

DOI 10.35433/ISSN2410-3748-2019-2(25)-3

Dr Barbara Dembowska

Dr Hanna Lewandowska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Skierniewicach

Polska

LUDZIE WIEDZY W STRATEGII ORGANIZACJI OCHRONY ZDROWIA

Zarządzanie strategiczne każdej organizacji ściśle powiązane jest ze zmianami zachodzącymi w jej bliższym i dalszym otoczeniu. Mogą one występować na poziomie regionalnym, krajowym lub globalnym jako stymulator lub destabilizator przyjętej strategii.

Jednak bez uwzględnienia czynników występujących w chwili obecnej mających wpływ pośredni lub bezpośredni na funkcjonowanie organizacji niemożliwe jest określenie jej celów długookresowych, przyjęcie możliwych kierunków rozwoju oraz wdrożenie metod prowadzących do osiągnięcia założonego celu.

Najbardziej wrażliwym na wszelkie zachodzące zmiany i turbulencje są organizacje ochrony zdrowia (szpitale publiczne). Budowanie strategii takiej organizacji wymaga nie tylko uwzględnienia prognoz demograficznych, ale również polityki zdrowotnej państwa. Polityka ta wywiera znaczący wpływ na ilość i jakość świadczonych usług. Bazą odniesienia są nie tylko dobra materialne (np. nowoczesna aparatura i sprzęt medyczny), ale również zaangażowanie w cały proces pracowników stanowiących najważniejszy zasób każdej organizacji świadczącej usługi zdrowotne. Wiedza będąca w posiadaniu średniego i wyższego personelu medycznego, tworząc wartość niematerialną organizacji pozwala na planowanie, wdrażanie i realizowanie przyjętej strategii. Bez uwzględnienia tego dobra realizacja przyjętej strategii jest praktycznie niemożliwa. Istotna jest więc w tym kontekście samoocena wyższego i średniego personelu medycznego dotycząca stopnia wykorzystania ich wiedzy przez organizację. Teza ta wydaje się oczywista, ale jest niezwykle często niedostrzegana i pomijana przez obecnych decydentów nie tylko na poziomie organizacji, ale również centralnym.

Słowa kluczowe: szpital, kapitał ludzki, wiedza, kapitał intelektualny, polityka zdrowotna, wartość niematerialna

ЛЮДИ ЗНАНЬ В СТРАТЕГІЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Стратегічне управління кожною організацією тісно пов'язане із змінами, що відбуваються в її близькому та далекому оточенні. Вони можуть виникати на регіональному, національному або глобальному рівні як стимулятор або destabilizator прийнятої стратегії. Однак без урахування чинників, що мають прямий чи опосередкований вплив на функціонування організації, неможливо визначити її довгострокові цілі, охарактеризувати можливі напрями розвитку та застосувати методи, що ведуть до досягнення поставленої мети.

Організації охорони здоров'я (державні лікарні) є найбільш чутливими до будь-яких змін і турбулентностей. Побудова стратегії такої організації вимагає не лише

врахування демографічних прогнозів, а й політики охорони здоров'я держави. Ця політика суттєво впливає на кількість та якість наданих послуг. Це стосується не лише матеріальних засобів (наприклад, сучасні медичні апарати та обладнання), а й участь у всьому процесі працівників, які є найважливішим ресурсом будь-якої організації, що надає медичні послуги. Знання, якими володіють медичні працівники середнього та вищої ланки, створюють нематеріальний актив організації, дозволяють планувати, втілювати та реалізувати прийнятну стратегію. Без урахування цього активу якісна реалізація прийнятої стратегії практично неможлива. Саме тому в цьому контексті важливою є самооцінка медичного персоналу старшого та середнього рівня щодо ступеня, в якій організація використовує їх знання. Ця теза видається очевидною, але вона надзвичайно часто ігнорується та не помічається особами, які приймають рішення, не лише на рівні організації, але й на центральному рівні.

Ключові слова: лікарня, людський капітал, знання, інтелектуальний капітал, політика охорони здоров'я, нематеріальний актив

PEOPLE OF KNOWLEDGE IN HEALTH CARE ORGANIZATION STRATEGY

Strategic management of each organization is closely related to changes occurring in its closer and further environment. They can occur at the regional, national or global level as a stimulator or destabilizer of the adopted strategy. However, without taking into account the current factors having a direct or indirect impact on the functioning of the organization, it is impossible to determine its long-term goals, adopt possible directions of development and implement methods that leads to the achievement of the assumed goal.

