

Mgr Izabela Marciniak

Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu

e-mail: izabela.marciniak@szoz.pl

Profil kultury organizacyjnej jako wyzwanie zarządcze w podmiocie leczniczym

Organizational culture profile as a management challenge in a healthcare unit

Streszczenie

Celem artykułu jest diagnoza profilu kultury organizacyjnej w podmiocie leczniczym na podstawie opinii pracowników oraz identyfikacja rozbieżności pomiędzy kulturą obecną a kulturą pożądaną. Badania przeprowadzono metodą ilościową z wykorzystaniem kwestionariusza OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument) opartego na modelu wartości konkurujących Camerona i Quinna. W badaniu wzięła udział pełna populacja 233 pracowników szpitala, obejmująca personel medyczny i niemedyczny. Wyniki wskazują na dominację kultury hierarchii oraz wyraźne oczekiwania pracowników dotyczące wzmocnienia elementów kultury klanu i adhokracji. Uzyskane rezultaty mają charakter diagnostyczny i opisowy oraz pozwalają wskazać potencjalne wyzwania zarządcze związane z dostosowaniem kultury organizacyjnej do oczekiwań pracowników i współczesnych uwarunkowań funkcjonowania podmiotów leczniczych.

Słowa kluczowe

kultura organizacyjna, OCAI, marketing relacji, satysfakcja pacjenta, organizacje ochrony zdrowia

Abstract

The aim of the paper is to diagnose the organizational culture profile in a healthcare institution based on employees' opinions and to identify discrepancies between the current and the preferred culture. The study was conducted using a quantitative method with the Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) based on Cameron and Quinn's Competing Values Framework. The survey included the full population of 233 hospital employees, representing both clinical and non-clinical staff. The results indicate the dominance of a hierarchical culture and significant expectations regarding the strengthening of clan and adhocracy culture characteristics. The findings are descriptive and diagnostic in nature and allow for the identification of potential managerial challenges related to aligning organizational culture with employees' expectations and the contemporary conditions of healthcare organizations.

Keywords

organizational culture, OCAI, relationship marketing, patient satisfaction, healthcare organizations

JEL: M14, M31, I18

Wstęp

Współczesne organizacje ochrony zdrowia funkcjonują w warunkach dynamicznych przemian społecznych, technologicznych i ekonomicznych, związanych zarówno z rosnącą konkurencją na rynku usług medycznych, jak i ze wzrostem oczekiwań pacjentów traktujących opiekę medyczną jako wyspecjalizowaną usługę, której jakoś podlega rynkowej ocenie i porównaniu. W obszarze zarządzania publicznymi i niepublicznymi podmiotami leczniczymi narastają wyzwania dotyczące efektywności

organizacyjnej, racjonalizacji kosztów, budowania przewagi konkurencyjnej oraz zapewnienia satysfakcji pacjentów rozumianych jako kluczowi interesariusze procesu usługowego. Odpowiedzią na te wyzwania staje się coraz bardziej kompleksowe ujęcie organizacji ochrony zdrowia jako systemu społeczno-usługowego, którego skuteczność jest w znacznym stopniu determinowana przez kulturę organizacyjną.

Kultura organizacyjna, określana jako zbiór podzielanych wartości, norm, wzorców działania i artefaktów kształtujących zachowania członków organizacji, ma istotne znaczenie dla funkcjonowania

podmiotów medycznych, w których praca zespołowa, komunikacja wewnętrzna, zaufanie i poczucie misji zawodowej są kluczowymi determinantami skuteczności zarządczej. Badania potwierdzają, że typ kultury organizacyjnej wpływa zarówno na efektywność funkcjonowania organizacji, jak i na jakość świadczonych usług zdrowotnych oraz poziom satysfakcji zarówno pracowników, jak i pacjentów (Cameron & Quinn, 2015; Schein, 2017). W tym kontekście kultura organizacyjna staje się nie tylko wewnętrznym zasobem organizacji, lecz także czynnikiem marketingowym wpływającym na jej pozycjonowanie i wizerunek rynkowy.

Celem niniejszego opracowania jest diagnoza profilu kultury organizacyjnej w wybranym podmiocie leczniczym na podstawie opinii pracowników oraz identyfikacja rozbieżności pomiędzy kulturą postrzeganą a kulturą pożądaną. Analiza ta ma charakter opisowy i diagnostyczny, a jej zadaniem jest wskazanie obszarów potencjalnych wyzwań zarządczych w kontekście funkcjonowania współczesnych organizacji ochrony zdrowia, interpretowanych w świetle literatury przedmiotu.

