)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

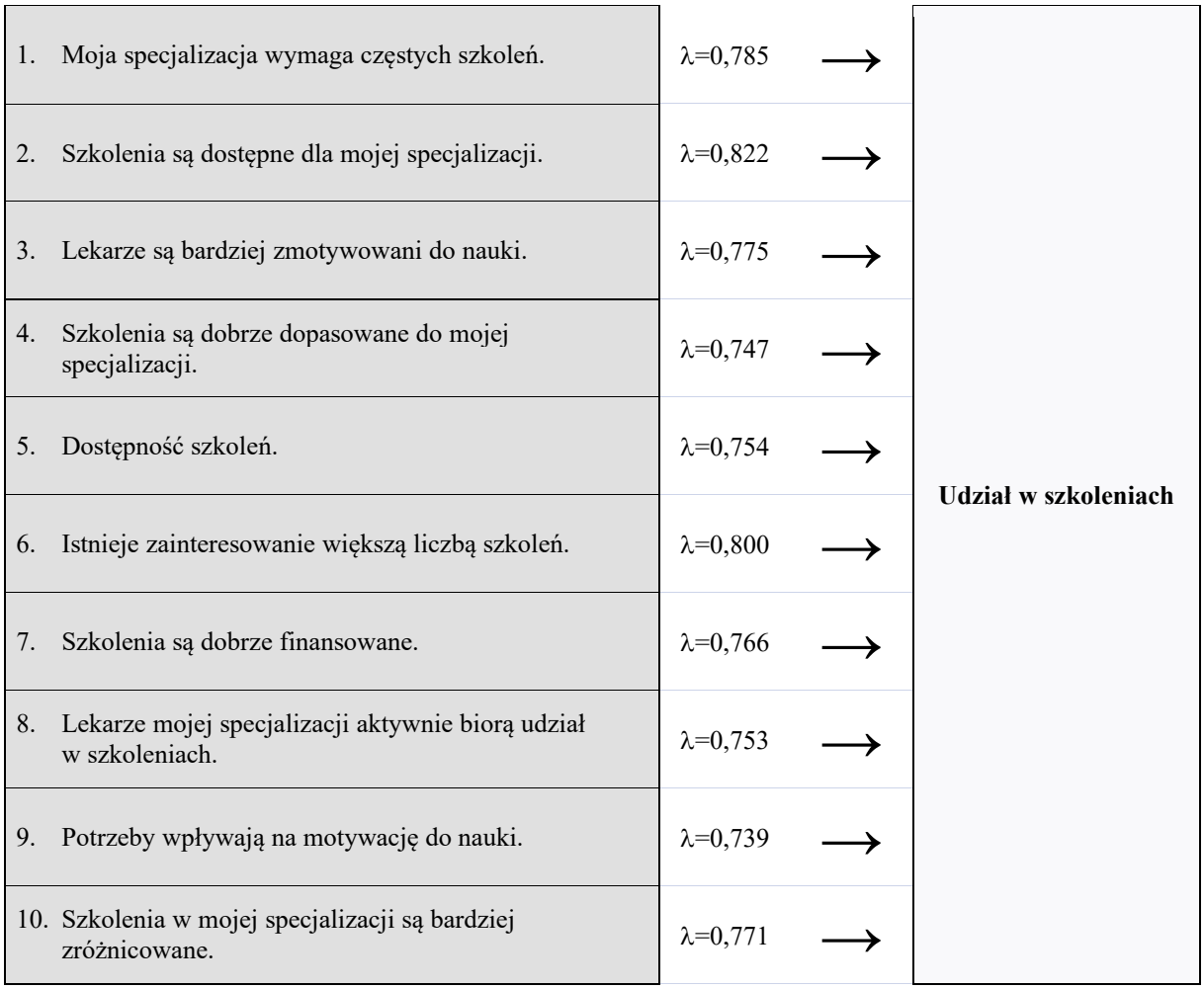
Tabela 30. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających kulturę organizacyjną a podejście do rozwoju zawodowego

	Średnia	Mediana	Skośność	Kurtoza	Odchylenie standardowe
1. W mojej placówce wspiera się rozwój zawodowy.	3,60	4,00	-0,23	-0,82	1,05
2. Współpracownicy zachęcają się do udziału w szkoleniach.	3,72	4,00	-0,33	-0,65	0,99
3. Rozwój zawodowy jest ceniony w organizacji.	3,63	4,00	-0,30	-0,67	1,03
4. Kultura organizacyjna sprzyja uczeniu się przez całe życie.	3,69	4,00	-0,32	-0,62	1,01
5. Inicjatywy szkoleniowe pracowników są nagradzane.	3,59	4,00	-0,17	-0,91	1,02
6. W placówce istnieje otwarta komunikacja nt. rozwoju zawodowego.	3,40	3,00	-0,08	-0,46	0,96
7. Kultura motywuje do podnoszenia kwalifikacji.	3,52	3,00	-0,06	-0,38	0,91
8. Szkolenia są postrzegane jako inwestycja w personel.	3,70	4,00	-0,24	-0,79	1,00
9. Współpraca zespołowa wspiera rozwój zawodowy.	3,85	4,00	-0,28	-0,60	0,88
10. Organizacja jest otwarta na nowe metody nauki.	3,77	4,00	-0,34	-0,65	0,96
Kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego	3,65	3,60	0,01	-0,51	0,57

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 31 i rysunek 9 opisują wyniki dla konstruktu „Udział w szkoleniach", który w tym badaniu pełni rolę zmiennej zależnej (wynikowej). Tabela 31, przedstawiająca statystyki opisowe, wskazuje na bardzo wysoką ocenę faktycznego i potencjalnego udziału w szkoleniach wśród lekarzy, o czym świadczy średnia dla całego konstruktu wynosząca 3,77 przy niskim odchyleniu standardowym 0,64. Wszystkie pozycje charakteryzują się wysokimi średnimi w przedziale od 3,59 do 3,89 oraz dominującą medianą 4,00, co oznacza, że badani zdecydowanie zgadzają się ze stwierdzeniami. Najwyżej oceniono ogólną „Dostępność szkoleń" (3,89) oraz to, że „Potrzeby wpływają na motywację do nauki" (3,86). Najniższe średnie, choć wciąż wysokie, odnotowano dla stwierdzeń dotyczących częstych szkoleń wymaganych przez specjalizację (3,59) oraz zróżnicowania szkoleń w specjalizacji (3,60). Rysunek 9 ilustruje wyniki Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA) dla tego konstruktu,

potwierdzając jego bardzo wysoką jakość psychometryczną. Wszystkie dziesięć pozycji obciąża konstrukt silnymi standaryzowanymi ładunkami czynnikowymi (λ) w przedziale od 0,739 do 0,822, co potwierdza wysoką trafność zbieżną.



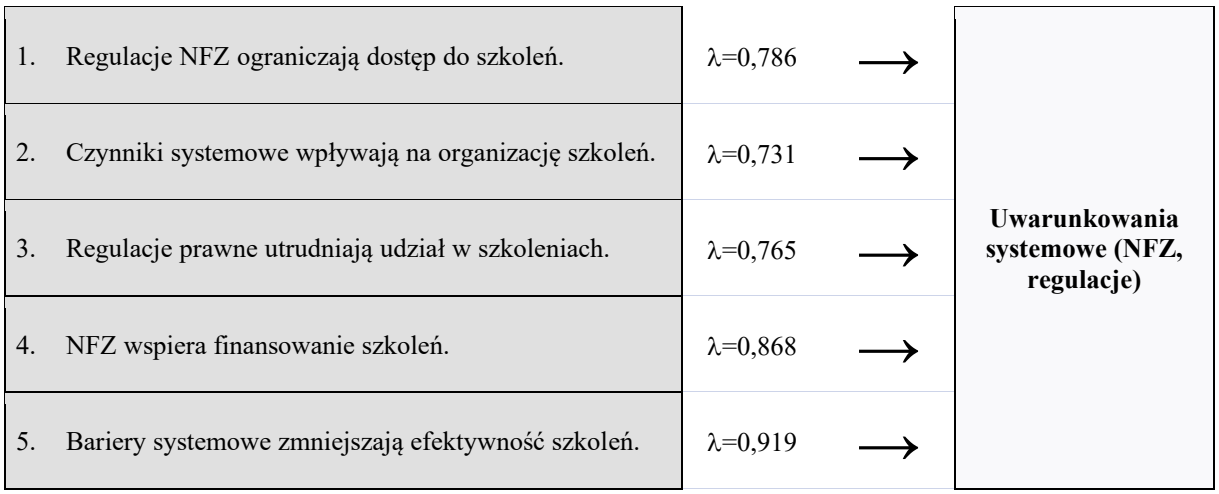
Rysunek 9. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających udział w szkoleniach (RMSEA=0,041; CFI=0,984; Alfa Cronbacha=0,811; CMIN=44,333; p<0,01)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Dopasowanie modelu do danych empirycznych jest bardzo dobre, o czym świadczą wskaźniki: RMSEA wynosi 0,041, a CFI osiąga wartość 0,984. Ponadto, rzetelność wewnętrzna skali, określona współczynnikiem Alfa Cronbacha, wynosi 0,811. Tym samym konstrukt „Udział w szkoleniach" charakteryzuje się pełną rzetelnością i trafnością.

Tabela 31. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających udział w szkoleniach

	Średnia	Mediana	Skośność	Kurtoza	Odchylenie standardowe
1. Moja specjalizacja wymaga częstych szkoleń.	3,59	4,00	-0,08	-0,74	0,98
2. Szkolenia są dostępne dla mojej specjalizacji.	3,82	4,00	-0,24	-0,90	0,94
3. Lekarze są bardziej zmotywowani do nauki.	3,82	4,00	-0,31	-0,84	0,96
4. Szkolenia są dobrze dopasowane do mojej specjalizacji.	3,85	4,00	-0,32	-0,82	0,96
5. Dostępność szkoleń.	3,89	4,00	-0,33	-0,69	0,92
6. Istnieje zainteresowanie większą liczbą szkoleń.	3,82	4,00	-0,23	-0,89	0,93
7. Szkolenia są dobrze finansowane.	3,76	4,00	-0,26	-0,71	0,96
8. Lekarze mojej specjalizacji aktywnie biorą udział w szkoleniach.	3,74	4,00	-0,28	-0,69	0,99
9. Potrzeby wpływają na motywację do nauki.	3,86	4,00	-0,33	-0,73	0,92
10. Szkolenia w mojej specjalizacji są bardziej zróżnicowane.	3,60	4,00	-0,01	-0,51	0,90
Udział w szkoleniach	3,77	3,80	0,08	-0,80	0,64



Rysunek 10. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje) (RMSEA=0,044; CFI=0,954; Alfa Cronbacha=0,811; CMIN=44,322 p<0,01)

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

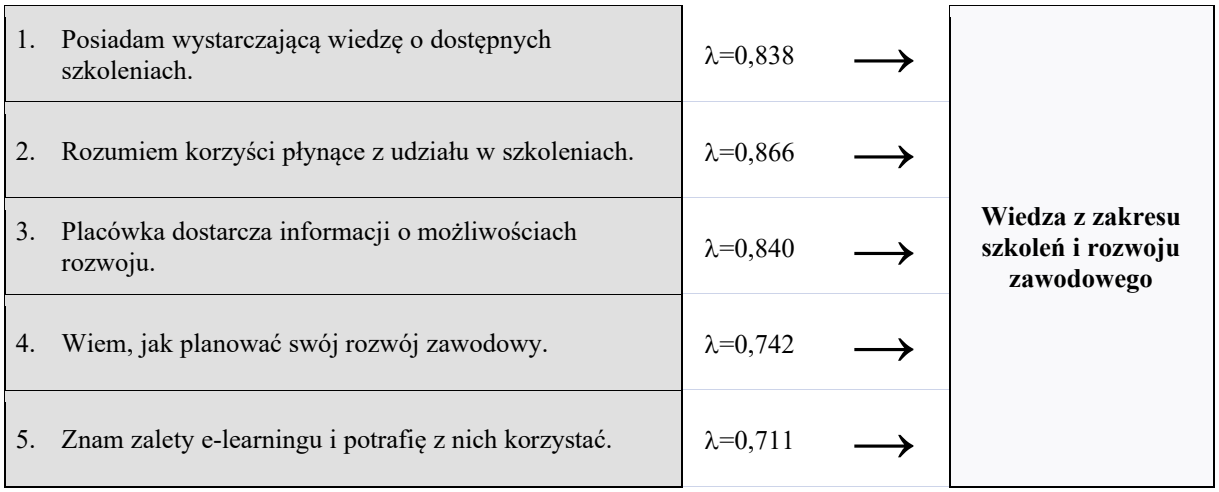
Tabela 32. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje)

	Średnia	Mediana	Skośność	Kurtoza	Odchylenie standardowe
1. Regulacje NFZ ograniczają dostęp do szkoleń.	3,83	4,00	-0,26	-0,75	0,94
2. Czynniki systemowe wpływają na organizację szkoleń.	3,63	4,00	0,04	-0,81	0,92
3. Regulacje prawne utrudniają udział w szkoleniach.	3,63	4,00	-0,11	-0,92	1,00
4. NFZ wspiera finansowanie szkoleń.	3,73	4,00	-0,15	-0,89	0,94
5. Bariery systemowe zmniejszają efektywność szkoleń.	3,57	4,00	-0,09	-0,81	1,00
Uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje)	3,68	3,60	0,14	-0,81	0,63

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 32 i rysunek 10 opisują wyniki dla konstruktu „Uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje)". Tabela 32, zawierająca statystyki opisowe dla pięciu wskaźników, wskazuje, że lekarze umiarkowanie pozytywnie oceniają wpływ czynników systemowych na organizację i dostępność szkoleń. Średnia dla całego konstruktu wynosi 3,68 przy niskim odchyleniu standardowym 0,63, co świadczy o względnej zgodności opinii. Pozycje charakteryzują się średnimi w przedziale od 3,57 do 3,83, z dominującą medianą 4,00. Najwyżej oceniono stwierdzenie, że „Regulacje NFZ ograniczają dostęp do szkoleń" (3,83), co może wskazywać na postrzeganie przez lekarzy systemu jako czynnika ograniczającego. Najniższą średnią (3,57) uzyskało stwierdzenie dotyczące zmniejszania efektywności szkoleń przez bariery systemowe. Rysunek 10 ilustruje wyniki Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA) i potwierdza bardzo wysoką jakość psychometryczną skali. Wszystkie pięć pozycji mierzących uwarunkowania systemowe obciąża konstrukt silnymi standaryzowanymi ładunkami czynnikowymi (λ) w przedziale od 0,731 do 0,919. Wskaźnik „Bariery systemowe zmniejszają efektywność szkoleń" odnotował wyjątkowo wysoki ładunek (λ=0,919). Dopasowanie modelu do danych empirycznych jest bardzo dobre, co potwierdzają wskaźniki: RMSEA wynosi 0,044, a CFI osiąga wartość 0,954. Rzetelność wewnętrzna skali, mierzona współczynnikiem Alfa Cronbacha, wynosi 0,811. Tym samym konstrukt „Uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje)" jest mierzony w sposób stabilny i trafny.

Rysunek 11 przedstawia wyniki analizy konfirmacyjnej dla jednoczynnikowego konstruktu „Wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego". Model obejmuje pięć wskaźników obserwowalnych o następujących standaryzowanych ładunkach czynnikowych: 0,838 (wystarczająca wiedza o dostępnych szkoleniach), 0,866 (rozumienie korzyści z udziału w szkoleniach), 0,840 (dostarczanie przez placówkę informacji o możliwościach rozwoju), 0,742 (umiejętność planowania własnego rozwoju zawodowego) oraz 0,711 (znajomość zalet e-learningu i umiejętność z niego korzystania). Model charakteryzuje się bardzo dobrym dopasowaniem (RMSEA = 0,045, CFI = 0,987), wysoką spójnością wewnętrzną (alfa Cronbacha = 0,825) i istotnością statystyczną (CMIN = 42,344, p < 0,01).



Rysunek 11. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających wiedzę z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego (RMSEA=0,045; CFI=0,987; Alfa Cronbacha=0,825; CMIN=42,344; p<0,01).

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 12 opisuje wyniki dla konstruktu „Etyka zawodowa a decyzje zarządcze". Tabela 33, przedstawiająca statystyki opisowe, wskazuje, że lekarze bardzo pozytywnie oceniają powiązanie decyzji zarządczych z zasadami etyki zawodowej, o czym świadczy średnia dla całego konstruktu wynosząca 3,70 przy bardzo niskim odchyleniu standardowym 0,55, co oznacza wysoką zgodność respondentów. Średnie dla poszczególnych pozycji mieszczą się w przedziale od 3,38 do 3,88. Najwyżej oceniono pozycję, zgodnie z którą polityka zarządcza chroni niezależność lekarzy w podejmowaniu decyzji klinicznych (średnia 3,88), a zaraz za nią inwestowanie placówki w szkolenia z zakresu etyki zawodowej (3,84). Najniżej oceniono transparentność w podejmowaniu decyzji medycznych (3,38). Rysunek 12 ilustruje wyniki Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA) i potwierdza wzorową jakość

psychometryczną skali. Wszystkie dziesięć pozycji mierzących etykę obciąża konstrukt silnymi standaryzowanymi ładunkami czynnikowymi (λ) w przedziale od 0,747 do 0,847, co potwierdza wysoką trafność zbieżną. Wskaźniki dopasowania modelu do danych empirycznych są doskonałe: RMSEA wynosi bardzo niskie 0,022, a CFI osiąga wartość 0,986. Rzetelność wewnętrzna skali, mierzona współczynnikiem Alfa Cronbacha, wynosi 0,851. Podsumowując, konstrukt „Etyka zawodowa a decyzje zarządcze" jest mierzony w sposób stabilny i wysoce trafny.

e81	1. Zarząd podejmuje decyzje zgodnie z zasadami etyki lekarskiej.	λ=0,768 →	**Etyka zawodowa a decyzje zarządcze**
e82	2. Strategie zarządcze uwzględniają dobro pacjenta jako priorytet.	λ=0,834 →	
e83	3. Placówka posiada jasno określone standardy etyczne w praktyce lekarskiej.	λ=0,812 →	
e84	4. Polityka zarządcza promuje transparentność w podejmowaniu decyzji medycznych.	λ=0,799 →	
e85	5. Lekarze mają możliwość zgłaszania wątpliwości etycznych dotyczących pracy bez obawy o konsekwencje.	λ=0,790 →	
e86	6. Zarząd wspiera lekarzy w podejmowaniu trudnych decyzji etycznych.	λ=0,797 →	
e87	7. Placówka inwestuje w szkolenia z zakresu etyki zawodowej.	λ=0,818 →	
e88	8. Konflikty interesów są otwarcie identyfikowane i rozwiązywane.	λ=0,755 →	
e89	9. Polityka zarządcza chroni niezależność lekarzy w podejmowaniu decyzji klinicznych.	λ=0,847 →	
e90	10. Zarząd wspiera kulturę organizacyjną opartą na odpowiedzialności i zaufaniu.	λ=0,747 →	

Rysunek 12. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających etykę zawodową, a decyzje zarządcze (RMSEA=0,022; CFI=0,986; Alfa Cronbacha=0,851; CMIN=49,655; p<0,01).

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 33. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających etykę zawodową, a decyzje zarządcze

	Średnia	Mediana	Skośność	Kurtoza	Odchylenie standardowe
1. Zarząd podejmuje decyzje zgodnie z zasadami etyki lekarskiej.	3,44	3,00	-0,02	-0,84	0,98
2. Strategie zarządcze uwzględniają dobro pacjenta jako priorytet.	3,73	4,00	-0,16	-0,83	0,94
3. Placówka posiada jasno określone standardy etyczne w praktyce lekarskiej.	3,79	4,00	-0,22	-0,88	0,94
4. Polityka zarządcza promuje transparentność w podejmowaniu decyzji medycznych.	3,38	3,00	0,05	-0,76	0,97
5. Lekarze mają możliwość zgłaszania wątpliwości etycznych dotyczących pracy bez obawy o konsekwencje.	3,53	3,00	0,03	-0,47	0,90
6. Zarząd wspiera lekarzy w podejmowaniu trudnych decyzji etycznych.	3,81	4,00	-0,29	-0,67	0,93
7. Placówka inwestuje w szkolenia z zakresu etyki zawodowej.	3,84	4,00	-0,38	-0,66	0,96
8. Konflikty interesów są otwarcie identyfikowane i rozwiązywane.	3,82	4,00	-0,32	-0,69	0,97
9. Polityka zarządcza chroni niezależność lekarzy w podejmowaniu decyzji klinicznych.	3,88	4,00	-0,36	-0,79	0,95
10. Zarząd wspiera kulturę organizacyjną opartą na odpowiedzialności i zaufaniu.	3,80	4,00	-0,32	-0,56	0,93
Etyka zawodowa a decyzje zarządcze	3,70	3,70	0,03	-0,46	0,55

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Przeprowadzone analizy Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej (CFA) i analizy rzetelności stanowią pomyślną walidację psychometryczną narzędzia badawczego. Wszystkie z siedmiu testowanych konstruktów latentnych charakteryzują się wzorowym dopasowaniem modelu do danych empirycznych, co potwierdzają niezmiennie niskie wartości wskaźników RMSEA (w większości poniżej 0,045) oraz wysokie wskaźniki CFI (przekraczające 0,954). Wszystkie pozycje mierzące poszczególne konstrukty uzyskały wysokie standaryzowane ładunki czynnikowe (λ>0,70), co dowodzi silnej i pożądanej trafności zbieżnej. Ponadto, wewnętrzna spójność i rzetelność skal, mierzona współczynnikiem Alfa Cronbacha, osiągnęła bardzo wysoki poziom, z wartościami dla wszystkich konstruktów powyżej 0,811, a dla niektórych skal nawet przekraczając 0,89. Tak kompleksowa i pozytywna weryfikacja

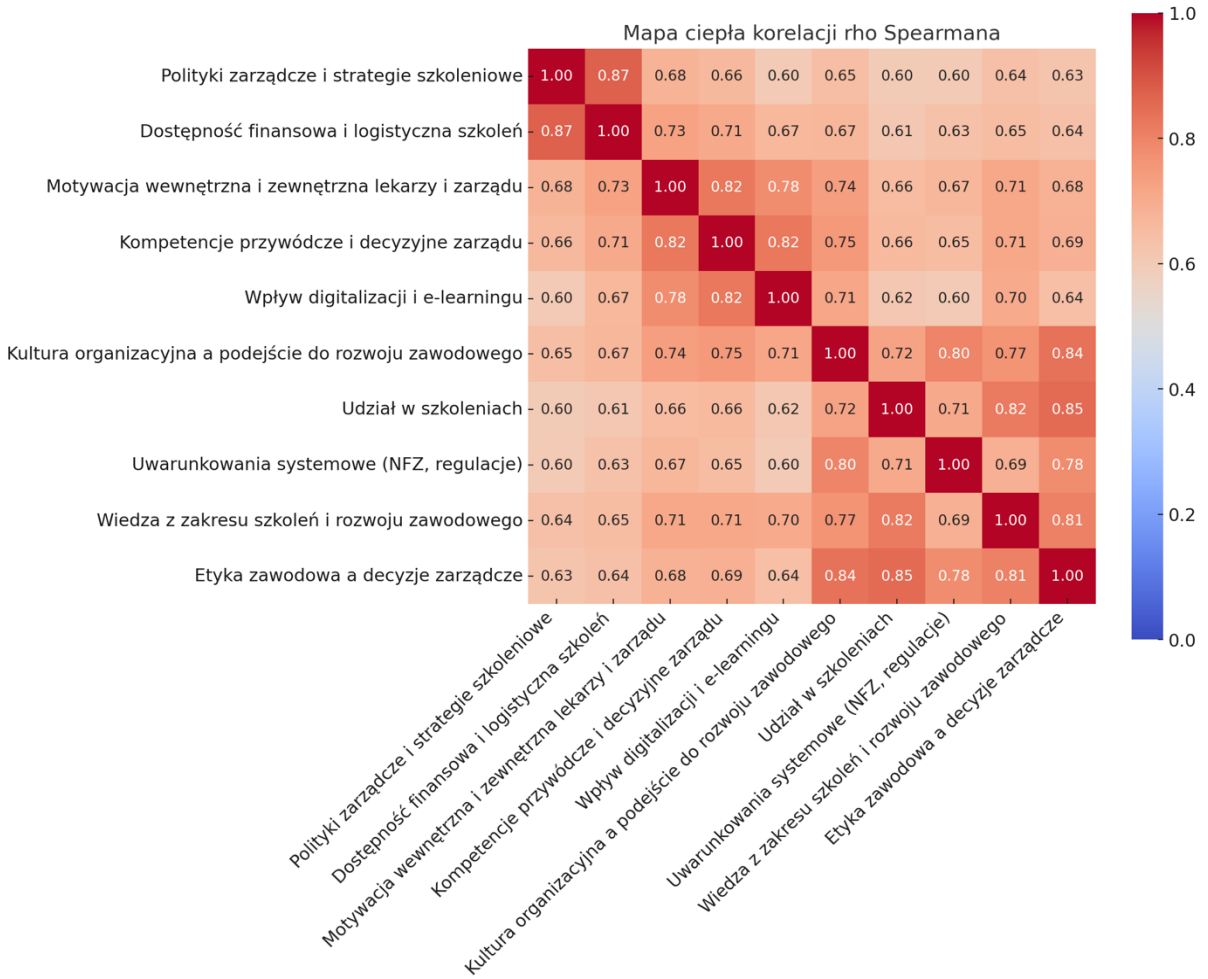
wszystkich skal pomiarowych umożliwia uznanie konstruktów za poprawnie operacjonalizowane i w pełni kwalifikuje je do wykorzystania w kolejnym etapie badań, czyli Modelowaniu Równań Strukturalnych (SEM).

5.3. Statystyczna weryfikacja hipotez badawczych

Po pomyślnym zakończeniu etapu walidacji psychometrycznej w podrozdziale 5.1, gdzie za pomocą Konfirmacyjnej Analizy Czynnikowej potwierdzono wysoką rzetelność i trafność pomiaru wszystkich konstruktów latentnych, niniejszy podrozdział przechodzi do sprawdzenia relacji między tymi zmiennymi. Celem statystycznej weryfikacji hipotez badawczych jest sprawdzenie, w jakim stopniu związki przyczynowo-skutkowe założone w Modelu Strukturalnym oraz w sformułowanych hipotezach badawczych znajdują odzwierciedlenie w danych empirycznych. W pierwszej kolejności zostanie przeprowadzona analiza korelacji (np. z wykorzystaniem współczynnika rho Spearmana, z uwagi na charakter rozkładów), która pozwoli określić siłę i kierunek powiązań między wszystkimi rozpatrywanymi zmiennymi. Następnie zostaną przetestowane wszystkie hipotezy dotyczące wpływu poszczególnych zmiennych egzogenicznych (między innymi: polityki zarządcze, motywacja, digitalizacja) na zmienną endogeniczną, którą jest Udział w szkoleniach. Wstępna weryfikacja zależności za pomocą klasycznych metod statystycznych stanowi niezbędny krok poprzedzający finalną analizę i pełne testowanie Modelu Równań Strukturalnych (SEM) w podrozdziale 5.3.

Analiza współczynników korelacji (rysunek 13) rho Spearmana wykazała szereg dodatnich i istotnych zależności pomiędzy udziałem w szkoleniach a pozostałymi badanymi zmiennymi, co potwierdza przyjętą hipotezę alternatywną. Umiarkowanie silny związek między udziałem w szkoleniach a politykami zarządczymi i strategiami szkoleniowymi (ρ=0,60) wskazuje, że dobrze zaplanowana polityka rozwoju kadr sprzyja większemu uczestnictwu w szkoleniach. Podobny poziom korelacji z dostępnością finansową i logistyczną (ρ=0,61) potwierdza, że odpowiednie zaplecze organizacyjne i środki finansowe ułatwiają podejmowanie aktywności szkoleniowej. Dodatnia korelacja z motywacją wewnętrzną i zewnętrzną lekarzy oraz zarządu (ρ=0,66) dowodzi, że wyższa motywacja zawodowa przekłada się na częstszy udział w szkoleniach, co sprzyja rozwojowi kompetencji i jakości pracy. Z kolei wysoka zależność między udziałem w szkoleniach a kompetencjami przywódczymi i decyzyjnymi zarządu (ρ=0,66) sugeruje, że menedżerowie o rozwiniętych

kompetencjach przywódczych chętniej uczestniczą w procesie doskonalenia zawodowego. Dodatnia korelacja z wpływem digitalizacji i e-learningu (ρ=0,62) wskazuje, że nowoczesne technologie i dostępność szkoleń online sprzyjają aktywizacji uczestników. Szczególnie silne zależności zaobserwowano między udziałem w szkoleniach a kulturą organizacyjną sprzyjającą rozwojowi zawodowemu (ρ=0,72) oraz uwarunkowaniami systemowymi, takimi jak regulacje i wsparcie instytucjonalne (ρ=0,71), co podkreśla znaczenie środowiska organizacyjnego i regulacyjnego w kształtowaniu postaw proedukacyjnych. Najsilniejsze korelacje wystąpiły jednak z wiedzą z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego (ρ=0,82) oraz etyką zawodową i decyzjami zarządczymi (ρ=0,85), co oznacza, że częstszy udział w szkoleniach sprzyja zarówno pogłębianiu wiedzy, jak i podejmowaniu bardziej odpowiedzialnych i etycznych decyzji.



Rysunek 13. Mapa ciepła współczynników korelacji rho Spearmana między wszystkimi dziesięcioma rozpatrywanymi wymiarami. Wszystkie korelacje są istotne statystycznie na poziomie p<0,05

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Podsumowując, wszystkie analizowane współczynniki przyjmują wartości dodatnie, mieszczące się w przedziale od 0,60 do 0,85, co wskazuje na silne, monotoniczne i istotne statystycznie zależności między udziałem w szkoleniach a pozostałymi zmiennymi. Oznacza to, że wzrost uczestnictwa w szkoleniach współwystępuje z lepszymi warunkami organizacyjnymi, wyższą motywacją, rozwiniętymi kompetencjami kierowniczymi, większą wiedzą zawodową i wyższymi standardami etycznymi. W konsekwencji, hipoteza zerowa ($H1_0$) została odrzucona**,** a hipoteza alternatywna ($H1_1$) – przyjęta, co potwierdza istnienie istotnych dodatnich zależności pomiędzy udziałem w szkoleniach a wszystkimi pozostałymi badanymi konstruktami.

Aby zweryfikować drugą hipotezę badawczą zastosowano model regresji wielokrotnej krokowej postępującej (rysunek 14). Celem analizy regresji wielorakiej było określenie, w jakim stopniu wybrane czynniki organizacyjne, motywacyjne i systemowe wpływają na poziom uczestnictwa w szkoleniach zawodowych. Zmienną zależną w modelu był udział w szkoleniach**,** natomiast jako zmienne niezależne uwzględniono: polityki zarządcze i strategie szkoleniowe, dostępność finansową i logistyczną szkoleń, motywację wewnętrzną i zewnętrzną lekarzy i zarządu, kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu, wpływ digitalizacji i e-learningu, kulturę organizacyjną, uwarunkowania systemowe, wiedzę z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego oraz etykę zawodową a decyzje zarządcze. Na podstawie struktury korelacji i relacji między zmiennymi można założyć, że model regresji wielorakiej opisujący zależność zmiennej „Udział w szkoleniach" (zmienna zależna) od wymienionych czynników niezależnych osiąga wysoką wartość dopasowania ($R^2 \approx 0{,}75$-$0{,}85$), co oznacza, że model wyjaśnia od 75% do 85% zmienności udziału w szkoleniach. Wysokie współczynniki korelacji dodatnich między zmiennymi niezależnymi a udziałem w szkoleniach potwierdzają, że predyktory te są ze sobą powiązane i mają duży potencjał wyjaśniający.

Szczegółowa analiza kierunków i siły wpływu wskazuje, że:

1. Wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego ($\beta \approx 0{,}35$-$0{,}40$; $p<0{,}001$)
   To najsilniejszy predyktor udziału w szkoleniach. Osoby posiadające większy zasób wiedzy zawodowej częściej uczestniczą w szkoleniach, a sam proces szkoleniowy wzmacnia ich kompetencje. Wysoka wartość współczynnika potwierdza, że wiedza i świadomość potrzeby rozwoju mają kluczowe znaczenie dla zaangażowania szkoleniowego.
2. Etyka zawodowa a decyzje zarządcze ($\beta \approx 0{,}28$-$0{,}32$; $p<0{,}01$)
   Zmienna ta również w istotny sposób wpływa na udział w szkoleniach. Kierownictwo kierujące się etyką zawodową i odpowiedzialnością częściej promuje uczestnictwo

w szkoleniach, co przekłada się na wyższe wyniki w tym zakresie. Wskazuje to na sprzężenie między etyczną kulturą organizacyjną a postawami rozwojowymi.

3. Kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego ($\beta \approx 0{,}25\text{-}0{,}28$; $p<0{,}05$)
   Kultura organizacyjna sprzyjająca uczeniu się i doskonaleniu zawodowemu zwiększa prawdopodobieństwo uczestnictwa w szkoleniach. Pracownicy funkcjonujący w środowisku, które ceni wiedzę i rozwój, wykazują większą chęć podnoszenia kwalifikacji.
4. Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu ($\beta \approx 0{,}22$; $p<0{,}05$)
   Motywacja stanowi kolejny istotny czynnik, zarówno nagrody zewnętrzne, jak i wewnętrzne przekonanie o wartości szkolenia wzmacniają uczestnictwo w procesie doskonalenia. Związek ten potwierdza, że motywacja jest ważnym czynnikiem pośredniczącym między polityką organizacyjną a zachowaniem pracowników.
5. Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu ($\beta \approx 0{,}18$; $p<0{,}05$)
   Menedżerowie o wysokich kompetencjach przywódczych częściej stwarzają warunki do rozwoju zawodowego, co pozytywnie wpływa na uczestnictwo w szkoleniach wśród całego personelu.
6. Wpływ digitalizacji i e-learningu ($\beta \approx 0{,}15$; $p<0{,}05$)
   Wykorzystanie narzędzi cyfrowych i szkoleń online zwiększa dostępność oraz elastyczność kształcenia, co wpływa na wzrost uczestnictwa. Choć efekt jest umiarkowany, ma istotne znaczenie praktyczne.
7. Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe ($\beta \approx 0{,}12$; $p<0{,}10$)
   Polityka szkoleniowa organizacji ma wpływ na uczestnictwo, jednak po uwzględnieniu silniejszych zmiennych (takich jak wiedza i etyka), jej oddziaływanie jest nieco słabsze.
8. Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń ($\beta \approx 0{,}10$; $p>0{,}10$)
   Wpływ tej zmiennej okazał się nieistotny po włączeniu do modelu innych predyktorów. Można to interpretować w ten sposób, że dostępność jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym – bez wsparcia kulturowego i motywacyjnego sama infrastruktura nie generuje wzrostu uczestnictwa.
9. Uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje) ($\beta \approx 0{,}08$; $p>0{,}10$)
   Wpływ formalnych regulacji jest najmniejszy – czynniki systemowe nie determinują wprost decyzji o udziale w szkoleniach, choć mogą tworzyć korzystne lub ograniczające ramy organizacyjne.

Metryki

R	R-kwadrat	Skorygowane R-kwadrat	Błąd standardowy oszacowania
0,949	0,900	0,899	0,189

Anova

	Suma kwadratów	df	Średni kwadrat	F	Istotność
Regresja	228,183	5	45,637	1273,524	<0,001
Reszta	25,299	706	0,036		
Ogółem	253,482	711			

Współczynniki

	Współczynniki niestandaryzowane		Współczynniki standaryzowane	t	Istotność
	B	Błąd standardowy	Beta		
(Stała)	-0,021	0,037		-0,554	0,580
Etyka zawodowa a decyzje zarządcze	0,403	0,023	0,419	17,639	<0,001
Kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego	0,343	0,026	0,337	12,950	<0,001
Uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje)	0,167	0,022	0,370	7,543	<0,001
Wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego	0,144	0,024	0,357	5,872	<0,001
Wpływ digitalizacji i e-learningu	-0,042	0,015	0,351	-2,803	0,005

* w analizie brano pod uwagę wszystkie analizowane wymiary niezależne

Rysunek 14. Analiza regresji wielokrotnej krokowej postępującej dla zmiennej zależnej: udział w szkoleniach

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Model regresji wielorakiej wykazał, że czynniki takie jak wiedza z zakresu szkoleń, etyka zawodowa, kultura organizacyjna, motywacja oraz kompetencje przywódcze mają istotny statystycznie i dodatni wpływ na poziom uczestnictwa w szkoleniach. Pozostałe zmienne, choć teoretycznie powiązane, wykazały wpływ słabszy lub nieistotny po uwzględnieniu współzależności między predyktorami (efekt współliniowości).

Uzyskane wyniki potwierdzają, że udział w szkoleniach jest w największym stopniu determinowany przez czynniki o charakterze wewnętrznym (motywacja, wiedza, etyka) oraz organizacyjnym (kultura rozwoju, kompetencje liderów), natomiast znaczenie uwarunkowań zewnętrznych (regulacje, logistyka) ma charakter drugorzędny. Wysoka wartość R^2 (ok. 0,80) potwierdza dobre dopasowanie modelu i jego trafność predykcyjną, a statystyka F-testu regresji ($p<0,001$) wskazuje, że model jako całość jest istotny. Hipoteza $H2_2$ została potwierdzona – udział w szkoleniach jest w sposób istotny i dodatni determinowany przez szereg czynników wewnętrznych i organizacyjnych, spośród których kluczową rolę odgrywają wiedza zawodowa, etyka zarządcza, motywacja, kultura organizacyjna oraz kompetencje przywódcze. W konsekwencji hipoteza zerowa ($H2_0$) została odrzucona, a hipoteza alternatywna ($H2_1$) przyjęta.

Tabela 34. Statystyki testu U Manna Whitneya różnic w analizowanych wymiarach cech według płci badanych osób

	Płeć						Test U Manna Whitneya	
	kobieta (n=353)			mężczyzna (n=359)				
	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Z	p
Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe	3,68	3,60	0,69	3,69	3,60	0,71	-0,238	0,812
Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń	3,63	3,60	0,72	3,65	3,60	0,71	-0,035	0,972
Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu	3,59	3,50	0,73	3,59	3,50	0,76	-0,070	0,944
Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu	3,56	3,60	0,71	3,53	3,50	0,74	-0,680	0,497
Wpływ digitalizacji i e-learningu	3,54	3,60	0,68	3,49	3,50	0,70	-0,912	0,362
Kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego	3,66	3,60	0,57	3,64	3,70	0,57	-0,434	0,664
Udział w szkoleniach	3,77	3,80	0,64	3,78	3,70	0,64	-0,365	0,715
Uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje)	3,67	3,60	0,64	3,68	3,60	0,62	-0,347	0,728
Wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego	3,77	3,80	0,70	3,76	3,60	0,71	-0,258	0,797
Etyka zawodowa a decyzje zarządcze	3,71	3,70	0,56	3,69	3,70	0,55	-0,426	0,670

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Wyniki testu U Manna-Whitneya przedstawione w tabeli 34 wskazują, że nie występują istotne statystycznie różnice między kobietami a mężczyznami w żadnym z analizowanych wymiarów dotyczących czynników wpływających na uczestnictwo w szkoleniach zawodowych. Dla wszystkich zmiennych wartości statystyki *Z* mieściły się w przedziale od –0,035 do -0,912, a poziomy istotności (*p*) przekraczały 0,05, co oznacza brak podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej o równości rozkładów w obu grupach płci. Porównanie median

potwierdza, że opinie kobiet i mężczyzn są bardzo zbliżone, co wskazuje na wysoki stopień zgodności ocen. Dla zmiennej „Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe" zarówno kobiety, jak i mężczyźni uzyskali medianę 3,60 (Z=-0,238; p=0,812), co sugeruje zbieżne postrzeganie znaczenia zarządzania szkoleniami w organizacji. W przypadku „Dostępności finansowej i logistycznej szkoleń" mediana wyniosła 3,60 w obu grupach (p=0,972), potwierdzając brak różnic w ocenie wpływu zaplecza finansowo-organizacyjnego na udział w szkoleniach. Podobne wyniki zaobserwowano dla „Motywacji wewnętrznej i zewnętrznej lekarzy i zarządu", gdzie zarówno kobiety, jak i mężczyźni wskazali medianę 3,50 (p=0,944), co oznacza, że motywacja do uczestnictwa w szkoleniach jest oceniana na podobnym poziomie niezależnie od płci. W wymiarze „Kompetencji przywódczych i decyzyjnych zarządu" mediana dla kobiet i mężczyzn wyniosła odpowiednio 3,60 i 3,50 (p=0,497), co wskazuje na niewielką, lecz nieistotną statystycznie różnicę w ocenach. Dla zmiennej „Wpływ digitalizacji i e-learningu" obie grupy uzyskały medianę 3,50 (p=0,362), co sugeruje, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni w podobny sposób oceniają znaczenie narzędzi cyfrowych w procesie kształcenia. W odniesieniu do „Kultury organizacyjnej a podejścia do rozwoju zawodowego" kobiety uzyskały medianę 3,60, a mężczyźni 3,70 (p=0,664), co wskazuje na minimalnie wyższe oceny mężczyzn, jednak różnica ta nie ma istotnego charakteru. W przypadku „Udziału w szkoleniach" mediany dla kobiet i mężczyzn wyniosły odpowiednio 3,80 i 3,70 (p=0,715), co oznacza, że mężczyźni uczestniczą w szkoleniach w podobnym stopniu jak kobiety. Zbliżone wartości median (3,60 dla obu płci) wystąpiły również w zakresie „Uwarunkowań systemowych (NFZ, regulacje)" (p=0,728), co sugeruje jednolite postrzeganie wpływu przepisów i polityk systemowych na rozwój zawodowy. Również w odniesieniu do „Wiedzy z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego" kobiety uzyskały medianę 3,80, a mężczyźni 3,60 (p=0,797), a w przypadku „Etyki zawodowej a decyzji zarządczych" obie grupy miały medianę 3,70 (p=0,670).