Healthcare organizations (public hospitals) are the most sensitive to any changes and turbulences that occur. Implementation of the strategy in such organization requires not only taking into account demographic forecasts, but state's health policy as well. This policy has a significant impact on the quantity and quality of the provided services. The reference base is not only material goods (e.g. modern medical apparatus and equipment), but also the involvement in the whole process the employees who are the most important resource of any organization providing health services. Knowledge of senior and middle-level medical staff, creates an intangible asset of an organization, allows planning, implementing and providing the adopted strategy. Without taking this into account, good implementation of the adopted strategy is impossible. Therefore, in this context, the self-assessment of senior and middle-level medical staff regarding the degree of usage their knowledge in the organization is important. This thesis seems obvious, but it is extremely often overlooked and ignored by decision-makers not only at the organization level, but also at the central level.

Keywords: hospital, human capital, knowledge, intellectual capital, health policy, intangible asset

1. Wprowadzenie. Obecne uwarunkowania rynkowe tylko w nieznacznym stopniu pozwalają na przewidywalność zjawisk, jakie mogą wystąpić w bliższym i dalszym otoczeniu organizacji non-profit, zwłaszcza związanych z ochroną zdrowia. Pewnikami są i będą zjawiska demograficzne,

zwłaszcza ta ich część, która związana jest z liczbą osób starszych wymagających opieki medycznej przy wykorzystaniu różnych narzędzi i instrumentów. Nie bez znaczenia jest także pojawienie się wielu tzw. chorób cywilizacyjnych związanych z modelem funkcjonowania osób młodych w systematycznie zmieniającym się otoczeniu. Utrzymująca się tendencja wzrostowa w sektorze opieki zdrowotnej powoduje, że zapotrzebowanie na usługi świadczone przez firmy tego sektora rośnie szybciej niż populacja¹. Wymienione uwarunkowania mają i będą miały znaczący wpływ na funkcjonowanie organizacji ochrony zdrowia. Budowanie strategii na poziomie pojedynczej jednostki, uzależnione jest od wysokości środków finansowych, jakie są w stanie wynegocjować od głównego ich beneficjenta tj. Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w ramach kontraktów. Wysokość tych środków ciągle pozostaje niedostateczna, a brak pomysłu na politykę zdrowotną w skali kraju powoduje, że strategia jest wielką niewiadomą uzależnioną od całego łańcucha zależności polityczno-gospodarczych. Istotną rolę w tym aspekcie odgrywają ludzie wiedzy tj. średni i wyższy personel medyczny. Bez uwzględnienia wielkości i udziału tego kapitału planowanie strategii na poziomie centralnym i organizacji jest praktycznie niemożliwe.

W Polsce na poziomie województwa za regionalną politykę zdrowotną, a dokładnie za strategię jej rozwoju, odpowiedzialny jest wojewoda jako organ administracji rządowej. Regulowanie i kształtowanie systemu oraz 95% środków publicznych znajduje się pod kontrolą tej administracji. Natomiast na poziomie lokalnym ochrona zdrowia należąca do zadań własnych samorządu terytorialnego w chwili obecnej stała się polityczno – prawną fikcją. Wynika to z organizacji systemu ochrony zdrowia, w której organizator opieki zdrowotnej finansowo uzależniony jest od beneficjenta środków publicznych tj. Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Fundusz ten będąc kontrahentem/zamawiającym świadczenia medyczne nie uwzględnia regionalnej

¹ P.F. Drucker, *Management Challenges for the 21st Century*, MT Biznes, Warszawa 2009, s. 63

ani lokalnej polityki zdrowotnej. Występuje więc brak korelacji pomiędzy planowaniem strategicznym na poziomie centralnym i lokalnym. Efektem tego podziału jest występujący obecnie w Polsce model ochrony zdrowia niespotykany na świecie, a więc scentralizowane finanse i zdecentralizowana odpowiedzialność². Nakładający się na to deficyt kadr medycznych, zwłaszcza średniego personelu medycznego oraz rozporządzenie³ zmieniające wskaźnik ich zatrudnienia w stosunku do liczby łóżek szpitalnych, nie uwzględniający wymagań pojedynczej organizacji, stanowi potwierdzenie tezy o braku możliwości budowy strategii na poziomie organizacji. Istotną rolę w tym aspekcie odgrywają tzw. ludzie wiedzy tj. zatrudniony wyższy i średni personel medyczny. Bez uwzględnienia udziału tego kapitału strategia organizacji/szpitala skazana jest na niepowodzenie.