Kontekst marketingowy zarządzania organizacjami ochrony zdrowia

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że współczesny sektor ochrony zdrowia podlega procesom rynkowym charakterystycznym dla organizacji usługowych, w których podstawowym mechanizmem budowania przewagi konkurencyjnej jest jakość relacji z pacjentem, rozumianym jako klient usług zdrowotnych (Kotler, Shalowitz & Stevens, 2020). Rosnąca transparentność informacji, rozwój prywatnych usług medycznych oraz upowszechnienie komercyjnych modeli finansowania ochrony zdrowia powodują, że podmioty medyczne zmuszone są do wdrażania rozwiązań marketingowych, w tym zarządzania doświadczeniem pacjenta (*patient experience management*), zarządzania jakością usług i kształtowania wizerunku marki organizacji medycznej.

W tym ujęciu skuteczność podmiotów leczniczych zależy nie tylko od zasobów technicznych i klinicznych, ale również od zdolności do budowania kultury organizacyjnej sprzyjającej współpracy interdyscyplinarnej, innowacyjności oraz zaangażowaniu pracowników, bez których niemożliwe jest świadczenie usług o wysokiej wartości dla pacjenta (Małys & Deszczyński, 2020). Marketing relacji (*relationship marketing*) w sektorze ochrony zdrowia koncentruje się na budowaniu zaufania i lojalności, a zatem wartości będących integralną częścią kultury organizacyjnej, które warunkują jakość interakcji między pracownikami oraz między personelem a pacjentami.

Badania prowadzone na świecie wskazują, że kultura organizacyjna stanowi istotny czynnik warunkujący satysfakcję pacjentów, rotację pracowników, poziom wypalenia zawodowego oraz zdolność organizacji do zapewnienia ciągłości i bezpieczeństwa procesów klinicznych (Saeed i in., 2022; Nembhard & Edmondson, 2006). Podmioty medyczne o kulturze sprzyjającej współpracy i komunikacji osiągają wyższy poziom efektywności operacyjnej oraz wyższe wskaźniki wyników jakościowych, co przekłada się na ich pozycję rynkową.

Kultura organizacyjna – ujęcie teoretyczne i modele

Pojęcie kultury organizacyjnej jest wywodzone z szerszej rozumianego pojęcia kultury, rozumianej jako „zaprogramowanie umysłu” nabywane w toku socjalizacji i uczenia się społecznego (Hofstede, Hofstede & Minkov, 2011). Kultura nie jest więc cechą jednostki, lecz zjawiskiem społecznym, stanowiącym zbiór niepisanych reguł gry, które określają, jakie sposoby myślenia, odczuwania i zachowania są w danej zbiorowości aprobowane, a jakie podlegają dezaprobowaniu. Na tym tle kultura organizacyjna jest specyficzną formą kultury, odnoszącą się do danego podmiotu – np. szpitala – i współtworzoną przez jego członków.

W literaturze podkreśla się, że kultura organizacyjna obejmuje zarówno widoczne przejawy działania (np. rytuały, symbole, sposoby komunikacji), jak i głębsze, często nieuświadomiane założenia dotyczące natury organizacji, roli człowieka w pracy czy relacji z otoczeniem (Schein, 1985). Z punktu widzenia zarządzania oznacza to, że kultura organizacyjna stanowi ważny filtr interpretacyjny: wpływa na sposób definiowania problemów, dobór rozwiązań, a w konsekwencji – na skuteczność i efektywność podejmowanych działań.

Jednocześnie w badaniach nad kulturą organizacyjną przyjmuje się, że nie istnieje jedna uniwersalna, „optymalna” kultura. Można natomiast wyróżniać typowe konfiguracje wartości i wzorców działania, które w różnym stopniu sprzyjają realizacji określonych celów strategicznych. W tym kontekście ważną rolę odgrywają modele typologiczne, takie jak model trzech poziomów kultury organizacyjnej Scheina, model wymiarów kultury narodowej Hofstede’a oraz model wartości konkurujących Camerona i Quinna (Hofstede i in., 2011; Schein, 1985; Cameron & Quinn, 2015).

