

**Akademia WSB**

Dąbrowa Górnicza, Cieszyń, Olkusz, Żywiec, Kraków

**mgr inż. Arkadiusz Trela**

**MODEL KULTURY JAKOŚCI  
PODMIOTÓW LECZNICZYCH W POLSCE**

Praca doktorska napisana pod kierunkiem:  
Dr hab. Grzegorz Głód, prof. UE

Dąbrowa Górnicza 2022



## SPIS TREŚCI

<b>WSTĘP .....</b>	<b>5</b>
<b>ROZDZIAŁ 1. WYMIARY KULTUROWE PODMIOTÓW LECZNICZYCH...</b>	<b>11</b>
1.1. Geneza i pojęcie kultury .....	11
1.2. Istota i pojęcie kultury organizacyjnej .....	14
1.3. Typologie i modele kultury organizacyjnej .....	23
1.4. Kultury wzmacniające kulturę organizacyjną .....	33
1.5. Projakościowa kultura organizacyjna – kultura jakości .....	36
1.5.1. Istota i pojęcie kultury jakości .....	36
1.5.2. Elementy kultury jakości .....	43
1.5.2.1. Wartości organizacyjne .....	44
1.5.2.2. Postawy organizacyjne .....	52
1.5.2.3. Klimat i praktyki organizacyjne .....	56
1.5.3. Cechy i determinanty kultury jakości .....	61
1.5.4. Kształtowanie kultury jakości .....	64
<b>ROZDZIAŁ 2. PRAKTYKI ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ W PODMIOTACH LECZNICZYCH .....</b>	<b>70</b>
2.1. Pojęcie jakości i cechy usług medycznych .....	70
2.2. Istota i rozwój zarządzania jakością .....	78
2.3. Uwarunkowania zewnętrzne zarządzania jakością .....	84
2.3.1. Systemy zarządzania jakością wg ISO 9001 i EN 15224 .....	85
2.3.2. Standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia .....	91
2.3.3. Wybrane systemy wspomagające zarządzanie jakością .....	98
2.3.4. Instrumenty zarządzania jakością .....	101
2.4. Uwarunkowania wewnętrzne zarządzania jakością .....	110
2.4.1. Przywództwo i style kierowania .....	111
2.4.2. Zaangażowanie i motywacja .....	115
2.4.3. Struktura organizacyjna .....	118
2.4.4. Zasoby .....	121
2.4.5. Orientacja na potrzeby klientów – pacjentów .....	124
<b>ROZDZIAŁ 3. DOJRZAŁOŚĆ JAKOŚCIOWA .....</b>	<b>126</b>
3.1. Podstawy teoretyczne. Wymiary i cechy organizacji dojrzałej jakościowo .....	126
3.2. Modele dojrzałości jakościowej .....	130

3.3. Miary dojrzałości jakościowej .....	138
3.3.1. Miary skuteczności .....	140
3.3.2. Miary efektywności .....	145
3.3.3. Miary doskonałości .....	150
<b>ROZDZIAŁ 4. PRZEDMIOT I METODYKA BADAŃ WŁASNYCH.....</b>	<b>157</b>
4.1. Szpital jako podmiot leczniczy i obiekt badań .....	157
4.1.1. Charakterystyka podmiotów leczniczych w Polsce .....	157
4.1.2. Szpital jako obiekt badań .....	161
4.2. Cel, zakres i metodyka badań własnych .....	165
4.2.1. Uzasadnienie i cele podjętych badań .....	165
4.2.2. Model postępowania badawczego. Hipotezy badawcze .....	169
4.2.3. Przygotowanie do badań – konstrukcja narzędzia badawczego .....	176
4.2.4. Opis wykorzystanych narzędzi statystycznych.....	189
<b>ROZDZIAŁ 5. KONCEPTUALIZACJA I OPERACJONALIZACJA WYNIKÓW BADAŃ .....</b>	<b>193</b>
5.1. Charakterystyka podmiotu badań .....	193
5.2. Charakterystyka statystyczna wyników badań .....	198
5.3. Analiza zależności i konceptualizacja kultury jakości podmiotów leczniczych ...	210
5.3.1. Analiza zależności pomiędzy wartościami, a praktykami zarządzania jakością ..	210
5.3.2. Analiza zależności pomiędzy postawami, a praktykami zarządzania jakością..	221
5.3.3. Propozycja typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce ...	229
5.4. Operacjonalizacja wyników badań .....	238
5.4.1. Wpływ empirycznych typów kultury jakości podmiotów leczniczych na poziom dojrzałości jakościowej .....	238
5.4.2. Reguła logiczna – model kultury jakości podmiotów leczniczych.....	245
5.5. Wnioski z badań, ograniczenia oraz przyszłościowa perspektywa prac badawczych	254
<b>ZAKOŃCZENIE .....</b>	<b>267</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>272</b>
<b>WYKAZ TABEL .....</b>	<b>306</b>
<b>WYKAZ WYKRESÓW .....</b>	<b>310</b>
<b>WYKAZ RYSUNKÓW .....</b>	<b>311</b>
<b>ANEKS .....</b>	<b>312</b>
<b>STRESZCZENIE PRACY W JĘZYKU POLSKIM.....</b>	<b>327</b>
<b>STRESZCZENIE PRACY W JĘZYKU ANGIELSKIM .....</b>	<b>329</b>

## WSTĘP

Podmioty lecznicze odgrywają ważną rolę w każdym społeczeństwie. Funkcjonując na styku dwóch przestrzeni - ekonomicznej i społecznej poddawane są niemal nieustannym konfliktom dotyczącym tego, co należy uznać za ważniejsze – aspekty ekonomiczne czy społeczne?<sup>1</sup> Obowiązująca personel medyczny przysięga Hipokratesa, z punktu widzenia ekonomicznego stoi jednak w wyraźnej sprzeczności z traktowaniem podmiotów leczniczych wyłącznie w kontekście biznesowym. Z takiej perspektywy wydaje się zasadnym stwierdzenie, że w organizacjach tych aspekty kulturowe nabierają szczególnego znaczenia. Przyjmuje się nawet, że między zarządzaniem jakością, a treścią kultury organizacyjnej istnieje relacja dwukierunkowa, która wpływa na projakościowe zarządzanie kształtując tym samym określony typ kultury jakości<sup>2</sup>.

Kultura jakości jest stosunkowo nowym podejściem w teorii zarządzania, a także istotnym interdyscyplinarnym elementem nauk społecznych<sup>3</sup>. Wynika ona z uwarunkowań kształtujących zarządzanie jakością, które pochodzą nie tylko z promowanych przez nie rozwiązań techniczno-organizacyjno-zarządczych, ale także kulturowych<sup>4</sup>. Zbudowanie w organizacji kultury nastawionej na jakość wymaga wykształcenia w niej odpowiednich relacji międzyludzkich, kultury współdziałania, podejmowania działań na rzecz jakości, zmiany świadomości oraz postaw wszystkich członków organizacji na bardziej projakościowe<sup>5</sup>. Takie podejście wymaga jednak stworzenia nowego modelu związków zachodzących pomiędzy kulturowymi wymiarami zarządzania jakością, które znajdą swoje odzwierciedlenie w poziomie dojrzałości jakościowej.

W oparciu o powyższe przesłanki dokonano wyboru tematu pracy oraz zdefiniowano problem badawczy, który dotyczy zjawiska uwzględniania wymiarów kulturowych w zarządzaniu jakością w kontekście kształtowania się poziomu dojrzałości

---

<sup>1</sup> A. Szeptuch, *Pomiar kultury organizacyjnej w organizacjach ochrony zdrowia*, „E-Mentor” 2016, nr 3 (65), s. 60.

<sup>2</sup> R. Mannion, H. Davies, *Understanding organisational culture for healthcare quality improvement*, „BMJ” 2018, nr 363, s. 363.

<sup>3</sup> M. Gołębiowski, *Elementy kultury jakości*, „Studia i Prace Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2014, nr 38, t. 1s. 33–42.

<sup>4</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2016, s. 98.

<sup>5</sup> M. Molenda, *Znaczenie wartości organizacyjnych w rozwoju kultury jakości*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2012, nr 63(1891), s. 211.

jakościowej podmiotów leczniczych. Problem ten wpłynął na sformułowanie pytań badawczych, które pozwoliły określić trudności i przeszkody w formułowaniu zadań, a także ujawnić subiektywny brak wiedzy z zakresu tematyki objętej dysertacją.

Główne pytanie badawcze ukierunkowane było na uzyskanie odpowiedzi, czy uwzględnienie wymiarów kulturowych zarządzania jakością w postaci typologii kultury jakości może wpływać na poziom dojrzałości jakościowej oraz czy zależność tę można przedstawić w postaci modelu – wzorca kultury jakości (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce? Pozwoliło ono na sformułowanie kolejnych pytań pomocniczych, które miały na celu w większym stopniu przyczynić się do wyjaśnienia problemu badawczego i poszerzenia wiedzy w tym obszarze. W tym celu próbowano uzyskać odpowiedź na pytania odnoszące się do możliwości opisanie elementów decydujących o kształcie kultury jakości, praktyk zarządzania jakością oraz dojrzałości jakościowej w podmiotach leczniczych. Ważnym było także sprawdzenie, czy uznawane wartości oraz postawy mogą stanowić mechanizmy wspierania praktyk zarządzania jakością, jakie typy kultury jakości występują w podmiotach leczniczych oraz które z nich w największym stopniu wpływają na stopień dojrzałości jakościowej.

Pytania badawcze dały podstawę do określenia celów pracy. Głównym celem badawczym stało się opracowanie modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce (reguły logicznej), który umożliwia zmianę typu kultury jakości na pozwalającą na osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej. Aby zrealizować postawiony cel sformułowano również cele cząstkowe na poziomie teoriopoznawczym (C1-C2), empirycznym (C3-C6) oraz metodycznym (C7). Cele teoriopoznawcze miały za zadanie usystematyzowanie i uzupełnienie wiedzy oraz badań naukowych w obszarze wymiarów kulturowych, praktyk zarządzania jakością oraz dojrzałości jakościowej. Na poziomie empirycznym zmierzały one do określenia zależności występujących pomiędzy uznawanymi wartościami i deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością. Wszystko to znalazło odzwierciedlenie w kolejnym celu, którym było opracowanie propozycji typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce oraz określenie związku pomiędzy empirycznie zidentyfikowanymi typami kultur, a ich wpływem na poziom dojrzałości jakościowej. Realizacja powyższego celu umożliwiła z kolei osiągnięcie celu metodycznego polegającego na wzbogaceniu dostępnych metod badawczych o nowe narzędzie badawcze w postaci modelu – wzorca (reguły logicznej) pozwalającego podmiotom leczniczym zmienić typ kultury jakości na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.

Niniejsza praca ma charakter teoretyczno-empiryczny, na której strukturę składa się wstęp, pięć rozdziałów, zakończenie, bibliografia, wykaz tabel, wykresów i rysunków oraz aneks w postaci załączników. Całość dopełnia streszczenie pracy w języku polskim i angielskim.

W części teoretycznej dokonano krytycznego przeglądu literatury krajowej i międzynarodowej w kontekście kultury organizacyjnej, kultury jakości, uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych zarządzania jakością oraz modeli, miar i cech kształtujących dojrzałość jakościową. Wszystkie te elementy omówiono w kontekście specyfiki ochrony zdrowia, w tym w szczególności podmiotów leczniczych.

W części badawczej pracy składającej się z dwóch rozdziałów, omówiono metodyczne założenia badań własnych oraz dokonano konceptualizacji wyników badań i ich operacjonalizacji w postaci modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce. Przeanalizowano także zależności zachodzące pomiędzy wymiarami kulturowymi oraz empirycznie określonymi typologiami kultury jakości, a także wymiarami dojrzałości jakościowej.

We wstępie zawarto ogólny opis podejmowanego problemu badawczego oraz strukturę i zawartość poszczególnych rozdziałów.

W rozdziale pierwszym przeprowadzono analizę oraz ocenę dotychczasowego dorobku naukowego w zakresie kultury organizacyjnej, w szczególności w obszarze kultury jakości. W rozdziale tym dokonano krytycznego przeglądu literatury w obszarze wielowymiarowych pojęć odnoszących się do kultury, kultury organizacyjnej, najważniejszych typologii oraz modeli kultury organizacyjnej w kontekście kształtowania się kultury jakości podmiotów leczniczych. Rozważania prowadzone w tym zakresie zmierzały do uporządkowania definicji kultury organizacyjnej, w największym stopniu odpowiadającej specyfice podmiotów leczniczych, a także do teoretycznego przedstawienia cech, składowych i determinantów kształtujących kulturę w aspekcie jakościowym.

Drugi rozdział obejmuje problematykę praktyk zarządzania jakością w kontekście funkcjonowania podmiotów leczniczych. Prowadzone rozważania terminologiczne dotyczyły sposobu definiowania pojęcia jakości usług medycznych i czynników ją kształtujących. Szczególną uwagę skoncentrowano na zewnętrznych i wewnętrznych uwarunkowaniach zarządzania jakością mających zastosowanie w podmiotach leczniczych tj. przywództwo i style kierowania, zaangażowanie i motywacja, struktura

organizacyjna, zasoby, orientacja na potrzeby pacjentów oraz zewnętrzne systemy i instrumenty zarządzania jakością.

Rozdział trzeci poświęcono tematyce dojrzałości jakościowej. W rozdziale tym skoncentrowano się głównie na przeanalizowaniu istoty złożonego pojęcia dojrzałości jakościowej oraz identyfikacji najważniejszych jej wymiarów tj. kulturowo-społecznych, zarządczo-organizacyjnych, techniczno-technologicznych i ekonomicznych. Dokonano także przeglądu metod i narzędzi do oceny poziomu dojrzałości jakościowej w oparciu o dostępne modele, badania naukowe oraz przyjęte miary.

