

Wojciech Glód

Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach
e-mail: wojciech.glod@ue.katowice.pl

INNOWACYJNOŚĆ ZZL W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA – WYBRANE ASPEKTY

INNOVATION OF HUMAN RESOURCE MANAGEMENT IN HEALTH CARE SECTOR – CHOSEN ASPECTS

DOI: 10.15611/noz.2016.1.03

JEL Classification: I15, O15

Streszczenie: Innowacyjność współczesnych organizacji staje się dzisiaj podstawą ich funkcjonowania na rynku. Dotyczą one również reguł funkcjonowania podmiotów w sektorze ochrony zdrowia. Siłą napędową współczesnych jednostek ochrony zdrowia świadczących o ich innowacyjności bardzo często są zasoby ludzkie. W prezentowanym opracowaniu wskazano problemy związane z innowacyjnością w obszarze ZZL oraz uwarunkowania w tym zakresie.

Słowa kluczowe: innowacyjność, zarządzanie zasobami ludzkimi, ochrona zdrowia.

Summary: Innovation of contemporary organizations is now becoming the basis for the functioning of the market. It also relates to rules governing the functioning of entities in the health sector. Human resources very often become the driving force behind contemporary health care units proving their innovation. The present study identifies the problems associated with innovation in the area of HRM and conditions in this regard.

Keywords: innovation, human resource management, health care.

Osiągnięcie celów to powód nie do świętowania, lecz do nowego namysłu.

Peter Drucker

1. Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie istoty i uwarunkowań innowacyjności w jednostkach ochrony zdrowia, uwzględniając obszar zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL). Dotychczasowe zmiany funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce nie przyniosły spodziewanych rezultatów i nie rozwiązały pojawiających

się licznych problemów tym zakresie. W dalszym ciągu trwają dyskusje i prace nad kształtem systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niespójne prawo, niestabilna sytuacja finansowa szpitali, ograniczony dostęp pacjentów zwłaszcza do usług specjalistycznych i drogich procedur to tylko wybrane problemy funkcjonowania w warunkach sektora ochrony zdrowia w Polsce. Jednostki ochrony zdrowia stoją w obliczu głębokich zmian organizacyjnych, a także własnościowych, obligatoryjnych w razie spełnienia przesłanek zapisanych ustawowo. Niezbędne kierunki zmian, które pozwolą rozwiązać problemy w tym obszarze, powinny objąć m.in. wprowadzanie adekwatnie modyfikowanych do specyfiki jednostek ochrony zdrowia instrumentów zarządzania stosowanych dotąd w organizacjach sektora prywatnego. Z punktu widzenia jakości świadczonych usług zmiany te powinny dotyczyć przede wszystkim obszaru zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL).

2. Innowacyjność w ochronie zdrowia

Innowacyjność współczesnych organizacji znajduje się w kręgu zainteresowania zarówno praktyków, jak i teoretyków zarządzania. Innowacyjność jest postrzegana jako źródło długoterminowej przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa oraz poprawy efektywności jego działań [Martins, Terblanche 2003]. Dokonując przeglądu literatury na temat innowacyjności, można spotkać zgoła odmienne podejścia do definiowania tego terminu [Damanpour 1991; Meyer, Goes 1988]. Można powiedzieć, że badacze innowacji wychodzą od dosyć szerokich uogólnień, kończąc na specjalistycznych innowacjach o charakterze technicznym [Suanj 2000]. Utrzymanie wysokiego poziomu innowacyjności w dłuższym terminie wymaga swoistego kulturowego fundamentu, który na stałe wkomponowany w procesy zarządzania, będzie podstawą integracji organizacji jako całości. Ponadto rosnąca konkurencja pomiędzy podmiotami ochrony zdrowia i stale zmieniające się warunki funkcjonowania tychże podmiotów czynią innowacje podstawowym warunkiem nie tylko wzrostu i sukcesu, ale również, a nawet przede wszystkim decydują o jej przetrwaniu [Głód, Głód, Ingram 2015]. W opiece zdrowotnej możliwość wdrożenia innowacji opiera się na trzech kluczowych czynnikach: nowych technologiach, cechach organizacyjnych oraz na analizie otoczenia rynkowego. Na podstawie przeprowadzonych badań (Fitzgerald i współautorzy) uważa się, że rozwijanie się innowacji w organizacjach opieki zdrowotnej staje się bardziej skuteczne, gdy organizacja wierzy w interaktywność między pracownikami [Fitzgerald i in. 2002]. Dla celów niniejszego opracowania można przyjąć, iż innowacja w opiece zdrowotnej jest definiowana jako przyjęcie nowych praktyk, których wdrożenie okazało się skuteczne w perspektywie zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta oraz przyniosło wymierny efekt dla organizacji.