Jednym z najczęściej cytowanych modeli jest koncepcja Scheina, wyróżniająca trzy poziomy kultury organizacyjnej: artefakty, normy i wartości oraz podstawowe założenia (Schein, 1985). Artefakty obejmują najbardziej widoczne przejawy kultury, takie jak język, symbole, procedury czy systemy

nagród. Na głębszym poziomie znajdują się normy i wartości, wykorzystywane przez członków organizacji do oceny zachowań i wyboru preferowanych sposobów działania. Najgłębszy poziom tworzą podstawowe założenia – utrwalone, często nieuświadomiane przekonania dotyczące m.in. natury człowieka, relacji z otoczeniem czy sposobu sprawowania władzy (Willis i in., 2016).

Model Scheina ma szczególne znaczenie w ochronie zdrowia, gdzie nakładają się na siebie co najmniej trzy rodzaje kultur: ogólna kultura organizacyjna szpitala, kultury profesjonalne poszczególnych grup zawodowych (np. lekarzy, pielęgniarek, personelu administracyjnego) oraz kultura systemu ochrony zdrowia jako całości. Napięcia między tymi kulturami mogą generować konflikty, utrudniać współpracę i osłabiać skuteczność procesów zarządczych (Koźmiński, Jemielniak & Latusek, 2009). Z perspektywy zarządzania publicznymi i niepublicznymi podmiotami leczniczymi kluczowe jest więc rozpoznanie, jakie podstawowe założenia dominują w organizacji – np. czy przeważa orientacja na procedury i kontrolę, czy raczej na zaufanie i współodpowiedzialność – ponieważ w sposób pośredni przekłada się to na zachowania wobec pacjentów i jakość świadczonych usług.

Model Hofstede'a, opisujący różnice między kulturami narodowymi za pomocą wymiarów, takich jak m.in. dystans władzy, indywidualizm–kolektywizm, unikanie niepewności czy męskość–kobiecość, bywa wykorzystywany jako tło interpretacyjne także w analizach kultur organizacyjnych (Hofstede i in., 2011). W sektorze ochrony zdrowia ma to szczególne znaczenie w kontekście:

- funkcjonowania zespołów wielodyscyplinarnych,
- sposobu rozumienia autorytetu lekarza i menedżera,
- nastawienia do formalizacji i procedur klinicznych,
- otwartości na zgłaszanie błędów i uczenie się organizacyjne.

Wysoki dystans władzy sprzyja kulturze podporządkowania i hierarchii, co może być korzystne z punktu widzenia koordynacji procesów klinicznych, ale równocześnie ograniczać zgłaszanie problemów i inicjatyw oddolnych. Z kolei wysokie unikanie niepewności może prowadzić do nadmiernej biurokratyzacji i rozbudowy procedur, które nie zawsze przekładają się na faktyczne zwiększenie bezpieczeństwa pacjenta. Analiza wymiarów kulturowych pozwala więc lepiej zrozumieć, dlaczego określone narzędzia zarządzania (np. standardy jakości, systemy raportowania zdarzeń niepożądanych) są w jednych organizacjach łatwiej akceptowane niż w innych.

Szczególne znaczenie w badaniach nad kulturą organizacyjną podmiotów medycznych ma model

wartości konkurujących (*Competing Values Framework*) oraz oparty na nim kwestionariusz Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI) (Cameron & Quinn, 2015). Model ten porządkuje kultury organizacyjne w przestrzeni wyznaczonej przez dwa wymiary, którymi są: orientacja wewnętrzna vs zewnętrzna oraz elastyczność vs stabilność i kontrola. Na ich przecięciu powstają cztery podstawowe typy kultur (Cameron & Quinn, 2015):

- kultura klanu – organizacja postrzegana jako „wielka rodzina”, nacisk na współpracę, zaangażowanie, rozwój pracowników i relacje; sukces mierzy się przede wszystkim satysfakcją interesariuszy i spójnością zespołu;
- kultura adhokracji – dominacja innowacyjności, przedsiębiorczości i gotowości do podejmowania ryzyka; organizacja koncentruje się na poszukiwaniu nowych rozwiązań i wykorzystaniu szans w otoczeniu;
- kultura rynku – nacisk na wyniki, konkurencję i realizację celów ilościowych; sukces definiowany jest poprzez udział w rynku, rentowność i realizację założeń strategicznych;
- kultura hierarchii – wysoce sformalizowane środowisko pracy oparte na procedurach, regulaminach i jasno określonych strukturach; sukces jest utożsamiany ze stabilnością, przewidywalnością i kontrolą kosztów.