W rozdziale czwartym zawarto przesłanki uzasadniające podjęcie badań empirycznych w obszarze kultury jakości oraz opisano wspomniane już we wstępie pytania i cele badawcze. Przedstawiono również model postępowania badawczego oraz wykorzystywane podczas badań metody i narzędzia badawcze tj. np. autorski kwestionariusz ankietowy, który opracowano w oparciu o kwerendę literatury oraz istniejące już zwalidowane narzędzia badawcze służące do badania postaw, praktyk i poziomu dojrzałości jakościowej. Posłużył on do przeprowadzenia badań ilościowych, zarówno pilotażowych, jak i właściwych.

W treści rozdziału 4 opisano także przyjęte hipotezy badawcze oraz scharakteryzowano podmiot prowadzonych badań. Główna hipoteza badawcza zakładała, że kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej determinowany typem kultury jakości, a zależności te można przedstawić w postaci modelu - wzorca (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce. Aby zweryfikować przyjętą hipotezę główną określono hipotezy cząstkowe, które podobnie jak cele podzielono na hipotezy teoriopoznawcze (H1-H2), empiryczne (H3-H6) oraz metodyczne (H7) tj.:

H1: Wymiary kulturowe (kulturę jakości) podmiotów leczniczych można opisać poprzez wartości, postawy oraz praktyki zarządzania jakością;

H2: Dojrzałość jakościowa jest pojęciem wielowymiarowym, które można opisać poprzez cechy i miary skuteczności, efektywności i doskonałości jakościowej;

H3: Istnieje zależność pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością;

H4: Istnieje zależność pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością;



H5: Na podstawie uznawanych wartości, deklarowanych postaw oraz realizowanych praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych można opracować typologie kultur jakości podmiotów leczniczych;

H6: Jeśli wyodrębni się empiryczne typy kultury jakości, to będą one w różnym stopniu wpływały na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych;

H7: Jeśli wyodrębni się zmienne klasyfikujące wartości, postawy i praktyki zarządzania jakością do danego typu kultury jakości, to będzie można stworzyć model – wzorzec kultury jakości (w postaci reguły logicznej) pozwalający podmiotom leczniczym zmienić typ kultury na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.

Obiektem badań były szeroko pojęte podmioty lecznicze, jednak na potrzeby badań empirycznych zdecydowano się ograniczyć go wyłącznie do podmiotów leczniczych – szpitali. Decyzja ta uargumentowana była szczególną rolą szpitali, jaką odgrywają one w całym systemie opieki zdrowotnej. Tworzą one bowiem fundament systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, a kompleksowość oraz złożoność udzielanych w nich świadczeń oraz mozaika różnych kultur sprawia, że w największym stopniu odzwierciedlają one badany wzorzec kulturowy. W rozdziale czwartym zaprezentowano także wyniki statystycznej analizy danych dotyczące istniejących zależności oraz dokonano ich interpretacji. Zaproponowano również typologię kultury jakości podmiotów leczniczych, która stała się następnie przedmiotem operacjonalizacji wyników badań.

Rozdział piąty przedstawia założenia do procesu modelowania. Omówiono w nim wyniki badań w kontekście istnienia zależności zachodzących pomiędzy empirycznymi typami kultury jakości podmiotów leczniczych, a ich wpływem na kształtowanie się poziomu dojrzałości jakościowej. Pozwoliło to na skonstruowanie modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce, który przy użyciu reguły logicznej w postaci drzewa decyzyjnego umożliwia przeprowadzenie zmiany kulturowej na bardziej projakościową. W rozdziale tym sformułowano również wnioski płynące zarówno z teoretycznych rozważań, jak i badań empirycznych. Przedstawiono także korzyści płynące z przeprowadzonych badań zarówno na gruncie teoretycznym, jak i praktycznym w zakresie możliwości kształtowania kultury jakości wspierającej osiągnięcie jak najwyższej dojrzałości zarządzania jakością. Z kolei dla innych badaczy problematyki kultury jakości wskazano kierunki możliwych dalszych prac badawczych.

Zakończenie zawiera podsumowanie prowadzonych rozważań teoretycznych oraz badań empirycznych odnoszących się do sformułowanych pytań i celów badawczych oraz przyjętych hipotez badawczych.

Właściwe badania ilościowe, pomimo trwającej pandemii wirusa SARS-CoV-2 i utrudnionego dostępu do kadry zarządzającej i pełnomocników ds. jakości, zostały przeprowadzone na reprezentatywnej próbie badawczej 211 różnych podmiotów leczniczych – szpitali oraz objęły wszystkie województwa z terenu Polski. Badania zostały przeprowadzone we własnym zakresie oraz przy wsparciu zewnętrznej agencji badawczej Quantify Sp. z o.o. w okresie od sierpnia do października 2021 roku z wykorzystaniem narzędzi internetowych (CAWI) oraz telefonicznych (CATI).

W aneksie przedstawiono załączniki. Załącznik 1 odnosi się do treści autorskiego kwestionariusza ankietowego opracowanego w oparciu o zwalidowane narzędzia badawcze oraz analizę literatury przedmiotu. Jego poprawność, zrozumienie i dostosowanie do specyfiki podmiotów leczniczych poprzedzono badaniem pilotażowym. W załączniku 2 przedstawiono wyniki badań surowych poszczególnych zmiennych w postaci statystyk opisowych charakteryzujących poszczególne klastry wyodrębnione podczas tworzenia typologii kultury jakości podmiotów leczniczych. Z kolei załącznik 3 przedstawia statystyki opisowe charakteryzujące poszczególne wymiary dojrzałości jakościowej oraz ich liczebności. Załącznik 4 przedstawia zestawienie przyjętych w pracy doktorskiej pytań, celów i hipotez badawczych celem wykazania spójności między nimi.

Mając na uwadze powyższe rozważania oraz charakter podmiotów leczniczych w Polsce, interdyscyplinarny problem naukowy został osadzony w dziedzinie nauk społecznych w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości oraz w dyscyplinie nauki socjologiczne.

# ROZDZIAŁ 1. WYMIARY KULTUROWE PODMIOTÓW LECZNICZYCH

## 1.1. Geneza i pojęcie kultury

Pojęcie kultury, zanim nabrało obecnego znaczenia ewaluowało i przybierało różne formy oraz podejścia. Pierwotnie wykształciło się ono w starożytnym Rzymie i wywodziło od łacińskiego słowa *cultura agri*, co oznaczało uprawę roli<sup>6</sup>. Słynny mówca M.T. Cyceon używał tego pojęcia w ramach aktywności duchowej (*cultura animi*) jako możliwość czynienia starań, otaczania czegoś troską i miłością<sup>7</sup>.

Starożytni Grecy kulturę określali jako *paideia*<sup>8</sup>, czyli kształtowanie w człowieku człowieczeństwa poprzez pielęgnowanie, kształcenie i doskonalenie wszelkich czynności ludzkich<sup>9</sup>. W średniowieczu wraz ze wzrostem znaczenia kultu religijnego, pojęcie kultury coraz częściej utożsamiano z religią, dając początek takim terminom jak *cultura christi* czy *cultura dolorum*<sup>10</sup>. W okresie renesansu kontynuowano starożytne podejście do kultury i zaczęto je wykorzystywać do określenia duchowej doskonałości człowieka.

W XVII wieku, S. von Pufendorf jako pierwszy posłużył się pojęciem kultura w kontekście cywilizacji, natomiast J.W. Goethe odnosił ją do narodów, co dało początek teorii kultury narodów, zwanej obecnie kulturą narodową<sup>11</sup>.

W filozofii XVIII i XIX wieku pojęcie kultury ewaluowało i kształtowane było przez wartości wyznawane przez człowieka, co przełożyło się na wzrost znaczenia takich dyscyplin naukowych jak: antropologia, socjologia czy psychologia<sup>12</sup>. Dzięki temu kulturę zaczęto coraz częściej rozpatrywać w ujęciu interdyscyplinarnym, nie tylko w kategorii pojedynczego człowieka, ale całych zespołów relacji społecznych kształtowanych przez aspekty kulturowe takie jak: wartości, zachowania oraz normy

---

<sup>6</sup> R. Rybacka, *Tożsamość jako element bezpieczeństwa kulturowego*, „Zeszyty Naukowe WSA w Łomży” 2017, nr 66, s. 18.

<sup>7</sup> D. Wężowicz-Ziółkowska, *Kulturowe źródła antropopresji*, „Zoophilologica. Polish Journal of Animal Studies” 2021, nr 1(7), s. 2.

<sup>8</sup> N. Kunt, *Filozoficzne rozumienie kultury w ujęciu Mieczysław A. Krapca*, „Drohiczyński Przegląd Naukowy. Wielokulturowe Studia Drohiczyńskiego Towarzystwa Naukowego” 2017, nr 9, s. 271.

<sup>9</sup> P. Deszczyński, *Fenomen kultury, Kultura fenomenem*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2018, nr 378, s. 37–38.

<sup>10</sup> J. Marcisz, *Kultura organizacyjna i jej specyfika*, w: *Kultura organizacyjna przedsiębiorstwa. Wybrane zagadnienia*, pod red. nauk. I. Gawrona, T. Myjak, Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, Nowy Sącz 2017, s. 8.

<sup>11</sup> W. Daszkiewicz, *Podstawowe rozumienie kultury – ujęcie filozoficzne*, „Roczniki kulturoznawcze” 2010, s. 47–48.

<sup>12</sup> W.G. Ouchi, A.L. Wilkins, *Organization culture*, „Annual Review of Sociology” 1985, nr 11, s. 457–483.

postępowania<sup>13</sup>. Z kolei analizując pojęcie kultury w kontekście społeczno-psychologicznym, odnoszono ją zazwyczaj do idei, zwyczajów i zachowań poszczególnych osób w społeczeństwie. W naukach biologicznych pojęcie to wiązano z utrzymaniem odpowiednich warunków do wzrostu, aby odzwierciedlało ono wartości pożądane w organizacji z punktu widzenia przyjętej misji, wizji, strategii oraz polityki<sup>14</sup>.

Kultura jako pojęcie wielowymiarowe znajduje odzwierciedlenie na gruncie wielu dyscyplin naukowych<sup>15</sup>. A.L. Kroeber oraz C.A. Kluckhohn wymieniają i systematyzują ponad 200 definicji kultur wykształconych w ramach antropologii, etnografii, socjologii oraz psychologii<sup>16</sup>. Twórcą antropologicznej definicji kultury był E.B. Tylor. W swoim dziele pod nazwą *Primitive culture* z 1876 r. opisywał on kulturę jako wierzenia, sztukę, moralność, obyczaje i inne zdolności i przyzwyczajenia wykształcone przez człowieka jako członka społeczeństwa. Zwracał on tym samym uwagę na istniejący związek pomiędzy kulturą, a jej kontekstem społecznym, w którym ludzie dążą do poznania wzorców kulturowych zaspokajających ich potrzeby do przetrwania<sup>17</sup>. W ujęciu adaptacyjnym pojęcie to odnoszono do wspólnie wykształconych i przyswojonych zachowań, które znajdowały odzwierciedlenie w podejmowanych działaniach i decyzjach<sup>18</sup>.

Interdyscyplinarność pojęcia kultury i różnorodność jego definiowania sprawia, że trudno jest jednoznacznie określić znaczenie tego pojęcia bez rozpatrywania go w kontekście znaczeniowym. Literatura przedmiotu dzieli kulturę na 6 poziomów, które wzajemnie się przenikają oraz na siebie oddziałują<sup>19</sup>. Najwyższy z nich kształtowany jest przez elementy wynikające wprost z obszarów ponadnarodowych tj. np. z religii czy języka<sup>20</sup>. Na niższym poziomie, kulturę narodową charakteryzują z kolei wspólne cechy kulturowe wszystkich obywateli, które odnoszą się do podstawowych założeń, wartości, wierzeń, norm, oraz artefaktów podzielanych wspólnie przez naród i wpływających na

---

<sup>13</sup> K. Yousef, *Four pillars of cross-cultural management: A systematic literature review*, „Vezetéstudomány, Budapest Management Review”, 2020, nr 51(5), s. 30–33.

<sup>14</sup> A. Piotrowska, *Rola kultury organizacyjnej w kontekście zarządzania przedsiębiorstwem*, w: *Wyzwania współczesnego zarządzania przedsiębiorstwem*, pod red. nauk. L. Lisowskiej, A. Jędrzejewskiej, Wydawnictwo SiZ, Łódź 2018, s. 80.

<sup>15</sup> N. Kunt, *Filozoficzne rozumienie kultury...*, s. 273.

<sup>16</sup> A.L. Kroeber, C.A. Kluckhohn, *Culture, a critical review of concepts and definitions*, „Peabody Museum of Archeology & Ethnology”, Harvard University, 1952, nr 47(1), s. 41–78.

<sup>17</sup> E.B. Tylor, *Primitive Culture, Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom*, London 1891, vol. I, s. 424.

<sup>18</sup> A. Kłosowska, *Kultura masowa. Krytyka i obrona*, PWN, Warszawa 2011, s. 38.

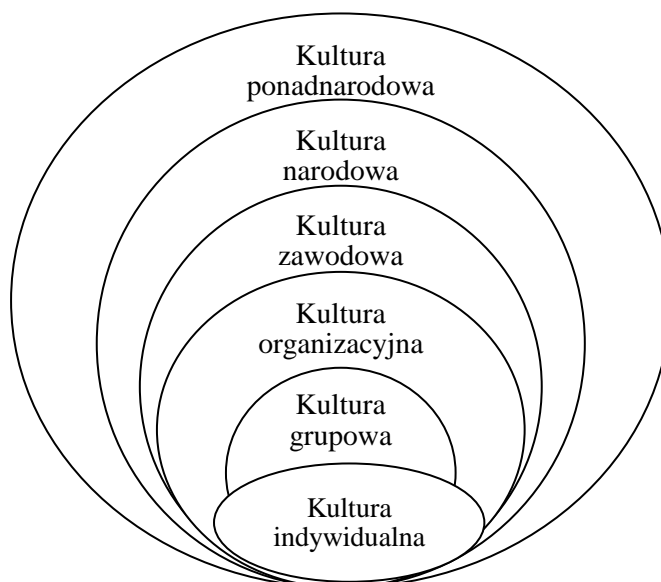
<sup>19</sup> G. Hofstede, *Kultura i organizacje*, PWE, Warszawa 2007, s. 23–24.

