

Agnieszka Krawczyk-Sołtys

Wydział Ekonomiczny
Katedra Organizacji i Zarządzania
Uniwersytet Opolski

Kompetencje menedżerskie w kształtowaniu kompetencji organizacyjnych jednostek ratownictwa medycznego w świetle badań

Streszczenie

Zakładając, że kompetencje są pojęciem wielowymiarowym i wymagają zintegrowanego podejścia, w przyjętym modelu kompetencji menedżerskich w jednostkach ratownictwa medycznego wyróżniono pięć grup kompetencji ogólnych: przywódcze, komunikacyjne i relacyjne, zawodowe i społeczne, sektorowe oraz biznesowe, a w ich ramach 26 kompetencji szczegółowych.

Celem artykułu była identyfikacja obecnego poziomu kompetencji menedżerskich kadry zarządzającej tymi jednostkami oraz ustalenie stopnia, w jakim poszczególne kompetencje menedżerskie oddziałują na kompetencje organizacyjne tych podmiotów w sferach: marketingu (rozpoznawanie potrzeb pacjenta), jakości (poziom świadczonych usług medycznych) i logistyki (świadczanie usług medycznych w odpowiednim miejscu i czasie).

W wyniku badań ustalono, że obecnie najwyższym poziomem wśród zaproponowanych w modelu kompetencji menedżerskich charakteryzują się kompetencje biznesowe. Wśród kompetencji menedżerskich w największym stopniu oddziałujących na kompetencje organizacyjne jednostek ratownictwa medycznego znalazły się: w sferze marketingu – kompetencje biznesowe, a w sferach jakości i logistyki – zawodowe i społeczne.

Słowa kluczowe: kompetencje organizacyjne, kompetencje menedżerskie

Kody klasyfikacji JEL: I18, M12, H21

1. Wprowadzenie

Nadrzędnym celem podmiotów leczniczych, w tym jednostek ratownictwa medycznego, zgodnie z założeniami polityki zdrowotnej państwa, jest zapewnienie pacjentom skutecznej i efektywnej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym uwzględnieniu oczekiwań i wartości pacjentów. Realizacja tego celu wymaga odpowiednich kompetencji zawodowych zarówno zatrudnionych w tych organizacjach pracowników, szczególnie personelu medycznego, jak i kompetencji menedżerskich zarządzających nimi [Krawczyk-Sołtys, 2018a].

Wiedza i kompetencje zatrudnionego w tych organizacjach personelu stają się zatem coraz bardziej istotne, ponieważ identyfikuje się coraz większe potrzeby, mające ułatwić transfer rozwiązań badawczych do praktyki klinicznej i zarządczej oraz opracowywanie polityki i rozwiązań prawnych w tym zakresie, co w efekcie powinno przełożyć się na lepsze zaspokojenie potrzeb pacjentów, a także wzrost konkurencyjności tych jednostek [Krawczyk-Sołtys 2017].

Należy wskazać na szczególne znaczenie kompetencji – tak profesjonalnych, jak menedżerskich – w usługach, a szczególnie usługach profesjonalnych (tzw. *human based*), do których należą usługi medyczne [Hein, Riegel, 2012]. W artykule przyjęto, że kompetencje to konglomerat zdolności, wiedzy, wykształcenia, doświadczenia, innych predyspozycji i cech osobowości, które używane oraz rozwijane w procesie świadczenia usług medycznych prowadzą do osiągnięcia rezultatów zgodnych ze strategicznymi zamierzeniami jednostek ratownictwa medycznego [Krawczyk-Sołtys, 2018a].

Na oddziaływanie kompetencji personalnych (w tym menedżerskich) na kompetencje organizacyjne wskazują R. Boam i P.R. Sparrow [1992]. Ich wpływ na realizację celów strategicznych organizacji podkreślają również T. Kupczyk i M. Stor [2017]. Taka zależność była również przedmiotem wielu badań empirycznych [Huping, Wenxuan, 2013; Jena, Sahoo, 2014; Bamel i in., 2015, Lakshminarayanan, Pai, Ramaprasad, 2016].

Celem artykułu była identyfikacja obecnego poziomu kompetencji menedżerskich kadry zarządzającej tymi jednostkami oraz ustalenie stopnia, w jakim poszczególne kompetencje menedżerskie oddziałują na kompetencje organizacyjne tych podmiotów w sferach: marketingu (rozpoznawanie potrzeb pacjenta), jakości (poziom świadczonych usług medycznych) i logistyki (świadczenie usług medycznych w odpowiednim miejscu i czasie).