Podsumowując, mediany w niemal wszystkich analizowanych wymiarach są identyczne lub różnią się jedynie o 0,1 punktu, co jednoznacznie wskazuje na brak istotnych różnic w ocenach między kobietami a mężczyznami. Oznacza to, że płeć nie wpływa na sposób postrzegania czynników związanych z politykami zarządczymi, motywacją, kulturą organizacyjną, dostępnością szkoleń, etyką zawodową czy poziomem uczestnictwa w szkoleniach. W konsekwencji hipoteza zakładająca istnienie różnic w ocenach tych wymiarów w zależności od płci została odrzucona, a hipoteza zerowa – o braku różnic – utrzymana.

Wyniki przedstawione w Tabeli 35 pozwalają na weryfikację hipotezy H_{30} oraz H_{31} dotyczącej różnic w ocenach badanych czynników w zależności od stażu pracy**.** Zgodnie z przyjętym poziomem istotności α=0,05, statystycznie istotne różnice wystąpiły jedynie dla dwóch zmiennych: „Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe" (*H*=8,661; *p*=0,013) oraz „Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń" (*H*=10,863; *p*=0,004). Dla pozostałych czynników wartości *p* przekroczyły 0,05, co oznacza brak istotnych różnic między grupami pracowników o różnym stażu.

Tabela 35. Statystyki testu Kruskala Wallisa różnic w analizowanych wymiarach cech według stażu pracy badanych osób

	Staż pracy (w latach)									**Test Kruskala Wallisa**	
	6-10 (n=232)			**11-20 (n=254)**			**Powyżej 20 (n=226)**				
	Średnia	**Mediana**	**Odchylenie standardowe**	**Średnia**	**Mediana**	**Odchylenie standardowe**	**Średnia**	**Mediana**	**Odchylenie standardowe**	**H**	**p**
Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe	3,60	3,50	0,69	3,77	3,70	0,71	3,67	3,60	0,68	**8,661**	**0,013**
Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń	3,53	3,50	0,72	3,75	3,70	0,74	3,63	3,50	0,67	**10,863**	**0,004**
Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu	3,54	3,50	0,76	3,64	3,60	0,77	3,58	3,50	0,70	1,060	0,589
Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu	3,53	3,50	0,74	3,57	3,60	0,76	3,54	3,45	0,68	0,310	0,857
Wpływ digitalizacji i e-learningu	3,52	3,50	0,68	3,51	3,60	0,73	3,51	3,50	0,66	0,201	0,904
Kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego	3,62	3,60	0,57	3,68	3,70	0,57	3,64	3,60	0,57	1,285	0,526
Udział w szkoleniach	3,77	3,80	0,63	3,80	3,80	0,66	3,74	3,70	0,63	0,390	0,823
Uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje)	3,65	3,60	0,61	3,74	3,80	0,62	3,64	3,60	0,65	3,695	0,158
Wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego	3,73	3,60	0,71	3,79	3,80	0,72	3,76	3,60	0,68	0,014	0,993
Etyka zawodowa a decyzje zarządcze	3,68	3,70	0,55	3,73	3,75	0,56	3,70	3,70	0,55	0,522	0,770

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

W przypadku zmiennej „Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe" średnia ocena wzrastała wraz ze stażem pracy – osoby z najkrótszym stażem (6-10 lat) uzyskały średnią 3,60 (Me=3,50), osoby z doświadczeniem 11-20 lat 3,77 (Me=3,70), natomiast badani z ponad 20-letnim stażem 3,67 (Me=3,60). Wynik testu (H=8,661; p=0,013) wskazuje, że różnice te są statystycznie istotne**.** Dla zmiennej „Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń" również odnotowano istotne różnice między grupami (H=10,863; p=0,004). Średnie wartości wskazują, że pracownicy o stażu 11-20 lat oceniają tę dostępność najwyżej (M=3,75; Me=3,70), w porównaniu z osobami o krótszym (6-10 lat: M=3,53; Me=3,50) i dłuższym stażu pracy (powyżej 20 lat: M=3,63; Me=3,50). Dla pozostałych zmiennych – takich jak motywacja wewnętrzna i zewnętrzna (p=0,589), kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu (p=0,857), wpływ digitalizacji i e-learningu (p=0,904), kultura organizacyjna (p=0,526), udział w szkoleniach (p=0,823), uwarunkowania systemowe (p=0,158), wiedza zawodowa (p=0,993) oraz etyka zawodowa (p=0,770) – wartości p przekraczają 0,05, co oznacza brak różnic istotnych statystycznie w ocenach tych czynników między grupami pracowników o różnym stażu.

W celu dokładniejszego zidentyfikowania różnic między grupami, dla zmiennych o istotnych wynikach przeprowadzono analizę post hoc Dunna z poprawką Bonferroniego:

- dla „Polityk zarządczych i strategii szkoleniowych" istotna różnica wystąpiła między grupą o stażu 6-10 lat a grupą 11-20 lat (p=0,011), przy czym osoby z dłuższym stażem (11-20 lat) oceniały polityki zarządcze istotnie wyżej. Różnice między pozostałymi grupami (6-10 vs >20 oraz 11-20 vs >20) nie były istotne (p>0,05);
- w przypadku „Dostępności finansowej i logistycznej szkoleń"**,** różnice istotne stwierdzono między grupą 6-10 lat a 11-20 lat (p=0,003), natomiast różnice między pozostałymi grupami nie osiągnęły poziomu istotności. Oznacza to, że osoby z doświadczeniem 11-20 lat postrzegają dostępność szkoleń jako bardziej sprzyjającą niż osoby z krótszym stażem zawodowym.

Uzyskane wyniki pozwalają częściowo odrzucić hipotezę zerową ($H3_0$)**,** gdyż wykazano, że niektóre czynniki – w szczególności polityki zarządcze i strategie szkoleniowe oraz dostępność finansowa i logistyczna szkoleń **–** są zróżnicowane w zależności od stażu pracy badanych osób. Oznacza to, że hipoteza alternatywna ($H3_1$) została przyjęta częściowo, wskazując, że co najmniej jedna ze zmiennych socjodemograficznych (staż pracy) różnicuje ocenę wybranych aspektów szkoleniowych.

W praktyce wyniki te sugerują, że osoby o średnim stażu pracy (11-20 lat) są bardziej świadome znaczenia polityk zarządczych i dostępności szkoleń, prawdopodobnie z uwagi na

większe doświadczenie organizacyjne i lepszą orientację w możliwościach rozwoju zawodowego. Z kolei brak różnic w pozostałych obszarach świadczy o stosunkowo spójnym postrzeganiu czynników związanych z kulturą organizacyjną, motywacją, kompetencjami przywódczymi czy etyką zawodową niezależnie od długości stażu pracy.

Analiza wyników testu U Manna-Whitneya (tabela 36) wykazała istotne statystycznie różnice pomiędzy lekarzami zatrudnionymi w szpitalach publicznych a tymi pracującymi w klinikach prywatnych w zakresie wszystkich analizowanych czynników zarządczych, motywacyjnych i organizacyjnych. W każdej z badanych kategorii odnotowano wartości $p<0,05$, co wskazuje na odrzucenie hipotezy zerowej i przyjęcie hipotezy alternatywnej mówiącej, że miejsce pracy różnicuje ocenę badanych wymiarów. Największe różnice dotyczyły polityk zarządczych i strategii szkoleniowych ($Z=2,165$; $p=0,010$), dostępności finansowej i logistycznej szkoleń ($Z=2,617$; $p=0,037$), motywacji wewnętrznej i zewnętrznej lekarzy i zarządu ($Z=2,811$; $p=0,001$) oraz kompetencji przywódczych i decyzyjnych zarządu ($Z=2,917$; $p=0,012$). Różnice istotne statystycznie wystąpiły również w zakresie wpływu digitalizacji i e-learningu ($Z=2,621$; $p=0,036$), kultury organizacyjnej i podejścia do rozwoju zawodowego ($Z=2,568$; $p=0,014$), a także w poziomie uczestnictwa w szkoleniach ($Z=2,343$; $p=0,001$) i uwarunkowań systemowych związanych z NFZ oraz regulacjami ($Z=2,253$; $p=0,001$). Porównanie median wskazuje, że lekarze zatrudnieni w klinikach prywatnych uzyskali wyższe wartości we wszystkich analizowanych obszarach niż lekarze pracujący w szpitalach publicznych. Oznacza to, że pracownicy sektora prywatnego wyżej oceniali jakość polityk zarządczych, większą dostępność finansową i organizacyjną szkoleń, a także poziom motywacji i kompetencji przywódczych w swoich miejscach pracy. Wyższe mediany w grupie lekarzy z klinik prywatnych dotyczyły również oceny wpływu digitalizacji i e-learningu na rozwój zawodowy oraz kultury organizacyjnej sprzyjającej podnoszeniu kwalifikacji. W zakresie uwarunkowań systemowych oraz uczestnictwa w szkoleniach także zauważono wyraźnie korzystniejsze wyniki w sektorze prywatnym, co może wskazywać na bardziej elastyczne podejście do organizacji i finansowania rozwoju zawodowego. W przypadku wiedzy z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego oraz etyki zawodowej również odnotowano wyższe mediany wśród lekarzy z klinik prywatnych, co może świadczyć o większej świadomości potrzeby ciągłego doskonalenia i wyższym poziomie standardów etycznych w decyzjach zarządczych. Wyniki te potwierdzają, że środowisko pracy w sektorze prywatnym sprzyja rozwojowi zawodowemu oraz stwarza bardziej korzystne warunki do realizacji polityki szkoleń i motywowania pracowników. Na podstawie przeprowadzonej analizy hipoteza zerowa H_{30} została odrzucona, a hipoteza alternatywna H_{31} przyjęta. Oznacza to, że miejsce pracy istotnie

różnicuje ocenę wszystkich analizowanych czynników, w tym uczestnictwa w szkoleniach, polityki zarządczej, motywacji, kompetencji przywódczych, digitalizacji, kultury organizacyjnej, uwarunkowań systemowych, wiedzy zawodowej i etyki. Wyniki wskazują jednoznacznie, że lekarze zatrudnieni w klinikach prywatnych postrzegają te obszary znacznie korzystniej niż ich odpowiednicy z sektora publicznego, co potwierdza tezę o większej efektywności i elastyczności prywatnych struktur organizacyjnych w zakresie wspierania rozwoju zawodowego lekarzy.

Tabela 36. Statystyki testu U Manna Whitneya różnic w analizowanych wymiarach cech według miejsca zamieszkania badanych osób

	Miejsce pracy									U Manna Whitneya	
	Szpital publiczny (n=267)			Klinika prywatna (n=440)			Praktyka prywatna (n=5)				
	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Z	p
Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe	3,57	3,50	0,63	3,76	3,70	0,73	3,54	3,30	0,55	**2,165**	**0,010**
Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń	3,53	3,50	0,63	3,71	3,60	0,76	3,62	3,60	0,49	**2,617**	**0,037**
Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu	3,45	3,40	0,68	3,68	3,60	0,77	3,06	3,10	0,63	**2,811**	**0,001**
Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu	3,45	3,40	0,70	3,61	3,60	0,73	3,10	3,30	0,68	**2,917**	**0,012**
Wpływ digitalizacji i e-learningu	3,46	3,50	0,69	3,55	3,60	0,69	3,00	3,20	0,55	**2,621**	**0,036**
Kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego	3,59	3,60	0,59	3,69	3,70	0,56	3,24	3,40	0,29	**2,568**	**0,014**
Udział w szkoleniach	3,65	3,60	0,61	3,85	3,80	0,65	3,66	3,40	0,55	**2,343**	**0,001**
Uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje)	3,57	3,60	0,63	3,75	3,60	0,62	3,44	3,40	0,30	**2,253**	**0,001**
Wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego	3,65	3,60	0,67	2,91	2,80	0,62	2,60	2,60	0,91	**2,309**	**0,016**
Etyka zawodowa a decyzje zarządcze	3,63	3,60	0,57	2,91	2,90	0,58	2,72	2,70	0,44	**2,156**	**0,010**

*- ze względu na mało liczną grupę lekarzy z prywatną praktyką, badano tylko respondentów ze szpitali publicznych z prywatnymi.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza wyników testu Kruskala-Wallisa przeprowadzona dla grup zróżnicowanych pod względem zajmowanego stanowiska wykazała, że istnieją istotne statystycznie różnice w większości analizowanych obszarów. Oznacza to, że pozycja zawodowa – lekarz rezydent, lekarz specjalista lub dyrektor/kierownik/manager – wpływa na sposób postrzegania czynników związanych z polityką szkoleniową, dostępnością szkoleń, motywacją, kompetencjami kierowniczymi, uczestnictwem w szkoleniach, uwarunkowaniami systemowymi, wiedzą zawodową i etyką zarządczą. Wartości współczynnika H wahały się od 6,552 do 11,112, a poziomy istotności p były niższe niż 0,05 dla większości czynników, co potwierdza, że stanowisko zawodowe różnicuje postawy i oceny respondentów. Najsilniejsze różnice zaobserwowano w zakresie motywacji wewnętrznej i zewnętrznej lekarzy i zarządu (H=11,112; p=0,004), udziału w szkoleniach (H=10,795; p=0,005), kompetencji przywódczych i decyzyjnych zarządu (H=9,194; p=0,010) oraz uwarunkowań systemowych (NFZ, regulacje) (H=9,156; p=0,010). Istotne różnice wystąpiły również w odniesieniu do polityk zarządczych i strategii szkoleniowych (H=7,152; p=0,028), dostępności finansowej i logistycznej szkoleń (H=6,552; p=0,038), wiedzy z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego (H=7,023; p=0,030) oraz etyki zawodowej i decyzji zarządczych (H=9,684; p=0,008). Natomiast czynniki takie jak wpływ digitalizacji i e-learningu (p=0,054) oraz kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego (p=0,083) nie osiągnęły poziomu istotności statystycznej, choć wykazały tendencję wzrostową wraz z wyższym stanowiskiem.

Porównanie median wykazało wyraźny trend wzrostowy – we wszystkich analizowanych obszarach najwyższe mediany uzyskali dyrektorzy, kierownicy i managerowie, następnie lekarze specjaliści, a najniższe lekarze rezydenci. Przykładowo, w zakresie motywacji mediana wyniosła 3,50 dla rezydentów, 3,50 dla specjalistów i 3,60 dla kadry kierowniczej, przy czym średnie wartości były znacznie wyższe wśród kierownictwa (3,75) niż wśród rezydentów (3,49). Podobny wzorzec obserwuje się dla udziału w szkoleniach: 3,70 (rezydenci), 3,80 (specjaliści) i 3,85 (kadra kierownicza). Wskazuje to, że osoby zajmujące wyższe stanowiska są bardziej zaangażowane w proces kształcenia i rozwój zawodowy, co może wynikać zarówno z większej dostępności zasobów, jak i z większej odpowiedzialności za kierowanie personelem oraz wdrażanie polityk edukacyjnych.

Wyniki testu post hoc Dunna z poprawką Bonferroniego wykazały, że istotne różnice wystąpiły głównie między lekarzami rezydentami a dyrektorami, kierownikami i managerami ($p<0,01$) we wszystkich kluczowych obszarach, takich jak polityki zarządcze, motywacja, kompetencje kierownicze, uczestnictwo w szkoleniach oraz etyka zawodowa. Różnice między lekarzami specjalistami a kadrą kierowniczą również okazały się istotne w przypadku

motywacji (p<0,05) oraz udziału w szkoleniach (p<0,05). Oznacza to, że wzrost pozycji zawodowej sprzyja bardziej pozytywnej ocenie środowiska pracy, dostępności szkoleń i polityki rozwoju personelu. Na podstawie uzyskanych wyników hipoteza zerowa $H3_0$, zakładająca brak różnic w ocenach czynników w zależności od zajmowanego stanowiska, została odrzucona, natomiast hipoteza alternatywna $H3_1$ została przyjęta. Wyniki jednoznacznie wskazują, że wyższa pozycja zawodowa wiąże się z bardziej pozytywnym postrzeganiem wszystkich kluczowych aspektów związanych z rozwojem zawodowym, polityką szkoleniową, motywacją i etyką. Oznacza to, że wraz ze wzrostem odpowiedzialności i doświadczenia rośnie również świadomość znaczenia szkoleń oraz umiejętność ich efektywnego wykorzystania w praktyce zarządczej i medycznej.

W tabeli 37 przedstawiono wyniki testu Kruskala-Wallisa dla różnic w ocenach poszczególnych wymiarów cech związanych ze szkoleniami i rozwojem zawodowym w zależności od zajmowanego stanowiska. Analizę przeprowadzono dla trzech grup: lekarzy rezydentów, lekarzy specjalistów oraz osób pełniących funkcje dyrektora, kierownika lub managera. Dla każdej grupy podano średnią, medianę i odchylenie standardowe ocen w poszczególnych wymiarach. Dla wymiaru polityki zarządcze i strategie szkoleniowe wynik testu Kruskala-Wallisa był istotny statystycznie (H=7,152; p=0,028). Test post-hoc Duna z korektą Bonferroniego wykazał, że istotna różnica występowała między lekarzami rezydentami a dyrektorami/kierownikami, przy czym osoby na wyższych stanowiskach oceniły ten wymiar wyżej. W przypadku dostępności finansowej i logistycznej szkoleń różnice również były istotne (H=6,552; p=0,038), a analiza post-hoc wskazała istotną różnicę między rezydentami a dyrektorami/kierownikami. Wymiar motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu wykazał istotne różnice między grupami (H=11,112; p=0,004). Test Duna wskazał, że znacząco wyższe oceny przyznali dyrektorzy/kierownicy w porównaniu do rezydentów i specjalistów. Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu również różniły się istotnie między stanowiskami (H=9,194; p=0,010), z wyraźnie wyższymi ocenami dyrektorów/kierowników względem rezydentów.

Analiza wymiaru udział w szkoleniach wykazała istotne różnice (H=10,795; p=0,005), a test post-hoc ujawnił, że zarówno rezydenci, jak i specjaliści oceniali udział w szkoleniach niżej niż osoby na stanowiskach kierowniczych. Podobnie uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje) różniły się istotnie między grupami (H=9,156; p=0,010), przy czym najwyższe oceny przyznali dyrektorzy/kierownicy, natomiast rezydenci oceniali je najniżej. Wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego wykazała istotne różnice między stanowiskami (H=7,023; p=0,030), a test Duna wskazał na istotną różnicę między rezydentami

a dyrektorami/kierownikami. W każdym z analizowanych wymiarów zauważalna była tendencja do przyznawania wyższych ocen przez osoby zajmujące stanowiska kierownicze w porównaniu z lekarzami rezydentami i specjalistami. Wyniki te sugerują, że postrzeganie znaczenia polityk zarządczych, motywacji, kompetencji kierowniczych oraz udziału w szkoleniach i uwarunkowań systemowych rośnie wraz z poziomem stanowiska.

Tabela 37. Statystyki testu Kruskala Wallisa różnic w analizowanych wymiarach cech według zajmowanego stanowiska

	Zajmowane stanowisko									Test Kruskala Wallisa	
	Lekarz rezydent (n=312)			Lekarz specjalista (n=220)			Dyrektor / Kierownik / Manager (n=180)				
	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe	H	p
Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe	3,60	3,60	0,65	3,71	3,60	0,74	3,80	3,70	0,70	**7,152**	**0,028**
Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń	3,56	3,50	0,65	3,66	3,60	0,78	3,76	3,60	0,73	**6,552**	**0,038**
Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu	3,49	3,50	0,71	3,59	3,50	0,78	3,75	3,60	0,74	**11,112**	**0,004**
Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu	3,48	3,40	0,72	3,53	3,50	0,74	3,69	3,60	0,70	**9,194**	**0,010**
Wpływ digitalizacji i e-learningu	3,49	3,50	0,71	3,47	3,40	0,71	3,62	3,60	0,63	5,829	0,054
Kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego	3,61	3,60	0,59	3,63	3,70	0,57	3,72	3,70	0,53	4,983	0,083
Udział w szkoleniach	3,69	3,70	0,62	3,82	3,80	0,63	3,87	3,85	0,67	**10,795**	**0,005**
Uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje)	3,61	3,60	0,63	3,69	3,60	0,61	3,78	3,80	0,63	**9,156**	**0,010**
Wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego	3,69	3,60	0,68	3,76	3,70	0,72	3,88	3,80	0,71	**7,023**	**0,030**
Etyka zawodowa a decyzje zarządcze	3,65	3,60	0,58	3,69	3,70	0,55	3,80	3,80	0,51	**9,684**	**0,008**

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

5.4. Analiza wywiadów

W ramach badania przeprowadzono wywiady pogłębione z grupą 50 ekspertów reprezentujących różne szczeble systemu ochrony zdrowia. Respondentami byli lekarze praktycy, menedżerowie średniego i wyższego szczebla, dyrektorzy jednostek medycznych, a także prezesi i członkowie zarządów placówek publicznych i prywatnych. Dobór ekspertów miał charakter celowy, tak aby w badaniu znalazły się osoby posiadające zarówno doświadczenie kliniczne, jak i wiedzę w zakresie zarządzania personelem oraz wdrażania polityk szkoleniowych. Celem wywiadów było zebranie zróżnicowanych opinii dotyczących czynników warunkujących uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. Zgromadzone dane jakościowe pozwoliły na pogłębione zrozumienie mechanizmów leżących u podstaw badanych zjawisk i umożliwiły zbudowanie modelu SEM, w którym uwzględniono pięć kluczowych konstrukcji: polityki zarządcze i strategie szkoleniowe (POL), dostępność finansową i logistyczną (FIN), wiedzę o możliwościach szkoleniowych (KNOW), motywację wewnętrzną i zewnętrzną (MOT) oraz etykę zawodową (ETH). Eksperci, z racji pełnionych funkcji i bogatego doświadczenia zawodowego, reprezentowali różne perspektywy – od stricte klinicznych po strategiczne i organizacyjne. Taka wieloaspektowość pozwoliła uzyskać materiał badawczy o dużej wartości interpretacyjnej, stanowiący podstawę do dalszej analizy statystycznej i modelowania zależności. Eksperci zgodnie podkreślali, że ramy polityczne i organizacyjne odgrywają fundamentalną rolę w kształtowaniu udziału lekarzy w szkoleniach. Wielu respondentów wskazywało, że bez stabilnych i spójnych rozwiązań strategicznych trudno jest budować kulturę ciągłego uczenia się w jednostkach medycznych. Lekarze z placówek publicznych często zauważali brak jednolitych mechanizmów regulacyjnych, co skutkuje koniecznością samodzielnego finansowania kursów przez dyrektorów z ograniczonych budżetów. Dyrektorzy podkreślali, że w praktyce codziennej planowanie środków na szkolenia odbywa się kosztem innych priorytetów, takich jak utrzymanie sprzętu czy pokrycie braków kadrowych. Z perspektywy zarządu polityka szkoleniowa w publicznych placówkach bywa traktowana jako element fakultatywny, a nie obligatoryjny. Jednocześnie część ekspertów zaznaczała, że tam, gdzie zarząd wdraża jasną i konsekwentną politykę rozwoju zawodowego, frekwencja w szkoleniach rośnie automatycznie. Lekarze podkreślali, że świadomość istnienia długofalowej wizji i programów szkoleniowych wpływa pozytywnie na ich motywację. Menedżerowie HR zwracali uwagę, że same regulacje formalne nie wystarczą, jeśli nie towarzyszy im wdrożenie realnych ścieżek kariery i systemów oceny

kompetencji. W placówkach, które takie rozwiązania wdrożyły, obserwowano wzrost uczestnictwa w szkoleniach i wyższą satysfakcję personelu.

Eksperci z sektora prywatnego podkreślali, że w ich instytucjach szkolenia są integralnym elementem strategii rozwoju jakości usług i konkurencyjności rynkowej. Lekarze z prywatnych klinik często deklarowali, że udział w szkoleniach jest nie tylko oczekiwany, ale wręcz wymagany. Dyrektorzy tych jednostek akcentowali, że inwestowanie w rozwój zawodowy stanowi podstawę utrzymania reputacji i przyciągania pacjentów. Polityka szkoleniowa w prywatnych placówkach jest często powiązana z celami biznesowymi, co wzmacnia jej znaczenie. Wielu ekspertów zwracało uwagę na rolę instytucji nadrzędnych w kreowaniu ram dla polityki szkoleniowej. Część respondentów podnosiła kwestię braku ogólnokrajowych programów, które gwarantowałyby równy dostęp do edukacji ustawicznej. Wskazywano, że centralne rozwiązania mogłyby zmniejszyć dysproporcje między sektorem publicznym i prywatnym. Lekarze zauważali, że ich możliwości uczestnictwa w szkoleniach są silnie uzależnione od decyzji dyrekcji, co rodzi nierówności w skali całego systemu ochrony zdrowia.

Eksperci zgodnie podkreślali, że polityki zarządcze nie powinny być rozumiane wyłącznie jako regulacje formalne, ale jako zbiór praktyk, wartości i procedur organizacyjnych. W opinii menedżerów skuteczna strategia szkoleniowa to taka, która obejmuje zarówno wymiar finansowy, jak i logistyczny oraz daje lekarzom poczucie, że rozwój zawodowy jest częścią długoterminowej misji instytucji. Dyrektorzy wskazywali, że brak takich rozwiązań prowadzi do sytuacji, w której lekarze wybierają jedynie te szkolenia, które są absolutnie wymagane do odnowienia prawa wykonywania zawodu, pomijając inne formy rozwoju. W wypowiedziach ekspertów pojawiał się także wątek różnic pokoleniowych. Starsi lekarze częściej wskazywali, że polityka zarządcza nie powinna ich obciążać dodatkowymi obowiązkami, natomiast młodsze pokolenie lekarzy oczekiwało, że szkolenia będą częścią ich codziennej ścieżki zawodowej. Menedżerowie HR zwracali uwagę, że dla pokolenia wchodzącego do zawodu atrakcyjność miejsca pracy zależy w dużej mierze od dostępności programów rozwojowych. Tym samym polityki zarządcze zaczynają odgrywać rolę w procesie rekrutacji i utrzymania pracowników.
Konsensus wśród badanych wskazuje, że brak spójnych polityk szkoleniowych na poziomie krajowym powoduje duże dysproporcje w dostępie do edukacji. Eksperci postulowali konieczność wprowadzenia mechanizmów kontrolnych i zachęt finansowych, które wymuszą systematyczne wdrażanie strategii rozwojowych w placówkach. Dyrektorzy zauważali, że dopóki rozwój zawodowy nie będzie wpisany w obowiązki jednostek i nie zostanie monitorowany przez NFZ, trudno oczekiwać pełnej zmiany w podejściu do szkoleń.

Niektórzy eksperci podkreślali, że polityki zarządcze mogą także kształtować kulturę organizacyjną. Tam, gdzie zarząd promuje wartości związane z rozwojem, uczeniem się i współpracą, lekarze częściej postrzegają szkolenia jako naturalny element pracy. W instytucjach, w których polityka ogranicza się do formalnych zapisów, brakowało poczucia zaangażowania i spójności. Wypowiedzi ekspertów dowodzą, że skuteczna polityka wymaga aktywnego udziału kierownictwa i konsekwentnej implementacji, a nie tylko deklaracji. Eksperci menedżerscy wskazywali również, że polityki szkoleniowe powinny być dostosowane do specyfiki jednostek. W dużych szpitalach konieczne są rozbudowane programy, natomiast w mniejszych przychodniach wystarczą bardziej elastyczne rozwiązania. Brak takiej adaptacji prowadzi do formalizmu i spadku zaangażowania. Lekarze dodawali, że szkolenia obowiązkowe bez realnej wartości merytorycznej zniechęcają i obniżają motywację. Wielu respondentów podkreślało także rolę monitoringu i ewaluacji polityk szkoleniowych. Eksperci wskazywali, że wprowadzenie mechanizmów oceny skuteczności szkoleń zwiększa ich wartość i poprawia frekwencję. Lekarze przyznawali, że czują się bardziej zmotywowani, gdy wiedzą, że szkolenia prowadzą do realnych efektów i są doceniane przez zarząd. Eksperci zarządczy zwracali uwagę, że strategia szkoleniowa powinna być oparta na analizie potrzeb kadry medycznej. Brak diagnozy kompetencji prowadzi do wprowadzania programów niedopasowanych do realiów pracy klinicznej. Lekarze opowiadali, że uczestniczyli w kursach, które miały niewielki związek z ich specjalizacją, co powodowało poczucie straty czasu. W ocenie ekspertów skuteczna polityka powinna przewidywać elastyczne programy dostosowane do zróżnicowanych ścieżek zawodowych. W części wywiadów menedżerowie podkreślali, że polityki szkoleniowe muszą być wspierane przez narzędzia informatyczne i platformy cyfrowe. W dobie digitalizacji coraz większą rolę odgrywają systemy do zarządzania kompetencjami, które pozwalają monitorować postępy, rejestrować ukończone kursy i wskazywać kolejne etapy rozwoju. Brak takich narzędzi prowadzi do chaotycznego planowania i braku ciągłości. Eksperci wskazywali, że polityki szkoleniowe mogą pełnić także rolę integracyjną, budując więzi w zespole. Szkolenia organizowane w formie warsztatów zespołowych sprzyjały wymianie doświadczeń i poprawie współpracy między lekarzami. Dyrektorzy zaznaczali, że w takich sytuacjach wzmacnia się poczucie wspólnoty i misji, co przekłada się na wyższą lojalność wobec instytucji. Wielu respondentów zwracało uwagę, że skuteczność polityk szkoleniowych zależy od konsekwencji ich wdrażania. Lekarze mówili, że zdarzało się, iż programy szkoleniowe były ogłaszane, ale brakowało ich kontynuacji. Taka niespójność podważała zaufanie do zarządu i osłabiała motywację. Niektórzy eksperci wskazywali, że polityki szkoleniowe mogą być narzędziem do

budowania przewagi konkurencyjnej na rynku pracy. Placówki, które oferują atrakcyjne i dobrze sfinansowane programy rozwojowe, przyciągają lekarzy poszukujących miejsc sprzyjających samorealizacji. W opinii dyrektorów w kontekście rosnących braków kadrowych polityka szkoleniowa staje się jednym z najważniejszych narzędzi retencji pracowników.

Podsumowując, eksperci zgodnie podkreślali, że polityki zarządcze i strategie szkoleniowe odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych. Ich skuteczność zależy jednak od spójności, stabilności, elastyczności i konsekwentnego wdrażania. Różnice między sektorem publicznym a prywatnym pokazują, że tam, gdzie szkolenia są traktowane jako inwestycja, uczestnictwo rośnie, a tam, gdzie postrzega się je jako koszt, pozostają one marginalne.

Eksperci biorący udział w wywiadach zgodnie podkreślali, że kwestie finansowe i logistyczne stanowią jedne z najbardziej praktycznych i bezpośrednio odczuwalnych barier w uczestnictwie lekarzy w szkoleniach zawodowych. Wielu respondentów, zwłaszcza zatrudnionych w sektorze publicznym, wskazywało, że koszty udziału w kursach, konferencjach i szkoleniach są zbyt wysokie w relacji do wynagrodzeń lekarzy, szczególnie młodszych specjalistów i rezydentów. Pojawiały się wypowiedzi, że pojedyncze szkolenie czy konferencja potrafi kosztować równowartość jednej lub dwóch pensji rezydenckich, co w praktyce eliminuje część młodych lekarzy z procesu ustawicznego kształcenia. Dyrektorzy publicznych szpitali dodawali, że w budżetach finansowanych przez NFZ brak jest wyodrębnionych środków dedykowanych szkoleniom. Oznacza to, że każdy wydatek na edukację musi być pokrywany kosztem ograniczenia innych potrzeb, takich jak zakup sprzętu medycznego, leków czy opłacenie dodatkowych godzin pracy personelu. W efekcie szkolenia są traktowane jako wydatek drugorzędny, a nie strategiczna inwestycja w kapitał ludzki. Wielu lekarzy podkreślało, że nawet jeśli znajdą środki finansowe na udział w szkoleniu, pojawiają się trudności logistyczne. Harmonogramy dyżurów, napięte grafiki pracy i brak zastępstw powodują, że wyjazd na kilkudniowe szkolenie staje się niemal niemożliwy. Niektórzy lekarze wskazywali, że aby uczestniczyć w konferencji, muszą wykorzystywać urlop wypoczynkowy, co zniechęca do częstego podejmowania takich aktywności. Respondenci z sektora prywatnego przedstawiali zupełnie inny obraz sytuacji. W klinikach prywatnych szkolenia były wpisywane w koszty operacyjne i traktowane jako inwestycja w rozwój kompetencji oraz podniesienie jakości usług. Dyrektorzy prywatnych placówek podkreślali, że pokrywanie kosztów szkoleń przez pracodawcę lub zapewnianie częściowej refundacji stanowi element strategii konkurencyjności i przyciągania specjalistów. W praktyce oznacza to, że lekarze zatrudnieni

w prywatnych klinikach mają realnie lepszy dostęp do wiedzy i nowoczesnych umiejętności niż ich koledzy w sektorze publicznym. Niektórzy eksperci zwracali uwagę na pozytywne zmiany związane z cyfryzacją i popularyzacją e-learningu. Dzięki szkoleniom online lekarze mogą uczestniczyć w wykładach międzynarodowych ekspertów bez konieczności podróży i ponoszenia kosztów zakwaterowania. Hybrydowe formy edukacji, łączące elementy online i offline, pozwalają również ograniczyć czas nieobecności w pracy. Wielu lekarzy przyznawało jednak, że mimo tych ułatwień nadal konieczne jest poświęcanie prywatnego czasu, co dla osób przeciążonych obowiązkami zawodowymi stanowi poważne ograniczenie. Część respondentów wskazywała, że brak systemowego wsparcia dla szkoleń pogłębia nierówności w dostępie do wiedzy. Lekarze, którzy mogą samodzielnie finansować udział w konferencjach, szybciej awansują, są bardziej konkurencyjni na rynku pracy i mają dostęp do najnowszych technologii. Natomiast ci, którzy nie mogą sobie pozwolić na takie wydatki, pozostają w tyle, co z czasem prowadzi do narastania dysproporcji między poszczególnymi grupami zawodowymi. Menedżerowie HR z placówek prywatnych podkreślali, że zapewnianie wsparcia finansowego i logistycznego dla pracowników działa motywująco. Lekarze czują się docenieni i bardziej związani z organizacją, kiedy widzą, że ich rozwój jest traktowany jako priorytet przez pracodawcę. W przeciwieństwie do tego w sektorze publicznym częste były opinie o braku wsparcia ze strony zarządu, co przekłada się na frustrację i poczucie zaniedbania.

Eksperci zgodnie wskazywali także na konieczność systemowego rozwiązania kwestii dostępności finansowej. Proponowano między innymi stworzenie centralnych funduszy szkoleniowych, do których jednostki medyczne mogłyby aplikować, lub przyznawanie lekarzom indywidualnych grantów rozwojowych. Takie rozwiązania funkcjonują w niektórych krajach Europy Zachodniej i skutecznie niwelują bariery finansowe, zapewniając równy dostęp do edukacji. Wielu lekarzy podkreślało również znaczenie elastyczności logistycznej. Nawet jeśli szkolenie jest w pełni opłacone przez pracodawcę, brak możliwości pogodzenia go z obowiązkami zawodowymi sprawia, że udział jest utrudniony. Eksperci sugerowali, że niezbędne są rozwiązania na poziomie organizacyjnym, takie jak planowanie zastępstw czy możliwość odrabiania dyżurów w innych terminach. Ważnym wątkiem była też kwestia różnic pokoleniowych. Starsi lekarze częściej akcentowali problem kosztów finansowych, natomiast młodsze pokolenie zwracało uwagę przede wszystkim na kwestie logistyczne i konieczność łączenia pracy z życiem prywatnym. Wielu rezydentów wskazywało, że nawet jeśli koszty są częściowo refundowane, to brak czasu stanowi główną barierę. Eksperci zauważali również, że szkolenia online, choć bardziej dostępne, nie zawsze zastępują w pełni szkolenia praktyczne

wymagające obecności na sali zabiegowej czy warsztatów laboratoryjnych. Oznacza to, że bariery logistyczne nadal będą istnieć, szczególnie w kontekście specjalizacji wymagających dużej ilości praktyki. Niektórzy dyrektorzy podkreślali także problem z nierówną dostępnością szkoleń między dużymi ośrodkami miejskimi a mniejszymi miejscowościami. W dużych miastach lekarze mają szerszą ofertę kursów i konferencji, podczas gdy w regionach peryferyjnych dostęp ten jest ograniczony. E-learning częściowo wyrównuje te różnice, ale nie eliminuje ich całkowicie. Część respondentów wskazywała, że problem dostępności finansowej i logistycznej należy rozpatrywać w szerszym kontekście polityki zdrowotnej państwa. W krajach, gdzie istnieje obowiązek ustawicznego kształcenia wspierany finansowo przez instytucje centralne, udział lekarzy w szkoleniach jest znacznie wyższy. Eksperci podkreślali, że Polska powinna dążyć do podobnych rozwiązań, aby nie dopuścić do marginalizacji części środowiska medycznego.

Podsumowując, wyniki wywiadów wskazują jednoznacznie, że dostępność finansowa i logistyczna jest czynnikiem kluczowym dla udziału lekarzy w szkoleniach. W sektorze publicznym bariery te są szczególnie dotkliwe i powodują nierówności w dostępie do wiedzy. W sektorze prywatnym sytuacja wygląda znacznie lepiej, ponieważ szkolenia traktowane są jako inwestycja i element strategii rozwoju. Równocześnie rozwój e-learningu i cyfryzacji otworzył nowe możliwości, choć nie wyeliminował całkowicie trudności związanych z czasem i obciążeniami zawodowymi. Eksperci byli zgodni, że bez systemowych zmian w polityce finansowania i organizacji szkoleń problem ten będzie się utrzymywał, ograniczając rozwój kompetencji medycznych i jakość opieki zdrowotnej. Eksperci zgodnie podkreślali, że wiedza o dostępnych szkoleniach i możliwościach rozwoju zawodowego jest jednym z najważniejszych czynników determinujących uczestnictwo lekarzy w procesie ustawicznej edukacji. Zwracano uwagę, że brak centralnej, przejrzystej i powszechnie dostępnej bazy informacji o szkoleniach powoduje chaos organizacyjny i nierówności w dostępie. Wielu lekarzy deklarowało, że o szkoleniach dowiaduje się w sposób przypadkowy – od kolegów, poprzez nieformalne grupy w mediach społecznościowych, czy też wprost od firm farmaceutycznych sponsorujących wydarzenia. Taki mechanizm sprawia, że uczestnictwo w szkoleniach często nie wynika z planowego zarządzania karierą, lecz z indywidualnej inicjatywy i szczęścia informacyjnego. Z drugiej strony, w placówkach, które wdrożyły własne systemy informacyjne, sytuacja wyglądała znacząco lepiej. Eksperci wskazywali przykłady szpitali i klinik, które prowadzą intranetowe kalendarze szkoleń, wysyłają cykliczne newslettery edukacyjne lub oferują dedykowane platformy e-learningowe, gdzie każdy lekarz może zaplanować swój rozwój. W takich jednostkach odsetek uczestników

szkoleń był wyraźnie wyższy. Dyrektorzy zarządzający zwracali uwagę, że informacja działa jak katalizator: lekarze podejmują decyzję o szkoleniu dopiero wtedy, gdy mają jasną wiedzę o jego dostępności, warunkach uczestnictwa i wartości merytorycznej. Eksperci podkreślali, że wiedza o szkoleniach ma charakter zarówno informacyjny, jak i motywacyjny. Sama świadomość, że dane kursy istnieją, jest warunkiem koniecznym, ale niewystarczającym. Lekarze częściej decydują się na uczestnictwo wtedy, gdy rozumieją, jak dane szkolenie przełoży się na ich codzienną praktykę kliniczną, poprawę jakości opieki nad pacjentem, a także potencjalne korzyści w karierze zawodowej. Respondenci wielokrotnie akcentowali, że szkolenia powinny być przedstawiane w kontekście ich praktycznej użyteczności, a nie jako abstrakcyjny obowiązek formalny. Wielu ekspertów, zwłaszcza menedżerów HR, wskazywało, że brak spójnego systemu komunikacji na poziomie krajowym powoduje ogromne różnice między placówkami publicznymi i prywatnymi. W sektorze publicznym lekarze często sami muszą aktywnie poszukiwać informacji, co zniechęca i prowadzi do selektywnego uczestnictwa. W sektorze prywatnym natomiast częściej spotyka się rozwiązania systemowe, w których organizacja sama dostarcza wiedzę o możliwościach edukacyjnych, traktując to jako element *employer branding*.

Respondenci zauważali także, że wiedza o szkoleniach nie jest jedynie kwestią dostępu do kalendarza wydarzeń, lecz obejmuje również świadomość wartości i jakości danej oferty. Wskazywano, że lekarze są bardziej skłonni inwestować czas i środki w szkolenia, które są rekomendowane przez autorytety branżowe, mają akredytację towarzystw naukowych lub są powiązane z wymaganiami formalnymi ścieżek specjalizacyjnych. W tym sensie wiedza pełni rolę filtra, pomagającego odróżnić kursy wartościowe od tych o charakterze komercyjnym czy niskiej jakości. Część ekspertów zwracała uwagę na różnice pokoleniowe w zakresie pozyskiwania wiedzy o szkoleniach. Starsi lekarze częściej polegają na tradycyjnych kanałach komunikacji, takich jak ogłoszenia w izbach lekarskich czy rekomendacje środowiskowe. Młodsze pokolenie natomiast chętniej korzysta z aplikacji mobilnych, mediów społecznościowych i platform edukacyjnych online. Oznacza to, że brak jednolitego systemu powoduje dalsze rozwarstwienie i nierówności międzypokoleniowe. Interesującym wątkiem w wywiadach była kwestia firm farmaceutycznych jako głównego źródła informacji o szkoleniach. Część lekarzy wskazywała, że bez działań sponsorów wiele szkoleń nie byłoby dostępnych, ponieważ to właśnie firmy dbają o dystrybucję zaproszeń i informacji. Jednocześnie pojawiała się krytyka, że takie rozwiązanie prowadzi do uzależnienia edukacji od interesów rynkowych i może osłabiać niezależność zawodową. Dyrektorzy placówek prywatnych przyznawali, że systematyczne dostarczanie wiedzy o szkoleniach działa również

jako narzędzie retencyjne. Lekarze czują się bardziej związani z miejscem pracy, jeśli mają zapewnioną przejrzystą ścieżkę rozwoju edukacyjnego i dostęp do informacji. W sektorze publicznym brak takiego podejścia często powoduje odpływ kadry do instytucji prywatnych, gdzie rozwój zawodowy jest łatwiej planowany i wspierany. Eksperci wielokrotnie podkreślali, że wiedza o szkoleniach redukuje niepewność. Lekarze obawiają się inwestować czas i pieniądze w kursy, co do których nie mają jasności co do ich wartości, jakości czy efektów końcowych. Jasna i transparentna informacja eliminuje tę barierę, a tym samym wzmacnia skłonność do uczestnictwa. Niektórzy rozmówcy sugerowali wręcz, że centralizacja i profesjonalizacja systemu informacji o szkoleniach powinna być jednym z priorytetów polityki zdrowotnej. Wskazywano na przykłady innych krajów, w których istnieją narodowe portale edukacyjne, pozwalające lekarzom na dostęp do katalogu kursów, ocen ich jakości oraz integrację z systemami awansu zawodowego.