3. Innowacyjność w obszarze ZZL w ochronie zdrowia

W ostatnich dziesięcioleciach nastąpiła istotna zmiana w podejściu do funkcji zarządzania zasobami ludzkimi. Nieustannie jednak ZZL uznawane jest dość powszechnie za kluczowy czynnik sukcesu organizacji [Strużyna 2009]. Bogata literatura przedmiotu z tego zakresu w sposób wyczerpujący prezentuje cele, zasady i instrumentarium zarządzania zasobami ludzkimi we współczesnych organizacjach, a także proponuje kierunki zmian tej koncepcji. Zarządzanie zasobami ludzkimi znajduje także swoje miejsce w wyodrębniającej się subdyscyplinie nauk o zarządzaniu, jaką jest zarządzanie publiczne [Kozuch 2004]. Opracowania te dość rzadko jednak prezentują rozwiązania, które mogą być bezpośrednio przeniesione do jednostek ochrony zdrowia. Tymczasem profesjonalizacja zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach ochrony wymaga przeniesienia wybranych rozwiązań na grunt organizacji publicznej, jaką jest szpital lub inna placówka świadcząca usługi zdrowotne. Należy również podkreślić, iż bezpośrednie przenoszenie rozwiązań z dużych korporacji w specyficzne warunki panujące w ochronie zdrowia niekoniecznie oznaczać musi korzyści. Choć zarządzanie zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych powinno skupiać uwagę badaczy, wydaje się, że dotychczasowe zainteresowanie tym tematem w Polsce jest niewielkie [Głowacka, Mojs 2010]. Brak jest również wskazówek co do tworzenia atmosfery sprzyjającej dynamicznemu rozwojowi i dostosowywaniu rozwiązań w obszarze zarządzania zasobami ludzkimi we wzmiankowanych organizacjach do zmieniających się warunków zarówno w samych jednostkach, jak i na rynku pracy.

Zarządzanie zasobami ludzkimi w opiece zdrowotnej jest przez wielu badaczy uznane za kluczowy czynnik decydujący o wysokiej jakości opieki nad pacjentem [Khatri 2002]. Z drugiej strony koszty wynagrodzeń stanowią średnio 65-80% całkowitego budżetu operacyjnego w typowym zakładzie opieki zdrowotnej [Dussault, Dubois 2003], co sprawia, że zasoby ludzkie są istotnym czynnikiem wpływającym na kondycję finansową całej organizacji. Uwaga ta dotyczy również polskich jednostek ochrony zdrowia. W celu zapewnienia odpowiednio wysokiego poziomu świadczonych usług zarządzający podmiotami opieki zdrowotnej są zmuszeni do zapewnienia odpowiednich warunków organizacyjnych, aby kadra mogła w pełni wykorzystać swój potencjał [Goldstein 2003]. W swoich badaniach Khatri, Budhwar oraz Khatri zidentyfikowali kilka kluczowych kwestii dla zarządzania zasobami ludzkimi, koniecznych do wdrożenia w podmiotach ochrony zdrowia. Można je podzielić na dwie ogólne grupy. Pierwszą stanowią aspekty związane z dopasowaniem struktury organizacyjnej (która powinna być bardziej elastyczna), z kolei druga obejmuje typowe problemy do rozwiązania na poszczególnych etapach procesu kadrowego [Khatri, Budhwar 2002]. Do nielicznych badań na ten temat należą np. badania przeprowadzone przez J. Jończyk, które obejmowały problematykę motywowania. Dotyczyły one doboru personelu, oceniania, szkolenia i doskonalenia pracowników, awansowania oraz restrukturyzacji zatrudnienia w badanych jednostkach [Jończyk 2008].