2. Przegląd modeli kompetencji menedżerskich w ochronie zdrowia

Zbudowanie modelu kompetencji, a szczególnie kompetencji menedżerskich, jest zabiegiem niezwykle trudnym. Sama bowiem ich identyfikacja jest skomplikowana ze względu na rozumienie pojęcia „kompetencje”, mnogość składowych kompetencji, różne sposoby ich opisywania czy ustalanie ich pożądanych stanów.

R.E. Boyatzis [1982] zdefiniował listę kompetencji, które wyróżniły skutecznych menedżerów: cele działania, przywództwo, zarządzanie zasobami ludzkimi, koncentracja na innych, wiedza specjalistyczna. Większość modeli kompetencji menedżerskich w ochronie zdrowia nawiązuje do jego teorii.

Jednym z częściej przywoływanych światowych modeli kompetencji menedżerskich w podmiotach ochrony zdrowia jest stworzony przez The Healthcare Leadership Alliance (HLA), konsorcjum największych stowarzyszeń zawodowych w dziedzinie opieki zdrowotnej, które razem reprezentują ponad 100 000 menedżerów. W stworzonym w 2002 r. modelu HLA zidentyfikował pięć grup kompetencji [Ross, Wenzel, Mitlyng, 2002, Stefl, 2003; 2008]: komunikacja i zarządzanie relacjami, przywództwo, profesjonalizm, znajomość środowiska ochrony zdrowia oraz umiejętności biznesowe.

The Global Consortium for Healthcare Management Professionalization (konsorcjum stworzone przez The International Hospital Federation) stworzyło Competency Directory Model, w którym kontynuowano założenia modelu HLA. W katalogu kompetencji [International Hospital Federation, 2015] również znalazło się pięć kluczowych domen: przywództwo, komunikacja i zarządzanie relacjami, odpowiedzialność zawodowa i społeczna, zdrowie i środowisko opieki zdrowotnej oraz biznes.

Kolejnym modelem kompetencji menedżerskich w podmiotach ochrony zdrowia jest zbudowany przez National Centre for Healthcare Leadership (NCHL) [2005], który powstał dzięki badaniom przeprowadzonym przez Hay Group z udziałem zarządzających organizacjami ochrony zdrowia. Model kompetencji NCHL zawiera trzy domeny.

1. Transformacja: orientacja na osiągnięcia, myślenie analityczne, orientacja społeczna, orientacja strategiczna, innowacyjne myślenie.
2. Realizacja – odpowiedzialność, współpraca, komunikacja, inicjatywa, świadomość organizacyjna.
3. Ludzie – zarządzanie zasobami ludzkimi, profesjonalizm, budowanie relacji, samorozwój i rozwój talentów, przywództwo w zespole.

Realizując badania nad poziomem kompetencji menedżerskich w szpitalu D.K. Khadka, M. Gurung i N. Chaulagain [2014] wyróżnili 11 kompetencji ogólnych w następujących obszarach:

- 1) kompetencje strategiczne i przywódcze,
- 2) zarządzanie projektami,
- 3) zarządzanie finansami,
- 4) zarządzanie zmianą,
- 5) zarządzanie wiedzą,
- 6) innowacyjność w świadczeniu usług (medycznych),
- 7) rozwiązywanie problemów,
- 8) zarządzanie zasobami ludzkimi,
- 9) orientacja na klienta (pacjenta),
- 10) kompetencje komunikacyjne,
- 11) etyka i moralność.

W literaturze są też inne propozycje modeli kompetencji menedżerskich w ochronie zdrowia [Calhoun i in., 2008; Garman, Scribner, 2011].

Modelując kompetencje menedżerów polskich jednostek ratownictwa medycznego oparto się na omówionych wcześniej modelach kompetencji menedżerskich w jednostkach ochrony zdrowia, adaptując je na potrzeby tych podmiotów. Wyróżniono pięć grup kompetencji ogólnych (domen kompetencji) [Krawczyk-Sołtys, 2018a]: przywódcze, komunikacyjne i relacyjne, zawodowe i społeczne, sektorowe (dotyczące systemu ochrony zdrowia i jego otoczenia) oraz biznesowe.