2. Materiały i metody.

2.1. *Materials.* Dla potrzeb opracowania wykorzystano informacje uzyskane ze szpitala wojewódzkiego usytuowanego w centralnej części Polski, tj. na terenie województwa mazowieckiego. Badany szpital dysponuje 1050 łózkami oraz liczbą zatrudnionych lekarzy wahających się od 425 do 460 osób oraz średniego personelu medycznego wynoszącego ok. 590 osób. Organem założycielskim i nadzorującym jednostki jest organ władzy rządowej tj. wojewoda. W opracowaniu wykorzystano również własne badania ankietowe przeprowadzone na grupie 133 lekarzy i 143 pielęgniarek. Oceniali oni stopień wykorzystania ich wiedzy przez zatrudniającą ich organizację. Badania przeprowadzono w styczniu 2018 roku i porównano je z wcześniej opublikowanymi uwzględniającymi 2011 rok⁴. W opracowaniu *ludźmi wiedzy*

² D. Kuropaś, Fikcja decentralizacji w ochronie Zdrowia, Rynek Zdrowia, 18.01.2019, www.rynekzdrowia.pl

³ Rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, DzU 2018, poz. 2012

⁴ H. Lewandowska, *Wiedza jako zasób organizacji non-profit*, „Ekonomika i Organizacja, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle”, ORGMASZ Warszawa 8/2011, s.52-59

określono wyższy i średni personel medyczny, natomiast określenie *kapitał intelektualny* odnosi się zarówno do wiedzy, jak i zdolności społecznych⁵.

2.2.Methods. Metodami zastosowanymi do analizy danych udostępnionych przez badaną organizację (szpital) oraz własnych badań ankietowych były ogólnie stosowane metody ilościowe. Kwerenda aktów prawnych i dostępnej literatury przedmiotu oraz udostępnionych dokumentów pozwoliły na sformułowanie hipotezy orzekającej, iż: **polityka zdrowotna państwa ma wpływ na podejmowane przez organizację działania strategiczne oraz że stopień wykorzystania wiedzy zatrudnionych pracowników wywiera istotny wpływ na strategię szpitala.**

3. Obraz polskiego systemu ochrony zdrowia. Polski system ochrony zdrowia, analogicznie jak w innych krajach, należących do tzw. bloku wschodniego, po II wojnie światowej funkcjonował w oparciu o tzw. model Siemaszki tj. powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z tym modelem państwo zmonopolizowało wszystkie obszary związane z ochroną zdrowia. Należały do nich: metody finansowania, struktura i rozmieszczenie zakładów leczniczych oraz ich wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, obsada etatowa oraz planowanie liczby kształconego personelu medycznego. Ustalany centralnie plan finansowania świadczeń zdrowotnych corocznie powiększano o wielkość stanowiącą procent wykorzystanych środków w roku poprzednim. Skutkowało to irracjonalnymi decyzjami dyrektorów zakładów opieki zdrowotnej przejawiającymi się w niekontrolowanych zakupach, niskiej efektywności i jakości świadczonych usług oraz ograniczonego dostępu do usług wysokospecjalistycznych. Sytuacja ta uległa zmianie w wyniku reform, jakie przeprowadzono w 1991, 1999 i 2003 roku. Pierwsze z nich pozwalały na przekształcenie zakładów opieki zdrowotnej w zakłady publiczne, druga wprowadzała elementy rynkowe do systemu ochrony zdrowia powołując do

⁵ J. Nahapiet, S. Ghoshal, Social Capital, *Intellectual Capital and The Organizational Advantage*, "Academy of Management Review", 1998 23(2), s. 245