Zaletą modelu wartości konkurujących jest możliwość kwantyfikacji profilu kultury organizacyjnej oraz wskazania zarówno stanu obecnego, jak i pożądanego z perspektywy pracowników. Dzięki temu może on stanowić praktyczne narzędzie wspierające procesy zmian organizacyjnych w szpitalach i innych podmiotach ochrony zdrowia.

Modele kultury organizacyjnej w badaniach organizacji ochrony zdrowia

W literaturze poświęconej zarządzaniu w ochronie zdrowia podkreśla się, że kultura organizacyjna ma zasadnicze znaczenie dla jakości i efektywności procesów klinicznych oraz dla postaw pracowników wobec pacjentów (Willis i in., 2016; Dubas, 2011). W warunkach silnej presji ekonomicznej, narzucania limitów finansowania świadczeń i rozbudowy wymogów sprawozdawczych organizacje ochrony zdrowia wykazują tendencję do kształtowania kultur zbliżonych do kultury hierarchii – silnie sformalizowanych, zorientowanych na kontrolę i zgodność z regulacjami (Wiśniewska, 2021).

Z perspektywy pacjenta jako odbiorcy i jednocześnie współtwórcy procesu usługowego nadmierna dominacja kultury hierarchii może jednak osłabiać elementy kluczowe w marketingu usług zdrowotnych, takie jak empatia, partnerska komunikacja czy elastyczne reagowanie na potrzeby jednostkowe.

Pożądane z punktu widzenia jakości opieki zdrowotnej są raczej cechy kultury bliższej kulturze klanu, sprzyjającej współpracy, dzieleniu się wiedzą oraz wspólnemu rozwiązywaniu problemów klinicznych.

Model wartości konkurujących jest w tym kontekście szeroko wykorzystywany jako narzędzie diagnozy kultur organizacyjnych jednostek ochrony zdrowia. Pozwala nie tylko określić dominujący typ kultury (np. czy przeważają cechy kultury hierarchii czy klanu), lecz także wskazać rozbieżności między kulturą postrzeganą a kulturą pożądaną przez pracowników z różnych grup zawodowych, np. przez lekarzy, pielęgniarki, personel administracyjny i pozostały personel medyczny. Takie rozbieżności mogą sygnalizować obszary potencjalnych napięć organizacyjnych, wpływających zarówno na funkcjonowanie zespołów, jak i na jakość doświadczeń pacjentów.

W badaniach prowadzonych w polskich jednostkach ochrony zdrowia model OCAI bywa wykorzystywany do identyfikacji kierunków pożądanych zmian kulturowych, takich jak: wzmocnienie elementów kultury klanu (większy nacisk na współpracę, zespołowość i partycypację pracowników), rozwój kultury adhokracji (otwartość na innowacje kliniczne i organizacyjne) oraz ograniczenie nadmiernej dominacji kultury hierarchii i rynku, zbyt mocno akcentujących formalną kontrolę oraz krótkookresowe wskaźniki efektywności (Wiśniewska, 2021; Cameron & Quinn, 2015).

Z punktu widzenia marketingu usług zdrowotnych przesunięcie akcentów w stronę kultury klanu i adhokracji może sprzyjać:

- rozwojowi orientacji na pacjenta jako kluczowego interesariusza,
- wzmocnieniu marketingu relacji (*patient relationship management*),
- budowaniu pozytywnego wizerunku szpitala jako organizacji uczącej się i innowacyjnej,
- zwiększeniu zaangażowania pracowników w proces kreowania wartości dla pacjentów.

W dalszej części artykułu przedstawiono wyniki badań ilościowych przeprowadzonych w szpitalu z wykorzystaniem kwestionariusza OCAI, które pozwalają określić zarówno obecny, jak i pożądany profil kultury organizacyjnej oraz odnieść go do skuteczności i efektywności zarządzania w analizowanej organizacji ochrony zdrowia.