3. Identyfikacja poziomu kompetencji menedżerskich jednostek ratownictwa medycznego i stopnia ich oddziaływania na kompetencje organizacyjne – wyniki badań

Badania przeprowadzono w drugim i trzecim kwartale 2018 r. w jednostkach ratownictwa medycznego w województwach: śląskim, mazowieckim, opolskim, warmińsko-mazurskim, lubelskim i dolnośląskim. W badaniu wzięło udział 57 respondentów.

Dobór próby badawczej był losowy. W próbie badawczej byli respondenci z dwóch województw charakteryzujących się największą liczbą zespołów ratownictwa medycznego (mazowieckie – 193 i śląskie – 116) oraz z województwa warmińsko-mazurskiego, w którym jest największy wskaźnik liczby zespołów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców – 5,4 (średnia w Polsce wynosiła 4) [Pomoc doraźna, 2018].

Respondenci oceniali obecny poziom kompetencji menedżerskich oraz stopnia, w jakim kompetencja menedżerska oddziałuje na kompetencje organizacyjne jednostki w sferach: marketingu (rozpoznawanie potrzeb pacjenta), jakości (poziom świadczonych usług medycznych) i logistyki (świadczenie usług medycznych w odpowiednim miejscu i czasie) [Krawczyk-Sołtys, 2018b].

Ocena była dokonywana w pięciostopniowej skali Likerta. Aby zidentyfikować obecny poziom i ustalić stopień oddziaływania kompetencji menedżerskich na kompetencje organizacyjne w poszczególnych sferach, obliczono średnie arytmetyczne w poszczególnych domenach. Służyło to redukcji błędów losowych pomiaru oraz niekumulowaniu się błędów powtarzalnych [Davidsson, 2005; Dyduch, 2015].

Najpierw poproszono respondentów o ocenę obecnego poziomu kompetencji menedżerskich. Najwyżej oceniono kompetencje biznesowe (4,17):

- znajomość podstawowych praktyk biznesowych oraz umiejętność zarządzania projektami, czyli tworzenie efektywnego systemu zarządzania i jego permanentne doskonalenie, zbieranie danych i informacji, ich analiza oraz podejmowanie trafnych decyzji – 4,11;
- ścisłe przestrzeganie procedur, przepisów i norm prawnych oraz umiejętność tworzenia na ich podstawie wewnętrznych regulaminów – 4,39;

- zarządzanie strategiczne rozumiane jako ustalanie wizji i (lub) misji, określenie kierunku, w jakim jednostka powinna zmierzać, analizowanie otoczenia w celu zidentyfikowania istniejących, powstających lub mogących powstać w przyszłości szans i zagrożeń, analizowanie zasobów i umiejętności organizacji, aby ustalić jej atuty i słabości, kreowanie warunków i zasobów umożliwiających podejmowanie działań w celu wykorzystania wyłaniających się okazji do osiągania sukcesów oraz dokonywanie na tych podstawach wyboru najkorzystniejszej strategii, jak również właściwego sposobu implementowania wybranej do realizacji strategii – 4,25;
- zarządzanie informacją i wiedzą, czyli umiejętne wykorzystywanie danych w celu oceny efektywności oraz monitorowania wskaźników i trendów, zapewnianie przestrzegania obowiązujących wymogów dotyczących prywatności i bezpieczeństwa, tworzenie i doskonalenie systemów zarządzania informacją, tworzenie i doskonalenie systemów zarządzania wiedzą, realizacja kluczowych procesów zarządzania wiedzą – 4,12;
- zarządzanie finansami (skuteczne stosowanie narzędzi zarządzania finansami, planowanie, organizowanie i monitorowanie zasobów organizacji w celu zapewnienia najwyższej jakości świadczonych usług medycznych) – 4,46;
- zarządzanie zasobami ludzkimi – analiza i planowanie, rekrutacja, selekcja, adaptacja, motywowanie, ocenianie, doskonalenie personelu, coaching i mentoring, zarządzanie talentami – 4,07;
- zarządzanie ryzykiem, głównie skuteczna ocena i analiza ryzyka oraz jego ograniczanie – 4,02;
- doskonalenie jakości świadczonych usług medycznych poprzez opracowanie i wdrażanie programów zapewnienia jakości, zadowolenia i bezpieczeństwa pacjentów, zgodnie z obowiązującymi normami i standardami, opracowanie i monitorowanie wskaźników pomiaru jakości usług medycznych, satysfakcji i bezpieczeństwa pacjenta, permanentne doskonalenie jakości usług medycznych – 4,16;
- myślenie systemowe – pojmowanie holistyczne, nie zaś odrębnie, poszczególnych składników, zdolność do postrzegania i analizy zjawisk, procesów przez prymat całości, dostrzegania wzajemnych relacji i powiązań oraz identyfikacji zasad działania systemu ochrony zdrowia – 3,98.