życia tzw. Kasy Chorych. Obszar ich obszar działania pokrywał się z regionalnym podziałem Polski. Oznaczało to 16 kas oraz jedną kasę regionalną obsługującą tzw. służby mundurowe. Kasy Chorych zakończyły swoje funkcjonowanie w 2003 roku, w którym utworzono tzw. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) doprowadzając ponownie do centralnego planowania usług zdrowotnych. Występujące jednak od lat niedofinansowanie ochrony zdrowia powoduje, że w chwili obecnej daje się odczuć brak kadry medycznej, koordynacji na poziomie szpitali, informatyzacji i sensownego planu strategicznego uzdrawiającego polski system opieki zdrowotnej⁶.

4. Wiedza w budowaniu strategii organizacji. Zarządzanie strategiczne związane z alokacją zasobów organizacji w założeniu ma wspomagać jej rozwój i przetrwanie. Charakteryzuje się jednak wysoką niepewnością odnosząca się do wyników planowania oraz brak wzorca pozwalającego na opracowanie najlepszej strategii⁷. Coraz częściej istotną rolę w turbulentnym otoczeniu zaczynają odgrywać te firmy, które potrafią „czerpać wartość dodaną z wiedzy, a nie z siły ludzkich mięśni”⁸.

Wiedza jako wartość niematerialna dla wielu organizacji stanowi jeden z najważniejszych fundamentów jej funkcjonowania i przetrwania w niestabilnym otoczeniu (uczelnie, szpitale etc). Stanowi również podstawę budowy strategii i zarządzania strategicznego. Pojawiające się w tym kontekście zaufanie otoczenia do organizacji ma wpływ na podtrzymanie jej wzrostu i podniesienie poziomu produktywności⁹.

Przyjęcie założeń strategii w wyniku uaktualniania się informacji zewnętrznych i wewnętrznych wymaga od organizacji zastosowania tzw. podwójnej pętli¹⁰, która dzieli wiedzę na strategiczną i operacyjną. Dla

⁶ <https://www.termedia.pl/mz/Polska,27.01.2019>

⁷ W. Nasierowski, *Formułowanie strategii przedsiębiorstwa*. Klasyka, Difin Warszawa 2018, s. 13

⁸ Ch. Handy, *Wiek przewycięzonego rozumu*, Business Press, Warszawa 1998, s. 50

⁹ P.F. Drucker, *Spółczesność prokapitalistyczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999, s. 33

¹⁰ M. Kotarba, W. Kotarba, *Model zarządzania wiedzą* [w:] *Ekonomika i organizacja przedsiębiorstw*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemśle „ORGMASZ”, sierpień 2003, nr 8 (643), s.17

procesów znaczenie ma wiedza podstawowa, czyli elementarny jej poziom niezbędny do codziennej działalności oraz wiedza zaawansowana i innowacyjna pozwalająca na konkurowanie z organizacjami o takim samym profilu działalności. Niezwykle ważna jest wiedza nie tylko pozyskiwana na bieżąco, ale wiedza już istniejąca (uświadomiona i nie uświadomiona) oraz wiedza indywidualna¹¹ przejawiająca się w kompetencjach pracowników. W każdej organizacji istnienie kapitału ludzkiego związane jest m.in. z kapitałem organizacyjnym (infrastruktura i zarządzanie), kapitałem rynkowym (relacje z klientami i dostawcami, wizerunek organizacji) oraz kapitałem innowacyjnym (procesy i technologie).

Kompetencje pracowników należące do kapitału intelektualnego organizacji stanowią o jej znaczeniu i potędze (np. szpitale, uczelnie wyższe). Kapitał ten stanowiąc sumę czynników odnoszących się do wiedzy stanowi fundusz niematerialny organizacji, który generuje strumień przyszłych korzyści¹². W organizacjach opartych na wiedzy przekształca tę wiedzę w wymierne wyniki finansowe, a wiedza i umiejętności zawodowe pracowników budują nie tylko strategię organizacji, ale przynoszą jej również przewagę konkurencyjną¹³. Stanowią one ukryte aktywa organizacji, które nie są uwzględniane w sprawozdaniach, ale które mają istotne znaczenie w zarządzaniu strategicznym¹⁴. Literatura przedmiotu wyróżniając specjalizacje pracowników wiedzy¹⁵ uwzględnia również tzw. najmitów, czyli osoby, którym można przypisać takie atrybuty jak: osobisty kapitał intelektualny i kapitał społeczny, udokumentowane kwalifikacje i osiągnięcia oraz niezależność¹⁶.