<sup>20</sup> E. Karahanna, J.R. Evaristo, M. Srite, *Level of culture and individual behavior: A investigative perspective*, „Journal of Global Information Management” 2005, vol. 13, s. 1–20.

jego zachowanie<sup>21</sup>. Kultura narodowa zazwyczaj silnie oddziałuje na organizacje wykształcając w nich kultury zawodowe, charakterystyczne dla danej społeczności i odnoszące się do pracowników pracujących w danym sektorze np. sektorze ochrony zdrowia. Poziom kultury organizacyjnej jest charakterystyczny dla grupy osób, które pracują w jednej organizacji np. w podmiocie leczniczym. W jej ramach wyodrębnia się kultury grupowe występujące na poziomie zespołu roboczego. Najniższy poziom kultury stanowi kultura indywidualna odnosząca się do wartości, postaw i zachowań poszczególnych osób<sup>22</sup>.

Na rysunku 1 przedstawiono poziomy kultury według stopnia ich szczegółowości i zakresu oddziaływania.

Rysunek 1. Poziomy kultury



Źródło: E. Karahanna, J.R. Evaristo M. Srite, *Levels of culture and individual behavior: An investigative perspective*, „Journal of Global Information Management” 2005, vol. 13, s. 6

Kultura jako przedmiot badań naukowych początkowo nie była obiektem dużego zainteresowania naukowców. Pierwsze badania w tym obszarze dotyczyły głównie kultury narodowej. Nieco później zaczęto zajmować się klimatem organizacyjnym oraz związkami kultury ze zmianą, przywództwem czy zarządzaniem<sup>23</sup>.

Jako pierwszy pojęcie kultury w zarządzaniu zastosował E. Jacques opisując ją jako zwyczajowy i powtarzalny sposób myślenia i działania, który nowi członkowie

<sup>21</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe polskich organizacji a doskonalenie zarządzania jakością*, CeDeWu, Warszawa 2012, s. 35.

<sup>22</sup> E. Karahanna, J.R. Evaristo, M. Srite, *Levels of culture...*, s. 6.

<sup>23</sup> G. Wudarszewski, *Początki zainteresowań problematyką klimatu organizacyjnego w polskiej literaturze naukowej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu” 2016, s. 2–15.

organizacji winni poznać i co najmniej częściowo zaakceptować<sup>24</sup>. To z kolei wymagało wykształcenia odpowiednich relacji społecznych, które jak zauważa E. Mayo zależą w dużym stopniu od wyznawanych wartości i przyjętych w organizacji norm postępowania<sup>25</sup>.

Obecnie teoretycy badający zjawiska kulturowe nie są zgodni w zakresie jednoznacznego zdefiniowania pojęcia kultury. Potwierdza to R. Williams w swojej książce: *Keywords: a Vocabulary of Culture and Society*, w której napisał, że anglosaskie słowo *culture* jest tak wieloznaczne, że nie ma możliwości jego jednoznacznego określenia<sup>26</sup>. Takie podejście doprowadziło do sytuacji, w której niektórzy naukowcy zaczęli nawet rezygnować z próby uporządkowania tego pojęcia, a nawet odwoływać się do niego<sup>27</sup>. Jednak wraz z rozwojem globalizacji, kultura zaczęła zyskiwać na znaczeniu, zwłaszcza na poziomie kultury organizacyjnej. Przyczynił się do tego m.in. rozwój relacji międzyludzkich, rosnąca rola wartości organizacyjnych i ustandaryzowanych zasad postępowania oraz postaw wobec zachowań występujących w organizacjach. W ślad za tym zaczęły pojawiać się nowe koncepcje prezentujące kulturę organizacyjną w kontekście różnych aspektów działalności organizacji tj. jakość, bezpieczeństwo czy doskonałość, dając początek wielu kulturom wzmacniającym ogólną kulturę organizacyjną tj. np. kulturę jakości<sup>28</sup>.

Reasumując rozważania teoretyczne dotyczące genezy i pojęcia kultury można stwierdzić, że pojęcie kultury pomimo, iż różnie interpretowane na przestrzeni wieków, dało impuls do coraz szerszego ujmowania zagadnień kulturowych w bieżącym zarządzaniu organizacją. Kultura jakości to tylko wybrany przykład wymiarów kulturowych, której obecność pozwala na łączenie aspektów zarządzania jakością oraz kultury organizacyjnej w kontekście projakościowego zarządzania.

## 1.2. Istota i pojęcie kultury organizacyjnej

---

<sup>24</sup> Ł. Sułkowski, *Kulturowe procesy zarządzania*, Difin, Warszawa 2012, s. 56.

<sup>25</sup> Tamże, s.17.

<sup>26</sup> R. Williams, *Keywords: a Vocabulary of Culture and Society*, London 1976, s. 323–324.

<sup>27</sup> W.J. Burszta, M. Januszkiewicz, *Słowo wstępne: kłopot zwany kulturoznawstwem*, w: *Kulturoznawstwo. Dyscyplina bez dyscypliny?* pod red. nauk. W.J. Burszta, M. Januszkiewicza, SWPS Academica, Warszawa 2010, s. 7.

<sup>28</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonałość podmiotów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Instytut Naukowo -Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 55.

Początki badań nad kulturą organizacyjną zapoczątkował A.M. Pettigrew swoją publikacją pn. *Administrative Science Quarterly*, w której jako pierwszy posłużył się pojęciem koncepcji kultury organizacyjnej, próbując wyjaśnić zjawiska zarządcze w organizacji<sup>29</sup>. Terminem tym posługiwali się także S. Blake i J.W. Monton wykorzystując czynniki kulturowe do opisu stylów kierowania oraz E.T. Hall badając rozwój nurtu badań międzykulturowych w obszarze zachowań społecznych<sup>30</sup>. Potężny wpływ na rozpowszechnienie pojęcia kultury organizacyjnej mieli także T. Peters i R.H. Watermann, którzy prowadząc badania na grupie 62 najlepiej działających przedsiębiorstw w Stanach Zjednoczonych udowodnili, że kultura organizacyjna jest jednym z kluczowych elementów skuteczności funkcjonowania organizacji. Powyższe badania stworzyły fundament pod wykształcenie się tzw. nurtu badań kulturowych, zwanego również nurtem zarządzania międzykulturowego. Na jego podstawie stworzono m.in. typologie kultury wg L. Smircicha, G. Hofstede, A. Trompenaarsa i Ch. Hampden-Turnera, których założenia są współcześnie wykorzystywane w badaniach nad kulturą organizacyjną w wielu organizacjach, w tym w podmiotach leczniczych i zyskują status podobny do tego, jaki posiada struktura, strategia czy kontrola. Ł. Sułkowski twierdzi nawet, że od lat 80 XX wieku trwa nieustanna moda na kulturę organizacyjną w zarządzaniu<sup>31</sup>. Wątpliwości poddaje się jednak elastyczność i możliwość świadomego jej kształtowania<sup>32</sup>.

Większość badaczy skłania się do uznania kultury organizacyjnej za zjawisko podlegające procesom kształtowania, modyfikacji i kontroli<sup>33</sup>. Jak twierdzi W. Walczak, kultura organizacyjna jest tworem jednostek ludzkich, które ją świadomie i celowo kształtują jako pochodną swojej przynależności do organizacji. Potwierdza to, że kultura jest samoistnie kreowana w wyniku codziennych zdarzeń, tym samym możliwe staje się zarządzanie nią<sup>34</sup>. Inny punkt widzenia prezentuje M.D. Watkins, który uważa, że skoro kultura organizacyjna jest odzwierciedleniem sposobu pracy w organizacji, to ma ona

---

<sup>29</sup> A.M. Pettigrew, *On studying organizational cultures*, „Administrative Science Quarterly” 1979, vol. 24, nr 4, s. 570–581.

<sup>30</sup> M. Dobska, *Rola konsumeryzmu w menedżerskiej reorientacji projakościowej na przykładzie branży usług medycznych*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2018, s. 32.

<sup>31</sup> Ł. Sułkowski, *Czy warto zajmować się kulturą organizacyjną*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2008, nr 6, s. 9.

<sup>32</sup> Ł. Sułkowski, *Kulturowe procesy...*, s. 56.

<sup>33</sup> S. Sehić-Krślak, *The role of leadership in creating an organizational culture*, „Journal of Economics”, 2020, nr 3(1), s. 24–26.

<sup>34</sup> S. Stańczyk, *Paradoksy kultury organizacyjnej*, w: *Zasoby organizacji. Zagadnienia epistemologiczne i metodologiczne*, pod red. nauk. A. Grzybowska, J. Świrski-Korlubi, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2016, s. 81–94.

charakter bardziej statyczny niż ewoluujący, co czyni ją trudniejszą do zarządzania<sup>35</sup>. Niezależnie jednak od możliwości kreowania elementów kultury, większość badaczy stoi na stanowisku, że stanowi ona fundament pracy i zachowań ludzkich pozwalający pracownikom zrozumieć wartości organizacji i ich rolę w kształtowaniu różnych typów kultury organizacyjnej<sup>36</sup>.

W literaturze przedmiotu można zaobserwować wiele funkcji, jakie pełni kultura organizacyjna tj.:

- integracyjna, która pozwala zjednoczyć pracowników wokół wspólnych wierzeń, wartości, doświadczeń, dzięki którym zyskują oni akceptację w grupie<sup>37</sup>,
- percepcyjna, dostarczająca wiedzy o otaczającym świecie poprzez naśladownictwo zachowań innych osób<sup>38</sup>,
- adaptacyjna, która prezentuje gotowe schematy zachowań możliwe do zaimplementowania w ramach istniejącej kultury organizacyjnej<sup>39</sup>,
- motywacyjna, angażująca członków organizacji w realizację zadań i propagowania zachowań kreowanych przez dany typ kultury<sup>40</sup>,
- innowacyjna, stwarzająca warunki do podejmowania działań innowacyjnych<sup>41</sup>.

Kultura organizacyjna może być również rozpatrywana w kontekście wewnętrznym i zewnętrznym, gdzie funkcje wewnętrzne wpisują kulturę w historię organizacji, jej klimat, uznawane wartości czy wykształcone zachowania. Natomiast kontekst zewnętrzny umożliwia zobrazowanie organizacji przez jej strony zainteresowane<sup>42</sup>.

---

<sup>35</sup> M.D. Watkins, *What is organisational culture and why do we need it?*, [www.hbr.org/2013/05/what-is-organizational-culture](http://www.hbr.org/2013/05/what-is-organizational-culture), [dostęp: 20 luty 2021].

<sup>36</sup> A. Misztal, M. Jasiulewicz-Kaczmarek, *Projektowanie i integracja systemów zarządzania projekcją jakościowego*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2014, s. 48.

<sup>37</sup> K. Putnik [i in.], *Work-home interface in a cross-cultural context: a framework for future research and practice*, „The International Journal of Human Resource Management” 2020, nr 31(13), s. 1645-1662.

<sup>38</sup> S. Dhir, A. Shukla, *Role of organizational image in employee engagement and performance*, Benchmarking, „An International Journal” 2019, vol. 26, nr 3, s. 971-989.

<sup>39</sup> P. Durana [i in.], *Quality Culture of Manufacturing Enterprises: A Possible Way to Adaptation to Industry 4.0*, „Social Science” 2019, nr 8, s. 124.

<sup>40</sup> R. Rivai, M. Umar Gani, M.Z. Murfat, *Organizational Culture and Organizational Climate as a Determinant of Motivation and Teacher Performance*, „Advances in Social Sciences Research Journal” 2019, nr 6(2), s. 555-566.

<sup>41</sup> K.L. Heinze, J.E. Heinze, *Individual innovation adoption and the role of organizational culture*, „Review of Managerial Science” 2020, nr 14, s. 561-586.

<sup>42</sup> A. Piotrowska, *Rola kultury organizacyjnej w kontekście zarządzania przedsiębiorstwem*, w: *Wyzwania współczesnego zarządzania przedsiębiorstwem*, pod red. nauk. L. Lisowskiej, A. Jędrzejewskiej, Wydawnictwo SIZ, Łódź 2018, s. 64-68.



W wielu badaniach kultura organizacyjna uznawana jest za część systemu organizacyjnego z uwagi na to, że pozwala badać wzajemne relacje pomiędzy wzorami kulturowymi uczestników organizacji, a różnymi podsystemami lub cechami organizacji, tj. technologie czy metody zarządzania<sup>43</sup>. Bardzo ogólnie do pojęcia kultury organizacyjnej podchodzi K. Rogoziński, który definiuje kulturę jako uniwersum wartości, czyli coś, co jest cenne dla człowieka<sup>44</sup>. W podobnym tonie wypowiada się M. Gołębiowski, dla którego jest ona szczególnym zasobem umożliwiającym utrzymywanie długotrwałej przewagi konkurencyjnej<sup>45</sup>. K. Niziołek istoty kultury organizacyjnej doszukuje się w historycznie wykształconym systemie wartości, norm i postaw, które są stymulatorami zachowań członków organizacji i oddziałują na kształtowanie się relacji z otoczeniem<sup>46</sup>. Wielu światowych badaczy tj. J.L. Heskett<sup>47</sup>, L. Smircich<sup>48</sup> czy R. Harrison i C. Handy<sup>49</sup> owe relacje z otoczeniem wiąże z poprawą skuteczności i efektywności organizacji, co znajduje swoje odbicie w poziomie dojrzałości organizacji i kształtowaniu pro jakościowych wartości, postaw i zachowań jej członków.