W ramach domeny kompetencji przywódczych (4,15), respondenci najwyżej ocenili przeprowadzenie zmian poprzez promowanie ciągłego uczenia się i doskonalenia organizacji, odpowiadanie na pojawiające się potrzeby zmian i przeprowadzenie procesom zmian, zachęcanie pracowników do kreatywności, innowacji i rozwoju (4,30) oraz kompetencje kierownicze, czyli planowanie, organizowanie, motywowanie, kontrolę (4,23). Kolejno wskazano zdolności i zachowania przywódcze (jasne komunikowanie misji, celów oraz priorytetów organizacji, włączenie koncepcji, metod i technik zarządzania do zarządzania organizacją, wykrywanie i analiza problemów organizacyjnych, sprzyjanie twórczym rozwiązaniom i zachęcanie pracowników do współpodejmowania decyzji, przyjęcie roli przywódczej) – 4,16 i dbałość o rozwój podwładnych, tolerancję, wzbudzanie zaufania – 4,12. Najniżej w tej domenie

kompetencji (3,96) zostało ocenione tworzenie kultury organizacyjnej opartej na wzajemnym zaufaniu, przejrzystości i skupienie się na poprawie jakości świadczonych usług medycznych, rozumiane jako: zachęcanie do pracy zespołowej i zaangażowania pracowników, wspieranie różnorodności, otwartość na poglądy, opinie i pomysły innych.

Następnie respondenci wskazali na poziom kompetencji zawodowych i społecznych (4,12):

- rozwój zawodowy i uczenie się przez całe życie oraz świadomość swoich celów, wartości, mocnych i słabych stron (tak w samoocenie, jak i na podstawie opinii innych) – 4,26;
- profesjonalizm – 4,25;
- dzielenie się wiedzą i doświadczeniem, rozwijanie innych poprzez mentoring, doradztwo, coaching i mistrzostwo osobiste, wsparcie i mentoring dla potencjalnych talentów – 4,11;
- postępowanie etyczne i świadomość społeczna (wykazywanie zachowań etycznych, przejrzystość i odpowiedzialność za swoje działania, równowagę odpowiedzialności osobistej i zawodowej, przy uznawaniu za cel najważniejszy potrzeb pacjentów oraz społeczeństwa) – 4,07;
- promowanie i uczestnictwo w inicjatywach polityki zdrowotnej, ochrona praw pacjenta i jego najbliższych, dbałość o jakość usług medycznych oraz bezpieczeństwo i zaangażowanie społeczne w ich świadczeniu – 3,89.

W kolejnej domenie respondenci oceniali kompetencje komunikacyjne (komunikacja ustna, komunikacja pisemna, komunikacja niewerbalna, słuchanie, komunikacja biznesowa – raporty, harmonogramy, prezentacje, przedstawianie wyników analiz w sposób wiarygodny i zrozumiały dla interesariuszy, *public relations*) – 4,16 i relacyjne – wykazywanie się prawidłowymi relacjami międzyludzkimi oraz zdolność do ich utrzymywania w relacjach z wszystkimi interesariuszami, umiejętność współpracy poziomej i pionowej, otwartość, zorientowanie na pacjenta (4,04). W ramach tej domeny kompetencji oceniano również: zarządzanie konfliktem poprzez mediacje, negocjacje i inne metody rozwiązywania konfliktów, doskonalenie umiejętności rozwiązywania problemów, budowanie zespołów interdyscyplinarnych powołanych do rozwiązywania problemów organizacyjnych i uczestnictwo w nich (3,95). Poziom kompetencji komunikacyjnych i relacyjnych w badanych placówkach oceniono średnio na 4,05.