Konieczność zmian w sferze zarządzania zasobami ludzkimi w jednostkach ochrony zdrowia wynika nie tylko z dostrzeganych niesprawności w tej dziedzinie, ale znajduje także głębsze uzasadnienie. Zmiany te przede wszystkim wiążą się z często podnoszoną kwestią pomiaru wyników (*performance*) [Frączkiewicz-Wronka 2007] oraz wdrożeniem nowoczesnych instrumentów zarządzania zarówno samą sferą ZZL [Bassi, McMurrer], jak również w szerszym wymiarze – zarządzania organizacją jako całością. W rezultacie zasadne wydaje się poddanie diagnozie procesów zarządzania zasobami ludzkimi (planowania potrzeb kadrowych, procedur rekrutacji i selekcji, oceniania pracowników, ich motywowania, doskonalenia i rozwoju kadry, a także zwolnień i odejść) celem wykrycia niedostatków we wzmiankowanym obszarze.

W ostatniej dekadzie nie wzrasta liczba dowodów opisujących relację pomiędzy skutecznymi praktykami zarządzania zasobami ludzkimi a ich wpływem na efektywność organizacji ochrony zdrowia [Nica 2013]. Należy podkreślić argumenty przemawiające za tym, iż nowatorskie rozwiązania w obszarze ZZL przynoszą wymierne korzyści dla podmiotów ochrony zdrowia realizujących takie właśnie podejście w polityce kadrowej. West z zespołem dokonali oceny wybranych obszarów polityki kadrowej – systemu oceny pracowniczych, rozwoju pracowników oraz wymiaru pracy zespołowej wśród 61 szpitali na terenie Wielkiej Brytanii. Wyniki badań pokazały występowanie silnych korelacji pomiędzy zmiennymi (wybranymi obszarami ZZL) a jakością w opiece zdrowotnej odzwierciedlającej się w opinii pacjentów [West i in. 2008]. W Australii przeprowadzono badania pomiędzy wybranymi elementami ZZL a wynikami organizacji opieki zdrowotnej. Na podstawie wyników można przyjąć występowanie korelacji między przyjętymi zmiennymi, jak również doszukać się istotnej roli menedżerów ochrony zdrowia w zakresie stymulowania innowacyjnych praktyk w zakresie ZZL [Bartram i in. 2007]. Ministerstwo Zdrowia zachęca menedżerów do aktywnego i systematycznego myślenia o strategicznym i innowacyjnym wymiarze ZZL. Ma się to odznaczać w opinii Ministerstwa w odpowiednio kształtowanych procedurach rekrutacji, rozwoju i utrzymania pracowników, co znalazło swoje odzwierciedlenie w opracowanych później standardach akredytacyjnych. Zakres standardów w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi określa następujące zadania: „Dla realizacji misji i zapewnienia bezpiecznej opieki, szpital zatrudnia odpowiednią liczbę wykwalifikowanych osób. Dyrekcja współpracuje z kierownikami działów w celu określenia pożądanej liczby i kwalifikacji zatrudnionych. Rekrutacja, adaptacja zawodowa, zatrudnienie i ocena pracownika powinny być oparte o proces uwzględniający odpowiednie kryteria i niezbędne kwalifikacje. Zarządzanie personelem powinno być skoordynowane i skuteczne z uwzględnieniem możliwości edukacji i rozwoju zawodowego” [Obwieszczenie Ministra Zdrowia 2010].

W związku z tym menedżerowie ochrony zdrowia muszą jeszcze lepiej zrozumieć stojące wyzwanie w procesie opracowania i wdrożenia innowacyjnych praktyk zarządzania zasobami ludzkimi. Innowacyjne praktyki w zarządzaniu zasobami