Definicje kultury organizacyjnej różnią się między sobą w zależności od tego, czy dotyczą one sposobu działania czy myślenia, pełnionej funkcji w organizacji, nauki do jakiej się odnoszą czy ujęcia, jakie prezentują<sup>50</sup>. Kultura organizacyjna jako zjawisko interdyscyplinarne znajduje swoje miejsce w wielu dziedzinach nauk społecznych tj. psychologia, nauki socjologiczne oraz pedagogika<sup>51</sup>. Stanowi także przedmiot rozważań nauki o zarządzaniu i jakości, zarówno w aspekcie teoretycznym, metodologicznym, jak i pragmatycznym. Za ową interdyscyplinarnością stoi źródło inspiracji, jak również mnogość pojęć, które w wielu obszarach wzajemnie się wykluczają<sup>52</sup>. M. Allvesson i P.O. Berg próbując uporządkować pojęcie kultury organizacyjnej, przeanalizowali 281

---

<sup>43</sup> Ł. Sułkowski, R. Seliga, *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012, s. 45.

<sup>44</sup> K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo AE w Poznaniu, Poznań 2000, s. 228–229.

<sup>45</sup> W. Walczak, *Wpływ założeń kulturowych na kształtowanie postaw i zachowań ludzi w organizacji*, „Humanizacja Pracy” 2015, nr 2, s. 204.

<sup>46</sup> K. Niziołek, *Analiza i ocena wybranych aspektów środowiskowej kultury organizacji w przedsiębiorstwach polskich*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2007, s. 355.

<sup>47</sup> J.P. Kotter J.L. Heskett, *Corporate Culture and Performance*, Free Press, New York 1992.

<sup>48</sup> L. Smircich, *Studying Organisations as Cultures w: Beyond Method: Strategies for Social Research*, pod red. nauk. G. Morgan, Beverly Hills-London-New Delhi 1983, s. 160–172.

<sup>49</sup> R. Harrison, C. Handy, *Understanding your organizations character*, „Harvard Business Review”, 1972, nr 3, s. 119.

<sup>50</sup> M. Walczak, *Interdyscyplinarny charakter kulturoznawczego pojęcia kultury*, „Człowiek i Społeczeństwo” 2015, vol. TXXXIX, s. 143–145.

<sup>51</sup> D. Chmielewska-Muciek, *Dyskusja nad pojęciem kultury organizacyjnej*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia” 2009, nr 43, s. 325–328.

<sup>52</sup> Ł. Sułkowski, *Kultura organizacyjna od podstaw*, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2020, s. 52.

publikacji dotyczących tej problematyki, w których większość autorów definiowała kulturę w odmienny sposób<sup>53</sup>. A.L. Kroeberg oraz C.A. Kluckhohn w swoich badaniach zaprezentowali 168 definicji kultury organizacyjnej, które można pogrupować na poszczególne ujęcia, które przedstawiono w tabeli 1<sup>54</sup>.

Tabela 1. Ujęcia kultury organizacyjnej

Ujęcie	Opis kultury
Enumeryczne	Wymieniające procesy kulturowe w organizacji.
Historyczne	Czynnik tradycji, mechanizm przekazywania dorobku kultury.
Deskrypcyjne	Świadome, społecznie przekazywane dziedzictwo wytworów, wiedzy, wartości.
Normatywne	Podporządkowanie zachowania ludzi wartościom, regułom, normom i ideałom. Stworzenie norm i reguł zachowań dla członków organizacji.
Psychologiczne	Dostosowanie postaw i zachowań ludzi do otoczenia.
Ideologiczne	Zestaw idei przekazywanych w postaci obrazów i wyrazów.
Genetyczne	Kultura odnosząca się do kontekstu społecznego lub kultury narodowej.
Strukturalne	Element wewnętrznej struktury organizacji o systemowym charakterze.

Źródło: D. Chmielewska-Muciek, *Dyskusja nad pojęciem kultury organizacyjnej*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia” 2009, nr 43, s. 327; A. Chuda, J. Majchrzak, *Jakościowe ujęcie kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa*, „Marketing i Rynek” 2018, nr 12, s. 78–89

Ujęcia zaprezentowane w tabeli 1 mogą odnosić się zarówno do poszczególnych typów organizacji, jak i dziedzin nauk, które w zależności od ich rodzaju mogą być definiowane w odmienny sposób. W naukach socjologicznych pojęcie kultury organizacyjnej postrzegane jest jako całokształt działań obejmujących zachowania ludzi według wspólnych dla grupy społecznej wykształconych wzorów i przyswojonych zachowań. W psychologii, zjawiska te rozpatrywane są w kategoriach jednostek oraz indywidualnych postaw i zachowań. Z kolei przedstawiciele nauki o zarządzaniu i jakości wskazują na trzy główne kategorie opisujące kultury organizacyjne. Pierwsza z nich traktuje kulturę jako system wartości podzielanych przez członków organizacji. Według drugiej, to klimat organizacyjny związany ze wspólnym postrzeganiem sytuacji organizacyjnych<sup>55</sup>. Trzeci, to z kolei zbiór przekonań charakteryzujących określoną grupę

<sup>53</sup> B. Nogalski, *Kultura organizacyjna duch organizacji*, TNOiK Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz 1998, s. 101.

<sup>54</sup> A.L. Kroeberg, C.A. Kluckhohn, *Culture, A critical review of concepts...*, s. 24.

<sup>55</sup> W. Urban, *Klimat organizacyjny jako czynnik rozwoju przedsiębiorstw usługowych*, „Przegląd Organizacji” 2008, nr 7(8), s. 19.

osób respektujących określone wzorce zachowań<sup>56</sup>. Znajduje to odzwierciedlenie w praktyce funkcjonowania organizacji tj. w podmiotach leczniczych, gdzie pracownicy stanowią pewną grupą społeczną (np. grupa zawodów medycznych), która posiada swoje własne cele, wartości oraz normy postępowania i które często tworzą własną kulturę określaną w literaturze jako subkulturę<sup>57</sup>. Jak zauważa S.P. Robbins, każda subkultura powinna być jednak odnoszona zawsze do kultury danej organizacji<sup>58</sup>. Popiera go J. Lee, który mówi, że ignorowanie roli subkultur jako elementu ogólnej kultury jest równoważne z pomijaniem specyfiki zachowania osób pracujących w danej organizacji, co w konsekwencji może prowadzić do problemów związanych z wdrażaniem zmian, innowacji czy działań poprawiających jakość<sup>59</sup>.

W problematyce badawczej dotyczącej kultury organizacyjnej warto zwrócić uwagę na jeszcze jeden aspekt, a mianowicie na jej wielowymiarowość oraz interdyscyplinarność. Wynika to z różnych ujęć, w jakich może być ona rozpatrywana, co znajduje swoje odzwierciedlenie w odmiennym znaczeniu pojęciowym<sup>60</sup>. Niezależnie od tego, jak kultura organizacyjna jest postrzegana w różnych środowiskach, część naukowców zgadza się ze stwierdzeniem, że kultura jest tworem, który jest ukryty w umysłach ludzi i łączy całość stosunków międzyludzkich, wartości, przekonania oraz sposoby poznawania świata<sup>61</sup>. To także wpływ indywidualnych kultur, wszechobecny i często niewidzialny element, który kieruje myślami, a nierzadko całym procesem zarządczym w organizacji<sup>62</sup>. Zatem kultura organizacyjna scala, jednoczy, stabilizuje oraz ułatwia poszukiwanie sposobów rozwiązywania problemów, co w projakościowym ujęciu stanowi fundament zarządzania organizacją<sup>63</sup>.

---

<sup>56</sup> S. Stańczyk, *Nurt kulturowy w zarządzaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008, s. 22.

<sup>57</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 19.

<sup>58</sup> S.P. Robbins, T.A. Judge, *Organizational behaviours*, Pearson Education, New Jersey 2013, vol. 4, s. 428–430.

<sup>59</sup> J. Lee, *Accelerating Organisation Culture Change*, Emerald Publishing Limited, 2020, s. 23–44.

<sup>60</sup> D. Chmielewska-Muciek, *Dyskusja nad pojęciem...*, s. 327.

<sup>61</sup> D. Tenta-Skiercz, *Zmiana kultury organizacyjnej - możliwości i ograniczenia*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 463, s. 364.

<sup>62</sup> W. Walczak, *Wpływ założeń kulturowych...*, s. 204.

<sup>63</sup> A. Chuda, M.K. Wyrwicka, *Diagnoza kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa usługowego*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2013, nr 59, s. 5–17.

W literaturze przedmiotu można spotkać także przedstawicieli tzw. nurtu krytycznego zarządzania tj. R.M. La Montagne<sup>64</sup> czy E. Kasprzak<sup>65</sup>, którzy nie zgadzają się z postrzeganiem kultury organizacyjnej wyłącznie w kategoriach tożsamości, czy systemu akceptowanych wartości oraz wzorców zachowań. Traktują oni kulturę organizacyjną jako narzędzie dominacji i opresji, wątek pseudonaukowy oraz modę, jak również jeden z głównych źródeł patologii zachowań społecznych<sup>66</sup>. Takie odmienne interpretowanie tego pojęcia powoduje, że nie zawsze należy rozpatrywać go wyłącznie w kategorii znaczeń i pojęć, gdyż często zmieniają się one w zależności od osoby dokonującej interpretacji.

W tabeli 2 zaprezentowano wybrane definicje kultury organizacyjnej według różnych autorów.

Tabela 2. Wybrane definicje kultury organizacyjnej

Autor	Definicja kultury organizacyjnej
D.R. Denison	Podstawowe wartości, przekonania i założenia posiadane przez członków organizacji, wynikające ze wspólnych znaczeń i symboli.
P.M. Blau	Swoiste, niespisane „reguły gry” społecznej w organizacji, pozwalające uczestnikom rozumieć organizację i z nią się identyfikować.
F. Trompenaars C. Hampden-Turner	Sposób, w jaki grupa ludzi rozwiązuje problemy i rozstrzyga dylematy.
E. Schein	Wzór podzielanych, fundamentalnych założeń, które dana grupa stworzyła, rozwiązując problemy adaptacji do otoczenia i integracji wewnętrznej.
G. Hofstede	Zbiór skutecznie wpajanych grupie wartości, norm czy reguł organizacyjnych.
R. Deshpande R. Parasuraman	Zasady, często podświadome, które wypełniają lukę pomiędzy tym, co niepisane, a tym co rzeczywiście się dzieje.
A.M. Pettigrew	System powszechnie akceptowanych znaczeń dla danej grupy w danym czasie.

<sup>64</sup> R.M. La Montagne, *Ethical dilemmas in the workplace: HR managers perceptions of behavioral influences with implications for building an ethical culture in organizations*, „The International Journal of Knowledge, Culture, and Change Management: Annual Review” 2016, nr 15, s. 9–21.

<sup>65</sup> E. Kasprzak, *Pozytywna organizacja i pozytywna praca. Nowe trendy w zarządzaniu ludźmi*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2017, nr 1(114), s. 13–23.

<sup>66</sup> A. Wziętek-Staśko, *Kulturowe uwarunkowania poziomu motywacji i zaangażowania pracowników*, „Marketing i Zarządzanie” 2018, nr 1(51), s. 409–419.

Autor	Definicja kultury organizacyjnej
R. Likert J. Likert	Dominujący wzorzec wartości, mitów, wierzeń, założeń, norm, ich usposobienia w języku, symbolach, artefaktach, jak również w technologii, praktykach zarządzania, postawach i działaniach.
W.R. Griffin	Zestaw wartości, które pomagają członkom organizacji zrozumieć, za czym organizacja się opowiada, jak pracuje, co uważa za ważne.
W. Kobyliński	Sposób, w jaki ludzie realizują powierzone im zadania.
M. Juchnowicz	Nieformalny system wzorów myślenia i postępowania w organizacji.
J.A.F. Stoner Ch. Wankel	Wspólne zwyczaje, pojęcia, normy, wartości, postawy i przekonania, którymi kierują się członkowie organizacji.
C. Siehl J. Martin	Klej, który spaja organizację przez współdzielenie wzorów znaczeń.
R.E. Freeman D.R. Gilbert	Zbiór ważnych pojęć, takich jak normy, wartości, postawy i przekonania, wspólne dla członków organizacji.
G. Morgan	Wzorzec rozwoju odzwierciedlony przez społeczne systemy wiedzy, ideologię, wartości, prawa i codzienne rytuały.
S. Lewis	Ramy interpretatywne i podstawowe wartości tworzące unikalny sens znaczeń w organizacji.