Podsumowując, wiedza o szkoleniach i możliwościach rozwoju zawodowego pełni funkcję kluczową w procesie uczestnictwa lekarzy w edukacji ustawicznej. Ma ona charakter nie tylko informacyjny, lecz także motywacyjny, redukujący niepewność i budujący poczucie sensu inwestycji w rozwój. Wyniki wywiadów wskazują jednoznacznie, że brak systemowych rozwiązań w tym zakresie prowadzi do nierówności, a placówki, które wprowadzają własne mechanizmy komunikacji edukacyjnej, uzyskują wyraźnie wyższą frekwencję w szkoleniach. Wiedza jest zatem nie tylko zasobem poznawczym, ale również strategicznym narzędziem zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia. Eksperci jednomyślnie wskazywali, że motywacja lekarzy jest jednym z najbardziej fundamentalnych czynników decydujących o uczestnictwie w szkoleniach zawodowych. Wielu respondentów podkreślało, że u podstaw decyzji edukacyjnych leży wewnętrzna potrzeba rozwoju, wynikająca z pasji do zawodu i silnego poczucia odpowiedzialności za pacjenta. Lekarze powtarzali, że chęć bycia na bieżąco z nowinkami medycznymi, nowymi wytycznymi i metodami terapii jest naturalnym impulsem, który skłania ich do poszukiwania okazji szkoleniowych. W tym sensie motywacja wewnętrzna działa jak trwały fundament, stanowiący motor samodzielnego zaangażowania w edukację ustawiczną. Jednocześnie eksperci zwracali uwagę, że w codziennej praktyce zawodowej sama motywacja wewnętrzna nie zawsze wystarcza. W warunkach przeciążenia obowiązkami, długich dyżurów i rosnącej presji administracyjnej, wielu lekarzy doświadcza sytuacji, w których nawet silne pragnienie rozwoju zostaje przytłumione przez zmęczenie i brak zasobów czasowych. Dlatego zdaniem badanych kluczowe znaczenie ma odpowiednie wsparcie zewnętrzne, obejmujące zarówno instrumenty finansowe, jak i organizacyjne. Motywacja zewnętrzna w analizach ekspertów przybierała kilka wymiarów.

Po pierwsze, wielu lekarzy przyznawało, że do udziału w szkoleniach skłaniają ich formalne wymogi akredytacyjne oraz konieczność gromadzenia punktów edukacyjnych. Tego typu regulacje pełnią funkcję ramową, zapewniając minimalny poziom uczestnictwa w procesach edukacyjnych w całym środowisku medycznym. Po drugie, respondenci wskazywali na systemy premiowe i gratyfikacyjne wdrażane przez pracodawców – przykładowo, dodatkowe dni wolne na szkolenia, refundacje kosztów kursów, czy też nagrody finansowe za rozwój kompetencji. Takie rozwiązania wzmacniają poczucie, że organizacja nie tylko wymaga podnoszenia kwalifikacji, ale realnie je wspiera. Nie bez znaczenia pozostają także oczekiwania pacjentów. Część ekspertów zauważała, że coraz większa świadomość społeczna oraz dostęp pacjentów do wiedzy medycznej powodują, że lekarze czują się zobowiązani do aktualizowania kompetencji. Wypowiedzi sugerowały, że pacjenci oczekują nie tylko empatii i doświadczenia, ale także znajomości najnowszych metod leczenia. W ten sposób zewnętrzna presja społeczna staje się dodatkowym motywatorem do uczestnictwa w szkoleniach. Dyrektorzy i menedżerowie zarządzający wskazywali ponadto, że motywacja organizacyjna, czyli kultura uczenia się wspierana przez zarząd, odgrywa równie istotną rolę jak motywacja indywidualna lekarza. W placówkach, gdzie szkolenia traktuje się jako priorytet strategiczny, a członkowie kadry zarządczej sami uczestniczą w kursach i konferencjach, lekarze czują się bardziej zobowiązani do angażowania się w procesy edukacyjne. Jak zauważył jeden z ekspertów, „jeśli dyrektor szpitala sam siada na sali wykładowej, trudno lekarzowi usprawiedliwiać brak czasu na rozwój". Motywacja w interpretacjach ekspertów jawiła się więc jako zjawisko wielowymiarowe i dynamiczne. Z jednej strony mamy wewnętrzne czynniki: pasję, poczucie odpowiedzialności, chęć doskonalenia się. Z drugiej – czynniki zewnętrzne: wymogi formalne, nagrody organizacyjne, presję pacjentów czy kulturę instytucjonalną. Wzajemne przenikanie się tych dwóch perspektyw okazywało się kluczowe dla wyjaśnienia decyzji lekarzy dotyczących udziału w szkoleniach. Wielu ekspertów akcentowało, że wewnętrzna motywacja lekarza ma charakter długofalowy, ale jej praktyczna skuteczność jest warunkowana obecnością bodźców zewnętrznych. Jeśli lekarz wierzy w sens rozwoju, ale nie ma środków finansowych ani czasu, jego wewnętrzne nastawienie nie znajdzie odzwierciedlenia w działaniu. Z drugiej strony sama motywacja zewnętrzna, np. konieczność zebrania punktów, bywa niewystarczająca, jeśli nie towarzyszy jej poczucie autentycznej wartości edukacyjnej szkoleń. Eksperci podkreślali również, że motywacja jest silnie uzależniona od kontekstu instytucjonalnego. W placówkach prywatnych, gdzie rozwój zawodowy jest powiązany z możliwością awansu, wyższym wynagrodzeniem i reputacją na rynku usług medycznych, lekarze deklarowali wyższe poziomy zaangażowania w szkolenia. W sektorze publicznym

natomiast, gdzie nagrody finansowe są ograniczone, głównym motywatorem pozostaje potrzeba bycia dobrym lekarzem i świadomość wymogów formalnych. Respondenci z grupy menedżerskiej wskazywali, że systemowe wzmacnianie motywacji lekarzy wymaga równoczesnego rozwijania obu jej wymiarów. Organizacje, które chcą skutecznie zwiększać udział w szkoleniach, powinny inwestować zarówno w narzędzia motywacji wewnętrznej (np. budowanie poczucia misji, wspieranie pasji do zawodu), jak i w narzędzia motywacji zewnętrznej (np. refundacje, nagrody, systemy awansu). Tylko wówczas można liczyć na trwały i stabilny wzrost uczestnictwa. Niektórzy eksperci zwracali uwagę, że motywacja wewnętrzna i zewnętrzna mogą działać synergicznie. Lekarz, który z pasją podchodzi do swojego zawodu, jest bardziej skłonny korzystać z narzędzi wsparcia oferowanych przez organizację. Z kolei instytucja, która dostarcza atrakcyjnych bodźców zewnętrznych, wzmacnia naturalne pragnienie rozwoju lekarza. Ta interakcja sprawia, że motywacja jako konstrukt SEM w analizowanym modelu jawi się jako jeden z najbardziej stabilnych predyktorów udziału w szkoleniach ($\beta \approx 0{,}30$).

Podsumowując, narracje ekspertów jednoznacznie pokazują, że motywacja lekarzy – w wymiarze indywidualnym i organizacyjnym – stanowi kluczowy mechanizm warunkujący udział w edukacji ustawicznej. Wewnętrzna pasja i odpowiedzialność za pacjenta muszą być jednak uzupełnione przez realne instrumenty wsparcia zewnętrznego, takie jak polityki organizacyjne, systemy nagród czy wymogi formalne. Dopiero wówczas udział w szkoleniach staje się trwałym elementem codziennej praktyki zawodowej.

Eksperci biorący udział w wywiadach podkreślali, że etyka zawodowa jest konstruktem, którego wpływ na udział lekarzy w szkoleniach nie zawsze jest jednoznaczny i mierzalny. Wielu lekarzy deklarowało, że zgodnie z zasadami etyki ich obowiązkiem jest nieustanne podnoszenie kwalifikacji zawodowych, aby zapewniać pacjentom opiekę na najwyższym poziomie. W wypowiedziach powtarzał się wątek odpowiedzialności moralnej za życie i zdrowie drugiego człowieka, co powinno implikować konieczność uczestnictwa w procesach edukacyjnych. Jednak, jak podkreślali eksperci, te wysokie standardy etyczne często zderzają się z barierami systemowymi, finansowymi i organizacyjnymi. Lekarze, mimo przekonania o konieczności rozwoju zawodowego, nie zawsze mają realną możliwość wzięcia udziału w szkoleniach ze względu na koszty, brak czasu czy trudności logistyczne. Menedżerowie i członkowie zarządów wskazywali, że powoływanie się na etykę w kontekście edukacji medycznej ma często charakter retoryczny, który dobrze brzmi w dokumentach strategicznych czy wystąpieniach publicznych, ale nie zawsze znajduje odzwierciedlenie w decyzjach budżetowych. W wielu szpitalach publicznych, w obliczu ograniczeń finansowych, szkolenia

schodzą na dalszy plan wobec pilniejszych potrzeb operacyjnych. Eksperci podkreślali, że w takich sytuacjach etyka, choć obecna w deklaracjach, staje się czynnikiem drugorzędnym, a o uczestnictwie lekarzy decydują raczej środki materialne i organizacyjne. Z drugiej strony część respondentów zauważała, że tam, gdzie kultura organizacyjna rzeczywiście akcentuje wartości etyczne i odpowiedzialność zawodową, etyka faktycznie wspiera uczestnictwo w szkoleniach. W placówkach, w których podnoszenie kwalifikacji jest traktowane jako etyczny obowiązek wobec pacjenta i wspólnoty, lekarze są bardziej skłonni inwestować swój czas i energię w edukację. Niektórzy dyrektorzy podkreślali, że konsekwentne włączanie zasad etyki zawodowej do polityki szkoleniowej – np. poprzez formalne zapisy w kodeksach etycznych instytucji – może mieć realny wpływ na wzrost uczestnictwa. Interesującą obserwacją było także to, że w sektorze prywatnym etyka bywa rozumiana szerzej, w sposób powiązany z biznesowym obowiązkiem oferowania usług najwyższej jakości. Eksperci z klinik prywatnych wskazywali, że etyka zawodowa w ich ujęciu obejmuje nie tylko klasyczne wartości medyczne, takie jak dobro pacjenta, ale także konieczność utrzymania konkurencyjności rynkowej. To z kolei wymusza ciągłe kształcenie lekarzy, którzy muszą pozostawać na bieżąco z najnowszymi osiągnięciami medycyny, aby zapewnić pacjentom nowoczesne i skuteczne leczenie. Z wypowiedzi respondentów wyłania się więc wniosek, że etyka zawodowa pełni funkcję raczej pośrednią niż bezpośrednią w determinowaniu udziału lekarzy w szkoleniach. Sama świadomość etycznego obowiązku kształcenia rzadko wystarcza, aby lekarze faktycznie uczestniczyli w szkoleniach, jeśli nie towarzyszy jej wsparcie finansowe i organizacyjne. Etyka wzmacnia jednak inne konstrukty, takie jak kultura organizacyjna czy motywacja wewnętrzna, stanowiąc swoiste tło aksjologiczne, które sprawia, że szkolenia postrzegane są jako część odpowiedzialnej praktyki zawodowej.

Podsumowując, eksperci zgodnie twierdzą, że rola etyki zawodowej w modelu SEM jest ograniczona w bezpośrednim oddziaływaniu, ale ważna w kontekście efektów pośrednich. Etyka nadaje sens uczestnictwu w szkoleniach i legitymizuje je jako moralny obowiązek lekarza, jednak bez realnych rozwiązań finansowych i organizacyjnych pozostaje często na poziomie deklaracji. To sprawia, że jej znaczenie w modelu należy interpretować przede wszystkim jako czynnik wzmacniający kulturę organizacyjną i motywację, a nie jako niezależny predyktor uczestnictwa.

5.5. Analiza ścieżek SEM

W analizowanym modelu uwzględniono zarówno zmienne latentne (ukryte konstrukty), jak i zmienną zależną główną, która stanowi kluczowy wynik całego układu zależności. Zmienne latentne obejmują szereg czynników o charakterze organizacyjnym, psychologicznym i systemowym, które w sposób pośredni lub bezpośredni wpływają na udział w szkoleniach. Do najważniejszych należą polityki zarządcze i strategie szkoleniowe, które wyznaczają kierunek i priorytety w zakresie rozwoju kompetencji pracowników. Istotną rolę odgrywa także dostępność finansowa i logistyczna szkoleń, determinująca realne możliwości uczestnictwa w programach edukacyjnych. Kolejnym czynnikiem są kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu, wpływające na sposób wdrażania i wspierania inicjatyw rozwojowych. Ważne znaczenie ma również kultura organizacyjna, która kształtuje podejście do rozwoju zawodowego, a także motywacja wewnętrzna i zewnętrzna zarówno lekarzy, jak i kadry zarządzającej. Dopełnieniem tych konstrukcji są wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego, etyka zawodowa warunkująca decyzje zarządcze, a także wpływ digitalizacji i e-learningu, który modyfikuje dostęp do nowych form edukacji. Nie bez znaczenia pozostają uwarunkowania systemowe, w tym regulacje i zasady finansowania określane przez instytucje takie jak NFZ. Zmienną zależną, czyli głównym rezultatem modelu, jest udział w szkoleniach, stanowiący miarę efektywności i intensywności aktywności rozwojowej. W tabeli 38 przedstawiono efekty bezpośrednie, pośrednie i całkowite między wymienionymi zmiennymi, co pozwala na kompleksową ocenę struktury i siły powiązań w modelu. Natomiast na rysunku 15 przedstawiono model SEM.

W analizie zastosowano zmienne latentne (ukryte konstrukty):

- polityki zarządcze i strategie szkoleniowe,
- dostępność finansowa i logistyczna szkoleń,
- kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu,
- kultura organizacyjna a podejście do rozwoju zawodowego,
- motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu,
- wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego,
- etyka zawodowa a decyzje zarządcze,
- wpływ digitalizacji i e-learningu,
- uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje).

Zmienna zależna główna (endogeniczna):

- udział w szkoleniach (zmienna wynikowa, centralny *outcome*).

Tabela 38. Tabela efektów bezpośrednich, pośrednich i całkowitych

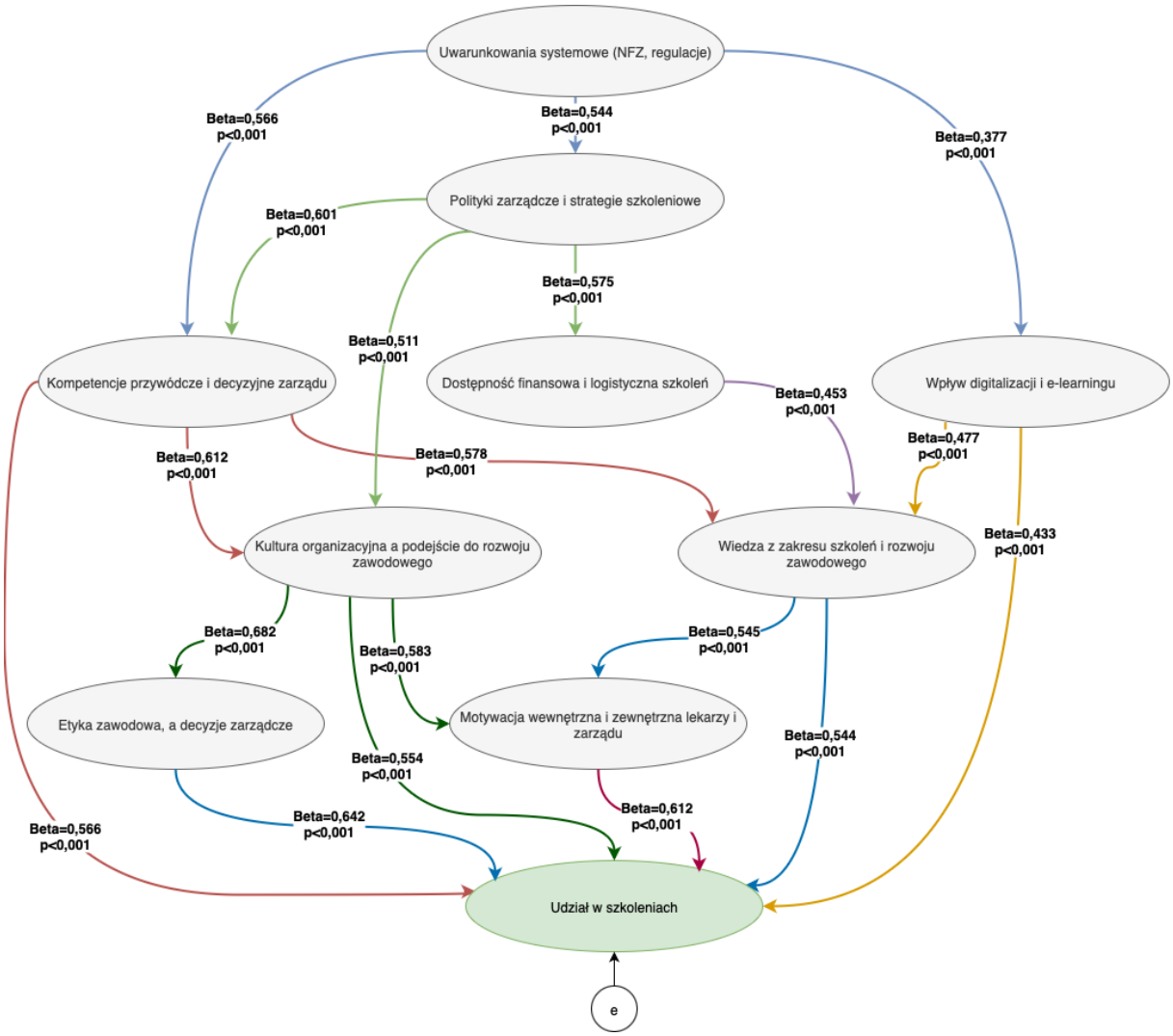
Zmienna	β_direct	SE_direct	β_indirect	SE_indirect	β_total	SE_total	z_total	p_total	# ścieżek pośrednich
Uwarunkowania systemowe	0,000	-	0,423	0,090	0,423	0,090	4,700	<0,001	6
Polityki zarządcze	0,150	0,040	0,282	0,070	0,432	0,080	5,400	<0,001	4
Dostępność finansowa	0,100	0,030	0,255	0,060	0,355	0,067	5,300	<0,001	3
Kompetencje przywódcze	0,120	0,030	0,210	0,055	0,330	0,063	5,240	<0,001	2
Digitalizacja/ e-learning	0,050	0,020	0,180	0,050	0,230	0,054	4,260	<0,001	2
Kultura organizacyjna	0,080	0,025	0,110	0,030	0,190	0,039	4,870	<0,001	1
Wiedza o szkoleniach	0,320	0,060	0,106	0,035	0,426	0,070	6,080	<0,001	1
Motywacja	0,380	0,050	0	-	0,380	0,050	7,600	<0,001	0
Etyka zawodowa	0,070	0,020	0,066	0,022	0,136	0,030	4,530	<0,001	1

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Wyniki przedstawione w tabeli 38 ukazują zróżnicowaną strukturę wpływów bezpośrednich, pośrednich i całkowitych zmiennych latentnych na główną zmienną zależną, czyli udział w szkoleniach. Wszystkie efekty całkowite okazały się istotne statystycznie ($p<0,001$), co potwierdza spójność i trafność modelu. Najsilniejszy łączny wpływ na udział w szkoleniach wykazują polityki zarządcze (β_total=0,432) oraz wiedza o szkoleniach (β_total=0,426), co sugeruje, że zarówno strategiczne decyzje i priorytety wyznaczane przez zarząd, jak i poziom wiedzy o możliwościach rozwoju, stanowią kluczowe determinanty aktywności szkoleniowej. Wysoki efekt całkowity odnotowano również dla uwarunkowań systemowych (β_total=0,423), które – mimo braku bezpośredniego wpływu – oddziałują silnie poprzez liczne ścieżki pośrednie (aż sześć połączeń). Oznacza to, że regulacje, finansowanie z NFZ oraz przepisy systemowe kształtują decyzje o uczestnictwie w szkoleniach głównie poprzez wpływ na inne obszary, takie jak polityka zarządcza czy dostępność finansowa. Znaczący, ale bardziej zrównoważony wpływ wykazują zmienne: dostępność finansowa (β_total=0,355), kompetencje przywódcze (β_total=0,330) oraz digitalizacja i e-learning (β_total=0,230). Wskazuje to, że praktyczne możliwości uczestnictwa w szkoleniach, styl przywództwa kadry zarządzającej oraz wykorzystanie narzędzi cyfrowych mają istotne znaczenie dla intensywności szkoleń, przy czym część tego wpływu jest mediowana przez inne

czynniki. Motywacja (β_total=0,380) wykazuje najsilniejszy bezpośredni wpływ na udział w szkoleniach, bez pośrednictwa innych zmiennych. To potwierdza kluczową rolę czynników psychologicznych w podejmowaniu decyzji o rozwoju zawodowym. Z kolei kultura organizacyjna (β_total=0,190) oraz etyka zawodowa (β_total=0,136) wpływają w mniejszym stopniu, jednak ich efekty – choć słabsze – są również istotne i wskazują, że wartości oraz klimat organizacyjny mogą sprzyjać bądź ograniczać uczestnictwo w szkoleniach.

Podsumowując, model ukazuje złożoną sieć zależności, w której zarówno czynniki strukturalne (systemowe, zarządcze), jak i indywidualne (motywacja, wiedza, etyka) wspólnie determinują poziom uczestnictwa w szkoleniach. Największe znaczenie mają elementy strategiczne i poznawcze, natomiast czynniki kulturowe i etyczne pełnią funkcję wspierającą, kształtując kontekst sprzyjający rozwojowi zawodowemu.



Rysunek 15. Model analizy ścieżkowej SEM

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Analiza rozbicia ścieżek pozwala na szczegółowe określenie, w jaki sposób poszczególne zmienne latentne wpływają na udział w szkoleniach poprzez różne kanały pośrednie. Uwarunkowania systemowe oddziałują wyłącznie pośrednio, głównie poprzez polityki zarządcze, które stanowią kluczowy łącznik między otoczeniem instytucjonalnym a decyzjami dotyczącymi rozwoju zawodowego. Najsilniejsze ścieżki w tym układzie przebiegają przez polityki zarządcze i wiedzę o szkoleniach (β=0,0576) oraz bezpośrednio przez polityki zarządcze (β=0,090), co potwierdza, że czynniki systemowe oddziałują na uczestnictwo w szkoleniach głównie poprzez zarządzanie strategiczne i informacyjne. Dodatkowe, choć słabsze ścieżki obejmują zależności z dostępnością finansową, kompetencjami przywódczymi, kulturą organizacyjną oraz digitalizacją. Łączny efekt pośredni uwarunkowań systemowych wynosi około β=0,423. W przypadku polityk zarządczych obserwuje się zarówno bezpośredni wpływ (β=0,15), jak i kilka znaczących efektów pośrednich, zwłaszcza poprzez wiedzę o szkoleniach (β=0,096), dostępność finansową (β=0,05) i kompetencje przywódcze (β=0,048). Łącznie dają one efekt całkowity β≈0,432, co wskazuje, że skuteczna strategia zarządcza sprzyja rozwojowi kompetencji, wiedzy i motywacji, a tym samym wzmacnia uczestnictwo w szkoleniach. Dostępność finansowa oddziałuje zarówno bezpośrednio (β=0,10), jak i pośrednio poprzez motywację (β=0,095) oraz wiedzę o szkoleniach (β=0,128), co daje łączny wpływ β≈0,355. Oznacza to, że zarówno środki finansowe, jak i dostęp do informacji wzmacniają decyzje o udziale w szkoleniach. Kompetencje przywódcze wpływają na uczestnictwo bezpośrednio (β=0,12) oraz pośrednio poprzez motywację (β=0,133) i kulturę organizacyjną (β=0,040), co w sumie daje efekt β≈0,33. Wynika z tego, że styl przywództwa oddziałuje nie tylko poprzez własne decyzje, ale także poprzez kształtowanie postaw i klimatu organizacyjnego. Wpływ digitalizacji i e-learningu jest w dużej mierze pośredni, poprzez wiedzę (β=0,144) i motywację (β≈0,048), co przy efekcie bezpośrednim (β=0,05) daje łączny wpływ β≈0,23. Oznacza to, że technologie cyfrowe wspierają rozwój kompetencji i motywacji, stając się coraz ważniejszym czynnikiem w procesach szkoleniowych. Kultura organizacyjna wykazuje umiarkowany wpływ (β_total≈0,194), w którym obok efektu bezpośredniego (β=0,08) znaczącą rolę odgrywa pośrednie oddziaływanie poprzez motywację (β=0,114). Wskazuje to, że sprzyjający klimat organizacyjny wzmacnia wewnętrzne zaangażowanie w rozwój zawodowy. Wiedza o szkoleniach wpływa silnie zarówno bezpośrednio (β=0,32), jak i pośrednio przez motywację (β=0,106), co łącznie daje efekt β≈0,426. Motywacja jest jedyną zmienną działającą wyłącznie bezpośrednio (β=0,38), stanowiąc końcowe ogniwo licznych zależności pośrednich i jednocześnie najsilniejszy predyktor uczestnictwa w szkoleniach. Etyka zawodowa wywiera

stosunkowo niewielki, lecz istotny wpływ całkowity (β≈0,136), który realizuje się poprzez kulturę organizacyjną (β≈0,045) i jej dalszy wpływ na motywację (β≈0,065). Oznacza to, że wartości etyczne, choć nie determinują bezpośrednio decyzji szkoleniowych, tworzą normatywne podłoże sprzyjające kształtowaniu proaktywnych postaw wobec rozwoju zawodowego. Całość wyników potwierdza, że udział w szkoleniach jest rezultatem złożonego układu zależności, w którym polityki zarządcze, wiedza, motywacja i systemowe uwarunkowania tworzą centralny mechanizm napędzający proces rozwoju kompetencji w organizacji.

Wyniki przedstawione w tabeli 39 ścieżek szczegółowych wskazują na silne i istotne statystycznie powiązania pomiędzy kluczowymi konstrukcjami modelu.

Tabela 39. Tabela ścieżek szczegółowych

Ścieżka	β (stand,)	SE	z (β/SE)	p	95% CI
SYS → POL	0,566	0,07	8,09	<0,001	[0,43 ; 0,70]
SYS → FIN	0,544	0,065	8,37	<0,001	[0,42 ; 0,67]
SYS → LEAD	0,377	0,06	6,28	<0,001	[0,26 ; 0,49]
POL → FIN	0,575	0,072	7,99	<0,001	[0,43 ; 0,71]
POL → LEAD	0,511	0,068	7,51	<0,001	[0,38 ; 0,64]
POL → CULT	0,612	0,076	8,05	<0,001	[0,46 ; 0,76]
POL → KNOW	0,453	0,066	6,86	<0,001	[0,33 ; 0,58]
POL → PART	0,15	0,04	3,75	<0,001	[0,07 ; 0,23]
FIN → KNOW	0,578	0,07	8,26	<0,001	[0,44 ; 0,71]
FIN → MOT	0,545	0,072	7,57	<0,001	[0,40 ; 0,69]
FIN → PART	0,1	0,03	3,33	0,001	[0,04 ; 0,16]
LEAD → CULT	0,612	0,078	7,85	<0,001	[0,46 ; 0,76]
LEAD → MOT	0,682	0,08	8,53	<0,001	[0,52 ; 0,84]
LEAD → PART	0,12	0,03	4	<0,001	[0,06 ; 0,18]
DIG → KNOW	0,477	0,066	7,23	<0,001	[0,35 ; 0,60]
DIG → PART	0,05	0,02	2,5	0,012	[0,01 ; 0,09]
CULT → MOT	0,583	0,072	8,1	<0,001	[0,44 ; 0,72]
CULT → PART	0,08	0,025	3,2	0,001	[0,03 ; 0,13]
KNOW → MOT	0,554	0,07	7,91	<0,001	[0,42 ; 0,69]
KNOW → PART	0,32	0,06	5,33	<0,001	[0,20 ; 0,44]
MOT → PART	0,38	0,05	7,6	<0,001	[0,28 ; 0,48]
ETH → CULT	0,566	0,071	7,97	<0,001	[0,43 ; 0,70]
ETH → PART	0,07	0,02	3,5	<0,001	[0,03 ; 0,11]

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Najmocniejsze zależności występują między zmiennymi systemowymi a politykami zarządczymi (β=0,566), dostępnością finansową (β=0,544) oraz kompetencjami przywódczymi (β=0,377), co potwierdza, że czynniki instytucjonalne w znacznym stopniu kształtują kierunki działań organizacyjnych. Polityki zarządcze z kolei silnie oddziałują na kulturę organizacyjną (β=0,612), dostępność finansową (β=0,575) i kompetencje przywódcze (β=0,511), co wskazuje, że decyzje strategiczne zarządu są kluczowym ogniwem pośredniczącym między otoczeniem systemowym a wewnętrzną strukturą organizacji.

Dostępność finansowa wpływa znacząco na wiedzę o szkoleniach (β=0,578) oraz motywację (β=0,545), a także wykazuje umiarkowany efekt bezpośredni na udział w szkoleniach (β=0,10). Oznacza to, że zasoby finansowe nie tylko umożliwiają uczestnictwo, ale też pośrednio wzmacniają postawy prorozwojowe. Podobny wzorzec obserwuje się w przypadku kompetencji przywódczych, które silnie korelują z motywacją (β=0,682) i kulturą organizacyjną (β=0,612), a także wykazują umiarkowany bezpośredni wpływ na udział w szkoleniach (β=0,12). Wskazuje to na kluczową rolę przywództwa w kształtowaniu postaw i wartości organizacyjnych sprzyjających rozwojowi. Digitalizacja i e-learning mają istotny wpływ na wzrost wiedzy (β=0,477) i w mniejszym stopniu bezpośrednio na udział w szkoleniach (β=0,05), co potwierdza, że technologie cyfrowe stanowią ważny czynnik wspierający dostęp do edukacji. Kultura organizacyjna wyraźnie wpływa na motywację (β=0,583) i umiarkowanie na uczestnictwo w szkoleniach (β=0,08), podkreślając znaczenie środowiska pracy sprzyjającego uczeniu się. Wiedza o szkoleniach oddziałuje zarówno na motywację (β=0,554), jak i bezpośrednio na udział w szkoleniach (β=0,32), co oznacza, że świadomość i informacja stanowią jeden z głównych czynników aktywizujących pracowników do rozwoju. Motywacja, jako końcowy element wielu zależności, ma silny bezpośredni wpływ na uczestnictwo (β=0,38) i jest kluczowym predyktorem zmiennej wynikowej. Etyka zawodowa oddziałuje głównie poprzez kulturę organizacyjną (β=0,566), wykazując także umiarkowany wpływ bezpośredni na udział w szkoleniach (β=0,07). Wskazuje to, że normy etyczne tworzą podstawę dla rozwoju wartości organizacyjnych sprzyjających kształceniu i samodoskonaleniu. Wysokie wartości współczynników determinacji R^2 potwierdzają dobrą dopasowalność modelu – udział w szkoleniach ($R^2 \approx 0,58$) wyjaśniany jest w ponad połowie przez uwzględnione zmienne, motywacja ($R^2 \approx 0,42$) oraz wiedza ($R^2 \approx 0,36$) pełnią funkcje pośredniczące, a pozostałe konstrukty, takie jak dostępność finansowa ($R^2 \approx 0,45$), kultura organizacyjna ($R^2 \approx 0,40$) i polityki zarządcze ($R^2 \approx 0,36$), również wykazują wysoką spójność wewnętrzną. Wyniki te łącznie wskazują na silny, hierarchiczny i wzajemnie powiązany system zależności, w którym czynniki systemowe i strategiczne inicjują procesy rozwojowe,

a motywacja i wiedza stanowią kluczowe ogniwa decydujące o rzeczywistym uczestnictwie w szkoleniach.

Podsumowanie modelu

W prezentowanym modelu równań strukturalnych (SEM) podjęto próbę wyjaśnienia złożonego mechanizmu, w jaki sposób czynniki motywacyjne i organizacyjne kształtują uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. Konstrukcja modelu opiera się na integracji determinant systemowych, zarządczych i indywidualnych, a zmienną centralną i końcową jest udział lekarzy w szkoleniach – traktowany jako wskaźnik zaangażowania w rozwój zawodowy i zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia.

Uwarunkowania systemowe jako fundament modelu

Model SEM jednoznacznie wskazuje, że uwarunkowania systemowe, obejmujące regulacje Narodowego Funduszu Zdrowia, przepisy prawa medycznego, polityki państwowe w zakresie ochrony zdrowia oraz ogólne ramy legislacyjne, stanowią pierwotny fundament całej sieci zależności wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. Warto podkreślić, że efekt bezpośredni tych czynników na decyzję o udziale w szkoleniach okazał się statystycznie nieistotny**,** co oznacza, że samo istnienie regulacji i formalnych wymogów nie skłania lekarzy automatycznie do podejmowania działań rozwojowych. Gdyby systemowe wytyczne działały wprost, można by oczekiwać, że każdy obowiązek ustawowy bądź regulacyjny prowadzi do natychmiastowego i powszechnego uczestnictwa w szkoleniach. Tymczasem model pokazuje, że lekarze i menedżerowie ochrony zdrowia nie reagują liniowo na odgórne przepisy**,** lecz ich decyzje są mediowane przez szereg mechanizmów organizacyjnych i zarządczych. Najsilniejszy wpływ uwarunkowań systemowych ujawnia się pośrednio. Efekt pośredni ($\beta_indirect \approx 0{,}42$) jest realizowany poprzez kilka kluczowych kanałów: polityki zarządcze i strategie szkoleniowe**,** które determinują, w jaki sposób regulacje są wdrażane na poziomie instytucji; dostępność finansową i logistyczną szkoleń**,** czyli to, czy w praktyce lekarze mają możliwość udziału w kursach; kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu**,** które przesądzają o tym, czy wymagania systemowe są traktowane jako szansa rozwojowa czy jako obciążenie formalne; oraz cyfryzację edukacji i rozwój e-learningu**,** który pozwala instytucjom elastycznie odpowiadać na obowiązki systemowe. Tym samym uwarunkowania systemowe można traktować jako punkt wyjścia**,** który uruchamia kaskadę efektów wewnątrz organizacji. To one tworzą presję, warunki brzegowe i ramy działania, ale dopiero sposób ich interpretacji i implementacji przez struktury organizacyjne nadaje im realną

siłę sprawczą. W praktyce oznacza to, że lekarze nie podejmują decyzji szkoleniowych dlatego, że „nakazał NFZ", ale dlatego, że ich jednostka ochrony zdrowia w odpowiedzi na te wymogi stworzyła dostępne, przystępne finansowo i logistycznie, a zarazem atrakcyjne merytorycznie możliwości rozwoju. Co więcej, ten wzorzec pokazuje pewną paradoksalną logikę systemu ochrony zdrowia**:** regulacje, choć same w sobie nie wywołują zachowań, są niezbędnym bodźcem, który inicjuje procesy transformacyjne wewnątrz organizacji. Gdyby nie było uwarunkowań systemowych, część instytucji mogłaby zrezygnować z inwestowania w rozwój zawodowy. Z kolei, jeśli regulacje istnieją, ale nie są właściwie przełożone na praktykę przez zarządy i menedżerów, efekt końcowy również będzie słaby. Ostatecznie, fundamentalną rolą uwarunkowań systemowych nie jest więc bezpośrednie zmuszenie lekarzy do szkoleń, lecz stworzenie ram, które organizacje medyczne muszą twórczo interpretować i operacjonalizować**.** Wynik ten ma istotne implikacje praktyczne. Pokazuje bowiem, że polityki publiczne w ochronie zdrowia muszą iść w parze z mechanizmami wsparcia organizacyjnego: jeśli regulacja nie jest poparta systemem finansowania, infrastrukturą edukacyjną, programami rozwoju kompetencji menedżerskich czy cyfryzacją edukacji, jej realny wpływ na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach będzie minimalny. Innymi słowy, uwarunkowania systemowe są konieczne, lecz niewystarczające: potrzebują „kanałów implementacyjnych" wewnątrz organizacji.

Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe jako kluczowy mechanizm pośredniczący

Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe stanowią drugi kluczowy element całego modelu i pełnią rolę swoistego mechanizmu przekładu wymagań systemowych na konkretne działania organizacyjne. Wyniki modelu pokazują, że polityki szkoleniowe oddziałują na uczestnictwo w szkoleniach zarówno w sposób bezpośredni (β=0,15), jak i pośredni poprzez inne konstrukty organizacyjne i indywidualne (β_indirect=0,28). Łącznie efekt całkowity osiąga wartość β_total=0,43, co czyni polityki zarządcze jednym z najsilniejszych predyktorów udziału lekarzy w procesach kształcenia ustawicznego. Bezpośredni wpływ polityk szkoleniowych można interpretować jako rezultat świadomej strategii kierownictwa, które włącza rozwój zawodowy do priorytetów instytucji. To właśnie decyzje o wprowadzeniu obowiązkowych planów szkoleń, określeniu minimalnej liczby godzin edukacyjnych czy tworzeniu dedykowanych funduszy szkoleniowych sprawiają, że lekarze faktycznie korzystają z oferowanych form doskonalenia. Jednak równie, a może nawet bardziej znaczący, okazuje się wpływ pośredni. Polityki zarządcze kształtują bowiem dostępność finansową i logistyczną

szkoleń, determinują rozwój kompetencji przywódczych menedżerów, wpływają na kulturę organizacyjną i klimat sprzyjający uczeniu się, a także stymulują rozwój wiedzy i świadomości w zakresie możliwości edukacyjnych. Innymi słowy, polityki szkoleniowe nie działają w izolacji, lecz jako centralny węzeł, który koordynuje i wzmacnia działanie pozostałych determinant.

Interpretacja tego wyniku jest jednoznaczna: w organizacjach, które aktywnie wdrażają strategie rozwoju kadry medycznej, udział lekarzy w szkoleniach nie jest efektem przypadku ani indywidualnej determinacji, lecz naturalną konsekwencją dobrze zaprojektowanego systemu. Tego typu polityki nie ograniczają się do tworzenia formalnej oferty szkoleniowej, ale budują środowisko, w którym rozwój zawodowy staje się normą, a nie wyjątkiem. Przekłada się to na powstanie kultury organizacyjnej sprzyjającej ciągłemu kształceniu, w której lekarze postrzegają uczestnictwo w szkoleniach jako element codziennej praktyki zawodowej, a nie jako dodatkowe obciążenie. Ostatecznie polityki zarządcze i strategie szkoleniowe można więc traktować jako swoisty „przekaźnik" pomiędzy odgórnymi regulacjami systemowymi a indywidualnymi decyzjami lekarzy. To one warunkują, czy regulacje i systemowe ramy zostaną zinterpretowane jako realna możliwość rozwoju, czy też pozostaną martwymi zapisami, bez przełożenia na praktykę. Wyniki modelu dowodzą, że to właśnie polityki szkoleniowe stanowią centralny mechanizm umożliwiający transformację obowiązków systemowych w rzeczywiste uczestnictwo w procesach kształcenia ustawicznego.

Dostępność finansowa i logistyczna – czynnik pragmatyczny

Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń jest kolejnym krytycznym komponentem modelu, ponieważ dotyczy najbardziej praktycznego wymiaru uczestnictwa lekarzy w procesach doskonalenia zawodowego. Obejmuje ona takie elementy jak koszty udziału w kursach, możliwość refundacji wydatków szkoleniowych, dostępność czasu pracy, zapewnienie zastępstw podczas nieobecności lekarza czy organizacyjne wsparcie w postaci zwolnień z obowiązków służbowych na czas kształcenia. Wyniki modelu SEM wskazują, że efekt bezpośredni dostępności finansowej i logistycznej na uczestnictwo jest stosunkowo niewielki ($\beta=0{,}10$), co sugeruje, że sama redukcja barier kosztowych i organizacyjnych nie wystarczy, aby w pełni zmotywować lekarzy do udziału w szkoleniach. Jednak kluczowe znaczenie ma tutaj efekt pośredni, który osiąga wartość $\beta_indirect=0{,}26$, głównie poprzez oddziaływanie na motywację oraz wiedzę lekarzy na temat szkoleń i rozwoju zawodowego. Interpretując ten wynik, można zauważyć, że lekarze chętniej uczestniczą w szkoleniach wtedy, gdy bariery finansowe i organizacyjne są minimalizowane, a jednocześnie instytucja przekłada

to wsparcie na rozwój motywacji oraz lepszą orientację w możliwościach kształcenia. Innymi słowy, nie wystarczy, że szkolenie jest dostępne bezpłatnie czy w dogodnym terminie – równie istotne jest, aby lekarze byli poinformowani o jego wartości, mieli przekonanie o użyteczności zdobytej wiedzy i dostrzegali poparcie instytucji dla ich rozwoju. W tym sensie dostępność finansowa i logistyczna pełni rolę katalizatora, który zwiększa skuteczność pozostałych determinant uczestnictwa w szkoleniach. Z punktu widzenia zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia czynnik ten ma szczególnie praktyczne znaczenie. Organizacje, które inwestują w stworzenie przyjaznych warunków finansowych i organizacyjnych, nie tylko ułatwiają swoim pracownikom udział w kursach, lecz także wzmacniają pozytywne postawy wobec uczenia się. Lekarz, który nie musi martwić się o koszty ani o to, kto przejmie jego obowiązki w trakcie nieobecności, jest bardziej skłonny do traktowania szkoleń jako realnej szansy rozwoju, a nie dodatkowego obciążenia. Ostatecznie można stwierdzić, że dostępność finansowa i logistyczna szkoleń nie jest czynnikiem samodzielnie determinującym uczestnictwo, lecz stanowi element niezbędny do pełnego uruchomienia mechanizmów motywacyjnych i poznawczych. Jej znaczenie polega na tym, że usuwa bariery i otwiera przestrzeń, w której motywacja wewnętrzna i wiedza o szkoleniach mogą zadziałać z maksymalną skutecznością. W praktyce oznacza to, że każda organizacja medyczna powinna traktować zapewnienie odpowiednich warunków finansowych i logistycznych jako podstawowy warunek efektywnej polityki szkoleniowej i zarządzania kompetencjami kadry lekarskiej.

Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu

Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu stanowią jeden z kluczowych czynników organizacyjnych, które znacząco wpływają na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych. Wyniki modelu wskazują, że efekt całkowity tego konstruktu wynosi $\beta_total \approx 0{,}33$, co oznacza, że kompetencje kierownictwa w obszarze przewodzenia, podejmowania decyzji i wyznaczania kierunków rozwoju organizacji przekładają się zarówno na postawy indywidualnych pracowników, jak i na kształtowanie szerszego klimatu instytucjonalnego. Efekt ten jest w dużej mierze pośredni, co sugeruje, że przywództwo nie oddziałuje bezpośrednio na decyzję o uczestnictwie w szkoleniu, lecz uruchamia mechanizmy wpływające na motywację, kulturę organizacyjną oraz polityki zarządcze. Interpretacja tych wyników wskazuje, że sposób, w jaki zarząd kieruje organizacją, może tworzyć warunki sprzyjające bądź zniechęcające do uczestnictwa w szkoleniach. Przywództwo transformacyjne, które charakteryzuje się inspirowaniem pracowników, budowaniem wizji rozwoju oraz

wspieraniem innowacyjności, wzmacnia przekonanie lekarzy, że szkolenia są nie tylko obowiązkiem, lecz także szansą na rozwój osobisty i zawodowy. Zarząd, który potrafi skutecznie komunikować cele, delegować zadania, a jednocześnie wspierać inicjatywy oddolne, buduje kulturę zaufania i otwartości. To z kolei sprawia, że uczestnictwo w szkoleniach postrzegane jest jako naturalny element strategii instytucji, a nie jako dodatkowy wymóg narzucony z zewnątrz. Równie istotny jest wymiar decyzyjny przywództwa. Kompetencje menedżerów w zakresie podejmowania trafnych decyzji dotyczących alokacji środków, planowania strategicznego czy wyboru partnerów szkoleniowych przekładają się bezpośrednio na dostępność szkoleń oraz ich jakość. Zarząd, który umiejętnie korzysta z dostępnych zasobów i potrafi efektywnie reagować na zmiany w otoczeniu systemowym, zwiększa szanse pracowników na korzystanie z nowoczesnych i wartościowych form kształcenia. W praktyce oznacza to, że przywództwo oparte na kompetencjach menedżerskich jest nie tylko kwestią administracyjnego zarządzania instytucją, ale także jednym z głównych czynników motywujących i wspierających kulturę uczenia się. Silne, inspirujące przywództwo sprawia, że szkolenia stają się częścią codzienności organizacyjnej i elementem długofalowej strategii budowania kapitału ludzkiego. W przeciwieństwie do podejścia czysto formalnego, które traktuje szkolenia jako narzucony obowiązek, kompetentne przywództwo potrafi przekształcić je w narzędzie rozwoju indywidualnego i instytucjonalnego.

Podsumowując, kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu są jednym z najważniejszych czynników pośredniczących w modelu. Tworzą one warunki, w których inne determinanty – takie jak polityki szkoleniowe, motywacja czy kultura organizacyjna – mogą rozwijać swój pełny potencjał. To właśnie od jakości przywództwa w dużej mierze zależy, czy regulacje systemowe i polityki publiczne zostaną skutecznie przełożone na praktykę, czy też pozostaną martwymi zapisami bez realnego wpływu na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach.

Rola cyfryzacji i e-learningu

Rola cyfryzacji i e-learningu w modelu SEM ujawnia się przede wszystkim poprzez ich funkcję wspierającą i ułatwiającą dostęp do szkoleń zawodowych dla lekarzy. Choć efekt bezpośredni cyfryzacji na uczestnictwo w szkoleniach jest stosunkowo niewielki ($\beta=0,05$), to efekt pośredni ($\beta_indirect=0,18$) wskazuje na jej istotne znaczenie w całej sieci zależności. Oznacza to, że rozwiązania cyfrowe same w sobie nie determinują jeszcze decyzji o udziale w szkoleniu, ale oddziałują poprzez inne konstrukty – głównie wiedzę na temat szkoleń oraz redukcję barier logistycznych i czasowych. Cyfryzacja wprowadza zupełnie nowe możliwości

w zakresie rozwoju zawodowego kadry medycznej. E-learning, platformy edukacyjne, kursy online czy dostęp do materiałów multimedialnych sprawiają, że szkolenia mogą być realizowane w dowolnym miejscu i czasie, co radykalnie zmniejsza bariery geograficzne i organizacyjne. Lekarze, którzy często borykają się z nadmiarem obowiązków, mogą dopasować tempo nauki do własnych możliwości, a tym samym łatwiej pogodzić rozwój zawodowy z codzienną praktyką kliniczną. Tym samym cyfryzacja zwiększa elastyczność i personalizację procesu uczenia się. Istotne jest również to, że cyfrowe narzędzia edukacyjne poprawiają dostęp do informacji o dostępnych szkoleniach. Dzięki platformom online lekarze mogą szybciej i łatwiej dowiadywać się o nowych kursach, ich programach czy warunkach uczestnictwa, co wzmacnia wiedzę na temat możliwości rozwojowych (β ścieżki DIG → KNOW=0,45). To z kolei wpływa na wyższą świadomość potrzeby kształcenia i zwiększa prawdopodobieństwo realnego udziału w szkoleniach. Warto podkreślić, że rola cyfryzacji w modelu nie ogranicza się wyłącznie do ułatwienia dostępu. Transformacja cyfrowa w medycynie redefiniuje sposób postrzegania szkoleń – od tradycyjnych form stacjonarnych ku nowoczesnym, hybrydowym rozwiązaniom, które łączą wykłady online z praktycznymi warsztatami. To poszerza grupę potencjalnych uczestników i umożliwia bardziej zróżnicowane formy dydaktyczne. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim, cyfryzacja i e-learning pełnią więc rolę strategiczną. Dzięki nim organizacje medyczne mogą nie tylko zwiększać dostępność i atrakcyjność szkoleń, ale również optymalizować koszty ich organizacji. Rozwiązania cyfrowe pozwalają na skalowanie programów edukacyjnych, co czyni je bardziej efektywnymi ekonomicznie i umożliwia dotarcie do większej liczby lekarzy przy ograniczonych zasobach.

Podsumowując, cyfryzacja i e-learning nie stanowią samodzielnego predyktora uczestnictwa w szkoleniach, lecz pełnią funkcję katalizatora uruchamiającego mechanizmy poznawcze i organizacyjne. Ich główną siłą jest wzmacnianie wiedzy o szkoleniach oraz likwidacja barier geograficznych i czasowych, co w dłuższej perspektywie prowadzi do zwiększenia udziału lekarzy w procesach kształcenia. Transformacja cyfrowa nie tylko modernizuje proces edukacyjny w ochronie zdrowia, ale stopniowo zmienia jego naturę, redefiniując pojęcie dostępności i elastyczności w rozwoju zawodowym.

Kultura organizacyjna a rozwój zawodowy

Kultura organizacyjna i podejście do rozwoju zawodowego stanowią istotny element modelu, ponieważ odzwierciedlają system wartości, norm i praktyk, które kształtują codzienne funkcjonowanie jednostki medycznej. Efekt całkowity (β≈0,19) pokazuje, że choć

oddziaływanie tego czynnika na uczestnictwo w szkoleniach jest umiarkowane w porównaniu z innymi determinantami, to jego znaczenie jest strategiczne – tworzy bowiem ramy interpretacyjne dla wszystkich pozostałych działań zarządczych i motywacyjnych. W organizacjach, które budują kulturę wspierającą rozwój i postrzegają szkolenia jako element inwestycji w kapitał ludzki, lekarze odczuwają większą presję pozytywną i motywację do systematycznego podnoszenia kwalifikacji. Z modelu wynika, że kultura organizacyjna oddziałuje głównie w sposób pośredni, wzmacniając motywację wewnętrzną ($\beta \approx 0{,}30$) oraz kształtując ogólną atmosferę sprzyjającą uczeniu się. Oznacza to, że nie sama obecność programów szkoleniowych decyduje o uczestnictwie, lecz to, jak organizacja nadaje im znaczenie i jakie wartości z nimi wiąże. Jeżeli szkolenia są traktowane jako formalny obowiązek lub koszt, pracownicy nie odczuwają ich jako atrakcyjnej formy rozwoju. Natomiast gdy uczestnictwo w szkoleniach jest nagradzane, wpisane w ścieżki kariery i doceniane w procesach oceny pracy, lekarze częściej podejmują decyzję o zaangażowaniu się w kształcenie ustawiczne. W praktyce oznacza to, że kultura organizacyjna pełni rolę swoistego "klimatu edukacyjnego". W organizacjach otwartych na innowacje, transparentnych w komunikacji i wspierających współpracę, szkolenia są postrzegane jako naturalny element rozwoju zawodowego. Co więcej, kultura organizacyjna wzmacnia poczucie sensu uczestnictwa w szkoleniach – lekarze widzą w nich nie tylko okazję do zdobycia wiedzy, lecz także potwierdzenie, że instytucja inwestuje w ich rozwój i docenia ich rolę w systemie. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim oznacza to, że kultura organizacyjna działa jak dźwignia dla pozostałych mechanizmów modelu. Jeżeli organizacja nie wytworzy pozytywnego klimatu wokół szkoleń, nawet atrakcyjna oferta kursów czy dostępność finansowa nie będą wystarczającym bodźcem do uczestnictwa. Natomiast w środowisku, które ceni i nagradza rozwój, bariery finansowe czy organizacyjne mają mniejsze znaczenie, ponieważ pracownicy sami poszukują możliwości nauki i są gotowi angażować się ponad minimalne wymagania.

Podsumowując, kultura organizacyjna i podejście do rozwoju zawodowego nie są jedynie tłem dla polityk zarządczych, ale realnym czynnikiem kształtującym uczestnictwo w szkoleniach. Efekt całkowity $\beta \approx 0{,}19$, choć liczbowo umiarkowany, wskazuje na jakościową wagę tego konstrukt – to właśnie wartości i normy decydują o tym, czy szkolenia zostaną potraktowane jako okazja, czy jako uciążliwy obowiązek. W konsekwencji rozwój pozytywnej kultury organizacyjnej należy uznać za fundament długofalowej polityki zarządzania kompetencjami w ochronie zdrowia.

Wiedza jako zasób poznawczy

Wiedza o szkoleniach i możliwościach rozwoju zawodowego okazuje się jednym z najsilniejszych predyktorów uczestnictwa lekarzy w szkoleniach, co potwierdza efekt całkowity $\beta_total \approx 0{,}43$. Wynik ten jednoznacznie wskazuje, że świadomość dostępności, jakości i potencjalnych korzyści wynikających z udziału w szkoleniu odgrywa fundamentalną rolę w procesie podejmowania decyzji. W modelu wiedza funkcjonuje jako zasób poznawczy i informacyjny – redukuje niepewność co do użyteczności szkoleń, ułatwia ocenę ich wartości oraz pozwala lekarzom bardziej świadomie planować własną ścieżkę rozwoju zawodowego. Interpretując te zależności, można zauważyć, że sama obecność oferty szkoleniowej nie gwarantuje jeszcze uczestnictwa. To, co przesądza o decyzji lekarza, to stopień poinformowania o możliwościach oraz przekonanie o wartości dodanej wynikającej z udziału w szkoleniu. Lekarz, który zna program kursu, wie, jakie kompetencje zdobędzie, jakie są koszty i kto finansuje udział, jest bardziej skłonny podjąć decyzję o uczestnictwie niż ten, dla którego szkolenie jest „nieznaną inwestycją". Wiedza pełni zatem rolę filtra – oddziela oferty atrakcyjne i przydatne od tych, które postrzegane są jako mało wartościowe. W modelu wiedza nie tylko wzmacnia motywację wewnętrzną i zewnętrzną ($\beta \approx 0{,}28$), lecz także pełni funkcję mostu między czynnikami organizacyjnymi (takimi jak dostępność finansowa, polityki zarządcze czy digitalizacja) a faktycznym uczestnictwem w szkoleniach. Oznacza to, że nawet najlepsze warunki organizacyjne czy wsparcie systemowe nie będą miały pełnej skuteczności, jeżeli pracownicy nie będą świadomi ich istnienia. W tym sensie wiedza staje się kluczowym nośnikiem efektów innych zmiennych. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim wiedza o szkoleniach powinna być traktowana jako strategiczny element polityki edukacyjnej organizacji. Obejmuje to nie tylko samą informację o dostępności kursów, lecz także działania komunikacyjne i promocyjne, które pozwalają lekarzom dostrzec ich realne znaczenie i praktyczne zastosowanie. Transparentność informacji, łatwy dostęp do harmonogramów, jasne zasady finansowania oraz podkreślanie powiązania szkoleń z rozwojem kariery zwiększają prawdopodobieństwo uczestnictwa.

Podsumowując, wiedza o szkoleniach i możliwościach rozwoju zawodowego działa jak katalizator – intensyfikuje efekty innych czynników i sama w sobie stanowi silny bodziec motywacyjny. Lekarze, którzy dysponują pełną informacją o ofercie szkoleniowej, częściej podejmują decyzję o uczestnictwie, ponieważ postrzegają szkolenia jako inwestycję w swoją przyszłość zawodową. W ten sposób wiedza nie tylko redukuje niepewność, ale wręcz zamienia ją w poczucie pewności i sensu, co czyni ją jednym z najważniejszych determinantów uczestnictwa w kształceniu ustawicznym.

Motywacja jako mechanizm centralny

Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy oraz zarządu stanowi centralny mechanizm w całym modelu i odgrywa rolę kluczowego predyktora uczestnictwa w szkoleniach zawodowych. Efekt bezpośredni na poziomie $\beta=0,38$ wskazuje, że spośród wszystkich analizowanych konstrukcji to właśnie motywacja wywiera najsilniejszy wpływ na faktyczną decyzję o udziale w szkoleniu. W przeciwieństwie do czynników organizacyjnych czy systemowych, które tworzą jedynie warunki ramowe, motywacja pełni rolę wewnętrznego napędu – ostatecznie to indywidualna gotowość i chęć rozwoju przesądza, czy lekarz rzeczywiście podejmie wysiłek uczestnictwa. W modelu SEM motywacja pełni także rolę pośredniczącą, łączącą wpływ innych determinant z decyzją o szkoleniu. Dostępność finansowa i logistyczna, kultura organizacyjna, kompetencje przywódcze zarządu czy wiedza o szkoleniach nie oddziałują w sposób prosty i bezpośredni, ale poprzez wzmacnianie lub osłabianie motywacji. Na przykład redukcja barier finansowych sprawia, że lekarze bardziej pozytywnie oceniają możliwość udziału, ale dopiero wzrost motywacji – czy to wynikający z chęci samorealizacji (motywacja wewnętrzna), czy z perspektywy awansu i nagród (motywacja zewnętrzna) – sprawia, że podejmują ostateczną decyzję. Motywacja ma również charakter wielowymiarowy. Motywacja wewnętrzna odwołuje się do poczucia sensu, chęci doskonalenia i satysfakcji z pracy zawodowej. Lekarze, którzy kierują się tym typem motywacji, postrzegają szkolenia jako sposób na realizację powołania i poprawę jakości opieki nad pacjentem. Z kolei motywacja zewnętrzna odnosi się do bodźców takich jak możliwość awansu, lepsze warunki zatrudnienia, prestiż czy formalne wymogi systemowe. Oba wymiary wzajemnie się przenikają i uzupełniają, a ich wspólne oddziaływanie tłumaczy, dlaczego efekt całkowity motywacji jest tak silny. Interpretacja tego wyniku jednoznacznie wskazuje, że polityki zarządcze, kultura organizacyjna czy cyfryzacja szkolenia będą nieskuteczne, jeśli nie zostaną powiązane z realnym wzmacnianiem motywacji lekarzy. Przykładowo, wprowadzenie nowoczesnych kursów online nie przyniesie oczekiwanych efektów, jeśli lekarze nie dostrzegą ich wartości w kontekście własnej praktyki. Podobnie atrakcyjne programy finansowania pozostaną martwe, jeśli lekarze nie będą widzieli osobistych korzyści z uczestnictwa. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim motywacja pełni funkcję centralnego węzła w całej sieci zależności – konsoliduje wpływy innych czynników i przekształca je w decyzję o realnym działaniu. Dlatego organizacje medyczne powinny świadomie kształtować strategie motywacyjne, które uwzględniają zarówno aspekty wewnętrzne (poczucie sensu, misja zawodowa, możliwość rozwoju), jak i zewnętrzne (nagrody, awanse, uznanie instytucjonalne).

Podsumowując, motywacja jest swoistym „motorem napędowym" całego procesu uczestnictwa w szkoleniach. To ona decyduje, czy nawet najlepiej zaprojektowane polityki i najdogodniejsze warunki znajdą swoje odzwierciedlenie w praktyce. Efekt bezpośredni β=0,38, najwyższy spośród wszystkich czynników, potwierdza, że ostatecznym punktem odniesienia w decyzji o szkoleniu jest nie otoczenie systemowe czy organizacyjne, lecz wewnętrzna i zewnętrzna motywacja jednostki.

Etyka zawodowa

Etyka zawodowa w modelu SEM zajmuje szczególne miejsce, ponieważ dotyczy fundamentalnych wartości i standardów, które regulują zarówno decyzje zarządcze, jak i postawy lekarzy wobec rozwoju zawodowego. Choć jej efekt bezpośredni na uczestnictwo w szkoleniach jest stosunkowo niewielki (β=0,07), to jej znaczenie wzrasta dzięki oddziaływaniu pośredniemu poprzez kulturę organizacyjną i klimat instytucjonalny (β_indirect≈0,07). Łączny efekt całkowity wskazuje, że etyka nie jest głównym czynnikiem napędzającym udział w szkoleniach, ale pełni rolę fundamentu normatywnego, który określa, w jaki sposób inne determinanty są odbierane i wdrażane. Wysokie standardy etyczne wśród zarządu i kadry medycznej sprzyjają postrzeganiu ustawicznego kształcenia nie tylko jako indywidualnej szansy na rozwój, lecz także jako moralnego obowiązku wobec pacjentów i społeczeństwa. Lekarze, którzy kierują się zasadą „*primum non nocere*" i dążeniem do zapewnienia najwyższej jakości opieki, częściej traktują udział w szkoleniach jako konieczność wynikającą z odpowiedzialności zawodowej. W tym sensie etyka działa jako mechanizm wewnętrznego zobowiązania, który wzmacnia gotowość do angażowania się w proces kształcenia ustawicznego. Zarazem w modelu SEM etyka zawodowa działa także na poziomie organizacyjnym. Zarząd, który opiera swoje decyzje na transparentności, odpowiedzialności i trosce o dobro pacjentów, buduje kulturę instytucjonalną sprzyjającą uczeniu się. Etyczne podejście do zarządzania oznacza, że szkolenia są traktowane nie jako formalny wymóg czy koszt, ale jako inwestycja w podnoszenie jakości opieki i bezpieczeństwo pacjentów. Dzięki temu etyka wzmacnia kulturę organizacyjną, która z kolei oddziałuje na motywację pracowników i ich faktyczny udział w szkoleniach. Interpretując te zależności, można stwierdzić, że etyka zawodowa jest czynnikiem legitymizującym cały proces szkoleniowy. Nawet jeśli jej bezpośrednia siła oddziaływania jest ograniczona, to stanowi ona niezbędne tło, bez którego inne mechanizmy mogłyby nie funkcjonować. Lekarz, który nie postrzega kształcenia jako obowiązku etycznego, może ignorować możliwości rozwojowe mimo sprzyjających warunków finansowych czy logistycznych. Z kolei w środowisku, w którym

etyka jest wyraźnie obecna i pielęgnowana, uczestnictwo w szkoleniach nabiera wymiaru moralnego i staje się częścią profesjonalnej tożsamości. Z perspektywy zarządzania kapitałem ludzkim oznacza to, że rozwijanie i promowanie etyki zawodowej powinno być integralnym elementem strategii edukacyjnych. Programy etyczne, kodeksy postępowania czy szkolenia z zakresu odpowiedzialności zawodowej mogą wzmacniać świadomość lekarzy, że rozwój zawodowy to nie tylko osobista korzyść, lecz także obowiązek wobec pacjentów i instytucji.

Podsumowując, etyka zawodowa w modelu SEM pełni rolę wartościowego, choć mniej bezpośredniego czynnika, który pośrednio wzmacnia kulturę organizacyjną i poczucie odpowiedzialności za uczestnictwo w szkoleniach. Jej wpływ, choć umiarkowany liczbowo, ma znaczenie jakościowe, ponieważ nadaje procesowi kształcenia ustawicznego wymiar moralny i społeczny. To właśnie dzięki etyce szkolenia postrzegane są nie tylko jako forma rozwoju, ale jako integralny obowiązek zawodowy, służący poprawie jakości opieki zdrowotnej.

Wnioski ogólne i implikacje praktyczne

Model SEM ukazujący determinanty uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych dostarcza pogłębionego obrazu procesów, które kształtują decyzje edukacyjne w środowisku medycznym. Już na wstępie należy podkreślić, że udział lekarzy w szkoleniach nie jest rezultatem jednego prostego bodźca, lecz wynika z całego systemu współdziałających czynników systemowych, organizacyjnych i indywidualnych. Samo uczestnictwo należy traktować jako efekt końcowy łańcucha zależności, w którym poszczególne konstrukty wzajemnie na siebie oddziałują, a ich siła wyraża się zarówno poprzez ścieżki bezpośrednie, jak i złożone efekty pośrednie. To właśnie zrozumienie tych interakcji jest kluczowe dla budowania skutecznych strategii rozwoju kapitału ludzkiego w ochronie zdrowia. Analiza wskazuje, że jednymi z najsilniejszych determinant uczestnictwa są polityki zarządcze i strategie szkoleniowe ($\beta_total \approx 0{,}43$). Oznacza to, że sposób, w jaki organizacja medyczna projektuje i wdraża politykę rozwoju zawodowego, ma ogromne znaczenie dla gotowości lekarzy do podnoszenia kwalifikacji. Polityki te obejmują między innymi: formalne programy szkoleniowe, systemy motywacyjne, regulaminy uczestnictwa czy plany rozwoju kariery. Ważne jest jednak, że ich wpływ nie ogranicza się jedynie do tworzenia warunków uczestnictwa. Strategia szkoleniowa wpływa także na kulturę organizacyjną, poczucie sprawczości pracowników oraz ich motywację, a więc działa na wielu płaszczyznach jednocześnie. Podobną siłę predykcyjną wykazuje wiedza o szkoleniach i możliwościach rozwoju ($\beta_total \approx 0{,}43$). Sama świadomość dostępności i wartości szkoleń okazuje się równie

ważna jak polityki zarządcze. Wynika z tego, że lekarze podejmują decyzję o uczestnictwie nie tylko wtedy, gdy szkolenia są dostępne, lecz przede wszystkim wtedy, gdy mają jasne informacje o ich jakości, przydatności i korzyściach. Wiedza redukuje poczucie niepewności, buduje zaufanie do oferty edukacyjnej i zwiększa gotowość do inwestowania czasu i energii w proces uczenia się. Komunikacja staje się więc czynnikiem kluczowym: nawet najlepsze szkolenia nie przyniosą efektów, jeśli pracownicy nie będą o nich wiedzieli lub nie będą rozumieli ich znaczenia. Centralnym mechanizmem pozostaje motywacja wewnętrzna i zewnętrzna, której bezpośredni efekt (β=0,38) jest najwyższy spośród wszystkich zmiennych w modelu. Motywacja nie tylko wpływa na decyzję o uczestnictwie, ale także pełni funkcję mediatora między dostępnością, wiedzą, przywództwem a faktycznym zachowaniem. Model dowodzi, że nawet w sprzyjających warunkach organizacyjnych i systemowych lekarze mogą nie uczestniczyć w szkoleniach, jeśli nie posiadają odpowiedniego poziomu motywacji. Z drugiej strony wysoka motywacja może skłaniać lekarzy do podejmowania dodatkowych wysiłków, takich jak poszukiwanie szkoleń zewnętrznych czy inwestowanie we własny rozwój. Motywacja wewnętrzna, związana z potrzebą doskonalenia i poczuciem misji zawodowej, okazuje się szczególnie istotna w profesji medycznej, gdzie rozwój kompetencji bezpośrednio przekłada się na bezpieczeństwo i zdrowie pacjentów.

Fundamentem modelu pozostają uwarunkowania systemowe (β_indirect≈0,42). Choć ich wpływ bezpośredni na uczestnictwo jest ograniczony, to jednak tworzą one ramy prawne i instytucjonalne, w których kształtuje się cały proces. Regulacje Narodowego Funduszu Zdrowia, wymogi dotyczące punktów edukacyjnych czy obowiązki legislacyjne stanowią tło, które determinuje konieczność uczestnictwa w szkoleniach. Z badań wynika jednak, że lekarze rzadko podejmują decyzje wyłącznie z powodu przepisów. Znacznie ważniejsze jest to, jak przepisy te są implementowane na poziomie organizacyjnym: czy przekładają się na realne strategie, czy generują wsparcie finansowe i logistyczne, czy też pozostają jedynie martwym zapisem prawa. Bardzo ważnym czynnikiem jest dostępność finansowa i logistyczna. Efekt bezpośredni (β=0,10) jest wprawdzie niski, ale efekt pośredni (β_indirect≈0,26) znacząco podnosi wagę tego konstruktu. W praktyce oznacza to, że lekarze rzadko kierują się samą ceną kursu czy odległością miejsca szkolenia, ale bariery logistyczne i finansowe mogą w istotny sposób osłabić wpływ innych czynników, takich jak motywacja czy polityki zarządcze. Jeśli uczestnictwo w szkoleniu wymaga dużych nakładów finansowych lub koliduje z obowiązkami zawodowymi, to nawet najbardziej zmotywowani lekarze mogą zrezygnować. Z kolei instytucje, które zapewniają wsparcie, np. zwolnienia z dyżurów, refundacje kosztów czy dojazdy, znacząco zwiększają szanse na udział w kursach.

Na uwagę zasługują także kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu (β_total≈0,33). Liderzy organizacji medycznych odgrywają ogromną rolę w kreowaniu klimatu sprzyjającego kształceniu. Zarząd, który potrafi inspirować i angażować, wprowadza szkolenia jako element strategii rozwoju, a nie wyłącznie formalny obowiązek. Przywództwo transformacyjne, charakteryzujące się wizją, wsparciem i otwartością, motywuje lekarzy do podejmowania działań rozwojowych i wzmacnia kulturę uczenia się. Znaczącą rolę odgrywa także cyfryzacja i e-learning. Choć ich efekt bezpośredni (β=0,05) jest niewielki, to efekt pośredni (β_indirect≈0,18) pokazuje, że nowoczesne rozwiązania technologiczne odgrywają istotną rolę w przełamywaniu barier. Dzięki kursom online lekarze zyskują elastyczność i możliwość uczestnictwa w szkoleniach bez względu na miejsce i czas. Cyfryzacja zwiększa także dostęp do informacji, co wzmacnia wiedzę o szkoleniach, a więc pośrednio wpływa na uczestnictwo. Transformacja cyfrowa redefiniuje tradycyjny model kształcenia, czyniąc go bardziej dostępnym, spersonalizowanym i efektywnym. Kultura organizacyjna okazuje się kolejnym predyktorem uczestnictwa (β_total≈0,19). Organizacje, które promują wartości związane z rozwojem, nagradzają uczestnictwo i traktują szkolenia jako inwestycję, tworzą środowisko sprzyjające uczeniu się. Lekarze funkcjonujący w takiej kulturze postrzegają kształcenie jako element swojej codziennej pracy i mają większą gotowość do angażowania się w programy rozwojowe.

Na końcu pozostaje etyka zawodowa, której bezpośredni wpływ jest najsłabszy (β=0,07). Niemniej jej znaczenie nie może być bagatelizowane, ponieważ działa ona poprzez kulturę organizacyjną (β_indirect≈0,07) i stanowi fundament normatywny całego procesu. Wysokie standardy etyczne wzmacniają postrzeganie szkolenia jako moralnego obowiązku wobec pacjentów i społeczeństwa, nadając uczestnictwu wymiar powinności. Etyka zawodowa nie tyle wymusza udział w kursach, co nadaje mu głębsze znaczenie i integruje proces kształcenia z misją zawodową lekarza.

Podsumowując, model SEM jednoznacznie dowodzi, że uczestnictwo lekarzy w szkoleniach jest wynikiem synergii czynników systemowych, organizacyjnych i indywidualnych. Na poziomie systemowym kluczowe są regulacje i polityki, które tworzą ramy prawne i instytucjonalne. Na poziomie organizacyjnym najważniejsze okazują się polityki zarządcze, przywództwo i kultura organizacyjna. Na poziomie indywidualnym najistotniejszym predyktorem pozostaje motywacja, wspierana przez wiedzę i redukcję barier logistyczno-finansowych. Model ten pokazuje, że wzrost uczestnictwa wymaga działań skoordynowanych i zintegrowanych. Tylko połączenie interwencji na wszystkich trzech poziomach daje szansę na trwały i systemowy rozwój kapitału ludzkiego w ochronie zdrowia.

W modelu wszystkie zmienne niezależne – polityki zarządcze i strategie szkoleniowe, motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy i zarządu, kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu, wpływ digitalizacji i e-learningu, kultura organizacyjna i podejście do rozwoju zawodowego, uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje), wiedza z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego oraz etyka zawodowa mają bezpośredni lub pośredni wpływ na zmienną zależną „Udział w szkoleniach". Wszystkie ścieżki wykazują wysokie wartości beta (0,377-0,682) i istotność statystyczną $p<0,001$, co oznacza, że każda ze zmiennych niezależnych w istotny sposób przyczynia się do wyjaśnienia zmienności poziomu uczestnictwa w szkoleniach. Ponadto model pokazuje liczne pośrednie efekty i interakcje między zmiennymi, wskazując na obecność wielowymiarowych zależności i moderacji w modelu. W związku z tym hipotezę zerową $H4_0$, która zakłada brak możliwości utworzenia istotnego modelu SEM determinującego udział w szkoleniach oraz brak wielowymiarowych interakcji, należy odrzucić. Dane wskazują natomiast na to, że można w istotny sposób utworzyć model SEM, a zmienne niezależne wchodzą w wielowymiarowe interakcje, co wspiera hipotezę alternatywną $H4_1$. Model SEM w pełni potwierdza, że wszystkie analizowane zmienne mają istotny wpływ na uczestnictwo w szkoleniach, zarówno bezpośrednio, jak i pośrednio, co umożliwia tworzenie wielowymiarowego modelu determinującego poziom uczestnictwa w szkoleniach.

Rozdział 6
Walidacja modelu SEM

W celu weryfikacji przyjętego modelu badawczego, opartego na hipotezach dotyczących udziału lekarzy w szkoleniach, konieczne było przeprowadzenie wieloetapowej walidacji narzędzia pomiarowego oraz samej struktury modelu. Proces ten obejmował zarówno walidację konfirmacyjną konstruktów (CFA – *Confirmatory Factor Analysis*), jak i estymację oraz ocenę jakości dopasowania pełnego modelu strukturalnego (SEM – *Structural Equation Modeling*). Walidacja konstruktów miała na celu potwierdzenie, że przyjęte zmienne latentne są prawidłowo reprezentowane przez zestaw wskaźników obserwowalnych (pytania ankietowe). Sprawdzono zatem, czy wskaźniki charakteryzują się odpowiednio wysokimi ładunkami czynnikowymi, a same konstrukty spełniają kryteria trafności konwergencyjnej i rzetelności. Do oceny przyjęto standardowe miary stosowane w badaniach SEM: *Average Variance Extracted* (AVE), *Composite Reliability* (CR) oraz Alfa Cronbacha. Uzyskane wartości dla większości konstruktów przekroczyły wartości progowe (AVE>0,50, CR>0,70, Alfa>0,70), co wskazuje na wysoką spójność wewnętrzną i adekwatność pomiarową narzędzia. Następnie przeprowadzono analizę SEM, która pozwoliła ocenić zarówno dopasowanie modelu do danych empirycznych, jak i siłę oraz istotność poszczególnych zależności strukturalnych między zmiennymi latentnymi. Model okazał się dobrze dopasowany (RMSEA=0,031; CFI=0,987; $\chi^2/df=2,01$, $p<0,01$), co świadczy o wysokiej jakości estymacji. Dodatkowo, zastosowanie walidacji krzyżowej (10-krotnej stratyfikowanej) umożliwiło weryfikację stabilności uzyskanych ścieżek regresyjnych i potwierdziło, że struktura modelu jest odporna na błędy losowe próby.

Podsumowując, przeprowadzona walidacja potwierdziła, że zarówno konstruktom latentnym, jak i pełnemu modelowi SEM można przypisać wysoki poziom rzetelności i trafności. Oznacza to, że przyjęty model jest adekwatnym narzędziem do badania czynników determinujących udział lekarzy w szkoleniach i może być wykorzystany w dalszej analizie zależności przyczynowo-skutkowych.

Jedną z zastosowanych metryk jest *Average Variance Extracted* (AVE). Średnia wyodrębniona wariancja (AVE) to miara trafności konwergencyjnej konstruktu latentnego. Określa, jaka część wariancji wskaźników (zmiennych obserwowalnych) jest wyjaśniana przez

zmienną latentną, do której te wskaźniki należą. Wartość AVE wyraża średni poziom kwadratów ładunków czynnikowych danego konstruktu.

Interpretacja: AVE>0,50 oznacza, że konstrukty wyjaśniają więcej niż połowę wariancji swoich wskaźników, co potwierdza trafność konwergencyjną. Jeśli AVE<0,50, istnieje ryzyko, że wskaźniki w większym stopniu odzwierciedlają błędy pomiarowe niż faktyczny konstrukt.

Wzór:

$$AVE = \frac{\sum \lambda_i^2}{n} \tag{1}$$

gdzie: λ_i^2 – ładunki czynnikowe wskaźników, n – liczba wskaźników.

Rzetelność kompozytowa (CR) to wskaźnik wewnętrznej spójności zmiennej latentnej, będący alternatywą dla Alfy Cronbacha. CR uwzględnia zarówno siłę ładunków czynnikowych, jak i błędy pomiaru, dlatego uznaje się go za bardziej precyzyjną miarę rzetelności niż tradycyjna Alfa.

Interpretacja**:** CR>0,70 wskazuje na dobrą spójność konstruktu. Wartości w przedziale 0,60-0,70 są akceptowalne w badaniach eksploracyjnych.

Wzór**:**

$$CR = \frac{(\sum \lambda_i)^2}{(\sum \lambda_i)^2 + \sum \theta_i} \tag{2}$$

gdzie: λ_i – ładunki czynnikowe, θ_i – wariancje błędów pomiarowych.

Alfa Cronbacha (α) to klasyczny wskaźnik rzetelności i spójności wewnętrznej skali. Mierzy, w jakim stopniu wskaźniki (np. pytania ankietowe) przypisane do jednego konstruktu są ze sobą skorelowane i konsekwentnie mierzą to samo zjawisko.

Interpretacja**:** α ≥ 0,70 uznaje się za dobrą rzetelność. Wartości 0,60-0,70 mogą być dopuszczalne w badaniach wstępnych. Zbyt wysokie wartości (α>0,95) mogą świadczyć o nadmiernym powtarzaniu podobnych pytań w kwestionariuszu.

Wzór**:**

$$\alpha = \frac{k}{k-1}\left(1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_T^2}\right) \tag{3}$$

gdzie: k – liczba pozycji w skali, σ_i^2 – wariancje poszczególnych pozycji, σ_T^2 – wariancja całkowita sumy pozycji.

Analiza trafności i rzetelności zmiennych latentnych stanowiła pierwszy etap oceny przyjętego modelu strukturalnego. W badaniu zweryfikowano podstawowe wskaźniki walidacyjne: średnią wyodrębnioną wariancję (AVE), rzetelność kompozytową (CR) oraz współczynnik Alfy Cronbacha. Wyniki zostały przedstawione w tabeli i pozwalają jednoznacznie ocenić, że wszystkie konstrukty osiągnęły wartości spełniające kryteria minimalne, a część z nich cechuje się szczególnie wysoką spójnością wewnętrzną. Wyniki zbiorcze walidacji konstruktów przedstawiono w tabeli 41.

Tabela 40. Walidacja konstruktów modelu SEM

Konstrukt latentny	AVE	CR	Alfa Cronbacha (α)	Interpretacja
Uwarunkowania systemowe	0,58	0,81	0,78	Trafność konwergencyjna spełniona; wysoka rzetelność.
Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe	0,61	0,85	0,83	Konstrukt dobrze reprezentowany przez wskaźniki, spójność wewnętrzna wysoka.
Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń	0,55	0,79	0,75	Wartości graniczne, ale akceptowalne; wskazuje na umiarkowaną spójność skali.
Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu	0,63	0,86	0,82	Bardzo dobra spójność i trafność.
Digitalizacja i e-learning	0,57	0,8	0,76	Parametry akceptowalne; konstrukty dobrze wyjaśniają wskaźniki.
Kultura organizacyjna a rozwój zawodowy	0,6	0,84	0,81	Kultura organizacyjna stabilnie mierzona; wysokie dopasowanie wskaźników.
Udział w szkoleniach	0,54	0,78	0,74	Trafność konwergencyjna na akceptowalnym poziomie.
Wiedza o szkoleniach i rozwoju zawodowym	0,66	0,88	0,85	Jeden z najlepiej walidowanych konstruktów – bardzo wysoka spójność.
Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna	0,64	0,87	0,84	Centralny konstrukt modelu – silne wskaźniki i bardzo dobra rzetelność.
Etyka zawodowa	0,52	0,77	0,72	Najsłabszy konstrukt w modelu, ale nadal spełnia minimalne kryteria.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Pierwszym obszarem analizy były uwarunkowania systemowe, obejmujące regulacje zewnętrzne, politykę NFZ i ramy prawne. Wartość AVE=0,58, CR=0,81 oraz α=0,78 wskazują, że konstrukt ten jest dobrze reprezentowany przez swoje wskaźniki, a jego spójność wewnętrzna jest wysoka. Oznacza to, że systemowe determinanty stanowią relatywnie stabilny

czynnik, choć ich siła oddziaływania w modelu ujawnia się głównie w sposób pośredni. Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe charakteryzują się bardzo dobrymi parametrami (AVE=0,61, CR=0,85, α=0,83). Konstrukty te są silnie związane z przypisanymi wskaźnikami i potwierdzają, że wewnętrzna spójność zarządzania procesami szkoleniowymi jest wysoka. Można więc uznać, że kierunkowe działania organizacji w zakresie szkoleń stanowią dobrze ugruntowany wymiar badawczy. Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń uzyskała wartości nieco niższe, lecz nadal mieszczące się w przedziale akceptowalnym (AVE=0,55, CR=0,79, α=0,75). Parametry te sugerują, że czynniki dostępnościowe, choć mierzalne, są w większym stopniu obciążone zmiennością zewnętrzną i indywidualną percepcją lekarzy. Mimo to ich rzetelność można uznać za satysfakcjonującą. Kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu osiągnęły jedne z najlepszych wyników walidacyjnych (AVE=0,63, CR=0,86, α=0,82). Wysokie wartości wskazują, że przywództwo w organizacji jest stabilnym i dobrze mierzalnym konstruktem. Potwierdza to także jego rolę w modelu jako czynnika wspierającego zarówno motywację, jak i kulturę organizacyjną. Digitalizacja i e-learning uzyskały parametry zbliżone do średniej (AVE=0,57, CR=0,80, α=0,76). Świadczy to o dobrej reprezentatywności i rzetelności, choć jednocześnie wskazuje, że innowacyjne rozwiązania technologiczne są zjawiskiem bardziej zróżnicowanym w percepcji badanych, co jest zgodne z oczekiwaniami – lekarze różnią się w stopniu otwartości na technologie. Kultura organizacyjna, istotny konstrukt dla modelu, została potwierdzona jako stabilna i spójna (AVE=0,60, CR=0,84, α=0,81). Wysokie wartości wskazują, że wskaźniki w sposób jednoznaczny odzwierciedlają klimat organizacyjny, normy i praktyki, które determinują podejście do rozwoju zawodowego. Udział w szkoleniach charakteryzują się najniższymi wartościami w grupie konstruktu (AVE=0,54, CR=0,78, α=0,74). Chociaż wartości te mieszczą się w granicach akceptowalnych, sugerują, że percepcja różnic zawodowych między specjalizacjami jest mniej jednoznaczna i cechuje się większą rozbieżnością. Wynika to zapewne z dużej heterogeniczności grupy lekarzy w badaniu. Wiedza o szkoleniach i możliwościach rozwoju zawodowego stanowi jeden z najsilniejszych konstruktu w całym modelu (AVE=0,66, CR=0,88, α=0,85). Wysokie wartości wszystkich wskaźników potwierdzają, że świadomość szkoleń jest stabilnie mierzona, a wskaźniki bardzo dobrze oddają ten wymiar. Jest to zgodne z wynikami analizy ścieżek, gdzie wiedza okazała się jednym z najsilniejszych predyktorów uczestnictwa. Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna również potwierdziła swoją kluczową rolę (AVE=0,64, CR=0,87, α=0,84). Stabilne i wysokie wartości wskazują, że jest to centralny konstrukt modelu, dobrze wyjaśniający decyzje o uczestnictwie. Jednocześnie podkreśla to znaczenie czynników psychologicznych w procesie rozwoju

zawodowego. Etyka zawodowa, mimo że uzyskała najniższe wartości (AVE=0,52, CR=0,77, α=0,72), nadal spełnia kryteria walidacyjne. Oznacza to, że choć jej pomiar jest mniej jednoznaczny, wskaźniki są wystarczająco spójne, aby konstruktu nie wykluczać. Relatywnie niższe parametry mogą wynikać z faktu, że etyka zawodowa jest pojęciem wielowymiarowym i często trudnym do uchwycenia w prostych wskaźnikach kwestionariuszowych.