Metodyka badań

Celem badań było określenie wpływu kultury organizacyjnej na skuteczność i efektywność zarządzania w organizacji ochrony zdrowia. Badania przeprowadzono w formie diagnozy profilu kultury organizacyjnej wśród pracowników szpitala, wykorzystując kwestionariusz OCAI opracowany na

podstawie modelu wartości konkurujących Camerona i Quinna (2015). Kwestionariusz OCAI należy do szeroko stosowanych narzędzi badawczych, pozwalających na identyfikację dominującego typu kultury organizacyjnej oraz określenie kierunków pożądanych zmian z perspektywy respondentów. Narzędzie to zakłada ocenę kultury organizacyjnej w sześciu obszarach funkcjonowania organizacji, do których należą: charakter organizacji, styl przywództwa, zarządzanie pracownikami, spoiwo organizacyjne, kryteria sukcesu oraz nacisk strategiczny. Respondenci dokonują rozkładu punktów w każdym obszarze pomiędzy cztery typy kultur: kulturę klanu, kulturę adhokracji, kulturę rynku oraz kulturę hierarchii, przy czym suma punktów w każdej kategorii musi wynosić 100. Pozwala to na stworzenie profilu kultury organizacyjnej w układzie obecnym (*current culture*) oraz pożądanym (*preferred culture*).

Badania przeprowadzono metodą ilościową z zastosowaniem kwestionariusza audytoryjnego, rozdawanego w wersji papierowej wszystkim pracownikom zatrudnionym w szpitalu. Do badania zakwalifikowano pełną populację 233 osób, obejmującą lekarzy, pielęgniarki, personel ratowniczy, techniczny oraz administracyjny. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy, a respondenci zostali poinformowani o celu i sposobie wykorzystania wyników. Uzyskany materiał badawczy został poddany analizie statystycznej polegającej na obliczeniu średnich wartości ocen dla każdego typu kultury oraz porównaniu profilu kultury obecnej i pożądanej.

Realizacja badań w pełnej populacji umożliwiła wiarygodną diagnozę dominujących wzorców kulturowych i ich zróżnicowania pomiędzy grupami zawodowymi. Zastosowane narzędzie pozwoliło na identyfikację kluczowych obszarów wymagających zmiany z punktu widzenia skuteczności funkcjonowania szpitala oraz jakości świadczonych usług medycznych. Należy podkreślić, że zastosowane narzędzie badawcze umożliwia identyfikację profilu kultury organizacyjnej oraz oczekiwań pracowników, nie pozwala natomiast na bezpośredni pomiar skuteczności zarządzania ani jakości relacji z pacjentami. Uzyskane wyniki stanowią podstawę do analizy rozkładu opinii w badanej jednostce oraz do formułowania wniosków o charakterze interpretacyjnym.

Wyniki badań

Analiza uzyskanych wyników wskazuje, że w badanym szpitalu dominuje kultura hierarchii, charakteryzująca się wysokim stopniem formalizacji, silnym podporządkowaniem strukturze organizacyjnej oraz priorytetem nadawanym kontroli, zgodności z procedurami i przewidywalności procesów.

Kultura hierarchii uzyskała najwyższe średnie wartości we wszystkich sześciu kategoriach kwestionariusza OCAI, co odzwierciedla organizację pracy silnie zorientowaną na zarządzanie proceduralne oraz regulacyjne.

Wysokie natężenie cech kultury hierarchicznej oznacza dominację tradycyjnego, biurokratycznego modelu zarządzania, w którym kluczową rolę odgrywa przestrzeganie ustalonych zasad i hierarchicznych zależności. Charakterystycznymi elementami są formalne kanały komunikacji, ograniczona elastyczność działań, niska autonomia decyzyjna oraz ograniczona przestrzeń dla innowacyjności. Tego typu profil kulturowy jest typowy dla wielu podmiotów ochrony zdrowia zarówno w Polsce, jak i w innych krajach o publicznym modelu systemu opieki zdrowotnej.

Jednocześnie wyraźne różnice zaobserwowano między kulturą obecną a kulturą pożądaną deklarowaną przez pracowników. Analiza wyników wskazuje, że respondenci oczekują istotnego przesunięcia akcentów w kierunku kultury klanu oraz kultury adhokracji. W odniesieniu do kultury klanu pracownicy oczekują zwiększenia nacisku na współpracę, zaufanie, otwartą komunikację, partycypację decyzyjną oraz rozwój kompetencji pracowników. Natomiast oczekiwania dotyczące kultury adhokracji świadczą o potrzebie większej elastyczności, innowacyjności oraz gotowości do poszukiwania nowych rozwiązań organizacyjnych i klinicznych.

Preferencje pracowników wyraźnie wskazują na potrzebę częściowego odejścia od dominującego modelu hierarchicznego na rzecz modelu bardziej sprzyjającego współpracy interdyscyplinarnej i innowacyjności. Wymiar ten ma szczególne znaczenie dla zdolności szpitala do poprawy jakości usług, budowania satysfakcji pacjentów oraz wzmacniania pozycji konkurencyjnej na rynku usług medycznych.