Źródło: E.H. Schein, *Organizational culture*, „American Psychologist” 1998, vol. 45, nr 2, s. 109–119; G. Hofstede, *Kultura i organizacje, Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2000, s. 38–41; R. Deshpande, R. Parasuraman, *Linking corporate culture to strategic planning*, „Business Horizons” 1986, vol. 29(3), s. 29; A.M. Pettigrew, *On studying organizational cultures*, „Administrative Science Quarterly” 1979, vol. 24, nr 4, s. 570–581; R. Likert, J. Likert, *New Ways of Managing Conflict*, McGraw-Hill, New York 1976; W.R. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2017, s. 116–117; W. Kobyliński, *Podstawy organizacji i kierowania w oświacie*, Stowarzyszenie Oświatowców Polskich, Warszawa 1996, s. 269–270; M. Juchnowicz, *Zarządzanie kapitałem ludzkim*, PWE, Warszawa 2013, s. 36; C. Siehl, J. Martin, *The role of symbolic management: How can managers effectively transmit organizational culture?* w: *Leaders and Managers*, pod red. nauk. J. Hunt, D. Hosking, C. Schriesheim, „International Perspectives on Managerial Behaviour and Leadership” 1984, s. 227–239; G. Morgan, *Obrazy organizacji*, PWN, Warszawa 1997; S. Lewis, *Family Friendly Employment Policies: A Route to Changing Organizational Culture or Playing About at the Margins?*, „Gender, Work and Organization” 1997, nr 4(1), s. 13–23

Zaprezentowane w tabeli 2 definicje kultury organizacyjnej łączą się ze sobą oraz wzajemnie uzupełniają, koncentrując się wokół dwóch obszarów:

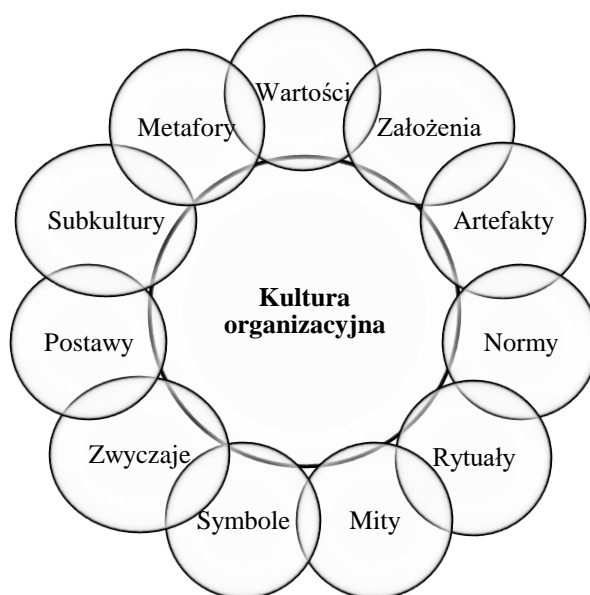
- makro, opisującej znaczenie kultury organizacyjnej jako czynnika bezpośrednio wpływającego na zachowanie osób<sup>67</sup>,
- mikro, opisującej znaczenie kultury organizacyjnej przez pryzmat trudnych do zaobserwowania składników, które zakorzenione są w umysłach ludzkich<sup>68</sup>.

<sup>67</sup> T. Myjak, *Determinanty wewnątrz organizacyjne wpływające na zachowania pracowników w przedsiębiorstwie*, w: *Innowacje w zarządzaniu inżynierii produkcji*, pod red. nauk. R. Kosnała, Oficyna Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Zarządzania Produkcją, Opole 2018, s. 197.

<sup>68</sup> A. Szeptuch, *Pomiar kultury...*, s. 15.

Przegląd wybranych definicji przedstawionych w tabeli 2 wskazuje na brak pełnej zgody między autorami odnośnie kształtu jednej definicji najtrafniej opisującej kulturę organizacyjną. W większym stopniu zgody tej można doszukać się we wspólnych elementach tworzących składniki kultury organizacyjnej, które przedstawiono na rysunku 2, a których znaczenie pojęciowe opisano w tabeli 3.

Rysunek 2. Składniki kultury organizacyjnej



Źródło: Ł. Sułkowski, *Kultura organizacyjna od podstaw*, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2020, s. 89–102

Tabela 3. Charakterystyka składników kultury organizacyjnej

<b>Składnik kultury organizacyjnej</b>	<b>Opis</b>
Wzory myślenia (Założenia kulturowe)	Dotyczą rozstrzygnięć w sprawach podstawowych człowieka, głęboko zakorzenione w umysłach tj. stosunek do życia i świata.
Wartości	Wspólnie uznawane zasady, cele, standardy, którym przypisuje się jakiś walor wewnętrzny. Określają one, na czym organizacji zależy i co jest dla niej ważne.
Artefakty (Praktyki)	Widoczne przejawy funkcjonowania kultury organizacyjnej.
Normy	Wartości do osiągnięcia. Odnoszą się do sposobów realizacji wartości.
Zachowania	Określają, do czego należy dążyć i czego należy unikać oraz w jaki sposób należy to uczynić.
Postawy	Nastawienie do przedmiotów, zjawisk, ludzi lub zdarzeń. Stanowią łącznik między wzorami myślenia, a wzorami zachowań.

<b>Składnik kultury organizacyjnej</b>	<b>Opis</b>
Rytuały	Utrwalony sposób funkcjonowania organizacji, ujawniający się we wspólnych zachowaniach tj.: sposobie witania się, prowadzenia negocjacji, komunikowania się.
Mity	Ustne, nieformalnie przekazywane opisy rzeczywistych, często wzbogaconych fantazją zdarzeń z historii organizacji.
Symbole	Znaki stanowiące odzwierciedlenie wartości kulturowych tj. nazwa organizacji i jej logo, sztandary.
Subkultury	Grupy społeczne i powstające wokół nich wartości, które nie są spójne z kulturą całej organizacji (tj. subkultury personelu lekarskiego, pielęgniarskiego i administracyjnego).
Tabu	Temat lub działania społeczne, które z jednej strony są ukrywane i nieporuszane, z drugiej ważne dla organizacji, uświęcone tradycją.
Zwyczaje i obyczaje	Powtarzalne i spetryfikowane praktyki społeczne.

Źródło: Ł. Sułkowski, R. Seliga, *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012, s. 17–18; C.A. Kluckhohn, *Values and Values Orientation in the Theory of Actions*, Harper-Row, New York 1962, s. 389; A.M. Pettigrew, *On Studying Organizational Culture*, „Administrative Quarterly” 1979, nr 4, s. 1–13

Podsumowując rozważania teoretyczne prowadzone przez różnych badaczy w obszarze istoty i pojęcia kultury organizacyjnej można stwierdzić, że problematyka związana z tym zagadnieniem jest coraz częściej podejmowanym tematem badawczym na gruncie różnych dyscyplin naukowych oraz w różnym jej kontekście znaczeniowym i poznawczym. Analiza literatury przedmiotu potwierdza, że badania prowadzone w tym obszarze są głównie skoncentrowane na nurcie praktycznym tj. wpływ kultury na rozwój organizacji i przywództwa. Dostrzega się także znaczenie badań teoretycznych dotyczących np. tworzenia nowych typologii i modeli kultury organizacyjnej. Świadczy to o dużym potencjale poznawczym jaki tkwi w obszarze kultury organizacyjnej<sup>69</sup>. Dlatego kontynuowanie badań w zakresie poszerzania znaczeniowego, teoretycznego, jak i praktycznego kultury organizacyjnej o kolejne obszary badawcze tj. projakościowe aspekty kultury organizacyjnej, stanowi interesujący obszar badawczy, zwłaszcza w kontekście tak istotnej dla społeczeństwa branży, jaką jest ochrona zdrowia.

### 1.3. Typologie i modele kultury organizacyjnej

<sup>69</sup> Ł. Sułkowski, *Czy warto zajmować się...*, s. 10.

Krytyczna kwerenda literatury przedmiotu pokazuje, że na świecie prowadzono i wciąż prowadzi się wiele badań, których celem jest wyodrębnienie cech, które w największym stopniu wpływają na kształtowanie się odmienności kulturowej. Wśród głównych cech kultury organizacyjnej wyróżnia się takie, jak:

- jest wspólna dla członków organizacji<sup>70</sup>,
- bardziej (artefakty, zachowanie) lub mniej (założenia, wartości) widoczna<sup>71</sup>,
- bardziej lub mniej formalna<sup>72</sup>,
- homogeniczna lub heterogeniczna<sup>73</sup>,
- interdyscyplinarna<sup>74</sup>,
- materialna lub niematerialna<sup>75</sup>,
- kształtująca się<sup>76</sup>,
- określająca dystans społeczny<sup>77</sup>.

Cechy te stają się podstawą do tworzenia podziałów, typologii i klasyfikacji kultur, których odzwierciedlenie stanowią modele kultury organizacyjnej<sup>78</sup>, wśród których najczęściej cytowane w badaniach dotyczą modeli<sup>79</sup>:

- Edgara Henry Scheina,
- Geerta Hofstede,
- Rogera Harrisona i Charles’a Handy,
- Fonse Trompenaarsa i Charles’a Hampden-Turnera,
- Kima S. Camerona i Roberta Quinna,
- Denise Rousseau,
- Helene Spencer-Oatey,

---

<sup>70</sup> E. Wilson, *Inclusion, exclusion and ambiguity – The role of organisational culture*, „Personnel Review” 2000, vol. 29, iss. 3, s. 274–303.

<sup>71</sup> Tamże, s. 282.

<sup>72</sup> W.L. French, C.H. Bell, *Organization Development*, Prentice Hall, New Jersey 1979, s. 198.

<sup>73</sup> A. Giddens, *Socjologia*, PWN, Warszawa 2016, s. 85.

<sup>74</sup> P. Fobel, D. Fobelová, *Etyka i kultura w organizacji*, Wydawnictwo WSZiNS, Tychy 2017, s. 1–138.

<sup>75</sup> J. Szczepański, *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1963, s. 77.

<sup>76</sup> W. Walczak, *Wpływ kultury organizacyjnej na kształtowanie postaw i poziom zaangażowania studentów*, w: *Twórczość, pasja, Uniwersytet. Kategoria zaangażowania w dydaktyce akademickiej*, pod red. nauk. J. Pluciennik, K. Klimczak, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015, s. 145–165.

<sup>77</sup> C. Sikorski, *Zachowania ludzi w organizacji. Społeczno-kulturowe skutki zachowań*, PWN, Warszawa 1999, s. 30.

<sup>78</sup> J. Jończyk, *Model of pro-innovative organizational culture theoretical study*, „Journal of Intercultural” 2011, vol. 3, nr 2, s. 125.

<sup>79</sup> A. Wojtowicz, *Istota i modele kultury organizacyjnej - przegląd koncepcji*, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie” 2004, nr 5, s. 159–171; F. Morente, X. Ferràs, *Innovation cultural models: review & next steps proposal*, „Universidad & Empresa” 2017, nr 20(34), s. 58–72; C. Bolcaş, V. Ionescu, *Organization Culture. Models and Approaches*, „Manager Journal” 2019, nr 30(1), s. 163–171.



– Daniela Denisona.

Jednym z najbardziej znanych i rozpowszechnionych w literaturze naukowej modeli kultury organizacyjnej spośród zaprezentowanych powyżej jest model E.H. Scheina. Rozpatruje on elementy kultury pod kątem ich widoczności oraz trwałości, a następnie dzieli je na trzy poziomy: artefakty, normy i wartości oraz założenia podstawowe<sup>80</sup>. Model ten bywa też często nazywany modelem „góry lodowej”, gdzie widoczne i jawne elementy (artefakty) znajdują się nad powierzchnią góry. Z kolei pod powierzchnią znajdują się elementy niewidoczne, tj. założenia podstawowe.

Model kultury organizacyjnej według E.H. Scheina przedstawiony na rysunku 3 odgrywa szczególną rolę w badaniach kultury organizacyjnej, gdyż przedstawia on zależności występujące pomiędzy poszczególnymi jej poziomami, zwracając jednocześnie uwagę na problem ograniczonej percepcji jej elementów składowych, co niejednokrotnie determinuje wyniki badań w tym zakresie<sup>81</sup>.

Rysunek 3. Model kultury organizacyjnej według E.H. Scheina



Źródło: E.H. Schein, *Organizational culture and leadership*, John Wiley & Sons, San Francisco 2010, s. 14

Pierwszą warstwę kultury organizacyjnej E.H. Scheina stanowią artefakty jako najbardziej widoczne i uświadomione w organizacji elementy. Zazwyczaj dzielą się one na bardziej szczegółowe kategorie, których charakterystykę w kontekście działalności leczniczej przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Artefakty kultury organizacyjnej

<sup>80</sup> A. Wojtowicz, *Istota i modele kultury organizacyjnej...*s. 166.

<sup>81</sup> A. Wojtowicz, *Istota i modele kultury...*, s. 168.

Kategoria	Opis	Przykład	Przykłady w obszarze leczenia
Artefakty językowe	Są wytworem języka, którym posługują się uczestnicy danej kultury odnosząc się do siebie nawzajem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Opowieści, mity, historie.</li> <li>– Żargon medyczny.</li> <li>– Przezwiśka, pseudonimy.</li> <li>– Anegdoty, dowcipy.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Specyficzny język personelu medycznego (lekarski).</li> </ul>
Artefakty behawioralne	Schematy zachowań przyjęte w danej organizacji.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sposób komunikacji.</li> <li>– Rytuały.</li> <li>– Tabu.</li> <li>– Tradycje, obyczaje.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Obchody lekarskie.</li> <li>– Raportowanie zdarzeń niepożądanych.</li> <li>– Ustalone godziny przyjęcia pacjentów.</li> <li>– Sposób mycia i dezynfekcji.</li> </ul>
Artefakty fizyczne	Namacalne twory danej kultury, które ułatwiają identyfikację i zjednoczenie społeczności.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wystrój biura.</li> <li>– Sposób ubierania się.</li> <li>– Logo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Specyficzne i warunkowane higieną rozmieszczenie pomieszczeń.</li> <li>– Kolor ubrań, różnicujący stanowisko, funkcję czy pozycję personelu medycznego.</li> </ul>

Zródło: M. Czerska, *Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menadżera*, Difin, Warszawa 2003, s. 13–14

Drugą warstwę kultury organizacyjnej E.H. Scheina stanowią wartości i normy. Jest to poziom częściowo widoczny i częściowo uświadomiony. Wartości kształtują zachowania członków organizacji i stanowią swego rodzaju etykietę, według której należy postępować. Problem w tym, że często deklarowane wartości organizacyjne nie zawsze są zgodne z faktycznym zachowaniem członków danej organizacji. Powoduje to, że sama tylko deklaracja uznawanych przez organizację wartości nie oznacza, że są one w niej uznawane i stosowane, a tym samym kultura oparta na wartościach nie zawsze oznaczać będzie jej przełożenie na praktykę. Z kolei normy wynikają bezpośrednio z przyjętego systemu wartości oraz obowiązujących w organizacji standardów zarządzania. Określają one, do czego należy dążyć, a czego unikać i w jaki sposób to uczynić<sup>82</sup>.