Najniższym poziomem charakteryzowały się w opinii respondentów kompetencje z domeny kompetencji sektorowych (3,96), a w jej ramach:

- znajomość zasad funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i podmiotów tego systemu (4,03);
- kompetencje w zakresie zdrowia publicznego, szczególnie organizowania służb medycznych, zarządzania ryzykiem i zagrożeniami w trakcie katastrof i sytuacji kryzysowych, oceny kluczowych procesów systemu nadzoru i kontroli zdrowia publicznego oraz rozpoznania lokalnych implikacji globalnych zdarzeń zdrowotnych (3,93);
- zdolność do optymalizacji zatrudnienia w kierowanym przez siebie podmiocie (przy uwzględnieniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa, niedoborów kadr medycznych, zakresu specjalizacji) – 3,81;

- spersonalizowanie usług medycznych (rozpoznawanie i promowanie opinii pacjentów i ich bliskich dotyczących usług medycznych, uwzględnianie uwag i opinii pacjentów, ich bliskich oraz opinii społecznej w podejmowaniu decyzji związanych z usługami medycznymi, uwzględnianie różnic kulturowych i respektowanie indywidualnych oczekiwań) – 3,79. Kolejno respondenci oceniali stopień, w jakim poszczególne kompetencje menedżerskie oddziałują na kompetencje organizacyjne tych jednostek w sferach: marketingu (rozpoznawanie potrzeb pacjenta), jakości (poziom świadczonych usług medycznych) i logistyki (świadczenie usług medycznych w odpowiednim miejscu i czasie).

Zgodnie z założeniami *healthcare marketing* [Bober, Majchrzak-Lepczyk, 2015] w sferze marketingu leży koncentrowanie się na procesach świadczenia usług medycznych, determinujących pro jakościowe potrzeby konsumentów oraz implementację narzędzi i technik kształtujących ich powtarzalną jakość. Wśród kluczowych wymiarów jakości usług świadczonych przez jednostki ratownictwa medycznego odniesiono się do wymiaru merytorycznego oraz psychosocjologicznego [Lisiecka-Bieleń, 2016]. W sferze logistyki odniesiono się głównie do kształtowania, sterowania oraz kontrolowania procesów zaopatrzeniowych i usługowych, realizowanych w ramach działań mających na celu ratowanie zdrowia i życia ludzi [Bartczak, 2015].

Jako najmocniej oddziałujące na kompetencje organizacyjne jednostek ratownictwa medycznego respondenci uznali: w obszarze marketingu kompetencje biznesowe (4,30) oraz kompetencje zawodowe i społeczne w obszarach jakości (4,14) i logistycznych (4,16).

Następnie respondenci wskazali na:

- w sferze marketingu: kompetencje przywódcze (4,04), kompetencje w zakresie komunikacji i związku oraz kompetencje zawodowe i społeczne (4,02) oraz kompetencje sektorowe (3,81);
- w sferze jakości: kompetencje w zakresie komunikacji i znajomości (4,11), kompetencje sektorowe (4,08), kompetencje przywódcze (4,05) i kompetencje biznesowe (4,03);
- w sferze logistyki: kompetencje przywódcze (4,13), kompetencje biznesowe (4,03), kompetencje komunikacyjne (4,02) oraz kompetencje sektorowe (3,86).

4. Podsumowanie

Jednostki ratownictwa medycznego, funkcjonując w burzliwym i niepewnym otoczeniu, stają przed koniecznością ciągłej adaptacji do nowych wyzwań. Menedżerowie tych podmiotów nie zawsze są świadomi wynikających z tego procesu szans i zagrożeń, a zmiany zachodzące w otoczeniu wprost wymuszają konieczność podjęcia adekwatnych działań. Doskonalenie poziomu kompetencji menedżerskich i skanowanie otoczenia zewnętrznego umożliwi identyfikację zjawisk i trendów oraz odpowiadających im kompetencji organizacyjnych i stanowić będzie dla menedżerów jednostek ratownictwa medycznego podstawę do decyzji o rekonfiguracji zasobów [Lavie, 2006; Hawass, 2010; Maijanen, Jantunen, 2016].

Waga problematyki kompetencji i ich znaczenie w zarządzaniu organizacjami ochrony zdrowia, w tym również jednostek ratownictwa medycznego, jest szeroko podkreślana w literaturze przedmiotu [Liang i in., 2018; Leggat, Balding, Anderson, 2011; Bartram i in., 2012; Clark, Armit, 2010; Richtie, Yen, 2013]. Wskazuje się również na znaczenie oddziaływania kompetencji personalnych (w tym menedżerskich) na kompetencje organizacyjne w ochronie zdrowia [Lustri, Miura, Takahashi, 2007; Yang i in., 2006; Wickramasinghe, de Zoyza, 2011].