ludzkimi wpływają na poszczególne fazy cyklu uczenia organizacji (tworzenie, przekazywanie i wykorzystywanie wiedzy). Shipton i in. sugerują wprost, iż innowacje w zakresie ZZL wpływają bezpośrednio na innowacyjność w innych obszarach funkcjonowania podmiotu [Laursen, Foss 2003]. Współczesne podejście do realizacji funkcji personalnej w podmiotach ochrony zdrowia nie promuje kreatywności i samodzielności, niezbędnych do tworzenia wiedzy i innowacyjnych rozwiązań. W obliczu zmieniających się warunków podmioty ochrony zdrowia zostają w pewnym sensie zmuszane do szukania alternatywnych podejść w realizowaniu funkcji personalnej [Cabrera i in. 2006]. Aby osiągnąć ten cel, podmioty te muszą realizować odpowiednio dopasowaną politykę rozwoju pracowników związaną z większym delegowaniem odpowiedzialności i udziałem pracowników w procesie podejmowania decyzji [Minbaeva 2005]. Praktyki te powinny objąć również troskę o szkolenie pracowników i nowatorskie spojrzenie na proces rekrutacji. Celem tych praktyk jest osiągnięcie wyższej wartości siły roboczej nie tylko przez wybranie i utrzymanie najbardziej utalentowanych osób, ale także przez większą motywację aktualnych pracowników tak, aby przyjmowały one cele przedsiębiorstwa i własne [Minbaeva 2005].

Spojrzenie na efektywność funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia powinno być wieloaspektowe, to znaczy winno łączyć efekty finansowe z niefinansowymi oraz integrować spojrzenie krótkookresowe ze strategicznym. Chęć osiągnięcia efektów wyłącznie finansowych w krótkookresowej perspektywie powoduje konieczność podejmowania restrykcyjnych decyzji w obszarze ograniczania kosztów, co w konsekwencji uniemożliwia strategiczne spojrzenie na rozwój organizacji tego sektora. Oczywiście może pojawić się w tym momencie argument, że poszukiwanie perspektywy strategicznej w warunkach polskiego sektora ochrony zdrowia jest utrudnione ze względu na krótki horyzont finansowania w ramach umów z publicznym płatnikiem oraz zmienność warunków konkursowych w tym zakresie. W tym miejscu należy wskazać na wiele czynników, które z jednej strony mogą zainicjować proces nowatorskiego podejścia do kształtowania funkcji personalnej, z drugiej zaś strony mogą go skutecznie utrudniać.

Obowiązki ustawy o działalności leczniczej wprowadza mechanizmy rygoru ekonomicznego w postaci obowiązkowej komercjalizacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w przypadku generowania strat finansowych przy jednoczesnym braku ich pokrycia przez organ założycielski bądź braku chęci likwidacji takiej jednostki. Działanie w formule spółki handlowej daje nowe możliwości dla publicznej jednostki (np. w postaci możliwości komercyjnego sprzedawania usług), ale nakłada również większą odpowiedzialność na obszar nadzoru właścicielskiego¹. W takich jednostkach pojawia się często wyraźna presja na wynik finansowy

¹ Obowiązująca od 1 lipca 2011 r. ustawa o działalności leczniczej umożliwia przekształcanie szpitali w kapitałowe spółki handlowe (z o.o. lub akcyjne), czyli ich komercjalizację. Przepisy tej ustawy przewidują szczególny tryb utworzenia takich spółek, który różni się od zwykłego trybu przewidzianego w Kodeksie spółek handlowych. Procedurę przekształcenia regulują art. 70-82.

wy kosztem wspomnianych już aspektów niefinansowych. Dodatkowo sama zmiana formuły prawnej funkcjonowania publicznej jednostki ochrony zdrowia traktowana jest jako jedyny wyznacznik samoistnej poprawy w funkcjonowaniu takiej jednostki. Dlatego zdarzają się przypadki jednostek, które po przekształceniu nadal generują straty, i w zasadzie pożyczki organu założycielskiego zamienione zostają na dokapitalizowanie spółki handlowej. Wskazane uwarunkowania o charakterze finansowym rzutują na jakość zarządzania zasobami ludzkimi, która powinna skutkować podniesieniem jakości świadczonych usług medycznych w razie podejmowania działań na rynku komercyjnym oraz roztropnych decyzji w przypadku działań restrukturyzacyjnych, które mają uwzględniać strategiczny wymiar funkcji personalnej, a nie jedynie krótkotrwałe efekty w zakresie obniżenia kosztów osobowych.