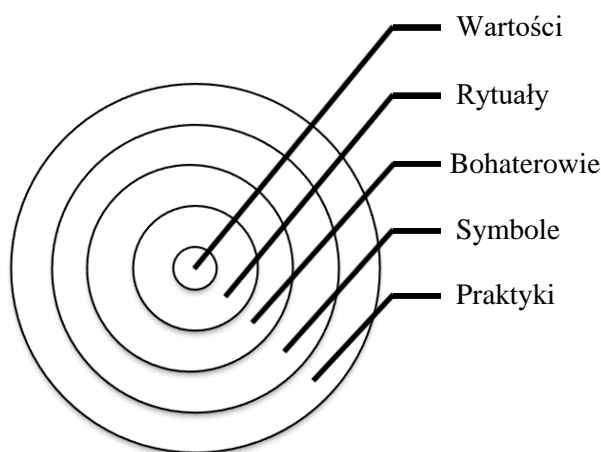
Rdzeń kultury organizacyjnej wg E.H. Scheina stanowią założenia kulturowe, które najczęściej są nieuświadomione w organizacji i znajdują się w umysłach pracowników. Stanowią one najniższą z warstw, a jednocześnie jej fundament i podstawę działalności. Określają one zazwyczaj założenia światopoglądowe i filozoficzne, czym wpływają na sposób postrzegania, myślenia i oceny otoczenia, ludzi, a także samych

<sup>82</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 97–98.

siebie. Przyjmowane są one podświadomie w procesie socjalizacji, czyli podczas przyjmowania przez jednostkę wiedzy, kompetencji, umiejętności psychospołecznych, a także systemu wartości płynącego z otoczenia, w którym funkcjonuje organizacja<sup>83</sup>.

Kolejnym modelem kultury organizacyjnej, często wykorzystywanym w badaniach naukowych jest „model cebuli” G. Hofstede. Wywodzi się on z badań nad kulturą narodową, lecz jest także szeroko wykorzystywany w badaniach kultury organizacyjnej. Jego potoczna nazwa pochodzi od poszczególnych warstw tworzących kulturę (skorupki cebuli), które zaprezentowano na rysunku 4.

Rysunek 4. Model kultury organizacyjnej według G. Hofstede



Źródło: G. Hofstede, *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2000, s. 43

G. Hofstede uważa warstwę wartości za najważniejszy element kulturowy stanowiący samo jądro modelu, a jednocześnie najbardziej ukrytą jej część. Otoczka, czyli warstwa najbardziej widoczna z zewnątrz to z kolei praktyki, które zdaniem badacza winny odzwierciedlać owe wartości, dzięki czemu pozwalają zapewnić spójność pomiędzy tym, w co wierzymy, a tym co faktycznie czynimy.

W modelach kultury organizacyjnej G. Hofstede oraz E.H. Scheina wartości stanowią centrum, wokół którego koncentrują się elementy zwane praktykami (G. Hofstede) lub artefaktami (E.H. Schein)<sup>84</sup>. E.H. Schein dodatkowo w swojej definicji kultury organizacyjnej podkreśla, że aby podstawowe założenia uznawane przez członków organizacji stały się praktykami uznawanymi przez innych, muszą być w pierw

<sup>83</sup> J. Marcisz, *Kultura organizacyjna i jej specyfika*, w: *Kultura organizacyjna przedsiębiorstwa. Wybrane zagadnienia*, pod red. nauk. I. Gawron, T. Myjak, WN Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, Nowy Sącz 2017, s. 114–117.

<sup>84</sup> Ł. Sułkowski, C. Sikorski, *Metody zarządzania kulturą...*, s. 204–205.

uznane przez nich za wartościowe<sup>85</sup>. Wartość definiowana jest jako cecha określająca, co jest dobre pod jakimś względem oraz jako przekonanie będące podstawą przyjętych w danej społeczności norm etycznych<sup>86</sup>. Zbiór wartości występujących w organizacji tworzy z kolei system wartości, którego kształt uzależniony jest od wielu zmiennych tj. np. statusu, narodowości członków organizacji czy istniejących wewnątrz niej grup i subkultur<sup>87</sup>.

Obecnie badając wartości w perspektywie zarządzania, w mniejszym stopniu zwraca się uwagę na ich hierarchię w organizacji tak, jak to czynili np. M. Scheler, J. Tischner czy R. Ingardena. Koncentrują się oni na podejściach respektujących (unikania w zarządzaniu niezgodności z ogólnie przyjętymi wartościami i normami) oraz promujących wartości kultury organizacyjnej (uwzględnianie określonych wartości np. przy kształtowaniu misji i wizji, doborze kadr czy motywowaniu)<sup>88</sup>. Krytyczna analiza literatury i badań w obszarze wartości wskazuje, że głównym składnikiem systemów wartości są postawy, które z kolei determinują zachowania człowieka<sup>89</sup>. A. Kozak sugeruje nawet, aby pracę nad wartościami rozpocząć od jasnej definicji danej wartości, a następnie przełożyć ją na zachowanie<sup>90</sup>. Z kolei inni naukowcy proponują, aby wartości badać z perspektywy kształtowania się postawy, gdyż jak twierdzi G. Hofstede, „ludzie często mówią o świecie w sposób życzeniowy, wyznając wartości, jakie chcieliby, aby ich otaczały, a nie jakie są naprawdę”<sup>91</sup>.

Kolejnym modelem kultury organizacyjnej, interesującym ze względu na sposób grupowania elementów kultury jest model S.M. Daviesa. Model ten przedstawia kulturę organizacyjną z perspektywy teorii zarządzania, a nie jak w modelach E.H. Scheina czy G. Hofstede z perspektywy socjologii organizacji. Według S.M. Davisa kulturę organizacyjną tworzą elementy dalekosiężne – dotyczące konkurowania na rynku i związane ze sposobem zarządzania oraz elementy bieżące – zasady i odczucia odnoszące się do codziennych zachowań wynikających z bieżącej sytuacji<sup>92</sup>.

---

<sup>85</sup> E.H. Schein, *Organizational culture...*, s. 18.

<sup>86</sup> [www.sjp.pwn.pl/sjp/wartosc;2534732.html](http://www.sjp.pwn.pl/sjp/wartosc;2534732.html), [23.12.2021].

<sup>87</sup> K. Szczepańska, D. Kosiorek, *Wartości kultury organizacyjnej w zasadach zarządzania jakością*, w: *Zarządzanie jakością w przestrzeni organizacyjno-społecznej*, pod red. nauk. T. Sikora, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2017, s. 203–215.

<sup>88</sup> S. Stańczyk, T. Oleksyn, A. Herman, *Zarządzanie respektujące wartości. Raport z badań*, Difin, Warszawa 2016, s. 224.

<sup>89</sup> K. Szczepańska, D. Kosiorek, *Wartości kultury organizacyjnej w zasadach zarządzania jakością*, w: *Zarządzanie jakością w przestrzeni organizacyjno-społecznej*, pod red. nauk. T. Sikora, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2017, s. 206–207.

<sup>90</sup> A. Kozak, *Zatrzymać pracownika poprzez kształtowanie kultury organizacyjnej*, [www.ibd.pl/wiedza-dla-biznesu/zatrzymac-pracownika-poprzez-ksztaltowanie-kultury-organizacyjnej](http://www.ibd.pl/wiedza-dla-biznesu/zatrzymac-pracownika-poprzez-ksztaltowanie-kultury-organizacyjnej), [dostęp: 23 luty 2021].

<sup>91</sup> P.G. Zimbardo, *Psychologia*, PWN, Warszawa 2001, s. 272.

<sup>92</sup> B. Wiernek, *Kultura organizacyjna przedsiębiorstwa*, „Prace Naukowe WSZiB” 2000, nr 23, s. 1–107.

Bardzo często wykorzystywanym modelem kultury w badaniach jest model wartości konkurujących K.S. Camerona i R.E. Quinna. Analizuje on wymiary kulturowe pod kątem stylu kierowania czy kształtowania się kulturowych aspektów projakościowych. Umożliwia tym samym identyfikację wymiarów organizacji, które umożliwiają odkrycie prawidłowości występujących w kulturze i możliwościach ich implikacji praktycznej<sup>93</sup>.

Zważając, iż każda organizacja posiada własną, niepowtarzalną specyfikę oraz klimat organizacyjny, który tworzą jej członkowie, kultura organizacyjna charakteryzuje się wielopoziomowością. Naukowcy prowadząc badania w tym obszarze wyróżniają jej wspólne elementy, co umożliwia zaprezentowanie różnych typologii kultury, które obrazują związek pomiędzy kulturą organizacyjną, a strukturą organizacyjną<sup>94</sup>. W literaturze przedmiotu zaprezentowano co najmniej kilkadziesiąt różnych klasyfikacji kultury organizacyjnej, które dzieli się w oparciu o kryteria klasyfikacyjne przyjęte przez ich autorów. Jedną z pierwszych typologii był zaproponowanych przez K. Sitarama oraz R.T. Cogdella podział na kultury wschodnie (kraje Półwyspu Indyjskiego) i zachodnie (kraje europejskie i północnoamerykańskie), które różniły się uznawanymi wartościami przez przedstawicieli tych narodów. Kolejna klasyfikacja jest efektem badań prowadzonych przez J. Kottlera i J. Hesketa nad zasadnością wprowadzenia zmian kultury organizacyjnej celem zwiększenia efektywności funkcjonowania organizacji. Autorzy ci wyróżnili dwa poziomy kultury: widoczny – który stanowią wzory i style zachowań pracowników oraz niewidoczny – określający wspólne wartości i założenia dla członków organizacji<sup>95</sup>. Klasyfikacje te pozwoliły na określenie typów organizacji, które charakteryzują się elastyczną lub sztywną kulturą pozwalającą łatwiej lub trudniej dostosować się do zmian otoczenia. W literaturze można znaleźć również wiele przykładów typologii uzależnionych od zmiennych, które umożliwiają rozróżnienie poszczególnych typów i wymiarów orientacji kulturowych<sup>96</sup>. Przykładowo, typologie jednowymiarowe charakteryzują się tylko jedną cechą zmienną, na bazie której wyodrębnia się alternatywne typy kultury, których przykłady zaprezentowano w tabeli 5.

---

<sup>93</sup> K.S. Cameron., R.E. Quinn, *Kultura organizacyjna - diagnoza i zmiana. Model wartości konkurujących*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 1–190.

<sup>94</sup> J. Marcisz, *Kultura organizacyjna i jej specyfika*, w: *Kultura organizacyjna przedsiębiorstwa. Wybrane zagadnienia*, pod red. nauk. I. Gawron, T. Myjak, Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, Nowy Sącz 2017, s. 17.

<sup>95</sup> Tamże.

<sup>96</sup> Ł. Sułkowski, *Kultura organizacyjna od podstaw*, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2020, s. 42, 89–102.

Tabela 5. Jednowymiarowe typy kultury organizacyjnej

Kryterium	Typy kultury
Stopień oddziaływania	Kultura silna – Kultura słaba
Skłonność do podejmowania ryzyka	Kultura introwertyczna – Kultura ekstrawertyczna
Relacje pomiędzy pracownikami	Kultura pozytywna – Kultura negatywna
Orientacja na przeszłość lub przyszłość	Kultura zachowawcza – Kultura innowacyjna
Różnice w zakresie hierarchii władzy	Kultura elitarna – Kultura egalitarna
Ilość osób	Kultura indywidualistyczna – Kultura kolektywistyczna
Stopień biurokracji	Kultura biurokratyczna – Kultura pragmatyczna
Struktura władzy	Kultura hierarchiczna – Kultura równościowa
Otwartość na argumenty	Kultura miękka – Kultura twarda

Źródło: J. Marcisz, *Kultura organizacyjna i jej specyfika*, w: *Kultura organizacyjna przedsiębiorstwa. Wybrane zagadnienia*, pod red. nauk. I. Gawron, T. Myjak, Wydawnictwo Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, Nowy Sącz 2017, s. 19; Ł. Sułkowski, *Kultura organizacyjna od podstaw*, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2020, s. 42, 89–102; C. Bolcas, V.C. Ionescu, *Organization Culture. Models and Approaches*, „Management and the Economic Crisis” 2019, nr 30, s. 163–170

Zaprezentowane w powyższej tabeli jednowymiarowe typologie kultury organizacyjnej z punktu badawczego są jednak obszarem mniej interesującym, niż wielowymiarowe typologie przedstawione w tabeli 6. Wynika to z ilości zmiennych, które umożliwiają ich różnorodną analizę i zróżnicowanie w postaci modeli orientacji kulturowych.

Tabela 6. Wybrane wielowymiarowe typologie kultur organizacyjnych

Autor	Kryterium	Opis typologii
T.E. Deal A.A. Kennedy	– Stopień ryzyka podejmowanych działań	– Kultura hazardowa – Kultura indywidualistów – Kultura rutyniarzy – Kultura zrównoważona
G. Hofstede	– Dystans do władzy – Indywidualizm – Kolektywizm – Męskość – Kobiecość – Dynamizm	– Kultura zorientowana na stabilizację i bezpieczeństwo – Kultura struktury i rutynowych procedur – Kultura wspierania inicjatyw jednostek i małych grup – Kultura zorientowana na realizację zadań

Autor	Kryterium	Opis typologii
R. Harrison C. Handy	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Indywidualizm</li> <li>– Kolektywizm</li> <li>– Zewnętrzsterowalność</li> <li>– Wewnętrzsterowność</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kultura władzy</li> <li>– Kultura roli</li> <li>– Kultura zadań</li> <li>– Kultura sukcesu</li> </ul>
K.S. Cameron R.E. Quinn	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Efektywność</li> <li>– Elastyczność</li> <li>– Swoboda działania</li> <li>– Stabilność i kontrola</li> <li>– Poziom koncentracji na sprawach wewnętrznych, rywalizacji i różnicowaniu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kultura hierarchii (kontroli)</li> <li>– Kultura rynku (rywalizacji)</li> <li>– Kultura klanu (współpracy)</li> <li>– Kultura adhokracji (tworzenia)</li> </ul>
L. Zbiegień-Maciąg	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kultury funkcjonujące w firmach</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kultura twarda, oparta na władzy</li> <li>– Kultura innowacji</li> <li>– Kultura biurokratyczna</li> <li>– Kultura oparta na zasobach ludzkich</li> </ul>

Źródło: T.E. Deal, A.A. Kennedy, *Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life*, Addison Wesley Publishing Company, Massachusetts 1982, s. 126; R. Harrison, C. Handy, *Understanding your organizations character*, „Harvard Business Review” 1972, nr 3, s. 119; K.S. Cameron, R.E. Quinn, *Diagnosing and Changing Organizational Culture, Based on The Competing Values Framework*, Jossey-Bass, San Francisco 2006, s. 35-48; L. Zbiegień-Maciąg, *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, PWN, Warszawa 2005, s. 27

Na gruncie działalności leczniczej, w badaniach prowadzonych w obrębie kultur organizacyjnych wykorzystuje się m.in. powszechnie stosowane typologie (opisane w tabeli 6) oraz m.in. modele kultury organizacyjnej, które przytoczono w niniejszym podrozdziale. Zważając jednak na specyfikę i strukturę podmiotów leczniczych w Polsce, kwestie kulturowe mogą być również rozpatrywane na gruncie zarządzania publicznego oraz zarządzania organizacją. Rozważając dorobek zarządzania publicznego oraz nurtu kulturowego w naukach o zarządzaniu i jakości, w podmiotach leczniczych można dokonać podziału typologii kultur m.in. na kulturę biurokratyczną oraz kulturę zmian organizacyjnych<sup>97</sup>.