Przedstawione wyniki odzwierciedlają subiektywne oceny pracowników badanej jednostki i pozwalają na określenie dominujących orientacji kulturowych oraz oczekiwań dotyczących pożądanego kierunku zmian kultury organizacyjnej w ramach analizowanego podmiotu leczniczego.

Dyskusja

Uzyskane wyniki wskazują, że dominującym typem kultury organizacyjnej w badanym szpitalu jest kultura hierarchii. W literaturze przedmiotu kultura ta jest opisywana jako sprzyjająca stabilności działania i kontroli ryzyka, co w organizacjach ochrony zdrowia bywa uznawane za istotne z punktu widzenia zapewnienia bezpieczeństwa procesów klinicznych (por. Schein, 2017). Jednocześnie jednak nadmierna dominacja kultury hierarchicznej

jest w literaturze przedmiotu wskazywana jako potencjalnie wiążąca się z ograniczeniem elastyczności decyzyjnej, spowolnieniem procesów komunikacyjnych oraz obniżeniem poziomu zaangażowania i efektywności pracowników (Cameron & Quinn, 2015).

W kontekście marketingu usług zdrowotnych istotne jest to, że kultura organizacyjna stanowi kontekst funkcjonowania personelu medycznego i niemedyceznego, który w literaturze przedmiotu bywa wiązany ze sposobem kształtowania relacji z pacjentami, pełniącymi jednocześnie rolę odbiorców usług i kluczowych interesariuszy. Badania wskazują, że wysoka jakość interakcji między pracownikami a pacjentami, oparta na zaufaniu, empatii, komunikacji i zaangażowaniu, stanowi fundamentalny element doświadczenia pacjenta w procesie świadczenia usług medycznych (Saeed i in., 2022; Nembhard & Edmondson, 2006). Z tego względu w literaturze przedmiotu kultura organizacyjna kształtująca postawy prorelacyjne bywa opisywana jako potencjalny zasób marketingowy organizacji ochrony zdrowia (Markowska-Kabała, 2012).

W badanej organizacji zaobserwowano wyraźną rozbieżność między kulturą obecną a kulturą pożądaną. Pracownicy wskazali na potrzebę wzmocnienia elementów charakterystycznych dla kultury klanu oraz adhokracji, postrzeganych jako sprzyjające zarówno jakości opieki medycznej, jak i poprawie satysfakcji pacjentów. Silniejsza orientacja na kulturę klanu jest w literaturze przedmiotu interpretowana jako sprzyjająca współpracy interdyscyplinarnej, zwiększeniu zaangażowania personelu oraz otwartej komunikacji, a więc elementów niezbędnych w budowaniu pozytywnych doświadczeń pacjentów oraz marketingu relacji. Z kolei rozwój elementów kultury adhokracji jest w badaniach opisywany jako sprzyjający otwartości na innowacje organizacyjne i kliniczne, w tym rozwiązania ukierunkowane na potrzeby pacjentów, co w warunkach rosnącej konkurencji na rynku usług medycznych ma istotne znaczenie w kształtowaniu przewagi rynkowej.

Oczekiwania pracowników mogą być interpretowane jako zbieżne z tendencjami opisywanymi w literaturze przedmiotu, dotyczącymi transformacji kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia z modelu biurokratycznego na model bardziej partycypacyjny i proinnowacyjny. Jest to zgodne z koncepcją marketingu relacji, według której wartość usług zdrowotnych jest tworzona w sposób współdzielony w relacji pacjent–pracownik, a zaufanie i jakość komunikacji determinują postrzeganą jakość usług oraz lojalność pacjentów (Kotler, Shalowitz & Stevens, 2020). Przesunięcie akcentów kulturowych może zatem przyczynić się do poprawy efektywności operacyjnej i jakościowej, jednocześnie podnosząc poziom satysfakcji pacjentów.

Przedstawione wyniki badań mają bezpośrednie konsekwencje dla praktyki zarządzania podmiotami ochrony zdrowia. Po pierwsze, wdrożenie działań ukierunkowanych na redukcję nadmiernej dominacji kultury hierarchii oraz wzmocnienie elementów charakterystycznych dla kultury klanu może sprzyjać poprawie współpracy interdyscyplinarnej, skróceniu ścieżek komunikacyjnych oraz większej autonomii pracowników. Z punktu widzenia pacjenta oznacza to możliwość uzyskania bardziej spójnej i skoordynowanej opieki, co przekłada się na wyższy poziom satysfakcji i lepsze doświadczenia usługowe.