Działania restrukturyzacyjne odbywają się w konkretnym otoczeniu rynkowym i przy zastanej strukturze w zakresie lokalizacji jednostek ochrony zdrowia. Często się zdarza, że w danym rejonie funkcjonują jednostki ochrony zdrowia o podobnym profilu, ale należące do różnych właścicieli (przeważnie publicznych). W tym kontekście potencjał do działań restrukturyzacyjnych na poziomie pojedynczej jednostki jest znacznie ograniczony przez mocne rozdrobnienie kontraktów na usługi medyczne finansowane ze środków publicznych i niemożliwe jest uzyskanie prostego efektu skali w postaci koncentracji w jednym obszarze zasobów, zwłaszcza zasobów ludzkich.

Sytuacja na rynku pracy w zawodach medycznych jest również skomplikowana ze względu na falę emigracji zarobkowej z Polski oraz ujawnienie się z coraz większym natężeniem efektu luki pokoleniowej [Golinowska, Kocot, Sowa 2013]. Rynek w tym obszarze staje się bardzo konkurencyjny i poddaje się w coraz większym zakresie regułom rynkowym. Występujące braki kadrowe w tym obszarze, presja na uzyskiwanie coraz większych wynagrodzeń (niekoniecznie możliwych do uzyskania w jednym miejscu pracy) powodują spore problemy w zakresie organizacji czasu pracy. Obowiązujące przepisy Unii Europejskiej dotyczące czasu pracy personelu medycznego spowodowały konieczność zmian w zakresie planowania obsad oraz nasiliły tendencję do rozwiązań próbujących ominąć narzucone reguły [Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2003/88/WE]. W takich warunkach nietrudno o stres i pojawienie się syndromu wypalenia zawodowego szybciej niż w innych obszarach zawodowej aktywności człowieka.

Jednocześnie zmienia się otoczenie technologiczne sektora ochrony zdrowia. Wykorzystanie coraz bardziej zaawansowanych technologii medycznych powoduje, że sam proces leczenia staje się coraz bardziej efektywny, ale przy okazji wprowadzenie nowego pracownika do pracy jest dłuższe i staje się procesem obciążonym coraz większym ryzykiem. W tle pojawia się również coraz większy stopień informatyzacji występujący w tym sektorze oraz możliwość wdrażania rozwiązań z obszaru e-zdrowia i telemedycyny. Równoległe więcej czasu powinno poświęcać się na szkolenia i rozwój personelu zatrudnionego w jednostkach ochrony zdrowia, zarówno tego medycznego, jak i niemedycznego.

4. Zakończenie

Efektywne zarządzanie zasobami ludzkimi oznacza właściwe wykorzystanie wiedzy, umiejętności, formowanie postaw i zachowań pracowników, sprzyjających realizacji zadań, twórczemu myśleniu i osiągnięciu organizacyjnych celów [Penc 2010]. Współczesne zarządzanie zasobami ludzkimi nabiera znaczenia również z tego powodu, że ludzie tworzą klimat emocjonalny sprzyjający zaufaniu, gotowości do współpracy tak ważnej w sektorze ochrony zdrowia. Ponadto to właśnie pracownicy, ich zaangażowanie i empatia mają decydujące znaczenie w dążeniu do usatysfakcjonowania pacjenta. Zaprezentowana charakterystyka aktualnej sytuacji w sektorze ochrony zdrowia skłania do refleksji, że innowacyjne podejście do sfery zarządzania może spowodować widoczne zmiany w funkcjonowaniu jednostek ochrony zdrowia w Polsce. Wydaje się, że przede wszystkim obszar zarządzania zasobami ludzkimi jest kluczowy w zakresie konieczności zastosowania tego typu rozwiązań. W prezentowanym obszarze wskazano wybrane uwarunkowania wpływające na innowacyjne podejście do realizowania procesów w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi w podmiotach leczniczych, które w przyszłości powinny zostać uszczegółowione i w konsekwencji poddane weryfikacji empirycznej.