Kultura biurokratyczna oparta jest na modelu organizacji biurokratycznej M. Webera. Jest ona często spotykana w publicznych podmiotach leczniczych ze względu na znaczący wpływ organu założycielskiego, przepisów prawa oraz sformalizowanych procedur medycznych. Kultura biurokratyczna charakteryzuje się pewnym zestawem cech, które oprócz szeroko pojętego zarządzania mogą oddziaływać

<sup>97</sup> E. Claver [i in.], *Public administration. From bureaucratic culture to citizen-oriented culture*, „The International Journal of Public Sector Management” 1999, vol. 12, nr 5, s. 458.

na poszczególne elementy jego zarządzania np. projakościowego i nadają kulturze organizacyjnej charakteru cechującego się<sup>98</sup>:

- formalnymi zasadami postępowania i mnogością procedur,
- bezosobowością stosunków w organizacji (mocne zależności służbowe),
- ścisłym podziałem pracy,
- hierarchiczną strukturą organizacyjną,
- sformalizowanym systemem przyjmowania i awansowania pracowników,
- nadmierną kontrolą,
- oporem wobec wprowadzanych zmian.

Model nowego zarządzania publicznego i związana z nim kultura zmian opiera się głównie na sprawności organizacyjnej i wysokiej orientacji na odbiorców usług publicznych. W przypadku działalności leczniczej są nimi głównie pacjenci korzystający ze świadczeń medycznych realizowanych w ramach finansowania publicznego. W kulturze tej za najważniejsze cechy uznaje się<sup>99</sup>:

- wydajność i efektywność,
- decentralizację struktur organizacyjnych,
- elastyczność w osiąganiu celów,
- ściśle określoną odpowiedzialność przed odbiorcami usług publicznych.

Odnosząc kulturę biurokratyczną i kulturę zmian do sprawności zarządzania jakością, to model nowego zarządzania publicznego poprzez swoje cechy w większym stopniu realizuje podejście projakościowe przyczyniając się tym samym do wzrostu jego dojrzałości. Następuje to poprzez większe ukierunkowanie na ciągłe doskonalenie, wymagające otwartości na nowe wyzwania, a także reagowania na zmiany wynikające z otoczenia. Sztywna kultura biurokratyczna standaryzuje organizację oraz zapewnia nad nią bardziej skuteczny nadzór, ograniczając jednocześnie potrzebę dokonywania zmian w tym obszarze.

Podsumowując przedstawione rozważania w tematyce typologii i modeli kultury organizacyjnej można uznać, że badacze tego tematu często w odmienny sposób podchodzą do zagadnień kultury organizacyjnej, zarówno pod kątem pojęciowym, jak

---

<sup>98</sup> J.A. Ingvaldsen, V. Engesbak, *Organizational learning and bureaucracy: an alternative view*, „The Learning Organization” 2020, nr 27(5), s. 463–472; S.S. Dash, M. Padhi, *Relevance of Max Weber’s Rational Bureaucratic Organizations in Modern Society*, „Management Review” 2020, nr 31(1), s. 81–91; H.C. Oliveira, L.L. Rodrigues, R. Craig, *Bureaucracy and the balanced scorecard in health care settings*, „International Journal of Health Care Quality Assurance” 2020, vol. 33, nr 3, s. 247–259.

<sup>99</sup> Ł. Sułkowski, R. Seliga, *Kulturowe determinanty...*, s. 48–49.



i wymiarów oraz cech ją kształtujących. Mając na uwadze podejmowaną problematykę badawczą, na szczególną uwagę spośród typologii omawianych w niniejszym podrozdziale zasługują te zaproponowane przez E.H. Scheina oraz K.S. Camerona.

K.S. Cameron wyodrębnił 4 typy kultur projakościowych tj.: brak kultury jakości, kultura wykrywania błędów, kultura zapobiegania oraz kreatywna kultura jakości. Typy te mocno korespondują z typologią zaproponowaną przez E.H. Scheina, który wyróżnił kulturę unikania, zachowawczą, proaktywną i projakościową<sup>100</sup>. Obie te typologie, zwłaszcza typologia K.S. Camerona stanowi punkt wyjścia do dalszych badań empirycznych podejmowanych w niniejszej pracy.

#### **1.4. Kultury wzmacniające kulturę organizacyjną**

Holistyczne ujęcie kultury organizacyjnej jako składowej wielu kultur wzmacniających (mikrokultur i subkultur) stanowi fundament funkcjonowania wielu organizacji, w tym podmiotów leczniczych<sup>101</sup>. Potwierdził to już prekursor współczesnej medycyny Hipokrates, który pisał, że „by leczyć ciało ludzkie, konieczna jest wiedza o całości zjawisk”<sup>102</sup>. To filozoficzne podejście stało się podwaliną ogólnej teorii systemów, co pozwoliło zrozumieć, iż kultury organizacyjnej nie można traktować tylko jako sumy składowych różnych kultur<sup>103</sup>. Jak wskazuje K. Markocka-Mączka, kultura organizacyjna jako całość to zestaw połączonych części, które wpływają na interakcje między określonymi jej elementami, gdzie zaburzenie w ramach jednego, może spowodować zakłócenia w obszarze innych składowych kultury organizacyjnej<sup>104</sup>. Mając to na uwadze należy uznać, iż doskonaląc podmiot leczniczy np. pod kątem jakościowym nie należy koncentrować się wyłącznie na poprawie tylko jednej składowej kultury organizacyjnej, ale należy mieć na uwadze również inne aspekty. Podejście to wymaga uwzględnienia często odmiennych wartości tkwiących w różnych kulturach, które są ze sobą połączone i wzajemnie się uzupełniają.

---

<sup>100</sup> E.H. Schein, *Organizational culture and leadership*, John Wiley & Sons, San Francisco 2010, s. 1–464.

<sup>101</sup> Ł. Sułkowski, *Funkcjonalistyczna wizja kultury organizacyjnej w zarządzaniu: dominujący paradygmat i jego krytyka*, „Problemy Zarządzania” 2013, nr 4(11), s. 20–32.

<sup>102</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna...*, s. 61.

<sup>103</sup> Tamże.

<sup>104</sup> K. Markocka-Mączka, K. Grabowski, R. Taboła, *Holistyczne podejście do pacjenta*, w: *Profilaktyka i Edukacja Zdrowotna*, pod red. nauk. E. Dubińska, M. Springer, R. Sienkiewicz, Wydawnictwo Neurocentrum, Lublin 2017, s. 171–180.

Każda organizacja, w tym podmiot leczniczy posiada w ramach ogólnej kultury organizacyjnej charakterystyczną dla danej branży mikrokulturę, objawiającą się uznawanymi wartościami, które wpływają na postawy czy obserwowane zachowania poszczególnych grup społecznych<sup>105</sup>. W literaturze przedmiotu w ramach mikrokultur występują również subkultury, wokół których gromadzą się wartości, które często nie są spójne z kulturą całej organizacji<sup>106</sup>. W podmiotach leczniczych mogą one odnosić się do grupy zawodowej pielęgniarek, lekarzy, diagnostów laboratoryjnych, ale także pracowników administracyjnych czy kadry zarządzającej. Osoby będące członkiem owej społeczności oprócz podobnego charakteru czy stylu pracy, często cechują się podobnym sposobem komunikacji, ubierania się, a nawet spędzania wolnego czasu. Wszystko to sprawia, że podmioty lecznicze, zwłaszcza szpitale są prawdziwą mozaiką kulturową, złożoną z wielu nakładających się na siebie subkultur o wykształconych artefaktach, wartościach, postawach i zachowaniach<sup>107</sup>. Z tego też powodu za subkulturę uznaje się w literaturze przedmiotu kulturę, która wspiera wartości kultury dominującej lub istnieje równolegle jako kultura, która zasila kulturę dominującą w dążeniu do zachowania podstawowych wartości<sup>108</sup>. Badacze owego zjawiska określają ją jako kulturę wzmacniającą lub wzbogacającą kulturę dominującą tworząc spoiwo łączące różne mikroklutury występujące w organizacji. M.Z. Wiśniewska<sup>109</sup> oraz R. Mannion i H. Davies<sup>110</sup> uznają kultury wzmacniające jako ważne źródła doskonalenia, co ma znaczenie w kontekście dążenia organizacji do doskonałości jakościowej.

Kultury wzmacniające jako część kultury organizacyjnej trudno jest wyodrębnić w sposób jednoznaczny, gdyż wiele z nich przenika się nawzajem, co przedstawiono na rysunku 5.

Rysunek 5. Kultura organizacyjna podmiotu leczniczego i kultury wzmacniające

---

<sup>105</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 55.

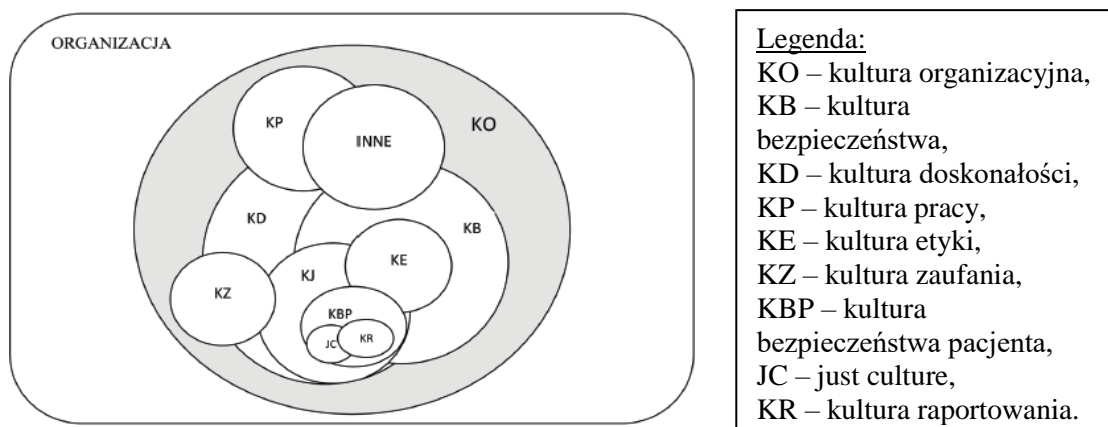
<sup>106</sup> J. Maciąg, *Kultura lean management w polskich szkołach wyższych (wyniki badań pilotażowych)*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 2018, nr 1(51), s. 71.

<sup>107</sup> R. Mannion, H. Davies, *Understanding organisational culture for healthcare quality improvement*, „BMJ” 2018, nr 363, s. 1–4.

<sup>108</sup> T. Scott [i in.], *Implementing culture change in health care: Theory and practice*, „International Journal for Quality in Healthcare” 2003, nr 2, s. 111–118.

<sup>109</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna...*, s. 56.

<sup>110</sup> R. Mannion, H. Davies, *Understanding organisational...*, s. 1–4.



Źródło: M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 57

Jak wynika z rysunku 5, w ramach kultury organizacyjnej wyodrębnić można wiele mikrokultur, z których najszerzej pojmowana odnosi się do kultury bezpieczeństwa i doskonałości. Bezpieczeństwo, jak i doskonałość stanowią z kolei istotne atrybuty jakości, które łącznie w aspekcie kulturowym kształtują szeroko rozumianą kulturę jakości. W ramach tej kultury wyodrębnić można z kolei jeszcze mniejsze mikrokultury tj. kultura bezpieczeństwa pacjenta, just culture czy kultura raportowania<sup>111</sup>. Mikrokultury te wraz z kulturą pracy, zaufania czy etyki tworzą pełen obraz kultury organizacyjnej, który tak rozpatrywany w kontekście podmiotów leczniczych pozwala na kształtowanie się poszczególnych jej elementów składowych, wzmacniając je i uzupełniając jednocześnie<sup>112</sup>.

W tabeli 7 przedstawiono charakterystykę przykładowych typów kultur wzmacniających kulturę organizacyjną, które tworzą mozaikę kulturową podmiotów leczniczych.

Tabela 7. Typy kultur wzmacniających kulturę organizacyjną

Typ kultury wzmacniającej	Charakterystyka
Kultura pracy	Porządek społeczny oraz wspólne wzorce w miejscu pracy uznane za zachowania właściwe, służące dobru pracy.
Kultura etyki	Zbiór etycznych zasad w miejscu pracy przekładające się na codzienne działania oraz ich przestrzeganie w codziennym zachowaniu pracowników.
Kultura zaufania	Rozpowszechnione reguły traktujące zaufanie i wiarygodność jako wartości, a zaufanie jako normy właściwego postępowania.

<sup>111</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna...*, s. 57.

<sup>112</sup> Tamże, s. 59–60.