¹¹ C.K. Prahalad, G. Hamel, *The Core Competences of the Corporation*, „Harvard Business Review”, 1990, t. 68, nr 3

¹² D. Dobija, *Pomiar i sprawozdawczość kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa*, WSPiZ, Warszawa 2003, s. 11

¹³ L. Edvinsson, M.S. Malone, *Kapitał intelektualny*, WN PWN Warszawa 2001, s. 40

¹⁴ A. Sokołowska, *Zarządzanie kapitałem intelektualnym w małym przedsiębiorstwie*, PWE Warszawa 2005, s. 51

¹⁵ S. Kasiewicz, M. Kicińska, W. Rogowski, *Kapitał intelektualny. Spojrzenie z perspektywy interesariuszy*, Oficyna ekonomiczna, Kraków 2006

¹⁶ A.K. Koźmiński, *Zarządzanie w warunkach niepewności*, WN PWN Warszawa 2004, s. 78

Pracownicy tacy będąc specjalistami w danej dziedzinie nie są uznawani za podwładnych, ale współpracowników¹⁷. Posiadając środki produkcji w postaci informacji i wiedzy są osobami mobilnymi pozostającymi w symbiotycznej relacji z organizacją, która potrzebuje ich usług w takim samym stopniu, jako oni potrzebują organizacji do ich świadczenia. Wykazując się dodatkowo znacznym oportunizmem i brakiem przywiązania do miejsca pracy powodują, że występuje wysoki stopień zależności organizacji od ich decyzji¹⁸.

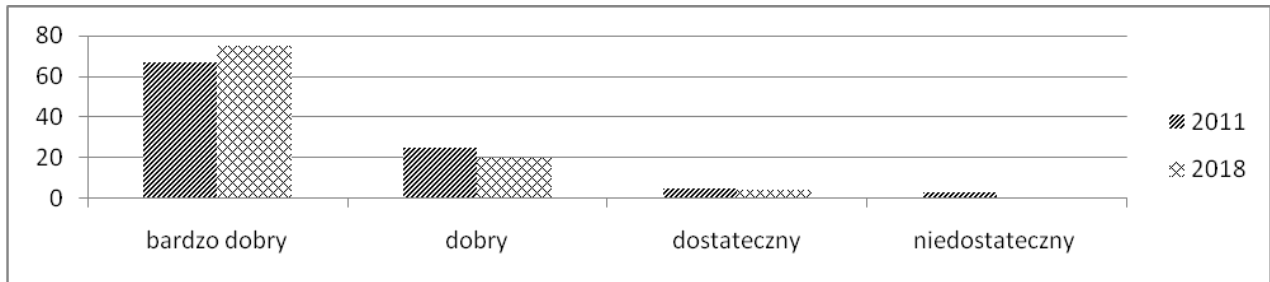
Wykorzystując zasoby w postaci wiedzy i umiejętności osób zatrudnionych organizacja może budować swoją strategię opierając się na myśleniu systemowym. Postrzega ono organizację jako całość złożoną ze współzależnych ze sobą elementów, z których każdy może wchodzić w interakcje z otoczeniem. W analogiczny sposób należy traktować ludzi wiedzy tj. wyższy i średni personel medyczny (lekarze i pielęgniarki) uwzględniając ich konformizm.

5. Stopień wykorzystania ludzi wiedzy w budowaniu strategii organizacji (szpitala). Case study. W organizacjach ochrony zdrowia stanowiących jeden z najlepszych przykładów budowania strategii w oparciu o ludzi wiedzy, wciąż nie rozwiązany problem pozostaje wykorzystanie tej wiedzy ze względu na rozwiązania systemowe przyjęte przez politykę zdrowotną na poziomie kraju. Przekłada się ona bezpośrednio na strategię, którą może budować pojedyncza organizacja. Zasadnicze znaczenie dla organizacji mają ludzie wiedzy (średni i wyższy personel medyczny) oraz wykorzystanie tej wiedzy. Ważna w tym aspekcie jest informacja (samoocena) pochodząca od zatrudnionych pracowników o stopniu wykorzystania tej wiedzy. Informacja ta pozwala na podejmowanie działań i decyzji odnoszących się do przyszłości/strategii całej organizacji¹⁹.