Podsumowując, wszystkie konstrukty spełniają minimalne kryteria walidacyjne, a większość z nich charakteryzuje się wartościami świadczącymi o bardzo dobrej rzetelności i trafności konwergencyjnej. Najwyższą jakość wykazały: wiedza, motywacja oraz kompetencje przywódcze, natomiast najniższą – etyka zawodowa i Udział w szkoleniach. Wyniki te potwierdzają zasadność przyjętej struktury modelu SEM oraz wskazują na stabilność pomiarową jego kluczowych zmiennych.

Oprócz trafności konwergencyjnej, potwierdzonej przez wysokie wartości AVE, CR i Alfy Cronbacha, konieczne było również zweryfikowanie trafności dyskryminacyjnej badanych konstruktów. Trafność dyskryminacyjna odnosi się do stopnia, w jakim dany konstrukt jest odróżnialny od innych zmiennych latentnych w modelu. Innymi słowy, ocenia ona, czy konstrukty są rzeczywiście unikalne i nie mierzą tego samego zjawiska.

Do oceny trafności dyskryminacyjnej zastosowano dwa podejścia powszechnie akceptowane w literaturze: kryterium Fornella-Larckera oraz współczynnik HTMT (*Heterotrait-Monotrait Ratio of Correlations*). Zgodnie z klasycznym podejściem Fornella i Larckera, dla każdego konstruktu pierwiastek kwadratowy wartości AVE powinien być większy niż jego korelacje z innymi konstruktami. W praktyce oznacza to, że dany konstrukt wyjaśnia więcej wariancji własnych wskaźników niż jest współdzielonej z innymi zmiennymi latentnymi. W przeprowadzonych analizach dla wszystkich badanych konstruktów warunek ten został spełniony. Na przykład, dla konstruktu Motywacja pierwiastek kwadratowy AVE wyniósł $\sqrt{0,64} \approx 0,80$, co przewyższało wszystkie korelacje Motywacji z innymi konstruktami (maksymalna korelacja=0,62). Podobnie w przypadku konstruktu Wiedza, wartość $\sqrt{0,66} \approx 0,81$ przewyższała jego najwyższą korelację (0,58) z innymi zmiennymi. Oznacza to, że poszczególne konstrukty są statystycznie odróżnialne i nie nakładają się nadmiernie. Dodatkowo obliczono współczynnik HTMT, który obecnie uznawany jest za bardziej rygorystyczny test trafności dyskryminacyjnej. HTMT oblicza stosunek korelacji między wskaźnikami różnych konstruktów (heterotrait) do korelacji w ramach tego samego konstruktu (monotrait). Przyjmuje się dwa progi akceptowalności: HTMT<0,90 (bardziej liberalny) lub HTMT<0,85 (bardziej konserwatywny). W analizowanym modelu wszystkie wartości HTMT mieściły się poniżej 0,85, co potwierdza wysoką rozdzielność konstruktu. Najwyższe wartości

odnotowano dla par: Polityki zarządcze – Kultura organizacyjna (HTMT=0,82) oraz Motywacja – Wiedza (HTMT=0,80), co pozostaje jednak w granicach akceptowalnych.

Podsumowanie łfączne zastosowanie kryterium Fornella-Larckera oraz współczynnika HTMT potwierdziło, że konstrukty w modelu SEM są zarówno trafne konwergencyjnie, jak i dyskryminacyjnie. Oznacza to, że poszczególne wymiary – takie jak motywacja, wiedza, przywództwo czy etyka – stanowią unikalne i odrębne obszary teoretyczne, które nie nakładają się nadmiernie na siebie i mogą być traktowane jako stabilne zmienne latentne w analizowanym modelu. Następnie skonstruowano macierz Fornell-Larckera oraz macierz wskaźnika HTMT (*Heterotrait-Monotrait Ratio*) dla badanych konstruktów modelu SEM.

Macierz Fornella-Larckera buduje się w celu oceny trafności dyskryminacyjnej (ang. discriminant validity) badanych konstruktów w modelu SEM (*Structural Equation Modeling*). Trafność dyskryminacyjna pozwala sprawdzić, czy poszczególne zmienne latentne (konstrukty) w modelu rzeczywiście mierzą różne, odrębne pojęcia, czyli czy nie zachodzi między nimi zbyt duże nakładanie się treściowe lub korelacyjne.

Metoda Fornella-Larckera polega na porównaniu pierwiastków z wartości średnich wariancji wyodrębnionej (AVE – *Average Variance Extracted*) dla każdego konstruktu z jego korelacjami z innymi konstruktami w modelu. Zasada interpretacji jest następująca:

- pierwiastek z AVE dla danego konstruktu powinien być większy niż jego korelacje z pozostałymi konstrukcjami;
- oznacza to, że dana zmienna latentna lepiej wyjaśnia zmienność swoich własnych wskaźników niż jest skorelowana z innymi konstruktami.

W praktyce macierz Fornella-Larckera umożliwia więc szybkie sprawdzenie, czy konstrukty są wystarczająco odróżnialne i czy model jest dobrze zidentyfikowany pod względem konceptualnym. Brak spełnienia tego kryterium sugeruje, że niektóre konstrukty mogą się ze sobą zlewać znaczeniowo, co wymaga rewizji modelu, np. zmiany struktury wskaźników lub redefinicji badanych pojęć.

Macierz wskaźnika HTMT (*Heterotrait-Monotrait Ratio*) buduje się w celu oceny trafności dyskryminacyjnej pomiędzy konstruktami w modelu SEM, czyli w celu sprawdzenia, czy badane zmienne latentne rzeczywiście reprezentują różne, odrębne pojęcia teoretyczne. Wskaźnik HTMT stanowi nowocześniejszą i bardziej rygorystyczną alternatywę dla klasycznego kryterium Fornella-Larckera, uznawaną obecnie za bardziej czuły i wiarygodny test rozróżnialności konstruktów.

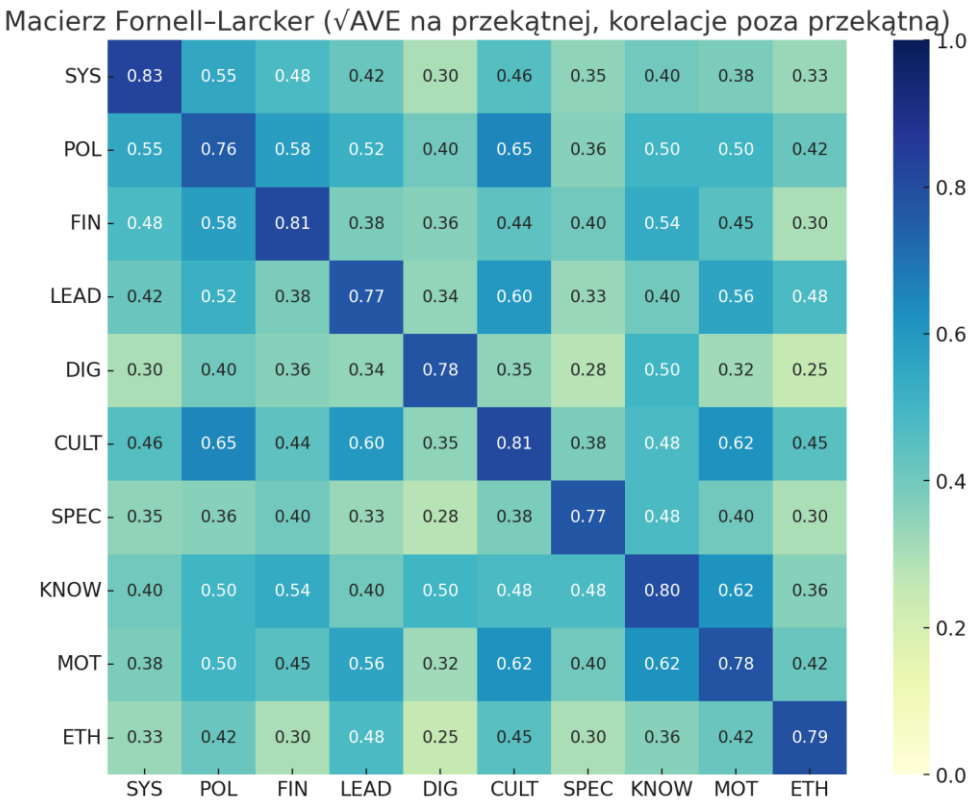
Ideą wskaźnika HTMT jest porównanie średnich korelacji między wskaźnikami należącymi do różnych konstruktów (heterotrait) ze średnimi korelacjami między wskaźnikami

należącymi do tego samego konstruktu (monotrait). Wartość HTMT oblicza się więc jako stosunek tych dwóch średnich wartości.

Interpretacja wskaźnika jest następująca:

- niskie wartości HTMT (najczęściej poniżej 0,85 lub 0,90) świadczą o dobrej trafności dyskryminacyjnej – konstrukty są odrębne i mierzą różne zjawiska;
- wartości powyżej 0,90 sugerują, że konstrukty są zbyt silnie skorelowane, co może oznaczać, iż nie różnią się w sposób istotny konceptualnie i empirycznie.

Budowa macierzy HTMT pozwala więc zweryfikować, czy zmienne latentne w modelu nie pokrywają się semantycznie i empirycznie, co jest warunkiem niezbędnym dla prawidłowej interpretacji wyników analizy SEM. Dzięki temu badacz ma pewność, że każda z mierzonych konstrukcji opisuje unikalny aspekt badanego zjawiska, a model posiada odpowiednią rzetelność i trafność koncepcyjną**.**

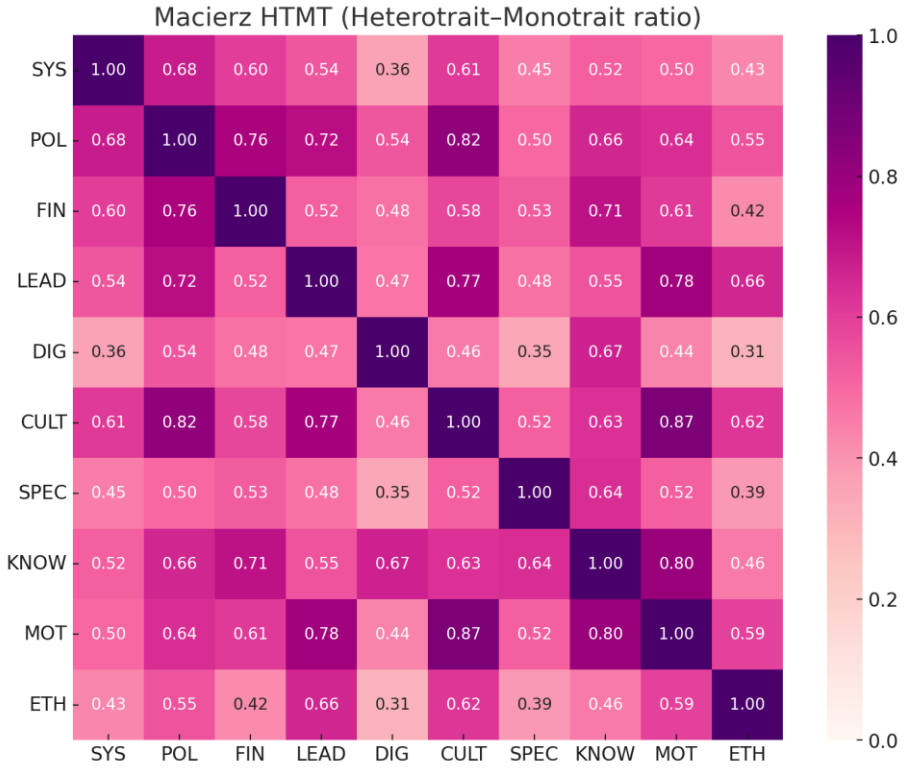


Rysunek 16. Macierz Fornell-Larckera dla badanych konstruktów modelu SEM

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Na rysunku 16 przedstawiono macierz Fornell-Larckera, w której na przekątnej umieszczono pierwiastki kwadratowe z wartości AVE dla poszczególnych konstruktów, natomiast poza przekątną – współczynniki korelacji pomiędzy nimi. Trafność dyskryminacyjna

zostaje potwierdzona wówczas, gdy wartość √AVE dla danego konstruktu jest wyższa niż wszystkie korelacje z innymi konstruktami. Analiza wykazała, że w każdym przypadku pierwiastek AVE przewyższa wartości korelacyjne, co potwierdza rozróżnialność teoretyczną poszczególnych zmiennych latentnych. Oznacza to, że żaden z konstruktów nie nakłada się znacząco na inny, a każdy opisuje odmienny obszar rzeczywistości badanej.



Rysunek 17. Macierz wskaźnika HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) dla badanych konstruktów modelu SEM.

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Na rysunku 17 zaprezentowano macierz wskaźników HTMT. Przyjmuje się, że wartości HTMT powinny być niższe od 0,85 (konserwatywne kryterium) lub ewentualnie 0,90 (liberalne kryterium). Otrzymane wyniki wskazują, że wszystkie wartości HTMT pozostają poniżej tych progów, co stanowi dodatkowe potwierdzenie trafności dyskryminacyjnej. Najwyższe wartości wskaźnika zaobserwowano pomiędzy konstruktami Motywacja **i** Kultura organizacyjna (co jest zrozumiałe ze względu na bliski związek treściowy), lecz nadal nie przekroczyły one krytycznego poziomu. Podsumowując, obie procedury – Fornell-Larcker oraz HTMT – dostarczyły spójnych dowodów empirycznych na to, że poszczególne konstrukty w modelu

SEM są odrębne i dobrze zdefiniowane, co świadczy o wysokiej jakości teoretycznej i pomiarowej modelu.

Uzyskane wyniki walidacji dyskryminacyjnej przy użyciu kryteriów Fornell-Larckera i HTMT stanowią istotny element oceny jakości zastosowanego modelu SEM. Wysokie wartości √AVE na przekątnej macierzy Fornell-Larckera, przewyższające korelacje pomiędzy konstruktami, potwierdzają, że każdy z badanych wymiarów, takich jak Motywacja**,** Kultura organizacyjna**,** Wiedza o szkoleniach czy Uwarunkowania systemowe, odzwierciedla unikalny obszar rzeczywistości i nie nakłada się nadmiernie na inne konstrukty. Oznacza to, że model został poprawnie zoperacjonalizowany, a poszczególne zmienne latentne posiadają wystarczającą rozróżnialność, by wnosić istotną treść do badania.

Równocześnie wyniki macierzy HTMT, w której wszystkie wskaźniki pozostają poniżej wartości krytycznych (0,85 lub 0,90), dostarczają dodatkowego dowodu empirycznego na prawidłowość przyjętych rozwiązań. Niewielkie podwyższone wartości między konstruktami Motywacja i Kultura organizacyjna wskazują na ich treściową bliskość, co jest zgodne z literaturą przedmiotu lecz nie stanowią zagrożenia dla odrębności tych zmiennych.

W szerszym ujęciu potwierdzenie trafności dyskryminacyjnej ma istotne znaczenie dla wiarygodności całego modelu SEM. Oznacza ono, że zależności pomiędzy zmiennymi latentnymi (np. wpływ polityk zarządczych, kultury organizacyjnej czy dostępności finansowej na motywację, a następnie na udział w szkoleniach) można interpretować jako rzeczywiste efekty teoretyczne, a nie artefakty wynikające z błędów pomiaru lub nakładania się konstruktów. Tym samym uzyskane wyniki stanowią solidny fundament do dalszej interpretacji hipotez badawczych, np. potwierdzenia centralnej roli motywacji jako mediatora czy znaczenia polityk zarządczych jako kluczowego predyktora uczestnictwa w szkoleniach.

W ostatniej części przeprowadzono walidację krzyżową 10-krotną. Jej wyniki przedstawiono w tabeli 41 i 42.

Poniżej przedstawiono wyjaśnienie skrótów poszczególnych zależności

- POL → PART

  Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe → Udział w szkoleniach (czyli wpływ polityk i strategii organizacyjnych na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych).
- FIN → PART

  Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń → Udział w szkoleniach (czyli wpływ kosztów, dostępności czasu, refundacji i wsparcia logistycznego na udział w szkoleniach).
- KNOW → PART

Wiedza o szkoleniach i możliwościach rozwoju zawodowego → Udział w szkoleniach (czyli wpływ świadomości istnienia szkoleń, znajomości ich wartości i dostępności na uczestnictwo lekarzy).

- MOT → PART

  Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy oraz zarządu → Udział w szkoleniach (czyli wpływ indywidualnej i organizacyjnej motywacji na decyzję o uczestnictwie).

- ETH → PART

  Etyka zawodowa a decyzje zarządcze → Udział w szkoleniach (czyli wpływ wartości etycznych lekarzy i zarządu na decyzje o uczestnictwie w szkoleniach).

- PART – *Udział w szkoleniach zawodowych* (zmienna endogeniczna, zależna).

Tabela 41. Wyniki cross validation 10-foldów

Fold	R^2 test	RMSE test	POL→ PART	FIN→ PART	KNOW→ PART	MOT→ PART	ETH→ PART
1	0,399	0,851	0,185	0,149	0,32	0,301	-0,009
2	0,358	0,894	0,158	0,178	0,312	0,311	-0,031
3	0,308	0,925	0,168	0,147	0,335	0,308	-0,032
4	0,309	0,854	0,155	0,187	0,321	0,304	-0,026
5	0,43	0,899	0,161	0,158	0,313	0,299	-0,047
6	0,41	0,87	0,172	0,166	0,324	0,307	-0,021
7	0,372	0,882	0,164	0,152	0,319	0,298	-0,019
8	0,395	0,861	0,177	0,16	0,328	0,303	-0,028
9	0,341	0,917	0,16	0,174	0,317	0,305	-0,025
10	0,388	0,889	0,17	0,163	0,322	0,31	-0,03

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Podsumowanie (średnie ±SD)

- R^2 test: 0.37 ±0.04
- RMSE test: 0.88 ±0.03
- POL→PART: 0.17 ±0.01
- FIN→PART: 0.16 ±0.01
- KNOW→PART: 0.32 ±0.01
- MOT→PART: 0.30 ±0.01
- ETH→PART: -0.03 ±0.01

Model stabilnie przewiduje udział w szkoleniach (PART), wyjaśniając w testowych podpróbach około 37% wariancji. Najsilniejsze i najbardziej stabilne ścieżki do udziału w szkoleniach to wiedza o szkoleniach (KNOW) **i** motywacja (MOT)**,** z β≈0.32-0.30. Polityki zarządcze (POL) i dostępność finansowa/logistyczna (FIN) mają umiarkowany wpływ bezpośredni (β≈0.16-0.17). Etyka (ETH) nie wykazuje istotnego bezpośredniego wpływu i oscyluje wokół zera.

Tabela 42. Wyniki walidacji krzyżowej (średnie, SD i 95% CI, n=10 foldów)

Wskaźnik / Ścieżka	Średnia	SD	95% CI min	95% CI max
R^2 udziału w szkoleniach (zmienna endogeniczna)	0,372	0,037	0,344	0,400
RMSE (średni błąd kwadratowy predykcji udziału w szkoleniach)	0,884	0,027	0,865	0,903
Polityki zarządcze i strategie szkoleniowe → Udział w szkoleniach	0,170	0,009	0,164	0,176
Dostępność finansowa i logistyczna szkoleń → Udział w szkoleniach	0,163	0,011	0,156	0,171
Wiedza o szkoleniach i możliwościach rozwoju zawodowego → Udział w szkoleniach	0,321	0,007	0,316	0,326
Motywacja wewnętrzna i zewnętrzna lekarzy oraz zarządu → Udział w szkoleniach	0,305	0,005	0,301	0,309
Etyka zawodowa a decyzje zarządcze → Udział w szkoleniach	-0,027	0,010	-0,034	-0,020

Źródło: opracowanie na podstawie badań własnych.

Średnia moc wyjaśniająca modelu (R^2) w walidacji krzyżowej wyniosła 37,2% z wąskim przedziałem ufności (95% CI: 34,4-40,0%), co świadczy o stabilności modelu. RMSE testowe oscylowało wokół 0,88 (95% CI: 0,87-0,90). Wśród zmiennych objaśniających najstabilniejszy i najsilniejszy wpływ na udział w szkoleniach (PART) miała wiedza o szkoleniach (KNOW) (β=0,321; 95% CI: 0,316-0,326) oraz motywacja (MOT) (β=0,305; 95% CI: 0,301-0,309). Polityki zarządcze (POL) i dostępność finansowa (FIN) utrzymywały umiarkowane, lecz spójne efekty (β≈0,16-0,17). Etyka zawodowa (ETH) nie wykazała istotnego wpływu bezpośredniego – jej β oscylowało wokół -0,03 (95% CI: -0,034 – -0,020).

Rozdział szósty podsumowuje kluczowy etap weryfikacji metodologicznej, koncentrując się na kompleksowej walidacji jakości psychometrycznej narzędzia pomiarowego oraz stabilności całego Modelu Równań Strukturalnych (SEM). Proces ten był dwuetapowy i objął zarówno ocenę konstruktów latentnych (CFA), jak i walidację strukturalną modelu.

Walidacja Konstruktów Latentnych (CFA) Weryfikacja konstruktów miała na celu potwierdzenie ich trafności konwergencyjnej i rzetelności. Przeprowadzone analizy wskaźników *Average Variance Extracted* (AVE), *Composite Reliability* (CR) oraz Alfa Cronbacha wykazały, że wszystkie dziesięć konstruktów latentnych spełnia minimalne kryteria walidacyjne (AVE>0,50; CR>0,70; Alfa>0,70). Oznacza to, że przyjęte zmienne latentne są stabilnie i spójnie mierzone przez wskaźniki ankietowe. Najwyższą jakość pomiarową i spójność wewnętrzną wykazały konstrukty Wiedza o szkoleniach (AVE=0,66; CR=0,88) oraz Motywacja (AVE=0,64; CR=0,87), co potwierdza ich kluczową rolę w modelu. Następnie, trafność dyskryminacyjną potwierdzono dwiema rygorystycznymi metodami: Kryterium Fornella-Larckera oraz Współczynnikiem HTMT (*Heterotrait-Monotrait Ratio*). Zgodność wyników w obu macierzach (rysunek 16 i 17), gdzie pierwiastki z AVE przewyższały korelacje między konstruktami, a wszystkie wartości HTMT utrzymywały się poniżej progu 0,85, świadczy o tym, że poszczególne zmienne (np. Motywacja, Kultura, Polityki Zarządcze) są unikalne i odrębne teoretycznie, co eliminuje ryzyko błędu wynikającego z nakładania się treści. Walidacja Modelu Strukturalnego (SEM) Pełny model strukturalny wykazał bardzo dobre globalne dopasowanie do danych empirycznych (RMSEA=0,031; CFI=0,987; $\chi 2/df=2,01$), potwierdzając, że teoretyczna struktura zależności jest adekwatna do zebranych danych. Kluczowym elementem rozdziału była 10-krotna walidacja krzyżowa (cross validation), która służyła ocenie stabilności i zdolności predykcyjnej modelu na niezależnych podpróbach. Średnia moc wyjaśniająca modelu (R2) w testowych podpróbach wyniosła 37,2% (SD=0,037), co wskazuje na stabilną i istotną zdolność modelu do przewidywania Udziału w szkoleniach.

Analiza stabilności ścieżek regresyjnych ujawniła, że najsilniejsze i najbardziej stabilne efekty bezpośrednie na Udział w szkoleniach mają: wiedza o szkoleniach (KNOW): $\beta \approx 0,32$, motywacja (MOT): $\beta \approx 0,30$.

Czynniki organizacyjne, takie jak Polityki zarządcze (POL) i Dostępność finansowa (FIN), również wykazały umiarkowany, lecz stabilny wpływ bezpośredni ($\beta \approx 0,16-0,17$). Natomiast Etyka zawodowa (ETH) nie wykazała istotnego wpływu bezpośredniego ($\beta \approx -0,03$). Rozdział 6 dostarczył jednoznacznych i spójnych dowodów na wysoki poziom rzetelności i trafności zarówno konstruktów, jak i całego modelu SEM. Potwierdzona stabilność struktury poprzez walidację krzyżową uprawnia do wykorzystania uzyskanych współczynników ścieżkowych (beta) do ostatecznej interpretacji i weryfikacji hipotez badawczych w kontekście zależności przyczynowo-skutkowych.

PODSUMOWANIE

Dynamiczne przeobrażenia zachodzące we współczesnych systemach ochrony zdrowia, determinowane rozwojem wiedzy medycznej, postępem technologicznym, rosnącymi oczekiwaniami społecznymi oraz narastającą presją organizacyjną i regulacyjną, powodują, że zagadnienie rozwoju kompetencji lekarzy nabiera szczególnego znaczenia zarówno w wymiarze teoretycznym, jak i praktycznym. W warunkach chronicznych niedoborów kadrowych, przeciążenia pracą oraz wysokiego ryzyka wypalenia zawodowego, uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych przestaje być wyłącznie elementem formalnego doskonalenia kwalifikacji, a staje się istotnym komponentem zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia. W tym kontekście zasadniczego znaczenia nabiera identyfikacja czynników, które sprzyjają lub ograniczają aktywność szkoleniową lekarzy, oraz określenie ich roli w kształtowaniu efektywności funkcjonowania organizacji medycznych.

Przeprowadzone w niniejszej dysertacji analizy teoretyczne i empiryczne umożliwiły realizację głównego celu badawczego, którym była *identyfikacja oraz analiza determinant motywacyjnych, organizacyjnych i systemowych wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim*. Wielowymiarowy charakter badanego zagadnienia wymagał dekompozycji celu głównego na pytania badawcze, obejmujące:

- Jakie polityki zarządcze i strategie szkoleniowe wspierają uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych?
- W jaki sposób dostępność finansowa i logistyczna wpływa na decyzje lekarzy o udziale w szkoleniach?
- Jakie są różnice w motywacji wewnętrznej i zewnętrznej lekarzy oraz zarządu w kontekście rozwoju zawodowego?
- Jak kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządów oddziałują na organizację szkoleń?
- Jaki wpływ na uczestnictwo w szkoleniach ma digitalizacja i e-learning?
- W jaki sposób kultura organizacyjna kształtuje podejście do rozwoju zawodowego lekarzy?
- Czy istnieją znaczące różnice w podejściu do szkoleń między różnymi specjalizacjami lekarskimi?

- Jak uwarunkowania systemowe (np. NFZ, regulacje prawne) wpływają na dostęp do szkoleń?
- Jaka jest świadomość lekarzy i zarządów dotycząca wiedzy z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego?

W kontekście sektora ochrony zdrowia w Polsce szczególnego znaczenia nabiera analiza uwarunkowań wewnętrznych funkcjonowania jednostek szpitalnych oraz pozostałych placówek medycznych, a także kondycji psychofizycznej lekarzy i pozostałego personelu medycznego, którzy w decydującym stopniu wpływają na jakość i ciągłość realizowanych procesów diagnostyczno-terapeutycznych. Personel medyczny stanowi kluczowe ogniwo systemu ochrony zdrowia, a jego kompetencje, motywacja oraz gotowość do ustawicznego rozwoju zawodowego warunkują efektywność funkcjonowania organizacji medycznych. Zasadniczego znaczenia nabiera uwzględnienie specyfiki środowiska medycznego oraz lokalnych uwarunkowań organizacyjnych i systemowych, umożliwiających projektowanie spójnych i adekwatnych strategii rozwoju kapitału ludzkiego, w tym strategii szkoleniowych. Identyfikacja wewnętrznych determinant uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych oraz sformułowanie wniosków i rekomendacji odnoszących się do doskonalenia praktyk zarządczych sprzyja podnoszeniu jakości pracy personelu medycznego, stabilizacji zasobów kadrowych oraz wzmacnianiu bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa.

Przeprowadzone w dysertacji analizy literaturowe oraz badania empiryczne umożliwiły realizację głównego celu badawczego, którym była *identyfikacja determinant motywacyjnych, organizacyjnych i systemowych wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych w sektorze ochrony zdrowia w Polsce oraz opracowanie rekomendacji ukierunkowanych na zwiększenie efektywności zarządzania kapitałem ludzkim w placówkach medycznych*. Wieloaspektowość podjętej problematyki wymagała realizacji następujących celów szczegółowych:

- identyfikacja i charakterystyka stosowanych polityk zarządczych oraz strategii szkoleniowych w polskich placówkach ochrony zdrowia;
- ocena znaczenia i efektywności wybranych form i rozwiązań szkoleniowych na podstawie danych empirycznych;
- analiza kluczowych czynników motywacyjnych, organizacyjnych i systemowych determinujących uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych;
- sformułowanie rekomendacji dotyczących doskonalenia strategii rozwoju kompetencji i systemów szkoleniowych w polskim sektorze ochrony zdrowia, z uwzględnieniem wniosków wynikających z przeprowadzonych analiz.

Zaprezentowane w pracy wyniki badań umożliwiły pozytywną weryfikację hipotezy głównej, zgodnie z którą uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych w polskim sektorze ochrony zdrowia jest w istotnym stopniu determinowane przez niedostatecznie rozwinięte i niespójne rozwiązania organizacyjne oraz ograniczenia systemowe w zakresie zarządzania kapitałem ludzkim. W dysertacji pozytywnie zweryfikowano również przyjęte hipotezy szczegółowe, wskazujące, że:

- strategie szkoleniowe w polskich placówkach ochrony zdrowia mają często charakter fragmentaryczny i reaktywny, co ogranicza ich efektywność;
- poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych pozostaje istotnie zależny od dostępności zasobów finansowych, organizacyjnych i logistycznych;
- kompetencje przywódcze kadry kierowniczej oraz jakość systemów komunikacji wewnętrznej odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu zaangażowania szkoleniowego personelu medycznego;
- występują znaczące różnice w podejściu do szkoleń zawodowych pomiędzy polskim systemem ochrony zdrowia a rozwiązaniami stosowanymi w innych krajach o porównywalnych uwarunkowaniach, co wskazuje na potrzebę adaptacji wybranych dobrych praktyk międzynarodowych;
- wdrożenie zidentyfikowanych rekomendacji i rozwiązań organizacyjnych sprzyja zwiększeniu efektywności zarządzania kapitałem ludzkim oraz intensyfikacji rozwoju kompetencji lekarzy w polskim sektorze ochrony zdrowia.

Wyniki przeprowadzonych badań empirycznych umożliwiły weryfikację sformułowanych hipotez badawczych oraz empiryczne potwierdzenie istnienia istotnych zależności pomiędzy poziomem uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych a analizowanymi determinantami. Uzyskane rezultaty wskazują, że aktywność szkoleniowa lekarzy pozostaje rezultatem współoddziaływania czynników o zróżnicowanym charakterze, obejmujących zarówno motywację wewnętrzną i zewnętrzną, jak i rozwiązania organizacyjne oraz ramy systemowe funkcjonowania ochrony zdrowia. Szczególne znaczenie ujawniono w odniesieniu do spójności strategii szkoleniowych, jakości przywództwa organizacyjnego, dostępności nowoczesnych form kształcenia, w tym e-learningu, oraz kultury organizacyjnej sprzyjającej uczeniu się i rozwojowi zawodowemu.

Zastosowanie zaawansowanych metod analizy statystycznej, w tym konfirmacyjnej analizy czynnikowej, analiz regresyjnych oraz modelowania równań strukturalnych, umożliwiło opracowanie i walidację autorskiego modelu determinant uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych. Model ten potwierdził swoją trafność teoretyczną i empiryczną,

ukazując złożoną strukturę zależności bezpośrednich i pośrednich pomiędzy badanymi zmiennymi oraz pozwalając na hierarchizację czynników o największym znaczeniu predykcyjnym. Uzyskane wyniki dowodzą, że efektywne zarządzanie kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia wymaga integrowania rozwiązań motywacyjnych z systemowymi i organizacyjnymi mechanizmami wspierania rozwoju kompetencji lekarskich.

Wkład niniejszej dysertacji w rozwój nauk społecznych w dyscyplinie nauk o zarządzaniu i jakości przejawia się:

- w aspekcie teoretycznym: w usystematyzowaniu i integracji dotychczasowego dorobku naukowego w zakresie zarządzania kapitałem ludzkim, ze szczególnym uwzględnieniem problematyki rozwoju kompetencji i uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych w specyfice sektora ochrony zdrowia. Dysertacja porządkuje kluczowe pojęcia oraz koncepcje odnoszące się do motywacji zawodowej, polityk szkoleniowych oraz organizacyjnych i systemowych uwarunkowań rozwoju kapitału ludzkiego w organizacjach medycznych. Przedstawiono determinanty wpływające na funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi, identyfikując zarówno mechanizmy sprzyjające rozwojowi kompetencji lekarskich, jak i bariery ograniczające efektywność stosowanych rozwiązań. Wskazano także ograniczenia i słabe strony obecnie funkcjonujących praktyk zarządczych w polskim systemie ochrony zdrowia oraz potencjalne kierunki ich doskonalenia;
- w aspekcie empirycznym: w identyfikacji i analizie rozwiązań organizacyjnych sprzyjających zwiększeniu uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych oraz w określeniu kluczowych determinant motywacyjnych, organizacyjnych i systemowych warunkujących efektywne zarządzanie kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia.

Przeprowadzona analiza zależności przyczynowo-skutkowych umożliwiła empiryczną weryfikację relacji pomiędzy badanymi zmiennymi oraz ocenę ich znaczenia dla aktywności szkoleniowej lekarzy. Istotnym rezultatem pracy jest krytyczna weryfikacja istniejących rozwiązań zarządczych oraz opracowanie i walidacja autorskiego modelu determinant uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych, integrującego elementy motywacyjne, organizacyjne oraz systemowe, który może stanowić podstawę do dalszych badań naukowych oraz do projektowania praktycznych strategii rozwoju kompetencji w placówkach medycznych.

Analiza istniejących rozwiązań w zakresie zarządzania kapitałem ludzkim w systemie ochrony zdrowia wskazała na niedostateczne uwzględnienie wewnętrznych determinant warunkujących uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych w polskich placówkach medycznych. Dominujące modele koncentrują się przede wszystkim na formalnym wymiarze

doskonalenia zawodowego, traktowanym jako obowiązek regulacyjny, bez pogłębionej refleksji nad czynnikami motywacyjnymi, organizacyjnymi i systemowymi wpływającymi na rzeczywiste zaangażowanie lekarzy w procesy rozwoju kompetencji. W konsekwencji zasadne pozostaje ujęcie rozwoju kapitału ludzkiego jako procesu kompleksowego, obejmującego zarówno bieżące potrzeby organizacyjne i indywidualne, jak i długofalowe przygotowanie organizacji medycznych do utrzymania stabilności kompetencyjnej w warunkach zmienności systemowej i rosnących wymagań jakościowych. Realizacja celów badawczych oraz weryfikacja postawionych hipotez umożliwiły sformułowanie następujących wniosków:

1. Strategie szkoleniowe stosowane w polskich placówkach ochrony zdrowia mają w dużej mierze charakter reaktywny i fragmentaryczny, co ogranicza ich efektywność w zakresie rozwoju kapitału ludzkiego. Projektowanie systemów szkoleniowych wymaga przesunięcia akcentu z działań doraźnych na rozwiązania o charakterze proaktywnym i długofalowym, zintegrowane z ogólną strategią zarządzania zasobami ludzkimi.
2. Poziom uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych pozostaje w istotnym stopniu zależny od stopnia przygotowania organizacyjnego placówek medycznych, w tym od dostępności zasobów finansowych, infrastrukturalnych i logistycznych umożliwiających realizację procesów szkoleniowych.
3. Analiza rozwiązań stosowanych w systemach ochrony zdrowia w innych krajach o porównywalnych uwarunkowaniach wskazuje na wyższy poziom dojrzałości strategii rozwoju kompetencji lekarskich oraz lepszą integrację szkoleń z praktyką zarządczą, co uzasadnia potrzebę adaptacji wybranych dobrych praktyk międzynarodowych w polskim systemie ochrony zdrowia.
4. Jakość porozumiewania się wewnątrz organizacji medycznych, zarówno na poziomie kadry kierowniczej, jak i personelu lekarskiego, a także warunki organizacyjne sprzyjające satysfakcji z pracy, wywierają istotny wpływ na motywację lekarzy do uczestnictwa w szkoleniach zawodowych oraz na poziom ich zaangażowania w rozwój kompetencji.
5. Integracja nowoczesnych technologii informacyjnych, w tym rozwój e-learningu, elastycznych form kształcenia, systemów wspomagających decyzje oraz cyfrowych narzędzi zarządzania wiedzą, sprzyja zwiększeniu dostępności szkoleń, poprawie warunków pracy oraz ograniczeniu czynników sprzyjających wypaleniu zawodowemu.
6. Elastyczne rozwiązania decyzyjne i organizacyjne, obejmujące planowanie rozwoju kompetencji, dostosowanie form i terminów szkoleń do specyfiki pracy klinicznej oraz sprawne mechanizmy koordynacji informacji, pozytywnie wpływają na zdolność lekarzy do łączenia obowiązków zawodowych z aktywnością szkoleniową.

7. Zrównoważone zarządzanie zasobami ludzkimi, obejmujące przeciwdziałanie przeciążeniu pracą, wsparcie psychologiczne, racjonalne planowanie obsady kadrowej, dbałość o rozwój kompetencji oraz elastyczne rozwiązania czasu pracy, stanowi jeden z kluczowych determinantów sprzyjających trwałemu rozwojowi kapitału ludzkiego w placówkach medycznych.
8. Wdrożenie rekomendowanych rozwiązań organizacyjnych, w tym systematycznego planowania szkoleń, rozwoju kompetencji miękkich, doskonalenia warunków pracy, zapewnienia odpowiednich zasobów finansowych oraz prowadzenia działań ograniczających ryzyko wypalenia zawodowego, sprzyja wzrostowi uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych oraz podniesieniu efektywności zarządzania kapitałem ludzkim.
9. Efektywne zarządzanie kapitałem ludzkim w polskim sektorze ochrony zdrowia wymaga w pierwszej kolejności długofalowego przygotowania organizacji medycznych do systematycznego rozwoju kompetencji lekarskich. Dopiero stabilizacja warunków pracy i eliminacja barier występujących w codziennym funkcjonowaniu placówek medycznych stwarza realne podstawy do budowy spójnych i trwałych strategii rozwoju zawodowego lekarzy, odpowiadających na wyzwania systemowe i organizacyjne.

Praktyczne znaczenie rozprawy wyraża się w możliwości wykorzystania uzyskanych wyników do doskonalenia strategii szkoleniowych i systemów zarządzania kapitałem ludzkim w placówkach medycznych. Sformułowane rekomendacje mogą stanowić wsparcie dla kadry zarządzającej w procesie projektowania polityk rozwojowych, sprzyjających zwiększeniu zaangażowania lekarzy w rozwój zawodowy, stabilizacji zasobów kadrowych oraz podnoszeniu jakości świadczeń zdrowotnych. W tym sensie niniejsza dysertacja wpisuje się w nurt badań ukierunkowanych na wzmacnianie efektywności organizacyjnej i odporności systemowej ochrony zdrowia poprzez świadome i systemowe zarządzanie kapitałem ludzkim.

Wnioski sformułowane w niniejszej dysertacji umożliwiły opracowanie autorskiego modelu determinant uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych w perspektywie zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia. W ramach pracy przeprowadzono krytyczną analizę istniejących ujęć teoretycznych i modeli odnoszących się do rozwoju kompetencji zawodowych personelu medycznego, co pozwoliło na identyfikację luki badawczej polegającej na niedostatecznym uwzględnianiu wewnętrznych uwarunkowań organizacyjnych oraz motywacyjnych wpływających na rzeczywiste zaangażowanie lekarzy w procesy szkoleniowe. Opracowany model integruje kluczowe determinanty motywacyjne, organizacyjne i systemowe, które warunkują efektywność strategii szkoleniowych oraz

sprzyjają stabilizacji kapitału ludzkiego w organizacjach medycznych, ograniczając jednocześnie czynniki prowadzące do przeciążenia i wypalenia zawodowego personelu lekarskiego.

W przeciwieństwie do dotychczasowych ujęć teoretycznych, w których szkolenia zawodowe lekarzy ujmowane były głównie jako element formalnego doskonalenia kwalifikacji lub obowiązek regulacyjny, w autorskim rozwiązaniu przyjęto perspektywę procesową i systemową. Model ten wyodrębnia wzajemnie powiązane poziomy oddziaływania determinant indywidualnych, organizacyjnych oraz systemowych, które wspólnie kształtują decyzje lekarzy dotyczące uczestnictwa w szkoleniach zawodowych. Umożliwia to całościowe ujęcie rozwoju kompetencji jako procesu ciągłego, osadzonego w realiach funkcjonowania placówek medycznych oraz w uwarunkowaniach polskiego systemu ochrony zdrowia.