Po drugie, rozwój kultury adhokracji może stanowić impuls do wdrażania innowacji organizacyjnych i klinicznych ukierunkowanych na potrzeby pacjentów. W praktyce może to oznaczać m.in. uproszczenie procedur, wdrażanie nowych technologii komunikacyjnych, narzędzi do zarządzania informacją medyczną oraz rozwiązań wspierających koordynację opieki. Z punktu widzenia marketingu relacji działania te sprzyjają budowaniu wizerunku organizacji otwartej na potrzeby pacjenta i gotowej do adaptacji do zmieniających się warunków rynkowych.

Po trzecie, transformacja kultury organizacyjnej w kierunku większej partycypacji pracowników może przyczynić się do obniżenia rotacji personelu i wzrostu zaangażowania zawodowego, co ma bezpośredni wpływ na jakość relacji z pacjentami. Zaangażowani pracownicy wykazują większą gotowość do współpracy, empatii i komunikacji, a zatem do kształtowania doświadczeń pacjenta o wysokim standardzie.

Po czwarte, rozwój kultury organizacyjnej może wspierać budowę marki podmiotu leczniczego, a więc elementu istotnego z perspektywy konkurencyjności rynkowej. Szpitale o kulturze sprzyjającej

współpracy i innowacyjności mogą budować reputację organizacji bezpiecznej, przyjaznej pacjentom i atrakcyjnej dla pracowników, co przekłada się na przewagę konkurencyjną oraz potencjał rozwoju.

Należy podkreślić, że przeprowadzone badanie miało charakter diagnostyczny i opierało się na subiektywnych ocenach pracowników badanej jednostki. Uzyskane wyniki nie pozwalają na empiryczne potwierdzenie zależności przyczynowo-skutkowych między kulturą organizacyjną a skutecznością zarządzania czy jakością relacji z pacjentami. Ich wartość polega na identyfikacji rozkładu opinii oraz potencjalnych obszarów napięć kulturowych, które mogą stanowić wyzwanie zarządcze w funkcjonowaniu podmiotu leczniczego.

Podsumowanie

Przeprowadzone badania umożliwiły diagnozę profilu kultury organizacyjnej w badanym podmiocie leczniczym oraz identyfikację istotnych rozbieżności pomiędzy kulturą obecną a kulturą pożądaną z perspektywy pracowników. Dominacja kultury hierarchii oraz oczekiwania wzmocnienia elementów kultury klanu i adhokracji wskazują na potencjalne wyzwania zarządcze związane z funkcjonowaniem organizacji ochrony zdrowia w dynamicznym i wymagającym otoczeniu.

Uzyskane wyniki mają charakter opisowy i odnoszą się do jednej jednostki organizacyjnej, w związku z czym nie mogą być bezpośrednio uogólniane na wszystkie podmioty lecznicze. Stanowią one jednak wartościowy materiał diagnostyczny, który może być wykorzystany w procesach zarządzania zmianą oraz stanowić podstawę do dalszych badań nad zależnościami między kulturą organizacyjną, praktykami zarządczymi oraz jakością usług zdrowotnych.

Bibliografia/References

- Cameron, K. S., & Quinn, R. E. (2015). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework* (3rd ed.). Jossey-Bass/Wiley.
- Dubas, K. (2011). Problematyka efektywności w ochronie zdrowia-znaczenie i metody pomiaru. *Problemy Zarządzania*, (3/33), 102–125.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2011). *Cultures and Organizations: Software of the Mind* (3rd ed.). McGraw-Hill.
- Koźmiński, A. K., Jemielniak, D., & Latusek, D. (2009). Współczesne spojrzenie na kulturę organizacji. *E-mentor*, 3(30), 4–14.
- Kotler, P., Shalowitz, J., & Stevens, R. J. (2020). *Strategic Marketing for Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System*. Wiley.
- Malys, Ł., & Deszczyński, B. (2020). Psychological empowerment in healthcare units: An empirical analysis of public hospitals. *Organizacja i Zarządzanie: Kwartalnik Naukowy*, (3), 17–29. <https://doi.org/10.29119/1899-6116.2020.51.2>
- Markowska-Kabała, I. (2012). Efekty komunikacji interpersonalnej w relacji pacjent-personel medyczny. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 13(5, Przekształcenia strukturalne i społeczne w ochronie zdrowia), 251–266.
- Nembhard, I. M., & Edmondson, A. C. (2006). Making it safe: The effects of leader inclusiveness and professional status on psychological safety and improvement efforts in health care teams. *Journal of Organizational Behavior*, 27(7), 941–966. <https://doi.org/10.1002/job.413>
- Saeed, H., Som, H. M., & Mahmood, R. (2022). Leadership styles, organizational culture, and innovation in healthcare: A conceptual framework. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 12(8), 1390–1408. <https://doi.org/10.6007/IJARBS/v12-i8/14551>
- Schein, E. H. (1985). *Organizational Culture and Leadership*. Jossey-Bass.