Literatura

- Bartram T., Stanton P., Leggat S., Casimir G., Fraser B., 2007, *Lost in translation: Exploring the link between HRM and performance in healthcare*, Human Resource Management Journal, vol. 17 no. 1, s. 21-41.
- Bassi L., McMurrer D., 2007, *Maximizing your return on people*, Harvard Business Review, March, s. 1-10.
- Cabrera A., Collins W.C., Salgado J.F., 2006, *Determinants of individual engagement in knowledge sharing*, International Journal of Human Resource Management, vol. 17, no. 2, s. 245-264.
- Damanpour F., 1991, *Organizational innovation: A meta-analysis of effects of determinants and moderators*. Academy Management Journal, vol. 34, no. 3, s. 555-590.
- Dussault G., Dubois C., 2003, *Human resources for health policies: A critical component in health policies*, Human Resources for Health, vol. 1, no. 1
- Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2003/88/WE z dnia 4 listopada 2003 r. dotycząca niektórych aspektów organizacji czasu pracy.
- Fitzgerald L., Ferlie E., Wood M., Hawkins C., 2002, *Interlocking interactions, the diffusion of innovations in health care*, Human Relations, vol. 55, no. 12, s. 1429-1449.
- Frączkiewicz-Wronka A. (red.), 2007, *Performance measurement in public organizations – the theory and the practice of the health sector*, AE, Katowice.
- Głowacka M.D., Mojs E., 2010, *Profesjonalne zarządzanie kadrami w zakładach opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Głód G., Głód W., Ingram T., 2015, *Nowatorskie rozwiązania w obszarze ZZL w jednostkach ochrony zdrowia*, Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Gliwice, zeszyt 83, s. 177-186.
- Goldstein S.M., 2003, *Employee development: An examination of service strategy in a high-contact service environment*, Production and Operations Management, vol. 12, no. 2, 186-203.

- Golinowska S., Kocot E., Sowa E., 2013, *Zasoby kadr dla sektora zdrowotnego. Dotychczasowe trendy i prognozy*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, nr 11(2).
- Jończyk J., 2008, *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*, Difin, Warszawa.
- Khatri N., Budhwar P., 2002, *A study of strategic HR issues in an Asian context*, *Personnel Review*, vol. 31, no. 2, s. 166-188.
- Kożuch B., 2004, *Zarządzanie publiczne*, Placet, Warszawa.
- Laursen K., Foss N.J., 2003, *New human resource management practices, complementarities and the impact on innovation performance*, *Cambridge Journal of Economics*, vol. 27, s. 243-263.
- Martins E., Terblanche F., 2003, *Building organizational culture that stimulates creativity and Innovation*, *European Journal of Innovation Management*, vol. 6, no. 1, s. 64-74.
- Meyer A., Goes J.B., 1988, *Organizational assimilation of innovations: a multilevel contextual analysis*, *Academy Management Journal*, vol. 31, no. 4, s. 897-923.
- Minbaeva D., 2005, *HRM practices and MNC knowledge transfer*, *Personnel Review*, vol. 34, no. 1, s. 125-144.
- Nica E., 2013, *The importance of human resources management to the health care*, *Economics, Management, and Financial Markets*, vol. 8, no. 4, 2013, s. 166-171.
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. MZ.10.2.24 z dnia 25 stycznia 2010 r.) – standard Zarządzanie zasobami ludzkimi.
- Penc J., 2010, *Komunikacja i negocjowanie w organizacji*, Difin, Warszawa.
- Strużyna J., 2009, *Kierunki doskonalenia ZZZL w organizacjach publicznych*, [w:] A. Frączkiewicz-Wronka (red.), *Zarządzanie publiczne – elementy teorii i praktyki*, AE, Katowice.
- Suanj Z., 2000, *Innovative climate and culture in manufacturing organizations; differences between some European Countries*, *Social Science Information*, vol. 39, no. 2, s. 349-361.
- Thakur R., Hsu S., Fontenot G., 2012, *Innovation in healthcare: Issues and future trends*, *Journal of Business Research*, vol. 65, s. 562-569.
- West M.A., Borrill C., Dawson J., Scully J., Carter M., Anelay S., Patterson M., Waring J., 2002, *The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals*, *The International Journal of Human Resource Management*, vol. 13, no. 8, s. 1299-1310.