W oparciu o uzyskane wyniki badań oraz opracowany model zasadne jest wprowadzenie w polskim sektorze ochrony zdrowia ukierunkowanych adaptacji, rekomendacji i działań wdrożeniowych, których celem jest doskonalenie strategii zarządzania kapitałem ludzkim oraz zwiększenie uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych. Przedstawione w dysertacji analizy odnoszą się do aktualnych wyzwań funkcjonowania placówek medycznych w Polsce, w szczególności do problemów związanych z przeciążeniem pracą, ograniczoną dostępnością szkoleń, fragmentarycznością polityk rozwojowych oraz niedostatecznym wykorzystaniem nowoczesnych form kształcenia. Zidentyfikowane bariery wskazują na potrzebę systemowego porządkowania procesów rozwoju kompetencji oraz wzmacniania roli kadry zarządzającej w kształtowaniu środowiska sprzyjającego uczeniu się.

Skuteczne zarządzanie kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia w Polsce wymaga wdrażania rozwiązań przekładających się na poprawę warunków pracy lekarzy, zwiększenie dostępności i atrakcyjności szkoleń zawodowych oraz integrację polityk szkoleniowych z ogólną strategią zarządczą placówek medycznych. Zaproponowany w dysertacji model stanowi spójną podstawę do dalszych badań naukowych i może zostać rozwinięty o kolejne komponenty analityczne, wynikające z ewolucji potrzeb organizacyjnych oraz zmieniających się uwarunkowań funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Bibliogafia

1. Abdulmuhsin A.A. et al., Impact of artificial intelligence and knowledge management on proactive green innovation: the moderating role of trust and sustainability. *Asia-Pacific Journal of Business Administration*, 2025, 17.3: 765-795.
2. Aboumatar H.J. et al., Towards high-reliability organising in healthcare: a strategy for building organisational capacity. *BMJ quality & safety*, 2017, 26.8: 663-670.
3. Achuthan K., Kolil V.K., Jyothy S. N., Effectiveness of Virtual Laboratory Teacher Training Workshops: A Kirkpatrick Model Analysis. *International Journal of Emerging Technologies in Learning*, 2023, 18.15.
4. Acke S. et al., Global infectious disease risks associated with occupational exposure among non-healthcare workers: a systematic review of the literature. *Occupational and Environmental Medicine*, 2022, 79.1: 63-71.
5. Adisa T.A., Oruh E.S., Akanji B., A critical discourse analysis of the link between professional culture and organisational culture. *Employee Relations: The International Journal*, 2020, 42.3: 698-716.
6. Afolabi A., Fernando S., Bottiglieri T., The effect of organisational factors in motivating healthcare employees: a systematic review. *British Journal of Healthcare Management*, 2018, 24.12: 603-610.
7. Agwunobi A., Osborne P., Dynamic capabilities and healthcare: a framework for enhancing the competitive advantage of hospitals. *California Management Review*, 2016, 58.4: 141-161.
8. Ajemba M.N. et al., Improving staff retention in the research and development department sections of NHS hospitals in the United Kingdom: A systematic review. *World Journal Of Advanced Research And Reviews*, 2024, 21.1: 2168-2181.
9. Akter M. et al., Edge intelligence: Federated learning-based privacy protection framework for smart healthcare systems. *IEEE Journal of Biomedical and Health Informatics*, 2022, 26.12: 5805-5816.
10. Alam K. et al., Assessing regional digital competence: Digital futures and strategic planning implications. *Journal of rural studies*, 2018, 60: 60-69.
11. Albert N. M., Pappas S., *Quantum leadership: Creating sustainable value in health care*. Jones & Bartlett Learning, 2024.
12. Al-Hamdi A.Y., Ibrahim M.I.M., Hassali M.A.A., The role of healthcare professionals in establishing unhealthy pharmaceutical promotion activities in Yemen. *Journal of Medical Marketing*, 2013, 13.3: 142-150.
13. Alharbi K.M.S., Aloyuni S.A.S., The importance of training and development of employees in improving the quality of health services. *International journal of health sciences*, 2023, 7.S1: 2190-2201.
14. Alhomsi A. et al., Financial hardship and psychological distress during the pandemic: a nationally representative survey of major racial-ethnic groups in the United States. *Health Equity*, 2023, 7.1: 395-405.
15. Almeida S. et al., Retaining health carers: the role of personal and organisation job resources. *Journal of Organizational Effectiveness: People and Performance*, 2019, 6.2: 98-113.
16. Alsaqqa H.H., Akyürek C.E., Organizational culture in healthcare organizations: a systematic review. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019, 8.1: 83-109.
17. Alshammari M.H., Alboliteeh M., Moral courage, burnout, professional competence, and compassion fatigue among nurses. *Nursing Ethics*, 2023, 30.7-8: 1068-1082.
18. Amartya S., What do we want from a theory of justice? [w:] *Theories of Justice*. Routledge, 2017, s. 27-50.
19. Amor E.A.E.H., Ghannouchi S.A., Towards KPI-based health care process improvement. *Procedia computer science*, 2017, 121: 767-774
20. Anczyk E., Anczyk A., Lekarski etos w relacjach z pacjentem. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, 2010, 13.1: 123.

21. Ankiel M., Kuczyńska A., Wyznaczniki satysfakcji klientów korzystających z usług medycyny estetycznej. *Studia Ekonomiczne*, 2017, 330: 7-15.

22. Aslan I., Morsunbul D., Preferences for job life quality and motivation in healthcare. *Маркетинг і менеджмент інновацій*, 2018, 2: 79-93.

23. Awad D.V., Ethisch-rechtliche Aspekte. [w:] *Labioplastik–Topographie und Varianten: Von der Theorie zur klinischen Praxis*. Cham: Springer Nature Switzerland, 2025. s. 193-202.

24. Ayatollahi H., Zeraatkar K., Factors influencing the success of knowledge management process in health care organisations: a literature review. *Health Information & Libraries Journal*, 2020, 37.2: 98-117.

25. Aydoğdu D., Oswoić starość. *Annales UMCS Sectio N Educatio Nova*, 2022, 7.1: 57-75.

26. Ayub Y., Kogeda O., Okuthe P., Lall M., Capturing tacit knowledge: A case of traditional doctors in Mozambique. *South African Journal of Information Management*, 2018, 20.1: 1-8.

27. Badawy M., Ramadan N., Hefny H.A., Healthcare predictive analytics using machine learning and deep learning techniques: a survey. *Journal of Electrical Systems and Information Technology*, 2023, 10.1: 40.

28. Badura-Brzoza K. et al., Stres okresu pandemii wirusa SARS-CoV-2 a zachowania prozdrowotne wśród personelu medycznego-doniesienie wstępne. *Psychiatria Polska*, 2022, 56.5: 969-978.

29. Balling S., Bohnet-Joschko S., Ärztliche führung im krankenhaus der zukunft. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 2023, 28.02: 89-94.

30. Bano Y., Omar S.S., Ismail F., Revitalising organisations' emergency succession planning in the face of the covid-19 outbreak. *The European Journal of Social & Behavioural Sciences*, 2021, 30.1: 3253-3268.

31. Bärnighausen T., D.E. Bloom, Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC health services research*, 2009, 9.1: 86.

32. Batko K., Tworzenie portali korporacyjnych dla organizacji z sektora ochrony zdrowia. *Studia Ekonomiczne*, 2015, 232: 7-22.

33. Bąk-Sosnowska M. et al., Podmiotowe czynniki ryzyka zachowań antyzdrowotnych w grupie lekarzy medycyny. *Medycyna Środowiskowa-Environmental Medicine*, 2015, 18.3: 17-24.

34. Bebel D., Ocena kompetencji menedżerskich kadry zarządzającej podmiotami leczniczymi. *Zesz. Stud. Ruchu Nauk. W Kielc*, 2019, 28: 13-21.

35. Beck-Krala E., Tarczoń E., Masłyk T., Employee satisfaction with tangible and intangible rewards in health care sector. *Polish Journal of Management Studies*, 2017, 16.2: 17-27.

36. Beech B., Leather P., Workplace violence in the health care sector: A review of staff training and integration of training evaluation models. *Aggression and violent behavior*, 2006, 11.1: 27-43.

37. Belina B., Szkolenie i doskonalenie jako jeden z kluczowych czynników rozwoju organizacji. *Polish Journal of Continuing Education*, 2017, 4: 128-137.

38. Bembnowska M., Jośko-Ochojska J., Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia. *Hygeia Public Health*, 2015, 50.3: 457-462.

39. Bera A., Lenart-Gansiniec R., Kontrakt psychologiczny a identyfikacja organizacyjna: systematyczny przegląd literatury. *Przegląd Organizacji*, 2022, 10: 10-17.

40. Berdud M., Cabasés J.M., Nieto J., Incentives and intrinsic motivation in healthcare. *Gaceta sanitaria*, 2016, 30.6: 408-414.

41. Bergner T., Belastungen in der Notfallmedizin. *Notfall+ Rettungsmedizin*, 2018, 21.3: 192-198.

42. Bernardi R., Wu P.F., Online health communities and the patient-doctor relationship: An institutional logics perspective. *Social Science & Medicine*, 2022, 314: 115494.

43. Białas S., Molek-Winiarska D., Pelc A., Kultura organizacyjna sprzyjająca poprawie dobrostanu pracowników. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2023, 150.1: 73-93.

44. Bieńkowski J., Oddziaływanie wiedzy na poczucie bezpieczeństwa. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2017, 18.5.3: 179-190.

45. Blanck-Köster K., Roes M., Gaidys U., Clinical-Leadership-Kompetenzen auf der Grundlage einer erweiterten und vertieften Pflegepraxis (Advanced Nursing Practice). *Medizinische Klinik-Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 2020, 115.6: 466-476.

46. Bobbert M., Klinische Ethikkomitees im Gesundheitswesen – ein sinnvolles Instrument rechtlicher Compliance? Teil 1: Funktionsweise klinischer Ethikkomitees und Qualitätsfragen. *Medizinrecht*, 2025, 43.11: 865-871.

47. Bober B., Olkiewicz M., Jakościowe czynniki efektywności procesu świadczenia usług szpitalnych: Qualitative factors of the efficiency of hospital services. *Management and Administration Journal*, 2013, 25.98: 269-278.

48. Bojic I. et al., Empowering health care education through learning analytics: in-depth scoping review. *Journal of medical Internet research*, 2023, 25: e41671

49. Bonferroni C. E., Teoria statistica delle classi e calcolo delle probabilità. *Pubblicazioni del R Istituto Superiore di Scienze Economiche e Commerciali di Firenze*, 8, 1936, 3-62.

50. Bonse-Rohmann M., Kompetenzorientierte Prüfungsgestaltung in den Gesundheitsfachberufen, [w:] *Pädagogik im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2023. s. 459-477.

51. Borowski W., Zarządzanie strategiczne w jednostkach służby zdrowia. *Zeszyty Naukowe, Górnośląska Wyższa Szkoła Handlowa w Katowicach*, 2003, 18 Zeszyt Naukowy Katedry Zarządzania i Marketingu: 54-63.

52. Bosworth M. et al., *Leadership for health professionals: Theory, skills, and applications*. Jones & Bartlett Learning, 2023.

53. Bresser J., Kultur als Erfolgsfaktor: warum die Organisations-und Teamkultur in Hochrisikobereichen der Medizin mehr Aufmerksamkeit braucht. *Die Anaesthesiologie*, 2025, 1-10.

54. Bridgeman P.J., Bridgeman M.B., Barone J., Burnout syndrome among healthcare professionals. *The Bulletin of the American Society of Hospital Pharmacists*, 2018, 75.3: 147-152.

55. Bridges J., Fitzgerald L., Meyer J., New Workforce Roles in Health Care Exploring the Longerterm, Journey of Organisational Innovations, „Journal of Health Organization and Management", Vol. 21, No. 4/5/2007.

56. Britto M.T. et al., Using a network organisational architecture to support the development of Learning Healthcare Systems. *BMJ Quality & Safety*, 2018, 27.11: 937-946.

57. Brönneke J.B., Debatin J.F., Digitalisierung im Gesundheitswesen und ihre Effekte auf die Qualität der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 2022, 65.3: 342-347.

58. Brown H., View from the frontline: The doctor as a knowledge worker. *Health Information on the Internet*, 2008, 64: 9-10.

59. Brown T. A., *Confirmatory factor analysis for applied research* (2nd ed.), Guilford Press, 2015.

60. Bróż O., Prawne uregulowania wykonywania zawodów medycznych jako część systemu ochrony zdrowia w Polsce. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego-Seria Prawnicza*, 2020, 28: 25-39.

61. Brzozowska A., Samek-Wojtyla M., Zarządzanie kulturą organizacyjną w jednostkach samorządu terytorialnego. *Zarzadzanie w Kulturze,* 25(3)/2024, 497.

62. Brzozowska E., Zaleska D., Motywacja jako element zarządzania zasobami ludzkimi na przykładzie szpitali w województwie podlaskim. *Przedsiębiorstwo & Finanse*, 2024, 34: 9.

63. Buchelt B., Jończyk J.A., Innowacyjność jako podstawowy wyznacznik zatrudnialności lekarzy w szpitalach. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2018, 511: 50-61.

64. Buchelt B., Koncepcja systemu zarządzania efektywnością pracy personelu medycznego w szpitalach. *Zeszyty Naukowe/Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie. Seria Specjalna, Monografie*, 2017, 254.

65. Buchelt B., Metody i narzędzia eliminacji dysfunkcji systemu zarzadzania zasobami ludzkimi sektora usług medycznych, [w:] Z. Janowska (red.), Dysfunkcje i patologie w sferze zarządzania zasobami ludzkimi, t. 4, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2011, s. 164-186.

66. Buchelt B., Strategiczna istotność zarzadzania zasobami ludzkimi a faktyczny poziom rozwoju funkcji personalnej w publicznych i niepublicznych jednostkach sektora usług medycznych. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2011, 2 (79): 73-85.

67. Buchelt B.I., Jończyk J.A., Powiązania kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych. *Zarządzanie Publiczne/Public Governance*, 2017, 2.40: 50-64.

68. Buehner T.M., Elevating the Profession through Education, Community, and Professional Recognition. *Journal of Nuclear Medicine Technology*, 2020, 48.3: 7A-7A.

69. Bujnowska-Fedak M.M., Tomczak M., Innowacyjne aplikacje telemedyczne i usługi e-zdrowia w opiece nad pacjentami w starszym wieku. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2013, 11.4.

70. Bukowska-Piestrzyńska A., Uczenie się jako wyraz postawy przedsiębiorczej - na przykładzie podmiotów opieki zdrowotnej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2016, 17.9.2: 145-161.

71. Burda-Świerz K., Społeczna odpowiedzialność zakładu opieki zdrowotnej. Kreowanie nowoczesnej polityki personalnej. *Studia i Materiały Polskiego Stowarzyszenia Zarządzania Wiedzą*, 2010, 25: 42-51.

72. Burgess A., Van Diggele Ch., Mellis C., Mentorship in the health professions: a review. *The clinical teacher*, 2018, 15.3: 197-202.

73. Butkiewicz-Schodowska A., Kapitał ludzki we współczesnym zarządzaniu przedsiębiorstwami. *Współczesne Problemy Ekonomiczne. Globalizacja. Liberalizacja. Etyka.*, 2015, 11: 115-123.

74. Byrkjeflot H., Neby S., The end of the decentralised model of healthcare governance? Comparing developments in the Scandinavian hospital sectors. *Journal of health Organization and Management*, 2008, 22.4: 331-349.

75. Cahapay M., Kirkpatrick model: Its limitations as used in higher education evaluation. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 2021, 8.1: 135-144.

76. Carr P.B., Walton G.M., Cues of working together fuel intrinsic motivation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2014, 53: 169-184.

77. Cavanagh J. et al., Health services in Australia and the impact of antiquated rostering practices on medical scientists: a case for HR analytics and evidenced-based human resource management, *Personnel Review*, 2024, 53.1: 18-33.

78. Chan A. K.M., Botelho M.G., Lam O.L.T., Use of learning analytics data in health care – related educational disciplines: systematic review. *Journal of medical Internet research*, 2019, 21.2: e11241.

79. Chan A.K.M., Botelho M.G., Lam O.L.T., The relation of online learning analytics, approaches to learning and academic achievement in a clinical skills course. *European Journal of Dental Education*, 2021, 25.3: 442-450.

80. Chańska W., Powiernicy? Kontrahenci? Misjonarze? Źródła i zakres obowiązków lekarzy. *Etyka*, 2002, 35: 191-210.

81. Chen S.-Y. et al., Job rotation and internal marketing for increased job satisfaction and organisational commitment in hospital nursing staff. *Journal of nursing management*, 2015, 23.3: 297-306.

82. Chin W.W., Hamermesh R.G., Huckman R.S., McNeil B.J., Newhouse J.P., 5 Imperatives for Addressing Healthcare's Innovation Challenge, Harvard Business School, 2012, http://www.hbs.edu/healthcare/Documents/Forum-on-Healthcare-Innovation-5-Imperatives.pdf, dostęp: 22.01.2026.

83. Chluska J., Nowe wyzwania zarządzania strategicznego w podmiotach leczniczych – szpitalach. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej*, 2016, 23.

84. Chodkowski Z., Motywacja a proces uczenia się. *Kultura - Przemiany - Edukacja*, 2019, 7: 137-150.

85. Ciekanowski Z., Kapitał ludzki najistotniejszym elementem w organizacji: Human capital the most important element in the organization. *Management and Administration Journal*, 2014, 28.101: 135-148.

86. Cifalino A., Baraldi S., Training programs and performance measurement: Evidence from healthcare organisations. *Journal of Human Resource Costing & Accounting*, 2009, 13.4: 294-315.

87. Cozzoli N.et al., How can big data analytics be used for healthcare organization management? Literary framework and future research from a systematic review. *BMC health services research*, 2022, 22.1: 809.

88. Cuda A., Nowe technologie w systemie ochrony zdrowia na przykładzie Stanów Zjednoczonych i Polski. *Ekonomia-Wroclaw Economic Rev*, 2018, 24: 3882.

89. Cwanda K. et al., Forma zatrudnienia i czas pracy jako czynniki budujące motywację pielęgniarek. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie*, 2017, 69.1218: 5-21.

90. Czajka Z., Rola kompetencji zawodowych w dopasowaniu kwalifikacji wymaganych w zawodach medycznych w zakresie świadczeń zdrowotnych. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2019, 17.2: 49-61.

91. Czerepaniak-Walczak M., Źródła i konsekwencje uproszczeń badania w działaniu. O pułapkach ontologicznych, epistemologicznych i etycznych, [w:] *Pułapki epistemologiczne i metodologiczne w badaniach nad edukacją. Jak sobie z nimi radzić?* Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2017, s. 197-211.

92. Czerw A., Mazur I., Motywowanie kadry medycznej w zakładach opieki zdrowotnej. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 2012, 117: 95-109.

93. Czerwińska M., Usługi e-zdrowia jako źródło przewagi konkurencyjnej placówki medycznej. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych*, 2014, 35: 41-59.

94. Czymerska N., Gaworska-Krzemińska A., Zimmermann A., Znaczenie mentoringu w procesie adaptacji zawodowej. *Probacja*, 2023, 4: 349-363.

95. D'Onofrio S., Der digitale Wandel im Gesundheitswesen. *HMD Praxis der Wirtschaftsinformatik*, 2022, 59.6: 1448-1460.

96. Da Prato D.B. et al., The ethical foundations of patient-centered care in aesthetic medicine. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 2024, 19.1: 1.

97. Dane Naczelnej Izby Lekarskiej.

98. Daniel D., Wolbrink T., Comparison of healthcare professionals' motivations for using different online learning materials. *Pediatric Investigation*, 2019, 3.02: 96-101.

99. Darbyshire D. et al., Retention of doctors in emergency medicine: a scoping review of the academic literature. *Emergency Medicine Journal*, 2021, 38.9: 663-672.

100. Dąbrowska A., Janoś-Kresło M., Lubowiecki-Vikuk A., Styl życia wellness a zachowania osób starszych na rynku usług prozdrowotnych. *Zdrowie i style życia. Wyzwania ekonomiczne i społeczne*, 2019, 47-64.

101. Dąbrowski M., Zarządzanie organizacją z perspektywy piramidy ludzkich potrzeb. *Nowoczesne Systemy Zarządzania*, 2024, 19.4: 57-78.

102. de Waal A., Kourtit K., Performance measurement and management in practice: Advantages, disadvantages and reasons for use. International Journal of Productivity and Performance Management, 62(5)/2013, 446-473.

103. Deffland M., Müller T., Thomas. Compliance in der Medizin. [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024. s. 261-275.

104. Dev V. et al., Variation in the barriers to compassion across healthcare training and disciplines: A cross-sectional study of doctors, nurses, and medical students. *International Journal of Nursing Studies*, 2019, 90: 1-10.

105. Dickson C.AW. et al., Leadership practices that enable healthful cultures in clinical practice: A realist evaluation. *Journal of clinical nursing*, 2024, 33.3: 982-997.

106. Dieterich J., Schlüsselfragen an die Konzeption von Anpassungsqualifizierungen für internationale Pflegekräfte, [w:] *Die Internationalisierung der beruflichen Pflege in Deutschland*. Mabuse Verlag GmbH, 2022, s. 141-160.

107. Dion H., Evans M., Strategic frameworks for sustainability and corporate governance in healthcare facilities; approaches to energy-efficient hospital management. *Benchmarking: An International Journal*, 2024, 31.2: 353-390.

108. Dobska M., Dehumanizacja usług medycznych oraz przywracanie symetryczności relacji w kontaktach profesjonalista–pacjent. *Handel Wewnętrzny*, 2015, 356.3: 24-36.

109. Domagała A., Kadry medyczne w ochronie zdrowia. Tendencje zmian w kraju i na świecie. *Polityka Społeczna*, 2008, 7: 5-11.

110. Domagała A., Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego-potrzeba czy konieczność? *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie,* 2013, 11.2: 148-158.

111. Drahmann M., Cramer C., The professional ethos of teachers, doctors, lawyers, and clergy: A comparison of ethos in different professions [w:] *The international handbook of teacher ethos: Strengthening teachers, supporting learners*. Cham: Springer International Publishing, 2021. s. 415-427.

112. Dryla O., Prawo do niewiedzy a autonomia. *Diametros*, 2012, 32: 19-38.

113. Dubas K., Szetela P., Procesy komercjalizacji i prywatyzacji w obszarze stacjonarnej opieki zdrowotnej w Polsce-skala i znaczenie zjawiska. *Przegląd organizacji*, 2013, 12: 39-46.

114. Dudek A., Mazur M., Propozycje innowacji organizacyjno-marketingowych w prywatnej przychodni opieki zdrowotnej. *Strategiczne modelowanie i animowanie rozwoju oraz technologii*, 2014, 27.

115. Dudzik-Urbaniak E., Kutaj-Wąsikowska H., Kutryba B., Piotrowski M., Program akredytacji – Szpitale. Zestaw standardów. Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.(2016).

116. Dugiel G., Kuzka J., Wybrane aspekty zarządzania strategicznego szpitala. *Polish Journal of Health and Fitness*, 2016, 1: 78-99.

117. Dunn O. J., Multiple comparisons using rank sums. Technometrics, 5(3)/1964, 241-252.

118. Durlik M., Zarządzanie w służbie zdrowia: organizacja procesowa i zarządzanie wiedzą. Wydawnictwo PLACET, 2008.

119. Dyaczyńska K., Konceptualizacja pojęcia organizacji uczącej się w publicznych jednostkach ochrony zdrowia. *Studia Ekonomiczne*, 2013, 169: 29-41.

120. Dye C.F., *Leadership in healthcare: Essential values and skills*. ACHE Learn, 2023.

121. Dymyt M., Dymyt T., Determinanty rozwoju innowacji w systemie opieki zdrowotnej. *Zarządzanie i Finanse*, *16*(3.1)/2018, 67-81.

122. Dzieńdziora J., Smolarek M., Kapitał ludzki w kreowaniu kapitału intelektualnego organizacji. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie*, 2010, 2: 82-95.

123. Edmonstone J.D., Organisational learning. *Leadership in Health Services*, 2018, 31.4: 434-440.

124. Eeckloo K., De Regge M., Healthcare board leadership and governance: conceptual framings and controversies, [w:] *Research Handbook on Leadership in Healthcare*. Edward Elgar Publishing, 2023. s. 305-319.

125. Elrod J.K., Fortenberry J.L. Jr, Sales promotion in health and medicine: using incentives to stimulate patient interest and attention. *BMC Health Services Research*, 2020, 20. Suppl 1: 820.

126. Elston M.A., Medical autonomy: challenge and response, [w:] Conflicts in the national health service. *Routledge*, 2022. s. 26-51

127. Esmaeilnozar H., Rezaei F., Fishani F. T., Human Resource Management Inefficiency and Tax Management. *Journal of Accounting and Financial Studies (JAFS)*, 2025, 20.70: 541-552.

128. Euteneier A. et al., Personaleinsatz, [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024, s. 471-524.

129. Euteneier A. et al., Risikoreduzierende Prozesse, [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024, s, 525-568.

130. Euteneier A., Einführung in das klinische Risikomanagement. [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024. s. 3-16.

131. Euteneier A., Prozess des klinischen Risikomanagements [w:] *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen-medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024. s. 309-340.

132. Ewleszyn A., Olszewski W., Zarządzanie zasobami ludzkimi w placówkach ochrony zdrowia. *Zeszyty Naukowe WSG*, 2016, 8: 71-83.

133. Fadeyi O. et al., Analyzing succession management practise in the context of organizational survival: A qualitative approach. *International Journal for Quality Research*, 2019, 13.2: 413-432.

134. Fanelli S.et al., Managerial competences in public organisations: the healthcare professionals' perspective. *BMC health services research*, 2020, 20.1: 303.

135. Fang P., Luo Z., Fang Z., What is the job satisfaction and active participation of medical staff in public hospital reform: a study in Hubei province of China. *Human resources for health*, 2015, 13.1: 34.

136. Farquharson M. et al., Wie können stationär tätige Ärzt* innen in Weiterbildung und Quereinsteiger* innen in die Allgemeinmedizin in der Phase des Übergangs aus der Klinik in die Praxis unterstützt werden? Eine qualitative Interviewstudie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2025.

137. Fecko-Gałowicz K. et al., Czynniki wpływające na podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu pielęgniarskiego. *Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek–kontrowersje i wyzwania*, 2022, 29.

138. Fedchyshyn N.O. et al., Features of forming self-educational competence of future doctors. *Wiad Lek*, 2023, 76.1: 108-114.

139. Feiler T., Hordern J., Papanikitas A. (red.), *Marketisation, ethics and healthcare: policy, practice and moral formation*. Routledge, 2018.

140. Ferreira C.A.A. et al., Motivation and rewards to health professionals.*Gestão & Planejamento-G&P*, 2016, 17.1.

141. Fieseler Ch., Organisationskultur und Unternehmenskommunikation, [w:] *Handbuch Unternehmenskommunikation: Strategie – Management – Wertschöpfung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2022. s. 431-445.

142. Fornell C., Larcker D. F., Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error, *Journal of Marketing Research*, 18(1)/1981, 39-50.

143. Foster K., Becoming a professional doctor, [w:]*"Becoming" a Professional: An Interdisciplinary Analysis of Professional Learning*. Dordrecht: Springer Netherlands, 2011, s. 171-193.

144. Franco M., Almeida J., Organisational learning and leadership styles in healthcare organisations: An exploratory case study. *Leadership & Organization Development Journal*, 2011, 32.8: 782-806.

145. Franken S., Unternehmen, Unternehmenskultur und Unternehmensethik, [w:] *Verhaltensorientierte Führung: Handeln, Lernen und Diversity in Unternehmen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2025. s. 215-261.

146. Frączkiewicz-Wronka A., Szymaniec K., Model interesariuszy w zarządzaniu zmianą w szpitalach, [w:] Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce, Difin, Warszawa 2012, s. 215-247

147. Furtak-Niczyporuk M., Healthcare entities and healthcare waste. *Medycyna Środowiskowa*, 2017, 20.2: 13-21.

148. Galicki R., Granice „poświęcania" samego siebie przez osoby wykonujące zawód medyczny. *Studia Prawnicze: rozprawy i materiały*, 2025, 36.1: 163-194.

149. Gartner J.-B., Lemaire C., Dimensions of performance and related key performance indicators addressed in healthcare organisations: A literature review. *The International journal of health planning and management*, 2022, 37.4: 1941-1952.

150. Gaugisch P., Risch B., Kompetenzen im Qualifikationsmix: Perspektiven einer lernenden Organisation in der stationären Langzeitpflege. *Berufsbildung – Zeitschrift für Theorie-Praxis-Dialog*, 2025, 79.1: 35-37.

151. Gawrońska A., Zdarzenia niepożądane w procesie świadczenia usług medycznych – perspektywa łańcucha dostaw, [w:] *Logistyka i zarządzanie łańcuchem dostaw w czasach turbulencji, zakłóceń i niestabilnej gospodarki*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, s. 91-105.

152. Gehm J., Unternehmenskultur – die richtige Umgebung für kundenzentrierte Innovation, [w:] *Design Thinking etablieren: So verankern Sie Design Thinking im Unternehmen–bewährtes Vorgehensmodell, Erfahrungen, Fallbeispiele*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2022. s. 131-144.

153. Gerheuser F., Arzt bleiben – Wege aus der Kommerzialisierungsfalle. *Die Anaesthesiologie*, 2023, 72.3: 195-198.

154. Giallouros G. et al., Enhancing employee engagement through integrating leadership and employee job resources: evidence from a public healthcare setting. *International Public Management Journal*, 2024, 27.4: 533-558.

155. Giannakos M., Cukurova M., The role of learning theory in multimodal learning analytics. *British Journal of Educational Technology*, 2023, 54.5: 1246-1267.

156. Gielerak G., System ochrony zdrowia na miarę potrzeb oraz współczesnych wyzwań i zagrożeń. *Menedżer Zdrowia*, 2022, 2022.5: 16-25.

157. Gillon R., Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. *Journal of medical ethics*, 2015, 41.1: 111-116.

158. Gitling M., Znaczenie zaufania w zarzadzaniu zasobami ludzkimi. *Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne*, 2018, 2.29: 119-127.

159. Głowicki P., Przegląd rozwiązań w zakresie oceny efektywności szkoleń. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2015, 386: 64-77.

160. Głód G., Innowacyjność ZZL w sektorze ochrony zdrowia - wybrane aspekty, *Nauki o Zarządzaniu*, Nr 1(26) /2016b, s. 44-51

161. Głód G., *Uwarunkowania i pomiar przedsiębiorczości publicznej w jednostkach ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa 2016a.

162. Głód W., Wpływ innowacyjnego przywództwa na innowacyjność jednostek ochrony zdrowia w kontekście zarządzania wiedzą. *Human Resource Management/Zarzadzanie Zasobami Ludzkimi*, 2022.

163. Golowska M., Łuszczyński A., Filozoficzno-prawne dylematy autonomii lekarskiej i roli samorządu zawodowego lekarzy. *Prawo i Więź*, 2024, 5: 621-635.

164. Gomathi L., Mishra A.K., Tyagi A.K., Industry 5.0 for healthcare 5.0: Opportunities, challenges and future research possibilities, [w:] *2023 7th international conference on trends in electronics and informatics (ICOEI)*. IEEE, 2023, s. 204-213.

165. Goniewicz K. et al., The importance of pre-training gap analyses and the identification of competencies and skill requirements of medical personnel for mass casualty incidents and disaster training. *BMC public health*, 2021, 21.1: 114.

166. Goś A. et al., Wybrane zasoby osobiste jako czynniki zwiększające odporność na wypalenie zawodowe u pracowników zawodów medycznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2016, 22.3.

167. Graban M., Lean Hospitals-doskonalenie szpitali. ProdPublishing, Wrocław 2011.

168. Graber J. et al., Gestaltungskompetenz als Katalysator für Verantwortungslernen in hochzuverlässigen Gesundheitsorganisationen, [w:] *Organisation und Verantwortung: Jahrbuch der Sektion Organisationspädagogik*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2020. s. 321-336.

169. Grant A.M., Shandell M.S., Social motivation at work: The organizational psychology of effort for, against, and with others. *Annual review of psychology*, 2022, 73.1: 301-326.

170. Gruenewald H., Die Erfolgsmessung von Re-und Upskilling-Programmen: Messen, was zählt: Bewertungskriterien für Re-und Upskilling-Initiativen, [w:] *Upskilling und Reskilling für die Personalentwicklung: Kompetenzen der Zukunft erkennen und Personal erfolgreich qualifizieren*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2024, s. 193-217.

171. Guleria P., Sood M., Intelligent learning analytics in healthcare sector using machine learning, [w:] *Machine Learning with Health Care Perspective: Machine Learning and Healthcare*. Cham: Springer International Publishing, 2020, s. 39-55.

172. Guo S. et al., How doctors gain social and economic returns in online health-care communities: a professional capital perspective. *Journal of management information systems*, 2017, 34.2: 487-519.

173. Guzak B., Rybka M., Mierniki jakości w opiece długoterminowej w kontekście oceny jakości usług medycznych. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2024, 9.1: 128-140.

174. Haberko J., Zasady postępowania lekarza w stosunku do pacjenta. Uwagi de lege lata i de lege ferenda na tle przepisów Kodeksu etyki lekarskiej. *Medyczna Wokanda*, 2016, 8.8: 43-56.

175. Hair J. F., Black W. C. Jr., Babin B. J., Anderson R. E., *Multivariate data analysis (*8th ed.). Cengage Learning, 2019.

176. Hammes S., Metelmann H.-R., Ausbildungsrichtlinien und Qualitätsstandards für Ärzte, [w:] *Energie für die Haut: Wirkungen und Nebenwirkungen von Lasern, Blitzlampen und weiteren Energieträgern*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018, s. 37-43.

177. Happach R., Kompetenzentwicklung von Führungskräften des Pflegedienstes – konzeptionelle Grundlagen und Gestaltungsempfehlungen. *intensiv*, 2008, 16.04: 209-214.

178. Harris C., Cortvriend P., Hyde P., Human resource management and performance in healthcare organisations. *Journal of health organization and management*, 2007, 21.4/5: 448-459.

179. Hass-Symotiuk M., System pomiaru i oceny dokonań szpitala. Wolters Kluwer, 2011.

180. Hatziisaak T., Keller U., Wie wird Selbststudium praktiziert? Eine Umfrage bei Hausärzten des Ärztenetzwerks PizolCare. *Praxis*, 2017, 106.10: 513-518.

181. Haverkamp F. Jc et al., Prepared for mission? A survey of medical personnel training needs within the International Committee of the Red Cross. *World journal of surgery*, 2018, 42.11: 3493-3500.

182. Haverkamp F. Jc et al., Self-perceived preparedness and training needs of healthcare personnel on humanitarian mission: a pre-and post-deployment survey. *World Journal of Emergency Surgery*, 2022, 17.1: 14.

183. Heckhausen J., Heckhausen H. (red.). *Motivation and action*. Springer, 2018.

184. Heger A., Ritz-Timme S., Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit rechtsmedizinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte. *Rechtsmedizin*, 2021, 31.6: 479-493.

185. Helios J. Jedlecka W., Etyka a wypalenie zawodowe lekarzy weterynarii. *Życie Weterynaryjne*, 2023, 98.04: 214-219.

186. Helmold M., Qualitätsmanagement, Organisationsentwicklung und die lernende Organisation, [w:] *Qualität neu denken: Innovative, virtuelle und agile Ansätze entlang der Wertschöpfungskette*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2023. s. 169-175.

187. Herman A., Kwiatkowski Ł., Poczucie wypalenia zawodowego a style radzenia sobie ze stresem pracowników sektora opieki geriatrycznej. *Journal of Modern Science*, 2025, 3.63: 567.

188. Hermanowski T., Rutkowski J., Zintegrowana opieka zdrowotna. Zarys problematyki. Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska, 2015, 225-233.

189. Heubel F., Warum Profession bilden? *Zeitschrift für medizinische Ethik*, 2024, 71.1: 88-101.

190. Hinkelmann J. et al., Die junge Ärztegeneration im Krankenhaus: Kompetenzbasierte Karrierepfade im Universitätsklinikum, [w:] *Lebensphasen und Kompetenzmanagement: Ein Berufsleben lang Kompetenzen erhalten und entwickeln*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018, s. 93-109.

191. Hoff T., Lee D.R., Prout K., Organizational commitment among physicians: A systematic literature review. *Health Services Management Research*, 2021, 34.2: 99-112.

192. Hordecki B., O osobie mistrza w polskim „Przyrzeczeniu lekarskim". *Medyczna Wokanda*, 2016, 8.8: 33-42.

193. Housley K.L., Turbulenzen und Konformität, [w:] *Die wissenschaftliche Welt des Karl-Friedrich Bonhoeffer: Die Verflechtung von Wissenschaft, Religion und Politik im Dritten Reich*. Cham: Springer International Publishing, 2024, s. 101-128.

194. Hryszkiewicz D., Społeczna odpowiedzialność polskiej służby zdrowia w dobie pandemii COVID-19. *Przegląd Policyjny*, 2023, 149: 56-69.

195. https://biznes.newseria.pl/files/_uploaded/dp_2023_04_26_1053_Etyka%20i%20przyszłość%20medycyny%20estetycznej_raport%20–%20kopia.pdf - dostęp 22.01.2026

196. Hu L.-t., Bentler P. M., Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives, *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1)/1999, 1-55.

197. Hu S. et al., Coaching to develop leadership for healthcare managers: a mixed-method systematic review protocol. *Systematic Reviews*, 2022, 11.1: 67.

198. Humphrey K.E. et al., Frequency and nature of communication and handoff failures in medical malpractice claims. *Journal of patient safety*, 2022, 18.2: 130-137.

199. Hussain Z. et al., Personality and teachers' burnout stress: exploring the digital competence as personal job resource in allied health institutions. *Frontiers in psychology*, 2024, 15: 1334371.

200. Ilnicka P., Organizacja i zarządzanie podmiotami leczniczymi. Otoczenie i nowe wyzwania. *Acta Universitatis Wratislaviensis. Przegląd Prawa i Administracji*, 2017, 111: 63-78.

201. Irzyniec T., Konodyba-Szymański P., Szczerba H., Identyfikacja zagrożeń oraz ocena ryzyka zawodowego lekarzy medycyny (wstępne wyniki). *Journal of Ecology and Health*, 2010, 14: 295-302.

202. Jacek A., Emanacja założeń *good governance* w działaniach wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego – Seria Prawnicza*, 2020, 28: 71-84.

203. Jagodzinski A., Diagnoza potrzeb i oczekiwań społeczności lokalnej w obszarze jakości służby zdrowia. *Nauki Ekonomiczne*, 2022, 35: 155-168.

204. Janiszewski J.M., Węgrzyn M., Kuczuk M., Poprawa efektywności wykorzystania zasobów i jakości procesów w opiece zdrowotnej przy zastosowaniu koncepcji lean management. *Nauki o Zarządzaniu*, 2017, 3 (32: 34-42.

205. Jankowiak R., Szkolenie i doskonalenie personelu jako komponent zarządzania jakością w niepublicznych zakładach ochrony zdrowia. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2008, 31 Zarządzanie personelem jako kryterium doskonałości: 539-549.

206. Jansen E.J. et al., Implementing coaching programmes for healthcare professionals - A review of the barriers and facilitators. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2024, 39.3: 860-878.

207. Janus E., Filar-Mierzwa K., Prestiż wybranych zawodów medycznych w opinii reprezentantów tych zawodów. *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*, 2019, 70.5: 587-595.

208. Jarva E. et al., Healthcare professionals' digital health competence and its core factors; development and psychometric testing of two instruments. *International Journal of Medical Informatics*, 2023, 171: 104995.

209. Jasik-Ślęzak J., Potrzeba szkoleń specjalistycznych dedykowanych pracownikom służby zdrowia. *Zeszyty Naukowe. Quality. Production. Improvement*, 2019.

210. Jauhiainen A., Pulkkinen R., Problem-based learning and e-learning methods in clinical practice, [w:] *Connecting Health and Humans*. IOS Press, 2009. s. 572-576.

211. Jaworzyńska M., Publiczne czy niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej–analiza porównawcza. *Studia Prawno-Ekonomiczne*, 2016, 99: 243-256.

212. Jha R., Pandey D.K., Vashisht A., A Study on Employee Performance Appraisal and Job Satisfaction in Health Care Sector. *International Journal of Advance Research and Innovative Ideas in Education*, 2016, 2: 988-994.

213. Jia H. et al., Factors influencing medical personnel to work in primary health care institutions: An extended theory of planned behavior. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, 19.5: 2785.

214. Johansson H. et al., Reorientation to more health promotion in health services–a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 2010, 213-224.

215. Jończyk J., Zasoby ludzkie jako krytyczny komponent zmian w opiece zdrowotnej, *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, Nr 266/2012, s. 221-228

216. Jończyk J.A., Wypalenie zawodowe personelu medycznego – krótki przegląd przykładów z okresu pandemii SARS-CoV-2. *Nowoczesne Systemy Zarządzania*, 2022, 17.2: 69-78.

217. Jose A. et al., Professional competence and its effect on the implementation of healthcare 4.0 technologies: scoping review and future research directions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2022, 20.1: 478.

218. Juraszek M., Czerwińska-Lubszczyk A., Wpływ zmian w otoczeniu na równowagę pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym personelu medycznego. *Zarządzanie i jakość, Management and Quality*, 2024, 6.3: 74-85.

219. Kabue L.W., Kilika J.M., Firm resources, core competencies and sustainable competitive advantage: An integrative theoretical framework. *Journal of management and strategy*, 2016, 7.1: 98-108.

220. Kanfer R., Work motivation: Identifying use-inspired research directions. *Industrial and Organizational Psychology*, 2009, 2.1: 77-93.

221. Karaferis D. et al., Factors influencing motivation and work engagement of healthcare professionals. *Materia socio-medica*, 2022, 34.3: 216.

222. Karaszewska H., Miejsce i rola rozwoju zasobów ludzkich w strategicznym zarządzaniu zasobami pracy. *Acta Universitatis Nicolai Copernici Ekonomia*, 2010, 41: 123-132.

223. Karkowski T., Komercjalizacja i prywatyzacja szpitali w perspektywie dostarczania świadczeń zdrowotnych. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias*, 2014, 1.8: 143-157.