¹⁷ P.F. Drucker, *Zarządzanie XXI wieku*, Muza Warszawa 2000, s. 19

¹⁸ P.F. Drucker, *The New Society of Organizations*, "Harvard Business Review", September-October, 1992, s.100

¹⁹ Sh. Fletcher, *Competence-Based Assessment Techniques*, Kogan Page, London 2001

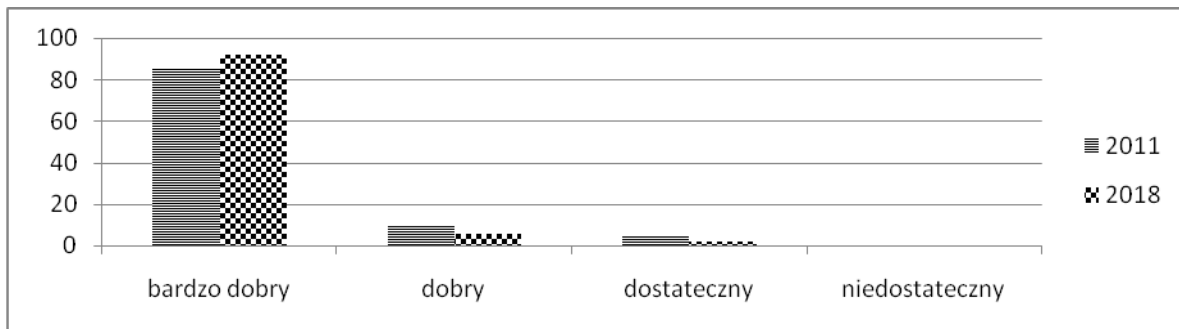


Wykres 1. Stopień wykorzystania wiedzy wyższego personelu medycznego

Zródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w 2011 i w 2018 roku

W badanym szpitalu wyższy personel medyczny (lekarze) stopień wykorzystania ich wiedzy ocenili ogólnie jako bardzo dobry. W 2018 roku oznacza to wzrost o 8 pkt. procentowych w stosunku do 2011 roku (67%). Dobry stopień wykorzystania wiedzy w 2018 roku lekarze ocenili na 20% (w 2011 roku było to 25%), na dostateczny 4% (w 2011 roku – 5%), a na niedostateczny 1% respondentów (w 2011 roku – 3%). Wyniki te wskazują na przesunięcie się (wzrost) granicy wykorzystania wiedzy zatrudnionych lekarzy przez badany szpital. Jedną z przyczyn doceniających lekarzy w badanym szpitalu jest znaczący wzrost wyposażenia placówki w aparaturę i sprzęt medyczny oraz konieczność dostosowania się do wymogów związanych z wprowadzeniem nowych procedur medycznych.

Analogiczną sytuację, jak w przypadku lekarzy, odnotowano w grupie średniego personelu medycznego tj. pielęgniarek. Można zauważyć znaczący wzrost wykorzystania wiedzy tej grupy zawodowej ze względu na ich ciągły niedostatek. W Polsce rocznie ok. 5 tys. pielęgniarek kończy studia, jednak tylko ok. 3 tys. podejmuje pracę w zawodzie, zwłaszcza w publicznych podmiotach ochrony zdrowia – szpitalach.



Wykres 2. Stopień wykorzystania wiedzy średniego personelu medycznego

Zródło: opracowanie własne na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w 2011 i w 2018 roku

Średni personel medyczny (pielęgniarki) stopień wykorzystania swojej wiedzy ocenili jako bardzo dobry (92%), jako dobry 6% i jako dostateczny 2%. W 2011 roku było to odpowiednio 85%, 10%, 5%, a jako niedostateczne jej wykorzystanie oceniło tylko 1% respondentów. Podobnie, jak w przypadku lekarzy, można również zaobserwować wzrost wykorzystania wiedzy tej grupy zawodowej.