Konieczne wydaje się zatem kontynuowanie badań empirycznych oraz literaturowych w tym obszarze, co wzbogaci wiedzę naukową, zracjonalizuje metodykę badań, jak również pozwoli sformułować rekomendacje dla praktyki nie tylko w jednostkach ratownictwa medycznego, lecz także w innych podmiotach ochrony zdrowia.

Bibliografia

1. Bamel U.K., Rangnekar S., Stokes P., Rastogi R. [2015], *Managerial Effectiveness – an Indian Experience*, „Journal of Management Development”, vol. 34, no 2.
2. Bartzak K. [2015], *Logistyka w systemie ratownictwa medycznego w Polsce*, „Logistyka”, nr 5.
3. Bartram T., Casimir G., Djurkovic N., Leggat S., Stanton P. [2012], *Do Perceived High Performance Work Systems Influence the Relationships Between Emotional Labor, Burnout and Intention to Leave? A Study of Australian Nurses*, „Journal of Advanced Nursing”, vol. 68, no. 7.
4. Boam R., Sparrow P.R. (red.) [1992], *Designing and Achieving Competency. A Competency Based Approach to Developing People and Organizations*, McGraw-Hill, London.
5. Bober B., Majchrzak-Lepczyk J. [2015], *Rola oraz zadania marketingu w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych*, „Handel Wewnętrzny”, nr 5(358).
6. Boyatzis R.E. [2008], *Competencies in the 21st Century*, „Journal of Management Development”, vol. 27, no. 1.
7. Calhoun J.G., Dollett L., Sinioris M.E., Wainio J.A., Butler P.W., Griffith J.R., Warden G.L. [2008], *Development of an Interprofessional Competency Model for Healthcare Leadership*, „Journal of Healthcare Management”, vol. 53, no. 6.
8. Clark J., Armit K. [2010], *Leadership Competency for Doctors: A Framework*, „Leadership in Health Services”, vol. 23, no. 2.
9. Davidsson P. [2005], *Researching Entrepreneurship*, Springer, New York.
10. Dyduch W. [2015], *Ilościowe badanie i operacjonalizacja zjawisk w naukach o zarządzaniu, w: Podstawy metodologii w naukach o zarządzaniu*, red. W. Czakon, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
11. Garman A., Scribner L. [2011], *Leading for Quality in Healthcare: Development and Validation of a Competency Model*, „Journal of Healthcare Management”, vol. 56, no. 6.
12. Hawass H.H. [2010], *Exploring the Determinants of the Reconfiguration Capability: A Dynamic Capability Perspective*, „European Journal of Innovation Management”, vol. 13(4).
13. Hein S.G., Riegel C.D. [2012], *Human Resource and Organizational Management Content in the Hospitality Curriculum: How the Professionals View It*, „Journal of Human Resources in Hospitality & Tourism”, vol. 11, no. 2.