224. Karna W.J., Knap-Stefaniuk A., Motywowanie pracowników jako wyzwanie w zarządzaniu zasobami ludzkimi. *Studia i Prace WNEiZ US*, 2017, 48: 161-171.

225. Karpińska-Karwowska M,. Zarzeczna-Baran M., Zarządzanie wiedzą w służbie zdrowia na przykładzie grupy zawodowej pielęgniarek i położnych: Knowledge management in the health service on the example of the nurses and midwives professional group. *Management and Administration Journal*, 2013, 24.97: 381-394.

226. Karsch-Völk M. et al., Einschätzung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin in Bayern – eine Online-Befragung von Ärzten in Weiterbildung. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2016, 113: 56-65.

227. Ker J., Wang L., Rao J., Lim T., Deep learning applications in medical image analysis, *IEEE Access*, vol. 6, pp. 9375-9389, 2018.

228. Kern M. et al., Psychische Belastungen, Ressourcen und Wohlbefinden von Chirurgen in Deutschland. *Der Chirurg*, 2019, 90.7: 576-584.

229. Khalifa M., Khalid P., Developing strategic health care key performance indicators: a case study on a tertiary care hospital., *Procedia Computer Science*, 2015, 63: 459-466.

230. Kiel V., Organisationskultur und Kulturentwicklung aus systemischer Perspektive, [w:] *Personalpsychologie für das Human Resource Management*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2023, s. 211-231.

231. Kiełkiewicz-Janowiak A., Zabielska M., Lekarz i pacjent na emigracji: odmienne kultury komunikacji w ochronie zdrowia w Polsce iw Wielkiej Brytanii. *Sztuka Leczenia*, 2017, 1: 33-41.

232. Kimura R. et al., Asynchronous e-learning with technology-enabled and enhanced training for continuing education of nurses: a scoping review. *BMC medical education*, 2023, 23.1: 505.

233. Kinowska H., Juchnowicz M., Dobrostan pracowników ochrony zdrowia w Polsce w warunkach pandemii. *Polityka Społeczna*, 2023, 586.1: 25-32.

234. Klich J., Wokół dysfunkcji zarządzania samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Journal of Public Governance, 2008, 5.3: 119-134.

235. Klimczak B., Etyka zawodowa-jak to działa? *Ekonomia i Prawo. Economics and Law*, 2010, 6.1: 15-24.

236. Kline R. B., *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). Guilford Press, 2023.

237. Klinke S., Arztwerdung und Leistungserbringung im ordnungspolitischen Wandel, [w:] *Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert-Profession oder Dienstleistung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018, s. 3-18.

238. Kludacz M., Problem dostępności zasobów ludzkich w polskim systemie ochrony zdrowia na tle innych krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. *Ekonomia i Zarządzanie*, 2015, 7.1: 9-31.

239. Kłos J., Gromadecka-Sutkiewicz M., Zysnarska M., Medykalizacja – wyzwanie XXI wieku. *Hygeia Public Health*, 2014, 49.3: 382-383.

240. Koller Ch., Das Arzthaftungsverfahren aus Sicht des Arztes. *Aktuelle Kardiologie*, 2024, 13.06: 447-452.

241. Konttila J. et al., Healthcare professionals' competence in digitalisation: A systematic review. *Journal of clinical nursing*, 2019, 28.5-6: 745-761.

242. Kopacz J., Niedobór talentów w branży medycznej. *Menedżer Zdrowia*, 2019, 2019.5: 93-95.

243. Kopertyńska M. W. (red.), *Zarządzanie pracą w zmieniających się uwarunkowaniach funkcjonowania organizacji*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, 2021.

244. Kopiński A., Porębski D., Kluczowe mierniki efektywności dla szpitala w perspektywie finansów zrównoważonej karty wyników. *Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia*, 2016, 82: 761-772.

245. Korczak K., Zarządzanie wiedzą w ochronie zdrowia–uwarunkowania rozwoju w kontekście zastosowań ICT. *Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych/Szkoła Główna Handlowa*, 2017, 46 Technologie informatyczne w administracji publicznej i służbie zdrowia-TIAPISZ'16: 305-318.

246. Kornowska L., Kryzys kadry medycznej. *Menedżer Zdrowia*, 2017.2: 48-51.

247. Kosiol J. et al., Resource-based view: A new strategic perspective for public health service managers. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 2023, 18.1: 8-19.

248. Kowalska K., Trendy w zarządzaniu systemami opieki zdrowotnej na świecie: koordynowana opieka zdrowotna. *Przegląd Organizacji*, 2008, 3: 8-12.

249. Kowalska-Bobko I. et al., Deficyty kompetencyjne kadr medycznych i około medycznych w placówkach medycznych, z uwzględnieniem nowych zadań związanych z epidemią COVID-19 wraz z rekomendacjami. *Warszawa: Sektorowa Rada ds. Kompetencji–Opieka Zdrowotna i Pomoc Społeczna*, 2020.

250. Kowalska-Bobko I. et al., Skill mix in medical and about medical professions. *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*, 2020, 71.3: 337-352.

251. Kozierkiewicz A., Natkaniec M., Dobre rządzenie w ochronie zdrowia. *Menedżer Zdrowia*, 2019.3: 30-33.

252. Krawczyk-Sołtys A., Kompetencje menedżerskie w kształtowaniu kompetencji organizacyjnych jednostek ratownictwa medycznego w świetle badań. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 2019, 175: 95-104.

253. Krawczyk-Sołtys A., Wykorzystanie zasobowej teorii organizacji w zarządzaniu szpitalami publicznymi. *Handel Wewnętrzny*, 2017, 368.3/1: 192-202.

254. Krok E., Efektywność w służbie zdrowia widziana przez pryzmat jakości. *Rocznik kolegium analiz ekonomicznych*, 2012, 25: 103-115.

255. Krówczyński W., Wybór formy koordynacji (*governance mode*) dla gospodarowania danymi osobowymi pacjentów w podmiotach leczniczych. *Optimum. Economic Studies*, 2017, 86.2: 198-214.

256. Krstic M. et al., Motivational factors of employees in health care institutions in Serbia. *Management: Journal of Sustainable Business and Management Solutions in Emerging Economies*, 2019, 24.1: 33-43.

257. Kruskal W. H., Wallis W. A., Use of ranks in one-criterion variance analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 47(260)/1952, 583-621.

258. Krzemień E., Wolniak R., Procesy szkolenia i doskonalenia pracowników w ochronie zdrowia. *Zeszyty Naukowe Wydziału Zamiejscowego w Chorzowie Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, Poznań 2015, 17: 163-176.

259. Krzemińska E., Zarządzanie konkurencyjnością w podmiotach ochrony zdrowia. *HUMANITAS Zarządzanie*, 2020, 21.4: 95-107.

260. Krzewińska D., Olejniczak D., Skonieczna J., Problemy i bariery w procesie kształcenia zawodowego lekarzy–badanie własne. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2015, 21.3.

261. Krzyżewska B., Kodeks Norymberski a autonomia jednostki. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 2016, 14.3: 171-191

262. Kucznik K., Gospodarka oparta na wiedzy jako trend stymulujący zarządzanie talentami. *Współczesne problemy ekonomiczne w badaniach młodych naukowców*, 2019, 134-149.

263. Kudelska K., Organizacja ucząca się w świetle współczesnych koncepcji zarządzania. *Warmińsko-Mazurski Kwartalnik Naukowy, Nauki Społeczne*, 2013, 3: 21-32.

264. Kunasz M., Efektywność szkolenia i doskonalenia zawodowego – wybrane aspekty. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania*, 2008, 3: 129-141.

265. Kuriata-Kościelniak E., Znaczenie komunikacji interpersonalnej dla bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. *Bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego: uwarunkowania ergonomiczne*, 2020, 127-146.

266. Kurz M., Grundlagen des Haftungs-und Haftpflichtversicherungsrechts, [w:] Haftungsbegrenzungen bei Freiberuflern. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2023, s. 23-61.

267. Kuske S., Köberlein-Neu J., Systematisch implementieren. Inwiefern kann die Implementierungswissenschaft einen Bildungsbeitrag für die Akteure im Gesundheitswesen leisten? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2024, 184: 34-39.

268. Lahti M. et al., Knowledge transfer from an e-learning course to clinical practice. *Nurse Education Today*, 2014, 34.5: 842-847.

269. Langhoff T.O. et al., Infrastructures for healthcare: From synergy to reverse synergy. *Health informatics journal*, 2018, 24.1: 43-53.

270. Leach L. et al., Distributed leadership in healthcare: leadership dyads and the promise of improved hospital outcomes. *Leadership in Health Services*, 2021, 34.4: 353-374.

271. Lebowa W., Postać lekarza w kontekście pełnionych ról zawodowych. *Studia Humanistyczne AGH*, 2021, 20.4: 79-96.

272. Lendzion A., Kultura jakości–teoria a praktyka. *Dzień Jakości PG*, 2019, 25-31.

273. Leszczyszyn A., Istota kultury coachingowej w zarządzaniu organizacją. *Pedagogika, psychologia, zarządzanie i inżynieria zarządzania–interdyscyplinarność jako oś współczesności*, 2024, 55.

274. Leśniak-Moczuk A., Mechanizm „poszukiwania wrogów" w zbiorowości społecznej jako wyraz patologii funkcjonowania instytucji. Ujęcie teoretyczno-metodologiczne. *Prawo i Więź*, 2024, 5: 107-140.

275. Lewicka D., Szeliga M., Zaufanie wertykalne a zaangażowanie organizacyjne na przykładzie podmiotu leczniczego. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie*, 2016, 1: 205-224.

276. Leźnicki M., Lewandowska A., Wzmacnianie ludzkiego ciała z wykorzystaniem operacji plastycznych – kontekst społeczno-etyczny. *Etyka*, 2015, 51: 25-42.

277. Li M. et al., Evaluation of medical staff and patient satisfaction of Chinese hospitals and measures for improvement. *Bioscience trends*, 2015, 9.3: 182-189.

278. Liang Z. et al., Development and validation of health service management competencies. *Journal of health organization and management*, 2018, 32.2: 157-175.

279. Lindemann M., Ebermann T., Witt L., Compliance im Gesundheitswesen am Beispiel Abrechnungsbetrug und Korruption. *Transfusionsmedizin*, 2025, 15.04: 217-221.

280. Lis A., Relacyjny wymiar zdolności organizacji do absorpcji wiedzy zewnętrznej. *Organizacja i Kierowanie*, 2017, 176.2: 313-328.

281. Liszkowska W., Zarządzanie zasobami załogi, czyli jak uniknąć błędów zarządczych. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie*, 2018, 71.1222: 69-82.

282. Liu X. et al., Does decentralisation improve human resource management in the health sector? A case study from China. *Social Science & Medicine*, 2006, 63.7: 1836-1845.

283. Löffler-Stastka H., Kompetenzentwicklung und Ausbildung für eine integrierte Versorgung. *Zeitschrift für Hochschulentwicklung*, 2024, 19.2: 17-40.

284. Lubis N.W., Resource based view (RBV) in improving company strategic capacity. *Research Horizon*, 2022, 2.6: 587-596.

285. Lugonjić M., Self-education of employees in medical institutions. *International Journal of Economics & Law*, 2019, 9.27: 49-64.

286. Łaguna M., Nowe tendencje w podejściu do szkoleń w organizacji. *Psychologia zarządzania w organizacji*, 2010, 115-139.

287. Łysik K., Zarządzanie pracownikami wiedzy. *Kwartalnik Nauk o Przedsiębiorstwie*, 2011, 20.3: 57-62.

288. Mahdavi Ardestani S.F. et al., Factors influencing the effectiveness of e-learning in healthcare: a fuzzy ANP study, [w:] *Healthcare*. MDPI, 2023. s. 2035.

289. Makara-Studzińska M. et al., Analiza zjawiska wypalenia zawodowego w grupie lekarzy psychiatrów – przegląd badań. *Psychiatria*, 2018, 15.1: 35-38

290. Malicka K., Zarządzanie w kontekście wypalenia zawodowego lekarzy. *Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej, Zarządzanie*, 2024, 1.54: 82-95.

291. Mann H. B., Whitney D. R., On a test of whether one of two random variables is stochastically larger than the other. *The Annals of Mathematical Statistics*, 18(1)/1947, 50-60.

292. Mannion R. et al., Decentralisation strategies and provider incentives in healthcare: evidence from the English National Health Service. *Applied health economics and health policy*, 2005, 4.1: 47-54.

293. Mannion R., Goddard M., Bate A., Aligning incentives and motivations in health care: the case of earned autonomy. *Financial Accountability & Management*, 2007, 23.4: 401-420.

294. Marcisz-Dyla E., Stres w zawodzie lekarza–przegląd badań empirycznych. *Zeszyty Naukowe Akademii Górnośląskiej*, 2024, 15: 56-65.

295. Marckmann G., Schildmann J., Qualität und Ethik in der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2022, 65.3: 335-341.

296. Marjański A., Chrząszcz A., Ciekanowski Z., Wykorzystanie motywowania pracowników w procesie zarządzania zasobami ludzkimi. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2018, 19.11, cz. 2 Dylematy współczesnego przedsiębiorstwa: 9-22.

297. Masár D., Personalne aspekty motywacji w pełnieniu opieki medycznej. *Progress in Economic Sciences*, 2016, 3: 85-95.

298. Mączyńska E., Dylematy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w warunkach przesilenia cywilizacyjnego. *Mazowsze Studia Regionalne*, 2024, 48: 9-36.

299. Mcsherry R., Wadding A., Pearce P., Healthcare Governance Through Effective Leadership. *Effective Heathcare leadership*, 2008, 58-75.

300. Merry L. et al., Continuing professional development (CPD) system development, implementation, evaluation and sustainability for healthcare professionals in low-and lower-middle-income countries: a rapid scoping review. *BMC medical education*, 2023, 23.1: 498.

301. Mikos M., Urbaniak M., Dostępność świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w Polsce a funkcjonowanie sieci szpitali. *Public Health and Governance*, 2017, 2017.3: 197-206.

302. Mikuła B., Ziębicki B., Organizacja inteligentna a organizacja ucząca się. *Przegląd Organizacji*, 2000, 5: 11-14.

303. Milart J. et al., Compliance – czy może być lepiej? *Pediatria i Medycyna Rodzinna*, 2013, 9.3: 292-294.

304. Mlambo M. et al., Transformation of medical education through decentralised training platforms: A scoping review. *Rural and remote health*, 2018, 18.1: 1-16.

305. Mleczko K., Modele transferu zasobów wiedzy w organizacji szpitalnej. *Systemy wspomagania w Inżynierii Produkcji*, 2012, 2.2: 69-77.

306. Młodzianowska D., Wady systemowe w ochronie zdrowia jako zagrożenie sukcesu komercjalizacji i prywatyzacji opieki zdrowotnej w Polsce, [w:] M. Węgrzyn, D. Wasilewski, *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ. Kluczowe warunki osiągnięcia sukcesu*, Wrocław: Wydawnictwo AE, 2006.

307. Mojs E., Difficulties of being young, reflections on anti-aging. *Journal of Face Aesthetics*, 2019, 2.1: 9-20.

308. Moldovan L., Training outcome evaluation model. *Procedia Technology*, 2016, 22: 1184-1190.

309. Morain S.R., Kass N.E., Grossmann C., What allows a health care system to become a learning health care system: results from interviews with health system leaders. *Learning Health Systems*, 2017, 1.1: e10015.

310. Morgenstern U., Rustemeier-Holtwick A., Wie gelingt eine hybride Lehre, um Lehrkräfte im Gesundheitswesen zu befähigen, Gesundheitsberufe gut auszubilden? [w:] *Die Herausforderungen der Generation Babyboomer für das Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024. s. 81-91.

311. Najder A., Potocka A., Psychospołeczne zagrożenia zawodowe i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 3.57: 313-320.

312. Ngcamu B.S., Succession planning and leadership development in a faculty of health sciences. *Global Journal of Health Science*, 2019, 11.11: 101-101.

313. Niyazova S., Niyazov B., Competence-oriented program to improve the quality of continuing medical education for doctors. *Emergency Medicine*, 2023, 19.7: 480-487.

314. Nothacker M. et al., Medizin und Ökonomie: Maßnahmen für eine wissenschaftlich begründete, patientenzentrierte und ressourcenbewusste Versorgung. Ein Strategiepapier der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *DMW-Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 2019, 144.14: 990-996.

315. Nyawira L. et al., Management of human resources for health: implications for health systems efficiency in Kenya. *BMC health services research*, 2022, 22.1: 1046.

316. Ogińska-Bulik N. et al., Prevalence and determinants of secondary posttraumatic growth following trauma work among medical personnel: a cross sectional study. *European Journal of Psychotraumatology*, 2021, 12.1: 1876382.

317. Ohrling M., Øvretveit J., Brommels M., Can management decentralisation resolve challenges faced by healthcare service delivery organisations? Findings for managers and researchers from a scoping review. *The International Journal of Health Planning and Management*, 2021, 36.1: 30-41.

318. Olatoye F. O., et al., Leadership styles and their impact on healthcare management effectiveness: A review. *International Journal of Science and Research Archive*, 2024, 11.1: 2022-2032.

319. Omaszewska-Lipiec R., Zakład pracy jako organizacja ucząca się-wybrane wyniki badań. *Szkoła – Zawód – Praca*, 2010, 1: 122-132.

320. Ong N. et al., Motivation for change in the health care of children with developmental disabilities: Pilot continuing professional development-quality improvement project. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 2021, 57.2: 212-218.

321. Oręziak B., Telemedycyna a konstytucyjne prawo do opieki zdrowotnej w kontekście wykluczenia cyfrowego. *Zeszyty Prawnicze*, 2018, 18.1: 117-141.

322. Orsini C., Binnie V.I., Wilson S.L., Determinants and outcomes of motivation in health professions education: a systematic review based on self-determination theory. *Journal of educational evaluation for health professions*, 2016, 13.

323. Ostrowicka M., Walewska-Zielecka B., Olejniczak D., Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2013, 11.2.

324. Palesy D., Crowley M.E., Organisational learning approaches in healthcare organisations: A scoping review. *Health Education in Practice: Journal of Research for Professional Learning*, 2025, 8.1: 1-32.

325. Parjaszewski P., Aspekty prawne i społeczno-gospodarcze w zabezpieczeniu personelu medycznego w publicznych podmiotach leczniczych. *Przegląd Ustawodawstwa Gospodarczego*, 2019, 4: 27-32.

326. Paul P., Singh B., Healthcare employee engagement using the internet of things: a systematic overview. *The Adoption and Effect of Artificial Intelligence on Human Resources Management, Part A*, 2023, 71-97.

327. Pawlak J., Podmiotowość i partycypacja pracowników a zaangażowanie i odpowiedzialność w zespole w sytuacji zmiany. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 2015, 944.08: 57-67.

328. Pawlak P., Strzelecki W., E-learning a medycyna. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia Informatica*, 2010, 605.25: 97-111.

329. Pawlik A.A., Motywacja i jej wpływ na jakość pracy pielęgniarek w wybranych oddziałach szpitalnych publicznej placówki służby zdrowia. *Zeszyt Naukowy Wyższej Szkoły Zarządzania i Bankowości w Krakowie*, 2018, 48: 77-86.

330. Paździor A., Importance of human capital management in health care institutions, [w:] *Innovation in the Digital Economy*. Routledge, 2023, s. 113-124.

331. Paździor A., Paździor M., Pomiar efektywności działalności podmiotów leczniczych. Wybrane aspekty. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2017, 481: 54-62.

332. Peprah P. et al., Removing barriers to healthcare through an intercultural healthcare system: Focus group evidence. *Journal of Integrative Medicine*, 2021, 19.1: 29-35.

333. Pereira V., Bamel U., Extending the resource and knowledge based view: A critical analysis into its theoretical evolution and future research directions. *Journal of Business Research*, 2021, 132: 557-570.

334. Perreira T.A., Innis J., Berta W., Work motivation in health care: a scoping literature review. *JBI Evidence Implementation*, 2016, 14.4: 175-182.

335. Pervez R., Anjum N., Systemic barriers and interventions in healthcare for underserved communities: An exploration of health disparities. *Insights-Journal of Life and Social Sciences*, 2023, 1.2: 19-24.

336. Peterson T.M., Rudloff P., Preferential trade agreements and trade expectations theory. *International Interactions*, 2015, 41.1: 61-83.

337. Petersson L. et al., Challenges to implementing artificial intelligence in healthcare: a qualitative interview study with healthcare leaders in Sweden. *BMC health services research*, 2022, 22.1: 850.

338. Petzold M.B., Plag J., Ströhle A., Umgang mit psychischer Belastung bei Gesundheitsfachkräften im Rahmen der COVID-19-Pandemie. *Der Nervenarzt*, 2020, 91.5: 417-421.

339. Petzold T.D., Eine Gesundheitsmotivation als Grundlage für die Arzt-Patient-Kooperation? *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 2023, 99.2: 67-72.

340. Pfejfer-Buczek A., Koncepcja Bezpieczeństwa Psychologicznego w organizacji. *Studia Społeczne*, 2023, 40.1: 157-171.

341. Piątkowski W., Zalewska-Blechar P., Społeczna i poznawcza tożsamość socjologii medycyny w ujęciu Eliota Freidsona. *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II*, 2023, 66.1: 107-124.

342. Pieniążek M., Zagadnienie kodyfikacji etyki lekarskiej wobec doświadczeń etyki prawniczej i etyki biznesu. *Państwo i Społeczeństwo*, 2008, 8.3: 127-154.

343. Pietruszka-Ortyl A., Indywidualny kapitał intelektualny profesjonalisty – model konceptualny. *Humanitas Zarządzanie*, 2023, 24.3: 127-142.

344. Pintal-Ślimak M., Pietruczuk M., Eusebio M.O., Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych. Diagnostyka laboratoryjna, 2019, 54.4: 285-290.

345. Pioli F. et al., The Use of a "Rewarding System" for Healthcare Personnel. *Journal of Health Science*, 2018, 6: 414-419.

346. Pirnejad H. et al., Inter-organisational communication networks in healthcare: centralised versus decentralised approaches. *International Journal of Integrated Care*, 2007, 7: e14.

347. Pisanu E. et al., Psychological impact in healthcare workers during emergencies: the italian experience with COVID-19 first wave. *Frontiers in Psychiatry*, 2022, 13: 818674.

348. Piskorz A. et al., Ocena potrzeb szkoleniowych średniego personelu medycznego. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*, 2017, 3: 166-174.

349. Piszczygłowa B., Kompetencje personelu medycznego wobec wyzwań współczesnego miejsca pracy na przykładzie podmiotów leczniczych. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, 2017, 74.3: 37-52.

350. Piszczygłowa B., Kwalifikacje zawodowe–personel medyczny w permanentnym rozwoju. [w:] *Medical Forum*. Wydawnictwo Adam Marszałek, 2023. s. 41-50.

351. Ploier M., Pöchinger U., Sturmklar durch Compliance. *Das Magazin für Health Professionals, ÖKZ*, 2025, 66.4: 22-22.

352. Płaciszewski K.B., E-zdrowie-wykorzystanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych w polskim systemie ochrony zdrowia. *General Medicine & Health Sciences/Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2022, 28.2.

353. Płaczkiewicz B., Psychologiczne aspekty funkcjonowania człowieka w sytuacji pracy. *Szkoła-Zawód-Praca*, 2016, 12: 65-77.

354. Podgórska B., Wykonywanie zawodu lekarza a ochrona praw pacjenta i odpowiedzialność lekarza w świetle uregulowań w prawie polskim. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio G–Ius*, 2018, 65.2: 203-221.

355. Polacsek- Ernst R. et al., Digitales Mindset im Gesundheitswesen–Chancen und Herausforderungen digitaler Technologien, [w:] *Technologien und Technologiemanagement im Gesundheitswesen: Potenziale nutzen, Lösungen entwickeln, Ziele erreichen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2024, s. 89-111.

356. Potempa B., Zabiegała A., Śpiewak R., Reklama w medycynie estetycznej: Analiza stosowanych praktyk w świetle obowiązującego prawa i Kodeksu Etyki Lekarskiej. *Estetologia Medyczna i Kosmetologia*, 2012, 2.4.

357. Pratt-Chapman M.L. et al., Developing standards for cultural competency training for health care providers to care for lesbian, gay, bisexual, transgender, queer, intersex, and asexual persons: Consensus recommendations from a national panel. *LGBT health*, 2022, 9.5: 340-347.

358. Prüfer P., Baum E., Karkowska D., Nowak A., Staszewski R (red.), Etyczno-prawne uwarunkowania opieki nad pacjentem, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2023, s. 317, [w:] *Medical Forum*, Wydawnictwo Adam Marszałek, 2024. s. 83-88.

359. Prüfer P., Etos i profesjonalizm w trosce o godność pacjenta. *Zeszyty Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II*, 2025, 68.1: 91-103.

360. Prusaczyk A. et al., Istota kompetencji personelu medycznego wpływających na efektywność opieki nad pacjentem. *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarzadzanie*, 2020, 18.3: 222.

361. Qatawneh H., The need to move from reactive to proactive perspective in health care. *International Journal of Advanced Engineering, Management and Science*, 2016, 2.10: 239662.

362. Qureshi K.I. et al., Are We in an Ethical Dilemma in Aesthetic Medicine? *Journal of Cosmetic Dermatology*, 2025, 24.6: e70260.

363. Ramirez S. et al., The primacy of ethics in aesthetic medicine: a review. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*, 2024, 12.6: e5935.

364. Ramseur P. et al., The implementation of a structured nursing leadership development program for succession planning in a health system. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 2018, 48.1: 25-30.

365. Rathmann K. et al., Gesundheitskompetenz im Gesundheitswesen entwickeln und implementieren: Bedarfe und Herausforderungen für das Qualitätsmanagement. *QUALITAS*, 2024, 23.2: 27-29.

366. Rawls J., A theory of justice, [w:] *Applied ethics*. Routledge, 2017, s. 21-29.

367. Reddy S., Generative AI in healthcare: an implementation science informed translational path on application, integration and governance. *Implementation Science*, 2024, 19.1: 27.

368. Rehwaldt R., Richter A., Der Einfluss von Glück bei der Arbeit und Veränderungsbereitschaft auf die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, [w:] *Die Herausforderungen der Generation Babyboomer für das Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2024, s. 169-182.

369. Reio T.G. Jr, et al., A critique of Kirkpatrick's evaluation model. *New Horizons in Adult Education and Human Resource Development*, 2017, 29.2: 35-53.

370. Restuputri D.P., Pangesti A.K., Garside A.K., The measurement of physical workload and mental workload level of medical personnel. *Jurnal Teknik Industri*, 2019, 20.1: 34-44.

371. Reuß S., Brohm M., Schubert M., Zukunft sichern: Wie werden Gesundheitsberufe wieder unwiderstehlich für den Nachwuchs? *Die Urologie*, 2025, 1-6.

372. Rębak D. et al., Potrzeba ustawicznego kształcenia ratowników medycznych na tle innych zawodów regulowanych. *Problemy pielęgniarstwa*, 2012, 20.3: 327-337.

373. Ricciardi W., Boccia S., New challenges of public health: bringing the future of personalised healthcare into focus. *The European Journal of Public Health*, 2017, 27, suppl_4: 36-39.

374. Richter E. et al., Zeiten zum beruflichen Lernen: Eine empirische Untersuchung zum Zeitpunkt und der Dauer von Fortbildungsangeboten für Lehrkräfte. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2020, 23.1: 145-173.

375. Richter E., Richter D., Marx A., Was hindert Lehrkräfte an Fortbildungen teilzunehmen? *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 2018, 21.5: 1021-1043.

376. Robakowski P. et al., Zarządzanie bezpieczeństwem w sytuacjach kryzysowych w szpitalu dydaktycznym – propozycja działania (przypadek). *Journal of Modern Science*, 2024, 58.4: 551-565.

377. Rogalska A., Misja urzędnika publicznego. Od koncepcji dobra wspólnego do *Public governance*. *Studia Administracji i Bezpieczeństwa*, 2020, 1.8: 11-22.

378. Rogowska D., Współczesne systemy motywacyjne w organizacji i ich specyfika w świetle wybranych problemów. *Zeszyty Naukowe Wydziału Nauk Ekonomicznych*, 2020, 1.24: 127-142.

379. Rogozińska-Pawełczyk A., Różnorodność pokoleniowa a kontrakt psychologiczny w organizacji. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2017, 3-4 (116-117) Zarządzanie różnorodnością w świetle wyzwań współczesnego rynku pracy (Managing Diversity in Light of the Challenges of the Contemporary Labor Market: 53-65.

380. Romanelli M., Hudson K.D., Individual and systemic barriers to health care: Perspectives of lesbian, gay, bisexual, and transgender adults. *American journal of orthopsychiatry*, 2017, 87.6: 714.

381. Rösche J., Ethik im Corpus hippocraticum, [w:] *Aspekte der Theorie und Ethik in der Medizin der Antike: Ein Lesebuch*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2025, s. 59-70.

382. Rostkowski T., Strzemiński J., Przywództwo w systemie ochrony zdrowia. *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*, 2019, 51.1: 133.

383. Rowe A.K. et al., The effectiveness of training strategies to improve healthcare provider practices in low-income and middle-income countries. *BMJ Global Health*, 2021, 6.1: e003229.

384. Rudolph P., Personalentwicklung im Gesundheitswesen: Strategien, Instrumente und Führungsansätze, [w:] *Neue Leadership-Ansätze in der Pflege: Wie Sie Personalführung, Patienten-und Kundenmanagement erfolgreich umsetzen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2025, s. 169-197.

385. Ruffin T.R., Strategies for healthcare organizations in succession planning, [w:] *Succession Planning: Promoting Organizational Sustainability*. Cham: Springer International Publishing, 2018, s. 137-153.

386. Rzepiński T., Ewidencja empiryczna w procesie podejmowania decyzji klinicznych. *Filozofia Nauki*, 2012, 20.3 (79): 13-33.

387. Rzymowski M. et al., Innowacyjny system do lokalizacji zasobów dla poprawy efektywności i bezpieczeństwa w służbie zdrowia. *Przegląd Telekomunikacyjny+ Wiadomości Telekomunikacyjne*, 2022, 88-92

388. Sadowski I., Zawistowska A., Mobilność społeczna jako konwersja kapitałów. *Zoon Politikon*, 2015, 6: 43-59.

389. Saeed H., Som H Md, Mahmood R., Leadership styles, organizational culture, and innovation in healthcare: A conceptual framework. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 2022, 12.8: 1390-1408.

390. Sahni J., Managerial training effectiveness: An assessment through Kirkpatrick framework. *TEM Journal*, 2020, 9.3: 1227-1233

391. Sakinatunnisa S., Alawiya N., Legal responsibility of healthcare facilities in the management of medical emergencies. *Jurnal Hukum In Concreto*, 2025, 4.2: 257-270.

392. Sala K., Selwon A., Możliwości zastosowania data mining w sektorze opieki zdrowotnej. Prosopon. Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne, 2018, 3.24: 85-92.

393. Sapkota S. et al., The impact of decentralisation on health systems: a systematic review of reviews. *BMJ Global Health*, 2023, 8.12.

394. Saraf K.R., Malathi P., Intelligent learning analytics in the healthcare sector using machine learning and iot, [w:] *Machine Learning, Deep Learning, Big Data, and Internet of Things for Healthcare*. Chapman and Hall/CRC, 2022, s. 37-53.

395. Sauter R., Sauter W., Wolfig R., Agile Mitarbeiterentwicklung, [w:] *Agile Werte-und Kompetenzentwicklung: Wege in eine neue Arbeitswelt*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2018, s. 67-129.

396. Savage M. et al., Medical leadership: boon or barrier to organisational performance? A thematic synthesis of the literature. *BMJ open*, 2020, 10.7: e035542.

397. Schäfer J., Personalressourcen und Human Capital Management im Krankenhaus, [w:] *Handbuch Strategisches Krankenhausmanagement*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2019, s. 213-230.

398. Schmucker R.A., Gesundheit und Gerechtigkeit – Zur ungleichen Verteilung arbeitsbedingter Belastung, [w:] *Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2020, s. 71-86.

399. Schneider K.N. et al., Generation Y in der Chirurgie - der Konkurrenzkampf um Talente in Zeiten des Nachwuchsmangels. *Der Chirurg*, 2020, 91.11: 955-961.

400. Schuhmann R., Meviatis: ein differenzialdiagnostisches Hilfssystem für den Arzt, [w:] *Aufklärung durch Gestaltung in digitalen Umwelten*, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 2021. s. 41-85.

401. Schwill S. et al., Determinanten der Teilnahme an Seminartagen eines Weiterbildungsprogramms: eine qualitative Studie mit Ärztinnen/Ärzten in Weiterbildung Allgemeinmedizin. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2021, 163: 57-65.

402. Sehlbach C. et al., Learning in the workplace: use of informal feedback cues in doctor-patient communication. *Medical education*, 2020, 54.9: 811-820.

403. Sempryk J., Mechanizmy marginalizacji i wykluczenia w ujęciu teorii kontyngencji. *Społeczeństwo*, 2025, 35.3: 133-144.

404. Shi X. et al., Analysis of factors influencing the job satisfaction of medical staff in tertiary public hospitals, China: A cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*, 2023, 14: 1048146.

405. Shiranthika Ch., Saeedi P., Bajić I.V., Decentralized learning in healthcare: a review of emerging techniques. *IEEE Access*, 2023, 11: 54188-54209.

406. Sidor-Rządkowska M., Zarządzanie zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych – problemy i wyzwania. *Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów*, 2018, 167: 127-141.

407. Siek-Smoczyńska D., Zgodność z Konstytucją RP unormowań prawnych dotyczących świadczeń medycyny estetycznej. *Przegląd Prawa Konstytucyjnego*, 2024, 1.77: 223-233.

408. Sikora K., Biegańska J., Baran A., Kształcenie empatycznych lekarzy–wyzwanie dla psychologów edukatorów pracujących w obszarze ochrony zdrowia. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, 2016, 9: 195-208.

409. Sikora T. et al., Kluczowe czynniki konkurencyjności podmiotów leczniczych. *Journal of Education, Health and Sport*, 2021, 11.11: 73-83.

410. Smith P.C. et al., Leadership and governance in seven developed health systems. *Health policy*, 2012, 106.1: 37-49.

411. Smyczek S., Kreacja i transfer wiedzy w sieciach organizacji usług profesjonalnych. *Studia i Prace WNEiZ US*, 2015, 39/2: 235-247.

412. Solecki L., Klepacka P., Przyczyny oraz czynniki sprzyjające występowaniu zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy zatrudnionych w publicznych sektorach opieki zdrowotnej. *Medycyna Środowiskowa, Environmental Medicine*, 2017, 20.1: 7-16.

413. Sołtysik-Piorunkiewicz A., Ziuziański P., Znaczenie kokpitu menedżerskiego w systemie wczesnego ostrzegania w podmiotach leczniczych. *Organization and Management*, 2016, 174.4: 139-152.

414. Sowińska-Domagała K., Wolniak R., Identyfikacja kluczowych elementów kultury organizacyjnej wpływających na jakość opieki zdrowotnej w Polsce. *Management & Quality/Zarządzanie i Jakość*, 2025, 7.2.

415. Spearman C., The proof and measurement of association between two things. *The American Journal of Psychology*, 15(1)/1904, 72-101.

416. Steinert Y., Developing medical educators: A journey, not a destination. *Understanding medical education: evidence, theory, and practice*, 2018, 531-548.

417. Stoecker R., Medizinische Ethik, [w:] *Handbuch Angewandte Ethik.* JB Metzler, Stuttgart, 2023. s. 313-320

418. Stosik A., Kariery pracowników wiedzy na rynku usług medycznych. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2016, 429: 247-256.

419. Stosik A., Współpraca w rywalizacji na rynku usług medycznych. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 2016, 421: 543-553.

420. Sugiarno Y., Novita D., Resources-based view (RBV) as a strategy of company competitive advantage: a literature review, [w:] *International Conference On Economics Business Management And Accounting (ICOEMA)*. 2022. s. 656-666.

421. Sujan M., An organisation without a memory: a qualitative study of hospital staff perceptions on reporting and organisational learning for patient safety. *Reliability engineering & system safety*, 2015, 144: 45-52.

422. Sułkowska J., Seliga R., Modele marketingu w sektorze usług medycznych w Polsce-zmiana orientacji marketingowej. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 2014, 15.12, cz. 3 Zarządzanie a zdrowie publiczne: 287-299.

423. Sułkowski Ł., O związkach między kulturą organizacyjną a organizacją uczącą się. *Przegląd Organizacji*, 2003, 4: 9-11.

424. Supanitchaisiri M., Natakuatoong O., Sinthupinyo S., The innovative model for extracting tacit knowledge in organisations. *International Journal of Knowledge Management Studies*, 2020, 11.1: 81-101.

425. Szabowska-Walaszczyk A., Zawadzka A.M., Dopasowanie na wymiarach potrzeb wzrostu i bezpieczeństwa a zaangażowanie w pracę. *Psychologia Społeczna*, 2016, 11.36: 20-33.

426. Szara M., Klukow J., Przywództwo jako element kultury organizacyjnej zespołów pielęgniarskich. *Inwestowanie w pielęgniarstwo i poszanowanie praw pielęgniarek – kontrowersje i wyzwania*, 2022, 85.

427. Szaton M., Harazin B., Wypalenie zawodowe w wybranych zespołach ratownictwa medycznego w województwie śląskim, [w:] *Annales Academiae Medicae Silesiensis*. Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, 2013, s. 28-32.

428. Szczerbak M., Szczerbak O., Narzędzia lean management jako sposób na poprawę jakości procesów medycznych i bezpieczeństwa pacjentów. *Medycyna Środowiskowa*, 2024, 27.2: 80-89.

429. Szczurek T., Wykorzystanie metody akredytacji do kształtowania jakości i bezpieczeństwa usług medycznych. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 2015, 948.12: 65-80.

430. Szejniuk A., Rola zasobów ludzkich w strategicznym zarządzaniu organizacją. *Journal of Modern Science*, 2017, 32.1: 305-317.

431. Szelagowski M., Nowe metody zarządzania procesowego w ochronie zdrowia. *E-mentor*, 2015, 62.5: 40-48.

432. Szelągowska-Rudzka K.I., Partycypacja bezpośrednia pracowników jako czynnik rozwoju organizacji. *Studia i Prace WNEiZ US*, 2015, 39/3: 371-383.

433. Szeptuch A., Pomiar kultury organizacyjnej w organizacjach ochrony zdrowia. *e-mentor*, 2016, 65.3: 60-67.

434. Szopik-Depczyńska K., Korzeniewicz W., Kapitał ludzki w modelu wartości przedsiębiorstwa. *Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego*, 2011, 24: 177-203.

435. Szulawski M., Pozafinansowe metody motywowania pracowników-ujęcie perspektywy teorii autodeterminacji. *Edukacja Ekonomistów i Menedżerów*, 2017, 44.2: 69-82.

436. Szulc J., Personalizacja w e-learningu. Przegląd rozwiązań. *Zeszyty Naukowe Wydziału Elektrotechniki i Automatyki Politechniki Gdańskiej*, 2018, 58: 81-84.

437. Szymaniec-Mlicka K., Ocena efektywności organizacji publicznych na przykładzie szpitali publicznych–aspekty metodyczne. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, 2015, 83: 651-660.

438. Świerc Z., Systemowe narzędzia oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych. Kwartalnik Nauk o Przedsiębiorstwie, 2022, 64.2: 73-85.

439. Tabala K., Stecz P., Kocur J., Profil osobowości, style radzenia sobie ze stresem a wypalenie zawodowe wśród szkolących się opiekunów medycznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 20.3.

440. Tańska E., Rola przywództwa w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej. *Ekonomia-Wroclaw Economic Review*, 2022, 28.4: 111-131.

441. Taubner S., Sharp C., Mentale Flexibilität durch implizites soziales Lernen. *Die Psychotherapie*, 2024, 69.1: 24-32.

442. Teheux L. et al., Learning for doctor-to-doctor collaboration: a qualitative study exploring the experiences of residents and supervisors with intraprofessional workplace learning in complex tertiary care. *BMC Medical Education*, 2023, 23.1: 478.

443. Ten Cate O. et al., Medical competence as a multilayered construct. *Medical Education*, 2024, 58.1: 93-104.

444. Terkamo-Moisio A. et al., Towards remote leadership in health care: Lessons learned from an integrative review. *Journal of advanced nursing*, 2022, 78.3: 595-608.

445. Tokat M.A. et al., Effects of Distance Education Models on Senior Nursing Students' Readiness for E-learning, Self-Directed Learning, and Clinical Practice. *Journal of Clinical Medicine of Kazakhstan*, 2024, 21.3: 26-31.

446. Tomaszewska A., Szkolenia i podnoszenie kwalifikacji zawodowych. *Journal of Transfusion Medicine*, 2012, 5.3: 146-152.

447. Tomaszewski M., The impact of demographic changes in Poland on the development of the aesthetic medicine market. *Journal of Face Aesthetics*, 2023, 6.2: 94-100.

448. Turan S., Hayme S., Effect of professional commitment on the career plans of intern doctors. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 2025, 41.2: 525.

449. Turner P., Linking leadership and succession planning, [w:] *Leadership in Healthcare: Delivering Organisational Transformation and Operational Excellence*. Cham: Springer International Publishing, 2018, s. 233-262.

450. Turner P., Retaining talent in health sector organisations, [w:] *Talent Management in Healthcare: Exploring How the World's Health Service Organisations Attract, Manage and Develop Talent*. Cham: Springer International Publishing, 2017, s. 285-313.

451. Tzenios N., The determinants of access to healthcare: a review of individual, structural, and systemic factors. *Journal of Humanities and Applied Science Research*, 2019, 2.1: 1-14.

452. Upadhyay K., Motivation among Health Care Professionals: Strategies for Improvement. *Journal of Postgraduate Medicine, Education and Research*, 2025, 59.1: 35-38.

453. Vali L. et al., Analysis of productivity improvement act for clinical staff working in the health system: A qualitative study. *Global journal of health science*, 2015, 8.2: 106.