Schein, E. H. (2017). *Organizational Culture and Leadership* (5th ed.). Wiley.

Willis, C. D., Saul, J., Bevan, H., Scheirer, M. A., Best, A., Greenhalgh, T., ..., & Bitz, J. (2016). Sustaining organizational culture change in health systems. *Journal of Health Organization and Management*, 30(1), 2–30. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2014-0117>

Wiśniewska, M. (2021). *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*. Instytut Naukowo-Wydawniczy „Spatium”.

Mgr Izabela Marciniak

Ekonomista, dyrektor Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu. Pomysłodawczyni i organizatorka konferencji pod hasłem „Wyzwanie Szpital”, dedykowanej menedżerom ochrony zdrowia, tworzącej przestrzeń do wymiany doświadczeń, inspiracji oraz dyskusji o najważniejszych wyzwaniach stojących przed polskimi szpitalami. Prezes Wielkopolskiego Związku Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacja Pracodawców. Wyróżniona godnością Lidera Pracy Organicznej.

Mgr Izabela Marciniak

An economist and director of the Specialist Mother and Child Healthcare Centre in Poznań. She is the initiator and organizer of the “Wyzwanie Szpital” conference, dedicated to healthcare managers and designed as a platform for the exchange of experience, inspiration, and discussion of the most important challenges facing Polish hospitals. She serves as the president of the Greater Poland Association of Healthcare Facilities – Employers’ Organization. She has been awarded the title of Organic Work Leader.



Więcej informacji na stronie
www.pwe.com.pl

NOWOŚĆ

Alojzy Z. Nowak

STRATEGICZNA ZALEŻNOŚĆ GOSPODARCZA. MIT CZY RZECZYWISTOŚĆ?

Tytuł książki *Strategiczna zależność gospodarcza. Mit czy rzeczywistość?* i jej zawartość nie są przypadkowe. Strategiczna zależność gospodarcza to obecnie forma uzależnienia państwa od zagranicznych dostaw lub technologii w obszarach kluczowych dla funkcjonowania gospodarki i bezpieczeństwa narodowego. Obejmuje przede wszystkim surowce krytyczne, półprzewodniki, energię, technologie cyfrowe, farmaceutyki oraz infrastrukturę. Zależność staje się strategiczna wtedy, gdy jej zagrożenie może ograniczyć autonomię gospodarczą lub polityczną państwa i doprowadzać do jego destabilizacji.

Owa strategiczna zależność leży na pograniczu ekonomii, geopolityki, technologii i bezpieczeństwa. Ostatnie globalne kryzysy – pandemia, wojna w Ukrainie, napięcia USA–Chiny – ujawniły podatność zglobalizowanych gospodarek na koncentrację produkcji w kilku kluczowych krajach. Przerwane łańcuchy dostaw, szantaż energetyczny, geopolityczna kontrola nad kluczowymi surowcami i monopol technologiczny pokazały, że wspomniane zależności mogą mieć poważne skutki gospodarcze i polityczne. Dlatego w książce Autor wraca do tematu roli polityki przemysłowej, zagrożenia bezpieczeństwa państw i ich strategicznych działań, także tych podejmowanych w przypadku Polski. Poprzez analizę problemu wskazuje rozwiązania, które w odniesieniu do Polski, ale również Unii Europejskiej mają na celu tworzenie warunków dla większej „odporności gospodarczej”, między innymi poprzez nową dywersyfikację dostaw, rozwój własnych kompetencji technologicznych, politykę przemysłową, a w niej politykę strukturalną. Strategiczna zależność to realny i rosnący globalny problem, nie tylko o charakterze gospodarczym.