14. Huping S., Wenxuan Y. [2013], *Assessing Chinese Managerial Competencies from Different Perspectives*, „Social Behavior & Personality: An International Journal”, vol. 41, no. 9.
15. International Hospital Federation [2015], *Leadership Competencies for Healthcare Services Managers*, www.ihf-fih.org, dostęp 20.01.2019.
16. Jena S., Sahoo C.K. [2014], *Improving Managerial Performance: A Study on Entre-preneurial and Leadership Competencies*, „Industrial and Commercial Training”, vol. 46, no. 3.
17. Khadka D.K., Gurung M., Chaulagain N. [2014], *Managerial Competencies – a Survey of Hospital Managers’ Working in Kathmandu Valley, Nepal*, „Journal of Hospital Administration”, vol. 3, no. 1.
18. Krawczyk-Sołtys A. [2017], *From Healthcare Manager’s Competencies To Healthcare Organization’s Competences*, „VADYBA Journal of Management”, no. 31(2).
19. Krawczyk-Sołtys A. [2018a], *Modelowanie kompetencji w jednostkach ratownictwa medycznego – założenia wstępne*, w: *Nauki o zarządzaniu w odmiennych kontekstach badawczych*, red. M. Tutko, M. Wronka-Pośpiech, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
20. Krawczyk-Sołtys A. [2018b], *Personal Competencies Enhancing Organizational Competences of Emergency Medical Units in Poland – Empirical Research*, Conference Proceedings of the 2nd International Scientific Conference Development and Administration of Border Areas of the Czech Republic and Poland Support for Sustainable Development, red. E. Ardielli, Ostrava.
21. Kupczyk T., Stor M. [2017], *Zarządzanie kompetencjami. Teoria, badania i praktyka biznesowa*, <https://www.vistula.edu.pl>, dostęp 20.01.2019.
22. Lakshminarayanan S., Pai Y., Ramaprasad B.S. [2016], *Competency Need Assessment: A Gap Analytic Approach*, „Industrial & Commercial Training”, vol. 48, no. 8.
23. Lavie D. [2006], *Capability Reconfiguration: An Analysis of Incumbent Responses to Technological Change*, „Academy of Management Review”, vol. 31(1).
24. Leggat S.G., Balding C., Anderson J.A. [2011], *Empowering Health-care Managers in Australia: An Action Learning Approach*, „Health Services Management Research”, vol. 24, no. 4.
25. Liang Z., Howard P.F., Leggat S., Bartram T. [2018], *Development and Validation of Health Service Management Competencies*, „Journal of Health Organization and Management”, vol. 32, iss. 2.
26. Lisiecka-Bielanowicz M. [2016], *Zarządzanie jakością relacji w organizacjach ochrony zdrowia*, Difin, Warszawa.
27. Lustrì D., Miura I., Takahashi S. [2007], *Knowledge Management Model: Practical Application for Competency Development*, „The Learning Organization”, vol. 14(2).
28. Maijanen P., Jantunen A. [2016], *The Dynamics of Dynamic Capabilities – The Case of Public Broadcasting*, „International Journal Business Excellence”, vol. 9(2).
29. National Center for Healthcare Leadership (NCHL) [2005], *Healthcare Leadership Competency Model, Summary*, www.nchl.org, dostęp 20.01.2019.
30. *Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne* [2018], Główny Urząd Statystyczny, Warszawa, <https://stat.gov.pl>, dostęp 20.01.2019.
31. Ritchie D., Yen M. [2013], *Health Services Management Development: What Formal Knowledge Should Support the Skills and Experience Required?*, „Australian Health Review”, vol. 37, no. 2.
32. Ross A., Wenzel F.J., Mitlyng J.W. [2002], *Leadership for the Future: Core Competencies in Healthcare*, HAP, Chicago.

33. Stefl M.E. [2003], *Report of the Competency Task Force: Healthcare Leadership Alliance*, HLA, Chicago.
34. Stefl M.E. [2008], *Common Competencies for All Healthcare Managers: The Healthcare Leadership Alliance Model*, „Journal of Healthcare Management”, no 53(6).
35. Wickramasinghe V., De Zoyza N. [2011], *Managerial Competency Requirements that Enhance Organizational Competences: A Study of a Sri Lanka Telecom Organization*, „The International Journal of Human Resource Management”, vol. 22(14).
36. Yang B.C., Wu B.E., Shu P.G., Yang M.H. [2006], *On Establishing the Core Competency Identifying Model: A Value-Activity and Process Oriented Approach*, „Industrial Management & Data Systems”, vol. 106(1).

Managerial Competencies and the Development of Organisational Competencies of Emergency Medical Teams: Research Perspective

Summary

Assuming that competencies are a multi-dimensional concept, which needs to be approached in an integrated way, we distinguished the following five groups of general competencies in the model of managerial competencies applied to emergency medical teams: leadership, communication and relational, professional and social, sectoral, and business competencies with 26 detailed competencies identified within these five groups.

The paper was motivated by the intention to examine the current level of managerial competencies of managers running these units and finding out to which extent individual managerial competencies impact organisational competencies of these entities in the area of: marketing (recognising patients' needs), quality (of medical services), and logistics (provision of medical services in the right place at the right time).

Studies revealed that business competencies are the best developed compared to other groups of competencies proposed in the model of managerial competencies.

Managerial competencies, which impact organisational competencies of emergency medical teams the most include: business competencies in the field of marketing as well as professional and social competencies in the field of quality and logistics.

Keywords: organisational competencies, managerial competencies