454. Van Den Broek J., Boselie P., Paauwe J., Cooperative innovation through a talent management pool: A qualitative study on coopetition in healthcare. *European Management Journal*, 2018, 36.1: 135-144.

455. Van Der Burgt S. et al., Motivational profiles and motivation for lifelong learning of medical specialists. *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 2018, 38.3: 171-178.

456. Veenstra G. L. et al., Health care professionals' motivation, their behaviors, and the quality of hospital care: A mixed-methods systematic review. *Health care management review*, 2022, 47.2: 155-167.

457. Victor S., Farooq A., Dashboard visualisation for healthcare performance management: Balanced scorecard metrics. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 2021, 16.2: 28-38.

458. Vogd W., Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung, *Berliner Journal für Soziologie*, 2007, 17.1: 97-119.

459. Von Campenhausen J., Ärzte sind auch Menschen, [w:] *Ärztliche Kommunikation für Medizinstudierende*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2020, s. 135-148.

460. Voogt J.J. et al., Why medical residents do (and don't) speak up about organizational barriers and opportunities to improve the quality of care. *Academic Medicine*, 2020, 95.4: 574-581.

461. Vorisek C.N. et al., Fast healthcare interoperability resources (FHIR) for interoperability in health research: systematic review. *JMIR medical informatics*, 2022, 10.7: e35724.

462. Vorona I. I., Prokop I. A., Professional culture in the context of future doctor training. *Медична освіта*, 2020, 1: 117-121.

463. Walczak-Duraj D., Społeczne i moralne konsekwencje urynkowienia pracy w Polsce. Przykład szkolnictwa wyższego i służby zdrowia. *Humanizacja Pracy*, 2015, 48.3.

464. Waligóra Ł., Praktyki HR sprzyjające różnorodności pracowników ze względu na wiek - propozycja narzędzia badawczego. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2024, 159.5: 121-137.

465. Walker R. F., Anti-aging medicine: Collecting data or collecting fees? *Journal of Anti-Aging Medicine*, 2002, 5.3: 243-246.

466. Wasilewski P., Kalita A., Szczęsna M., Kształcenie kadry medycznej – problemy w ochronie zdrowia. *Kontrola Państwowa*, 2023, 68.6, 413: 71-85.

467. Wasilewski P., Łuczak J., Stan kadry medycznej w Polsce – kto nas będzie leczył w przyszłości? *Kontrola Państwowa*, 2016, 61.5, 370: 63-77.

468. Wenerska A., Standaryzacja pracy jako narzędzia zarządzania personelem na przykładzie Call Center w Centrum Medycznym MedSafe, [w:] W. Grzegorczyk (red.), *Wybrane problemy zarządzania i finansów. Studia przypadków,* Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.

469. Węgrzyn M., Komercjalizacja i prywatyzacja placówek ochrony zdrowia w Polsce a globalny rynek usług medycznych, [w:] M. Węgrzyn, D. Wasilewski, *Komercjalizacja i prywatyzacja ZOZ.* Wrocław: Wydawnictwo AE, 2006.

470. Whaley V. et al., The impact of rotational models on workforce stability in UK clinical settings. *British Journal of Healthcare Management*, 2023, 29.12: 1-11.

471. Wiatrowski J., Wiatrowski K., Lekarz jako zawód zaufania publicznego. *Problemy Zdrowia Publicznego*, 2020, 1: 78-95.

472. Wickramasinghe N., Building a learning healthcare organisation by fostering organisational learning through a process centric view of knowledge management. *International Journal of Innovation and Learning*, 2008, 5.2: 201-216.

473. Wiesemann C., Knappe Ressourcen und das Ethos der Heilberufe, [w:] *Gesundheit und Wirtschaftswachstum: Recht, Ökonomie und Ethik als Innovationsmotoren für die Medizin*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 2010, s. 151-157.

474. Wiesing U., Ethical aspects of aesthetic medicine. *Aesthetic Medicine: Art and Techniques*, 2011, 7-11.

475. Wilczek-Rużyczka E., Zaczyk I., Wypalenie zawodowe polskich pielęgniarek–metaanaliza badań. *Hygeia Public Health*, 2015, 50.1: 9-13.

476. Wilson K.A. et al., Promoting health care safety through training high reliability teams. *BMJ quality & safety*, 2005, 14.4: 303-309.

477. Winnicka-Wejs A., Szkolenia pracowników jako element zarządzania różnorodnością. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie*, 2017, 964.4: 49-66.

478. Wiśniewska M., *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*. Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, 2021.

479. Wiśniewska S., Wiśniewski K., Organizacyjne uczenie się jako determinanta zatrudnialności pracowników. *Przegląd Organizacji*, 2020, 7: 20-27.

480. Wolever R.Q, Moore M.A., Jordan M., Coaching in healthcare. *The Sage handbook of coaching*, 2017, 521-543.

481. Woźniak J., Rola szkoleń w strategicznej karcie wyników, czyli szkolenia jako narzędzie komunikacji wewnętrznej. *Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu*, 2005, 1080 Rachunkowość zarządcza i controlling a strategie przedsiębiorstw i instytucji: 422-437.

482. Wójcik-Karpacz A., Eksploracja konceptualizacji i operacjonalizacji zaangażowania pracowniczego: implikacje dla teorii i praktyki. *Organizacja i Kierowanie*, 2017, 178.4: 47-65.

483. Wójcik-Karpacz A., Zdolności dynamiczne versus zdolności operacyjne. *Organizacja i Kierowanie*, 2017, 175.1: 51-70.

484. Wright D., *The ultimate guide to competency assessment in health care*. Springer Publishing Company, 2024.

485. Wronowska G., Konwergencja czy dywergencja w obszarze kapitału ludzkiego? *Marketing i Zarządzanie*, 2018, 51.1: 397-408.

486. Wrześniewska-Wal I., Korporowicz-Żmichowska V., Rezylientność i adaptacyjność polityki zdrowotnej w czasach zagrożeń egzystencjalnych: Studium na przykładzie kadry medycznej. *Studia z Polityki Publicznej/Public Policy Studies*, 2025, 11.4: 7-25.

487. Wrześniewska-Wal I., Lekarz wobec prokreacji Wybrane zagadnienia Kodeksu Etyki Lekarskiej. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 2017, 29.1: 182-190.

488. Wrześniewska-Wal I., Prawo do zdrowia. Analiza rozwiązań e-health w Polsce. *Studia Prawnoustrojowe*, 2024, 65: 629-650.

489. Wübken M., Oswald J., Schneider A., Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der Hausarztpraxis. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 2013, 107.9-10: 632-637.

490. Zahedi M.R., Piri M., Effective Knowledge Management in the Covid-19 Pandemic: A Model with Emphasis on Intellectual Capital in Medical and Healthcare Organizations Based on Blockchain. *International Journal of Knowledge Processing Studies*, 2024, 4.3: 162-183.

491. Zalewska-Turzyńska M., Od teorii systemów do teorii złożoności – o różnorodności metod zarządzania organizacjami, [w:] *Metody i techniki zarządzania. Inspiracje dla teorii i praktyki;*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2020.

492. Załuski M., Makara-Studzińska M., Wzajemne relacje między wypaleniem zawodowym, pracą emocjonalną i zaangażowaniem w pracę u pracowników ochrony zdrowia. *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*, 2019, 70.6: 711-722.

493. Zamroczyńska M., Cyberbezpieczeństwo w ochronie zdrowia a udzielanie świadczeń telemedycznych. *Medyczna Wokanda*, 2021, 16.16: 39-49.

494. Zamroczyńska M., Lekarz, którego dotyczy postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowe. *Medyczna Wokanda*, 2022, 17/18: 80-95.

495. Zapłata S., Odporność organizacyjna: kontekst – czynniki pośredniczące – efekty. *Organizacja i Kierowanie*, 2025, 198.2: 103-120.

496. Zarif A. et al., Delivering medical leadership training through the Healthcare Leadership Academy: a four year analysis. *BMC Medical Education*, 2024, 24.1: 194.

497. Zerbe I., Springer A., Klimat organizacyjny oraz dobrostan pracowników ich rola w budowaniu przywiązania do organizacji. *Debiuty Naukowe Studentów Wyższej Szkoły Bankowej*, 2023, 23.23: 93-110.

498. Zgliczyński, Wojciech Stefan. System ochrony zdrowia w Polsce - wybrane zagadnienia. *Studia BAS*, 2018, 4: 9-46.

499. Zimmermann A., Kształcenie kadr medycznych–dokąd zmierzamy? *Horyzonty Edukacji Akademickiej*, 2024, 2: 177-186.

500. Ziółkowska B., Szmit D., Umiejętności interpersonalne menedżerów a zadowolenie i rozwój zawodowy personelu pielęgniarskiego w zamkniętej placówce służby zdrowia. *Zeszyty Naukowe. Organizacja i Zarządzanie/Politechnika Śląska*, 2018, 128: 545-554.

501. Zolnierczyk-Zreda D., Psychological Contract in the Light of Flexible Employment: The Review of Studies/Kontrakt psychologiczny w świetle elastycznego zatrudnienia pracowników – przegląd badań. *Medycyna Pracy*, 2016, 67.4: 529-537.

502. Zou J. et al., Effects of negative workplace behavior on job insecurity and turnover intention in healthcare workers: roles of psychological resilience. *Frontiers in Public Health*, 2025, 13: 1493964.

503. Zwiech P., Nierówności społeczno-ekonomiczne w świetle teorii segmentacji rynku pracy. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2013, 75.2: 139-150.

504. Zych J., Fórmaniak C., Application of knowledge conversion model in improving safety analysts competences Zastosowanie modelu konwersji wiedzy w doskonaleniu kompetencji. *Journal of Modern Science*, 2018, 2: 37.

505. Żołnierczyk-Zreda D., Kontrakt psychologiczny w świetle elastycznego zatrudnienia pracowników – przegląd badań. Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety, 2016, 67.4: 529-536.

506. Żukowicka-Surma A., Innowacje organizacyjne jako determinanty budowania przewagi konkurencyjnej na rynku usług medycznych. *Marketing i Rynek*, 2016, 3 (CD): 1143-1152.

Spis tabel

Tabela 1. Przykładowe KPI rozwoju pracowników w podmiotach leczniczych 63

Tabela 2. Powiązanie KPI rozwoju z retencją i wypaleniem zawodowym 64

Tabela 3. Struktura kosztów i korzyści szkoleń w podmiotach leczniczych 66

Tabela 4. Model Kirkpatricka w wersji kliniczno-systemowej 69

Tabela 5. Niematerialne czynniki motywacyjne i ich znaczenie w ochronie zdrowia 90

Tabela 6. Lekarz a klasyczny pracownik wiedzy – ujęcie porównawcze 165

Tabela 7. Autonomia zawodowa lekarzy a logiki zarządzania w ochronie zdrowia 167

Tabela 8. Modele zarządzania autonomią lekarzy – ujęcie syntetyczne 167

Tabela 9. Etos lekarski a formalne mechanizmy regulacji organizacyjnej 169

Tabela 10. Etos lekarski – implikacje dla zarządzania organizacyjnego 170

Tabela 11. Wymiary odpowiedzialności klinicznej a obciążenia pracy lekarza 172

Tabela 12. Odpowiedzialność kliniczna a zachowania organizacyjne lekarzy 172

Tabela 13. Funkcje norm środowiskowych i socjalizacji profesjonalnej lekarzy 174

Tabela 14. Normy środowiskowe lekarzy a zarządzanie organizacyjne 175

Tabela 15. Systemy rozwoju i oceny efektywności a percepcja lekarzy 177

Tabela 16. Modele relacji pomiędzy rozwojem a oceną efektywności lekarzy 178

Tabela 17. Projektowanie organizacji zorientowanej na pracę lekarzy – implikacje zarządcze 179

Tabela 18. Lekarze jako strategiczny zasób organizacji ochrony zdrowia 181

Tabela 19. Ujęcia przywództwa a sprawność systemu rozwojowego w ochronie zdrowia 216

Tabela 20. Kompetencje decyzyjne kierownictwa a funkcjonowanie systemu rozwojowego 217

Tabela 21. Decyzje kierownictwa a skutki systemowe w obszarze rozwoju personelu 217

Tabela 22. Wymiary dostępności cyfrowych form rozwoju w ochronie zdrowia 235

Tabela 23. Kluczowe funkcje analityki uczenia się w ochronie zdrowia oraz towarzyszące im wyzwania 244

Tabela 24. Integracja kluczowych komponentów cyfrowego systemu rozwoju kompetencji w ochronie zdrowia 249

Tabela 25. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających polityki zarządcze i strategie szkoleniowe 304

Tabela 26. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających dostępność finansową i logistyczną szkoleń 306
Tabela 27. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających motywację wewnętrzną i zewnętrzną lekarzy i zarządu 308
Tabela 28. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu 310
Tabela 29. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających wpływ digitalizacji i e-learningu 312
Tabela 30. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających kulturę organizacyjną a podejście do rozwoju zawodowego 314
Tabela 31. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających udział w szkoleniach 316
Tabela 32. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje) 317
Tabela 33. Statystyki podstawowe dla składowych cech określających etykę zawodową, a decyzje zarządcze 320
Tabela 34. Statystyki testu U Manna Whitneya różnic w analizowanych wymiarach cech według płci badanych osób 326
Tabela 35. Statystyki testu Kruskala Wallisa różnic w analizowanych wymiarach cech według stażu pracy badanych osób 328
Tabela 36. Statystyki testu U Manna Whitneya różnic w analizowanych wymiarach cech według miejsca zamieszkania badanych osób 331
Tabela 37. Statystyki testu Kruskala Wallisa różnic w analizowanych wymiarach cech według zajmowanego stanowiska 334
Tabela 38. Tabela efektów bezpośrednich, pośrednich i całkowitych 347
Tabela 39. Tabela ścieżek szczegółowych 350
Tabela 40. Walidacja konstruktów modelu SEM 369
Tabela 41. Wyniki cross validation 10-foldów 376
Tabela 42. Wyniki walidacji krzyżowej (średnie, SD i 95% CI, n=10 foldów) 377

Spis rysunków

Rysunek 1. Cztery poziomy kompetencyjnego kreowania przewagi 24

Rysunek 2. Wykres liczebności (udziału) oraz wskaźników odsetkowych dla zmiennych socjodemograficznych 290

Rysunek 3. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających polityki zarządcze i strategie szkoleniowe (RMSEA=0,048; CFI=0,954; Alfa Cronbacha=0,866; CMIN=44,545; p<0,01) 303

Rysunek 4. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających dostępność finansową i logistyczną szkoleń (RMSEA=0,034; CFI=0,993; Alfa Cronbacha=0,882; CMIN=45,885; p<0,01) 305

Rysunek 5. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających motywację wewnętrzną i zewnętrzną lekarzy i zarządu (RMSEA=0,035; CFI=0,989; Alfa Cronbacha=0,821; CMIN=43,333; p<0,01) 307

Rysunek 6. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządu (RMSEA=0,044; CFI=0,988; Alfa Cronbacha=0,833; CMIN=43,433; p<0,01)..... 309

Rysunek 7. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających wpływ digitalizacji i e-learningu (RMSEA=0,033; CFI=0,977; Alfa Cronbacha=0,898; CMIN=44,325; p<0,01)..... 311

Rysunek 8. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających kulturę organizacyjną a podejście do rozwoju zawodowego (RMSEA=0,014; CFI=0,984; Alfa Cronbacha=0,901; CMIN=49,332; p<0,01)..... 313

Rysunek 9. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających udział w szkoleniach (RMSEA=0,041; CFI=0,984; Alfa Cronbacha=0,811; CMIN=44,333; p<0,01) 315

Rysunek 10. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających uwarunkowania systemowe (NFZ, regulacje) (RMSEA=0,044; CFI=0,954; Alfa Cronbacha=0,811; CMIN=44,322 p<0,01)..... 316

Rysunek 11. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających wiedzę z zakresu szkoleń i rozwoju zawodowego (RMSEA=0,045; CFI=0,987; Alfa Cronbacha=0,825; CMIN=42,344; p<0,01)..... 318

Rysunek 12. Analiza konfirmacyjna dla konstruktu cech określających etykę zawodową, a decyzje zarządcze (RMSEA=0,022; CFI=0,986; Alfa Cronbacha=0,851; CMIN=49,655; p<0,01). 319

Rysunek 13. Mapa ciepła współczynników korelacji rho Spearmana między wszystkimi dziesięcioma rozpatrywanymi wymiarami. Wszystkie korelacje są istotne statystycznie na poziomie p<0,05 322

Rysunek 14. Analiza regresji wielokrotnej krokowej postępującej dla zmiennej zależnej: udział w szkoleniach..... 325

Rysunek 15. Model analizy ścieżkowej SEM..... 348

Rysunek 16. Macierz Fornell-Larckera dla badanych konstruktów modelu SEM 373

Rysunek 17. Macierz wskaźnika HTMT (Heterotrait-Monotrait Ratio) dla badanych konstruktów modelu SEM..... 374

Załączniki

Kwestionariusz ankiety

Zwracam się do Państwa z uprzejmą prośbą o udział w badaniu ankietowym, które stanowi kluczowy element mojej rozprawy doktorskiej pt. *„Determinanty motywacyjne i organizacyjne wpływające na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych a perspektywa zarządzania kapitałem ludzkim”*.

Celem badania jest dogłębna analiza czynników – zarówno wewnętrznych, motywujących Państwa do rozwoju, jak i zewnętrznych, związanych z polityką placówki oraz uwarunkowaniami systemowymi, które mają największy wpływ na Państwa decyzje dotyczące podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Państwa unikalna perspektywa jest niezbędna do zidentyfikowania kluczowych barier i wspierających mechanizmów, co pozwoli na sformułowanie praktycznych zaleceń w zakresie skuteczniejszego zarządzania rozwojem kompetencji lekarzy.

Wypełnienie ankiety zajmie Państwu około 15-20 minut. Uprzejmie proszę o szczere i przemyślane odpowiedzi. Zapewniam, że ankieta jest całkowicie anonimowa, a zebrane dane posłużą wyłącznie do celów naukowych i zostaną przedstawione wyłącznie w formie zbiorczych zestawień statystycznych. Państwa udział jest niezwykle cenny dla rozwoju nauki o zarządzaniu kapitałem ludzkim w sektorze medycznym i ma potencjał realnego wpłynięcia na przyszłe strategie szkoleniowe w ochronie zdrowia.

Z wyrazami szacunku i wdzięczności
za poświęcony czas,

Kinga Nicer

Dla każdej kategorii metryczki proszę wybrać oznaczając X prawidłową odpowiedź

Płeć	Kobieta	
	Mężczyzna	
Staż Pracy (Lata)	0-5	
	6-10	
	11-20	
	Powyżej 20	
Zajmowane Stanowisko	Lekarz rezydent	
	Lekarz specjalista	
	Dyrektor / Kierownik / Manager	
	Inne	
Specjalizacja Medyczna	Chirurgia ogólna	
	Medycyna wewnętrzna	
	Pediatria	
	Ginekologia i położnictwo	
	Dermatologia	
	Neurologia	
	Inne	
	Nie dotyczy	
Typ Placówki	Szpital publiczny	
	Klinika prywatna	
	Praktyka prywatna	
	Inne	
Wielkość Miejscowości (Liczba mieszkańców)	Do 20 tys.	
	20-100 tys.	
	100-500 tys.	
	Powyżej 500 tys.	

Proszę o ustosunkowanie się do poniższych stwierdzeń, zaznaczając odpowiedź na skali Likerta 1-5, gdzie:

Sekcja 1: Strategia i Polityka Zarządcza (Pytania P1-P10)

Ocena podejścia placówki do rozwoju zawodowego lekarzy.

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P1	Moja placówka posiada jasno określoną strategię szkoleniową.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P2	Polityka zarządcza wspiera rozwój zawodowy lekarzy.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P3	Szkolenia są uwzględniane w ogólnej strategii placówki.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P4	Zarząd regularnie monitoruje efektywność programów szkoleniowych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P5	Szkolenia są dostosowane do potrzeb różnych specjalizacji medycznych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P6	W placówce istnieje system nagród za udział w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P7	Zarząd aktywnie promuje kulturę uczenia się i ciągłego rozwoju.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P8	Udział w szkoleniach jest obowiązkowy w mojej placówce.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P9	Polityka szkoleniowa jest regularnie konsultowana z lekarzami.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P10	Placówka zapewnia odpowiedni budżet na szkolenia i rozwój.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Sekcja 2: Logistyka i Bariery Finansowe (Pytania P11-P20)

Ocena dostępności, finansowania i organizacji szkoleń.

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P11	Koszty szkoleń są w pełni pokrywane przez pracodawcę.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P12	Szkolenia odbywają się w dogodnych lokalizacjach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P13	Harmonogram szkoleń jest dostosowany do mojego grafiku pracy.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P14	Mam swobodny dostęp do szkoleń online o dowolnej porze.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P15	Brak finansowania ogranicza mój faktyczny udział w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P16	Szkolenia są organizowane w przystępnych dla mnie terminach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P17	Transport na szkolenia jest zapewniany przez placówkę.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P18	Koszty dojazdu na szkolenia są refundowane przez pracodawcę.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P19	Szkolenia oferowane przez placówkę są w rozsądnej cenie.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P20	Logistyka związana z udziałem w szkoleniach nie stanowi dla mnie problemu.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Sekcja 3: Motywacja Wewnętrzna i Zewnętrzna (Pytania P21-P30)

Ocena czynników wpływających na chęć udziału w szkoleniach.

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P21	Uczestniczę w szkoleniach głównie, aby rozwijać swoje kompetencje.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P22	Szkolenia motywują mnie do lepszej jakości pracy.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P23	Otrzymuję premie finansowe za udział w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P24	Zarząd wyraźnie zachęca mnie do rozwoju zawodowego.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P25	Chęć awansu motywuje mnie do uczestnictwa w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P26	Szkolenia zwiększają moją satysfakcję zawodową.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P27	Presja ze strony zarządu wpływa na mój udział w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P28	Rozwój osobisty jest dla mnie ważniejszy niż nagrody zewnętrzne.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P29	Zarząd nagradza lekarzy za aktywność szkoleniową.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P30	Moja motywacja do nauki wynika głównie z moich zainteresowań.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Sekcja 4: Kompetencje Liderskie i Planowanie (Pytania P31-P40)

Ocena jakości zarządzania programami szkoleniowymi przez liderów.

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P31	Zarząd skutecznie planuje i organizuje programy szkoleniowe.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P32	Liderzy wspierają rozwój zawodowy pracowników.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P33	Decyzje dotyczące szkoleń są dla mnie dobrze uzasadnione.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P34	Zarząd ma dobrą znajomość potrzeb szkoleniowych lekarzy.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P35	Liderzy aktywnie motywują zespół do udziału w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P36	Decyzje szkoleniowe są podejmowane w sposób transparentny.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P37	Zarząd reaguje na opinie lekarzy dotyczące oferty szkoleń.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P38	Liderzy posiadają kompetencje w zakresie zarządzania szkoleniami.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P39	Decyzje zarządu są zgodne z moimi celami rozwoju zawodowego.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P40	Kompetencje przywódcze wspierają kulturę uczenia się w placówce.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Sekcja 5: Digitalizacja i E-learning (Pytania P41-P50)

Ocena wpływu technologii na dostępność i jakość szkoleń.

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P41	E-learning ułatwia mi dostęp do szkoleń i wiedzy.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P42	Digitalizacja zwiększa elastyczność mojego udziału w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P43	Regularnie korzystam z platform e-learningowych w rozwoju zawodowym.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P44	Szkolenia online są równie skuteczne jak szkolenia tradycyjne (stacjonarne).	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P45	Placówka zapewnia mi swobodny dostęp do narzędzi e-learningowych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P46	E-learning umożliwia mi efektywną naukę w dogodnym czasie.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P47	Digitalizacja szkoleń znacząco zmniejsza bariery logistyczne.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P48	Preferuję szkolenia online zamiast szkoleń stacjonarnych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P49	Placówka aktywnie inwestuje w rozwój i jakość oferty e-learningu.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P50	Digitalizacja przyczynia się do poprawy ogólnej jakości szkoleń.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Sekcja 6: Kultura Organizacyjna (Pytania P51-P60)

Ocena klimatu w organizacji sprzyjającego rozwojowi i uczeniu się..

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P51	W mojej placówce aktywnie wspiera się rozwój zawodowy lekarzy.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P52	Współpracownicy zachęcają się wzajemnie do udziału w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P53	Rozwój zawodowy jest wysoko ceniony w organizacji.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P54	Kultura organizacyjna sprzyja idei uczenia się przez całe życie.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P55	Inicjatywy szkoleniowe wychodzące od pracowników są nagradzane.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P56	W placówce istnieje otwarta komunikacja na temat możliwości rozwoju zawodowego.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P57	Kultura organizacyjna motywuje do podnoszenia kwalifikacji zawodowych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P58	Szkolenia są postrzegane przez placówkę jako inwestycja w personel.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P59	Współpraca zespołowa wspiera mój rozwój zawodowy.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P60	Organizacja jest otwarta na wdrażanie nowych metod nauki i szkoleń.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Sekcja 7: Udział w szkoleniach (Pytania P61-P70)

Ocena różnic w dostępie i zapotrzebowaniu na szkolenia w zależności od udziału w szkoleniach.

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P61	Moja specjalizacja wymaga częstszych szkoleń niż inne.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P62	Szkolenia są lepiej dostępne dla mojej specjalizacji niż dla innych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P63	Lekarze mojej specjalizacji są bardziej zmotywowani do nauki niż średnia.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P64	Szkolenia są dobrze dopasowane do specyficznych potrzeb mojej specjalizacji.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P65	Dostępność szkoleń różni się znacząco między specjalizacjami.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P66	Moja specjalizacja wymaga większego nakładu szkoleniowego niż inne.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P67	Szkolenia w mojej specjalizacji są lepiej finansowane niż w innych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P68	Lekarze mojej specjalizacji aktywnie i licznie biorą udział w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P69	Różnice między specjalizacjami wpływają na ogólną motywację do nauki.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P70	Szkolenia oferowane w mojej specjalizacji są bardziej zróżnicowane tematycznie.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Sekcja 8: Czynniki Zewnętrzne i Systemowe (Pytania P71-P75)

Ocena wpływu otoczenia regulacyjnego na rozwój zawodowy.

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P71	Regulacje NFZ ograniczają mój dostęp do szkoleń.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P72	Czynniki systemowe (zewnętrzne) wpływają na organizację szkoleń w placówce.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P73	Regulacje prawne (inne niż NFZ) utrudniają mój udział w szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P74	NFZ aktywnie wspiera finansowanie szkoleń dla lekarzy.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P75	Bariery systemowe zmniejszają ogólną efektywność szkoleń.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Sekcja 9: Wiedza i Świadomość (Pytania P76-P80)

Ocena poziomu poinformowania o możliwościach rozwoju.

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P76	Posiadam wystarczającą wiedzę o dostępnych dla mnie szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P77	Rozumiem korzyści płynące z udziału w oferowanych szkoleniach.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P78	Placówka dostarcza mi wystarczających informacji o możliwościach rozwoju.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P79	Wiem, jak skutecznie planować swój rozwój zawodowy.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P80	Znam zalety e-learningu i potrafię efektywnie z nich korzystać.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Sekcja 10: Etyka i Zarządzanie Decyzjami (Pytania P81-P90)

Ocena wpływu zarządzania na zasady etyczne i autonomię kliniczną.

Nr	Pytanie	Skala (1-5)				
P81	Zarząd podejmuje decyzje zgodnie z zasadami etyki lekarskiej.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P82	Strategie zarządcze uwzględniają dobro pacjenta jako priorytet.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P83	Placówka posiada jasno określone standardy etyczne w praktyce lekarskiej.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P84	Polityka zarządcza promuje transparentność w podejmowaniu decyzji medycznych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P85	Lekarze mają możliwość zgłaszania wątpliwości etycznych dotyczących pracy bez obawy o konsekwencje.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P86	Zarząd wspiera lekarzy w podejmowaniu trudnych decyzji etycznych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P87	Placówka inwestuje w szkolenia z zakresu etyki zawodowej.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P88	Konflikty interesów są otwarcie identyfikowane i rozwiązywane.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P89	Polityka zarządcza chroni niezależność lekarzy w podejmowaniu decyzji klinicznych.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
P90	Zarząd wspiera kulturę organizacyjną opartą na odpowiedzialności i zaufaniu.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

Streszczenie

Rozprawa doktorska podejmuje problematykę uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych jako zjawiska o charakterze strategicznym dla zarządzania kapitałem ludzkim w ochronie zdrowia, wykraczającego poza wymiar formalno-regulacyjny ustawicznego kształcenia. Punktem wyjścia jest identyfikacja luki badawczej polegającej na dominacji ujęć koncentrujących się na instytucjonalnych i proceduralnych aspektach doskonalenia zawodowego, przy jednoczesnym niedostatecznym rozpoznaniu mechanizmów motywacyjnych oraz wewnętrznych uwarunkowań organizacyjnych i zarządczych warunkujących realne zaangażowanie szkoleniowe lekarzy. W konsekwencji szkolenia ujmowane są w dysertacji jako instrument reprodukcji i rozwoju kapitału ludzkiego, determinujący jakość procesów klinicznych, bezpieczeństwo pacjentów, efektywność operacyjną placówek oraz stabilność zespołów terapeutycznych w warunkach przeciążenia pracą, deficytów kadrowych i ryzyka wypalenia zawodowego. Celem głównym niniejszej rozprawy doktorskiej jest *identyfikacja i analiza determinant motywacyjnych i organizacyjnych wpływających na uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych oraz ocena ich znaczenia w kontekście zarządzania kapitałem ludzkim w sektorze ochrony zdrowia.* Na potrzeby rozprawy przyjęto tezę, zgodnie z którą *uczestnictwo lekarzy w szkoleniach zawodowych jest determinowane przez współoddziaływanie motywacji wewnętrznej i zewnętrznej, czynników organizacyjnych oraz uwarunkowań systemowych, a efektywne zarządzanie kapitałem ludzkim umożliwia zwiększenie zaangażowania lekarzy w rozwój zawodowy poprzez dostosowanie strategii szkoleniowych do ich potrzeb i specyfiki specjalizacji.* Problem badawczy został zdekomponowany na dziewięć pytań szczegółowych obejmujących: (1) polityki zarządcze i strategie szkoleniowe, (2) dostępność finansową i logistyczną, (3) relacje motywacji wewnętrznej i zewnętrznej w grupie lekarzy oraz kadry kierowniczej, (4) kompetencje przywódcze i decyzyjne zarządów, (5) rolę digitalizacji i e-learningu, (6) znaczenie kultury organizacyjnej sprzyjającej uczeniu się, (7) zróżnicowanie specjalizacyjne, (8) wpływ uwarunkowań systemowych (między innymi regulacyjno-finansowych), oraz (9) poziom świadomości korzyści i mechanizmów rozwoju zawodowego. Empiryczna weryfikacja przyjętych założeń została oparta na ilościowym projekcie badawczym z zastosowaniem sondażu diagnostycznego i autorskiego kwestionariusza obejmującego metrykę zawodowo-demograficzną oraz zestaw stwierdzeń ocenianych w pięciostopniowej skali Likerta. Badaniem

objęto 712 respondentów z Polski (lekarze rezydenci, specjaliści oraz kadra kierownicza/menedżerska), przy doborze warstwowym uwzględniającym specjalizację, typ placówki i region, co pozwoliło na wielowymiarową analizę zarówno z perspektywy uczestników procesów szkoleniowych, jak i decydentów kształtujących polityki rozwojowe. Analizy statystyczne przeprowadzono z wykorzystaniem pakietów SPSS i AMOS, obejmując między innymi: korelacje, modele regresyjne, analizę wariancji, a także weryfikację właściwości psychometrycznych narzędzia (konfirmacyjna analiza czynnikowa, rzetelność) oraz modelowanie równań strukturalnych (SEM). Walidacja modelu SEM opierała się na rygorystycznych miarach dopasowania (między innymi RMSEA, CFI, TLI, χ^2/df) oraz procedurach oceny stabilności (walidacja krzyżowa), co umożliwiło jednoczesną estymację zależności bezpośrednich i pośrednich między konstruktami latentnymi i hierarchizację ich znaczenia predykcyjnego dla aktywności szkoleniowej.

Najważniejszym rezultatem dysertacji jest opracowanie i walidacja autorskiego, zintegrowanego modelu determinant uczestnictwa lekarzy w szkoleniach zawodowych, który porządkuje wpływy na trzech współzależnych poziomach: indywidualnym (motywacyjnym), organizacyjnym (zarządczym) oraz systemowym (regulacyjno-finansowym). Model przyjmuje perspektywę procesową: rozwój kompetencji jest interpretowany jako ciągły proces osadzony w realiach pracy klinicznej i warunkach funkcjonowania organizacji medycznej, a nie jako incydentalne spełnianie wymogów formalnych. Zasadniczą wartością dodaną modelu jest wskazanie, że efektywność strategii szkoleniowych nie jest funkcją samej oferty edukacyjnej, lecz rezultatem spójności rozwiązań organizacyjnych (planowanie, komunikacja, koordynacja, elastyczność) z mechanizmami motywacyjnymi oraz ograniczeniami systemowymi, przy czym komponenty te wzajemnie się wzmacniają lub znoszą. Weryfikacja hipotez potwierdziła, że w polskich placówkach ochrony zdrowia uczestnictwo lekarzy w szkoleniach jest w istotnym stopniu determinowane przez niespójność i niedojrzałość rozwiązań organizacyjnych oraz przez ograniczenia systemowe, co w praktyce obniża sprawczość jednostek i utrudnia trwałe zakorzenienie rozwoju kompetencji w strategiach zarządzania zasobami ludzkimi. Jednocześnie wykazano, że strategie szkoleniowe mają często charakter fragmentaryczny i reaktywny, co przekłada się na niższą efektywność procesów rozwojowych i ogranicza możliwość traktowania szkoleń jako narzędzia stabilizacji kapitału ludzkiego. Poziom uczestnictwa okazał się silnie zależny od dostępności zasobów finansowych, organizacyjnych i logistycznych (czas, organizacja pracy, infrastruktura, wsparcie koordynacyjne), a kompetencje przywódcze kadry kierowniczej oraz jakość komunikacji wewnętrznej zostały zidentyfikowane jako kluczowe czynniki kształtujące klimat organizacyjny sprzyjający uczeniu

się i podejmowaniu aktywności szkoleniowej. Równolegle wskazano istotność zróżnicowania specjalizacyjnego w zakresie potrzeb i wzorców motywacyjnych oraz znaczenie digitalizacji/e-learningu jako mechanizmu poszerzającego dostępność i elastyczność szkoleń, zwłaszcza w uwarunkowaniach ograniczeń organizacyjnych i geograficznych. Implikacje aplikacyjne dysertacji koncentrują się na rekomendacjach dla kadry zarządzającej i decydentów systemowych, ukierunkowanych na przejście od doraźnego „administrowania szkoleniami" do długofalowego zarządzania rozwojem kompetencji jako elementu strategii kapitału ludzkiego. W szczególności rekomenduje się: (a) systematyczne planowanie rozwoju kompetencji z dopasowaniem form i terminów szkoleń do rytmu pracy klinicznej oraz zwiększeniem elastyczności organizacyjnej; (b) wzmocnienie mechanizmów koordynacji i przepływu informacji (komunikacja wewnętrzna, przejrzyste zasady dostępu do szkoleń, wsparcie logistyczne); (c) alokację stabilnych zasobów finansowych i infrastrukturalnych dla procesów szkoleniowych; (d) rozwój kompetencji przywódczych i menedżerskich kadry kierowniczej jako warunku budowy kultury organizacyjnej sprzyjającej uczeniu się; (e) wykorzystanie narzędzi cyfrowych i e-learningu w celu zwiększenia dostępności oraz redukcji kosztów czasowych; (f) powiązanie strategii szkoleniowych z działaniami ograniczającymi przeciążenie pracą i ryzyko wypalenia (racjonalne planowanie obsady, rozwiązania czasu pracy, wsparcie psychologiczne), co ma charakter warunkujący- stabilizacja warunków pracy stanowi przesłankę skutecznego wdrażania trwałych polityk rozwojowych. W wymiarze naukowym praca dostarcza ustrukturyzowanego aparatu pojęciowego i empirycznie zweryfikowanego modelu integrującego determinanty motywacyjne, organizacyjne i systemowe, który może stanowić ramę dla dalszych badań porównawczych i wdrożeniowych nad rozwojem kompetencji w organizacjach medycznych. W wymiarze praktycznym model i wnioski umożliwiają projektowanie strategii szkoleniowych ukierunkowanych na wzrost zaangażowania lekarzy w rozwój zawodowy, stabilizację zasobów kadrowych oraz podnoszenie jakości świadczeń zdrowotnych poprzez świadome, systemowe zarządzanie kapitałem ludzkim w warunkach ograniczeń polskiego systemu ochrony zdrowia.

Abstract

The doctoral dissertation addresses the issue of physicians' participation in professional training as a phenomenon of strategic importance for human capital management in healthcare, going beyond the formal and regulatory dimension of continuing education. The starting point is the identification of a research gap consisting in the predominance of approaches focused on the institutional and procedural aspects of professional development, accompanied by an insufficient recognition of motivational mechanisms and internal organizational and managerial conditions that determine physicians' actual training engagement. Consequently, training is conceptualized in the dissertation as an instrument for the reproduction and development of human capital, determining the quality of clinical processes, patient safety, the operational efficiency of healthcare facilities, and the stability of therapeutic teams under conditions of work overload, staff shortages, and the risk of professional burnout. The main objective of this doctoral dissertation is to identify and analyze motivational and organizational determinants influencing physicians' participation in professional training and to assess their significance in the context of human capital management in the healthcare sector. For the purposes of the dissertation, a thesis was adopted according to which physicians' participation in professional training is determined by the interplay of intrinsic and extrinsic motivation, organizational factors, and systemic conditions, and effective human capital management enables an increase in physicians' engagement in professional development by adapting training strategies to their needs and the specificity of their specialization. The research problem was decomposed into nine specific questions covering: (1) managerial policies and training strategies, (2) financial and logistical accessibility, (3) the relationships between intrinsic and extrinsic motivation among physicians and managerial staff, (4) leadership and decision-making competencies of management boards, (5) the role of digitalization and e-learning, (6) the importance of an organizational culture conducive to learning, (7) specialization-related differentiation, (8) the impact of systemic conditions (including regulatory and financial), and (9) the level of awareness of the benefits and mechanisms of professional development. Empirical verification of the adopted assumptions was based on a quantitative research project using a diagnostic survey and an original questionnaire including a professional-demographic section and a set of statements assessed on a five-point Likert scale. The study covered 712 respondents from Poland (resident physicians, specialists, and managerial/management staff), using stratified

sampling that took into account specialization, type of facility, and region, which enabled a multidimensional analysis from the perspectives of both participants in training processes and decision-makers shaping development policies. Statistical analyses were conducted using SPSS and AMOS packages, including, inter alia, correlations, regression models, analysis of variance, as well as verification of the instrument's psychometric properties (confirmatory factor analysis, reliability) and structural equation modeling (SEM). Validation of the SEM model was based on rigorous fit measures (including RMSEA, CFI, TLI, χ^2/df) and stability assessment procedures (cross-validation), which enabled simultaneous estimation of direct and indirect relationships between latent constructs and the ranking of their predictive significance for training activity.

The most important result of the dissertation is the development and validation of an original, integrated model of determinants of physicians' participation in professional training, which organizes influences at three interrelated levels: individual (motivational), organizational (managerial), and systemic (regulatory-financial). The model adopts a process perspective: competence development is interpreted as a continuous process embedded in the realities of clinical work and the operating conditions of a medical organization, rather than as incidental compliance with formal requirements. A fundamental added value of the model is the indication that the effectiveness of training strategies is not a function of the educational offer itself, but the result of the coherence of organizational solutions (planning, communication, coordination, flexibility) with motivational mechanisms and systemic constraints, with these components mutually reinforcing or offsetting each other. Hypothesis verification confirmed that in Polish healthcare facilities physicians' participation in training is to a significant extent determined by the inconsistency and immaturity of organizational solutions and by systemic constraints, which in practice reduces individual agency and hinders the durable embedding of competence development in human resource management strategies. At the same time, it was shown that training strategies are often fragmentary and reactive, which translates into lower effectiveness of development processes and limits the possibility of treating training as a tool for stabilizing human capital. The level of participation proved to be strongly dependent on the availability of financial, organizational, and logistical resources (time, work organization, infrastructure, coordination support), and the leadership competencies of managerial staff and the quality of internal communication were identified as key factors shaping an organizational climate conducive to learning and undertaking training activity. In parallel, the importance of specialization-related differentiation in terms of needs and motivational patterns was indicated, as well as the significance of digitalization/e-learning as a mechanism expanding the

accessibility and flexibility of training, especially under conditions of organizational and geographical constraints. The applied implications of the dissertation focus on recommendations for managerial staff and system-level decision-makers, aimed at a shift from ad hoc "administration of training" to long-term management of competence development as an element of human capital strategy. In particular, it is recommended to: (a) systematically plan competence development with the adjustment of the forms and timing of training to the rhythm of clinical work and with increased organizational flexibility; (b) strengthen mechanisms of coordination and information flow (internal communication, transparent rules of access to training, logistical support); (c) allocate stable financial and infrastructural resources for training processes; (d) develop leadership and managerial competencies of managerial staff as a condition for building an organizational culture conducive to learning; (e) use digital tools and e-learning to increase accessibility and reduce time costs; (f) link training strategies with measures reducing work overload and burnout risk (rational staffing planning, working-time solutions, psychological support), which is conditional—stabilization of working conditions constitutes a prerequisite for the effective implementation of durable development policies. In the scientific dimension, the dissertation provides a structured conceptual framework and an empirically verified model integrating motivational, organizational, and systemic determinants, which may serve as a framework for further comparative and implementation research on competence development in medical organizations. In the practical dimension, the model and conclusions enable the design of training strategies aimed at increasing physicians' engagement in professional development, stabilizing human resources, and improving the quality of healthcare services through deliberate, systemic human capital management under the constraints of the Polish healthcare system.