Na zwiększony stopień wykorzystania wiedzy zatrudnionych pracowników w 2018 roku w stosunku do 2011 roku wpływ ma m.in. Rozporządzenie Ministra Zdrowia (DzU 2017, poz. 1473) wprowadzające zawód sekretarki medycznej. Zgodnie z zawartymi w nim zapisami może to być osoba posiadająca wykształcenie średnie realizująca zadania zlecone przez lekarza związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej. Odciążenie lekarzy i pielęgniarki od czynności administracyjnych jest pożądanym działaniem przynoszącym efekty w postaci zwiększonej możliwości wykorzystania posiadanej wiedzy i umiejętności.

Wszyscy respondenci w 2018 roku zwrócili również uwagę na występującą zbieżność między wiedzą przez nich pozyskiwaną (kursy i szkolenia), a możliwościami jej wykorzystania. Niewielkie ograniczenia w tym zakresie miały zazwyczaj charakter organizacyjny i związane były z

występującymi przypadkami losowymi np. absencją, które nie pozwoliły na dopasowanie/wykorzystanie posiadanej i zdobytej wiedzy do zakresu wykonywanych czynności.

Resume. Kapitał ludzki w organizacji ma charakter indywidualny. Każda więc organizacja buduje swoją strategię w oparciu o posiadane zasoby niematerialne i materialne, uwzględniając niestabilną politykę zdrowotną/wytyczne Ministerstwa Zdrowia. Cechą charakterystyczną tej polityki jest brak strategii, a właściwie jej przyjęcie na okres krótkookresowy/operacyjny. Efektem jest brak możliwości budowy strategii na poziomie organizacji/szpitala. Stanowi to potwierdzenie tezy o wpływie polityki państwa na podejmowane przez organizacje działania strategiczne. Negatywnie należy również ocenić niepełne wykorzystanie wiedzy zatrudnionego wyższego i średniego personelu medycznego, jako warunku sine qua non strategii organizacji świadczących usługi medyczne.

Bibliographia

1. Dobija D., (2003) *Pomiar i sprawozdawczość kapitału intelektualnego przedsiębiorstwa*, WSPiZ, Warszawa.
2. Drucker P.F. (2009), *Management Challenges for the 21st Century*, MT Biznes, Warszawa.
3. Drucker P.F.(1999), *Spółeczeństwo prokapitalistyczne*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
4. Drucker P.F., (2000) *Zarządzanie XXI wieku*, Muza Warszawa.
5. Drucker P.F., (1992) *The New Society of Organizations*, “ Harvard Business Review”, September-October.
6. Edvinsson L., Malone M.S., (2001) *Kapitał intelektualny*, WN PWN Warszawa.
7. Fletcher Sh., (2001) *Competence-Based Assessment Techniques*, Kogan Page, London 2001.

8. Handy Ch., *Wiek przewycięzonego rozumu*, Business Press, Warszawa.
9. Kasiewicz S., Kicińska M., Rogowski W., (2006) *Kapitał intelektualny. Spojrzenie z perspektywy interesariuszy*, Oficyna ekonomiczna, Kraków.
10. Kotarba M., Kotarba W., (2003) *Model zarządzania wiedzą* [w:] *Ekonomika i organizacja przedsiębiorstw*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle „ORGMAZ”, nr 8 (643).
11. Koźmiński A.K., (2004), *Zrządzanie w warunkach niepewności*, WN PWN Warszawa.
12. Lewandowska H. (2011), *Wiedza jako zasób organizacji non-profit*, [w:] „*Ekonomika i Organizacja*, Instytut Organizacji i Zarządzania w Przemysle”, ORGMAZ Warszawa 8/2011.
13. Nahapiet J., Ghoshal S., Social Capital, (1998) *Intellectual Capital and The Organizational Advantage*, “*Academy of Management Review*”, 23(2).
14. Nasierowski W. (2018), *Formułowanie strategii przedsiębiorstwa*. Klasyka, Difin Warszawa 2018.
15. Prahalad C.K., Hamel G., (1990) *The Core Competences of the Corporation*, „*Harvard Business Review*”, t. 68, nr 3
16. Sokołowska A., (2005) *Zarządzanie kapitałem intelektualnym w małym przedsiębiorstwie*, PWE Warszawa.