Typ kultury wzmacniającej	Charakterystyka
Kultura bezpieczeństwa pacjenta	Wynik indywidualnych i grupowych wartości, postaw, wzorów zachowań oraz stylu i jakości zarządzania bezpieczeństwem pacjenta.
Kultura sprawiedliwego traktowania (Just Culture)	Składowa kultury bezpieczeństwa pacjenta pozwalającej odróżnić zachowania właściwe od nieodpowiedzialnych.
Kultura raportowania	Kultura sprzyjająca swobodnemu zgłaszaniu błędów i zdarzeń niepożądanych bez obawy przed ukaraniem.
Kultura doskonałości	Zbiór postaw, zachowań, przekonań oraz wartości i zasad demonstrowanych przez członków organizacji w myślach i czynach, a skutkujących zdolnością do spełniania potrzeb interesariuszy.

Źródło: M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 58–59; P. Sztompka, *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007, s. 300; R.M. Gołębiowski, *Elementy kultury jakości w organizacji*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2014, nr 38, s. 33–42; M.Z. Wiśniewska, P. Grudowski, *Kultura jakości, doskonałości i bezpieczeństwa w organizacji*, CeDeWu, Warszawa 2019, s. 10; M. Smolarek, M. Sipa, *Klimat organizacyjny jako przejaw kultury organizacyjnej w małych przedsiębiorstwach*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie” 2015, nr 4, s. 301

Wielowymiarowość subkultur oraz kultur wzmacniających występujących w podmiotach leczniczych, a częściowo opisanych w tabeli 7, nie wyczerpują całego ich spektrum. W literaturze przedmiotu można również zaobserwować kulturę współpracy, kulturę uczenia się, kulturę innowacji, czy kulturę ryzyka, które bardzo często znajdują również swoje odzwierciedlenie w działalności leczniczej<sup>113</sup>.

Analizując powyższe rozważania teoretyczne można stwierdzić, że kultury wzmacniające mogą przybierać postać różnych mikrokultur i subkultur, które wspólnie zasilają kulturę organizacyjną w dążeniu do zachowania uznawanych wartości i realizacji oczekiwanych praktyk. W kontekście projakościowego zarządzania można natomiast uznać, że wśród nich to kultura jakości oraz powiązana z nią kultura doskonałości i bezpieczeństwa pacjenta w największym stopniu determinuje praktykę zarządzania jakością w podmiotach leczniczych.

## 1.5. Projakościowa kultura organizacyjna – kultura jakości

### 1.5.1. Istota i pojęcie kultury jakości

Kultura jakości stanowi przedmiot zainteresowania teorii w obszarze wielu nauk społecznych, w szczególności w obszarze dyscypliny nauki o zarządzaniu i jakości,

<sup>113</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna...*, s. 60.

psychologii oraz nauki socjologiczne. Tak szeroki zakres zainteresowania wynika ze złożoności i interdyscyplinarności teorii kultury organizacyjnej oraz różnorodnych aspektów wpływających na zarządzanie jakością w organizacji<sup>114</sup>.

Pojęcie projakościowej kultury organizacyjnej określanej często w literaturze jako kultury jakości, wykształciło się głównie na gruncie teorii zarządzania<sup>115</sup>. W aspekcie zarządzania najczęściej rozpatrywane jest ono jako coś scentralizowanego, narzuconego przez kierownictwo, co pracownicy niższych szczebli winni przyjąć i stosować. Z kolei w ujęciu antropologicznym, kulturę kształtują głównie pracownicy poprzez skoncentrowanie się na ich indywidualnych obowiązkach i doświadczeniu<sup>116</sup>. Najczęściej jednak obecna w literaturze definicja mówi o kulturze jakości jako o zbiorze projakościowych zasad, wartości i norm, które zostały zaakceptowane i są stosowane przez wszystkich członków organizacji<sup>117</sup>. Definicja ta nie wyczerpuje w pełni znaczenia tego pojęcia zwłaszcza, że jak pokazują wyniki badań K. Camerona i W. Sinea, pojęcie to może być na wiele sposobów interpretowane<sup>118</sup>. A. Vu kulturę jakości definiuje w kontekście wartości, misji, sposobu zachowania się i postaw, czyli elementów, które bezpośrednio wpływają na projakościowe zaangażowanie i podejmowanie decyzji<sup>119</sup>. Z kolei J. Mikosz o kulturze jakości pisze jako o zespole przekonań, wartości i wyuczonych sposobów postępowania dotyczących jakości, uwidaczniających się w fizycznych elementach organizacji, tj. procedury czy wykorzystywane narzędzia doskonalenia jakości<sup>120</sup>. Takie podejście wskazuje na bezpośredni udział elementów kulturowych zarówno na etapie projektowania, wdrożenia, jak i utrzymania systemów zarządzania jakością.

Analizując pojęcie kultury jakości w ujęciu normatywnym, trudno jest jednoznacznie znaleźć odniesienie do definicji kultury jakości. Nie zawiera jej zarówno norma podstawowa ISO 9001, która wprost nie porusza tej tematyki, ani bezpośrednio

---

<sup>114</sup> Ł. Sułkowski, *The problems of epistemology of corporate culture*, „Journal of Intercultural Management” 2009, nr 1, s. 45.

<sup>115</sup> A. Lendzion, *Kultura jakości - teoria a praktyka*, „Zeszyt Problemowy” 2019, nr 6, s. 24.

<sup>116</sup> R.M. Gołębiowski, *Elementy kultury jakości*, „Studia i Prace Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2014, nr 38, t. 1, s. 33–42.

<sup>117</sup> D.L. Goetsch, S.B. Davis, *Quality management. Introduction to total quality management for production, processing and services*, Pearson Education, Upper Saddle River 2006, s. 174.

<sup>118</sup> K. Cameron, W. Sine, *A framework for organizational quality culture*, „Quality Management Journal” 1999, vol. 6, nr 4, s. 7–25.

<sup>119</sup> Ł. Sułkowski, *Kultura jakości w zarządzaniu europejskimi uczelniami wyższymi*, „Zeszyty Naukowe WSB we Wrocławiu” 2013, nr 4(36), s. 220.

<sup>120</sup> J. Mikosz, *Człowiek jako podstawowe ogniwo w dążeniu do jakości*, Kraków 2008, s. 128–132.

inna z norm uzupełniających serię norm ISO 9000<sup>121</sup>. Pierwsze wzmianki dotyczące wartości kulturowych pojawiają się w normie ISO 9004:2018 stanowiącej wytyczne do doskonalenia i osiągania stabilnego sukcesu organizacji. Twórcy tej normy stoją na stanowisku, że organizacja kształtowana jest przez misję, wizję, wartości i właściwą kulturę. W normie ISO 9004 jest ona definiowana jako wierzenia, historia, etyka, zachowania i postawy, które tworzą organizację<sup>122</sup>. Standardem jakościowym, który w pełni uwzględnia aspekty kulturowe w kreowaniu polityki jakościowej jest norma ISO 10018 – System zarządzania jakością – Wytyczne dotyczące zaangażowania ludzi. Uznaje ona kulturę jakości jako element istotny dla zapewnienia tożsamości wszystkich pracowników<sup>123</sup>.

Jak wynika z analizy literaturowej definicji kultury jakości, trudno jest jednoznacznie przyjąć jedną, powszechnie obowiązującą, którą można przedstawiać jako wzorzec i odnieść do specyfiki podmiotów leczniczych. Najbardziej adekwatną definicję w kontekście podejmowanej tematyki badawczej zaproponował jednak R. Wolniak, który pod pojęciem tym łączy aspekty kulturowe organizacji z technicznymi elementami zarządzania jakością i ich wpływem na poziom doskonalenia<sup>124</sup>. Również Ł. Sułkowski opierając się na założeniach, które poczynił formułując kulturę jakości uczelni wyższej, wyodrębnił pewne elementy wspólne, które mogą stanowić inspirację do kształtowania ogólnej kultury organizacyjnej i kultury jakości podmiotów leczniczych<sup>125</sup>. Porównanie tych dwóch kultur zaprezentowano w tabeli 8.

Tabela 8. Porównanie kultury organizacyjnej i kultury jakości w podmiotach leczniczych

<b>Kryterium</b>	<b>Kultura organizacyjna podmiotu leczniczego</b>	<b>Kultura jakości podmiotu leczniczego</b>
Kluczowe wartości	Etos zawodów medycznych.	Doskonalenie w obszarze jakości świadczonych usług medycznych.
Znaczenie	Ochrona zdrowia i życia.	Doskonalenie procesów medycznych.
Kluczowe procesy	Komunikacja, zaangażowanie, dzielenie się wiedzą, kompetencje i umiejętności.	Zarządzanie jakością poprzez zaangażowanie i transfer wiedzy, postaw i zachowania.

<sup>121</sup> PN-EN ISO 9001:2015. System zarządzania jakością. Wymagania.

<sup>122</sup> PN-EN ISO 9004:2018. System zarządzania jakością. Jakość organizacji. Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu.

<sup>123</sup> ISO 10018:2020. Quality management. Guidance for people engagement.

<sup>124</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 5.

<sup>125</sup> Ł. Sułkowski, *Czy kultura jakości w uczelni wyższej to to samo co kultura akademicka?* „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2014, t. XV, z. 8, s. 367–368.

Kryterium	Kultura organizacyjna podmiotu leczniczego	Kultura jakości podmiotu leczniczego
Interesariusze	Personel medyczny, pacjenci, zarządzający, administracja, społeczność lokalna, władze, związki zawodowe, pracodawcy i podmioty otoczenia.	Personel medyczny, pacjenci, zarządzający, administracja, społeczność lokalna, władze, związki zawodowe, pracodawcy i podmioty otoczenia, jednostki certyfikacyjne.
Modele zarządzania	Hierarchiczny, ordynatorski, subkulturowy i kontrkulturowy.	Doskonalący się, wykorzystujący i rozwijający różne koncepcje, metody i narzędzia zarządzania jakością.
Metody i techniki zarządzania	Metody partycypacyjne, zarządzanie hierarchiczne.	Monitorowanie, samoocena, certyfikacje i akredytacje, benchmarking.

Źródło: Ł. Sułkowski *Czy kultura jakości w uczelni wyższej to to samo co kultura akademicka?* „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2014, t. XV, z. 8, s. 367

Jak wynika z powyższej tabeli, kultura organizacyjna oraz kultura jakości podmiotu leczniczego odnoszą się do kluczowych obszarów istotnych dla specyfiki działalności leczniczej tj. zaangażowanie, transfer wiedzy czy stosowanie koncepcji, narzędzi i technik zarządzania jakością. Szczególnie w aspekcie zarządzania, elementy te wskazują na aktywną postawę i odpowiedzialność za właściwe funkcjonowanie i rozwój organizacji<sup>126</sup>. Przy czym aktywność ta może przejawiać się w formie stosowania zewnętrznych systemów zarządzania jakością, do których należą uniwersalne normy ISO oraz standardy branżowe tj. akredytacja według Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Warto jednak wskazać na fakt, że zarówno normy ISO, jak i standardy CMJ często determinują możliwość kreowania polityki projakościowej na skutek braku wymagań lub ram do uwzględniania miękkich – społecznych aspektów zarządzania. Potwierdza to J. Dahlgaard i J. Kirstensen<sup>127</sup>, jak również E. Skrzypek i in.<sup>128</sup>, którzy zgodnie uważają, że obecnie źródeł przewagi konkurencyjnej oraz sukcesu organizacji należy doszukiwać się w mniejszym stopniu w obszarze technicznych wymagań tj. sprzęt, infrastruktura, ale przede wszystkim w obszarach społecznych kształtowanych przez: postawy projakościowe, uznawane wartości, przyjęte standardy postępowania, skuteczny przepływ informacji, zaangażowanie kadry kierowniczej, czy kapitał ludzki. Kultura jakości może stanowić w tym przypadku formę równowagi pomiędzy formalizmem systemu, a stopniem utożsamiania się z nim kluczowych interesariuszy.

<sup>126</sup> Tamże, s. 368.

<sup>127</sup> J.J. Dahlgaard, K. Kristensen, G.K. Kanji, *Podstawy zarządzania jakością*, PWN, Warszawa 2004, s. 250–254.

<sup>128</sup> E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia zarządzania jakością*, Wydawnictwo Uniwersytetu MCS w Lublinie, Lublin 2019, s. 63.

Na przestrzeni ostatnich lat w literaturze przedmiotu odnotowano wiele badań naukowych, które poświęcone były rozwojowi teorii w obszarze kultury jakości. Autorów tych badań oraz ich zakres tematyczny zaprezentowano w tabeli 9.

Tabela 9. Zakres wybranych badań prowadzonych w obszarze kultury jakości

Rok	Badacz(e)	Zakres badań nad kulturą jakości
1994	J. Sinclair, D. Collins	Ogólny opis kultury jakości.
1997	J.A. Woods	Zidentyfikowano sześć wartości kultury jakości.
1999	K. Cameron, W. Sine	Klasyfikacja kultury jakości na poziomy w zależności od ich rozwoju. Diagnoza kultury jakości – kwestionariusz ACQC (Assessment Corporate Quality Culture) na poziomie praktyk menedżerskich.
2000	L.M. Corbett, K.N. Rastrick	Badanie zależności pomiędzy wskaźnikami wydajności, a zarządzaniem jakością.
2001	B. Brendan, D. Waddell	Praktyczna analiza związków zachodzących pomiędzy kulturą jakości, a wydajnością zarządzania jakością.
2010	T.J. Kull, J.G. Wacker	Badania nad diagnozowaniem i zmianą kultury.
2013	J.A. Gimenez-Espin, D. Jimenez-Jimenez, M. Martinez-Costa	Alternatywne typy kultury: kultura mieszana.
2016	C. Gaigne, B. Larue	Wpływ, jaki minimalne standardy jakości mają na strukturę przemysłu i handlu.
2017	V.S. Patyal, M. Koilakuntla	Związki pomiędzy zarządzaniem jakością, a wydajnością organizacji.
2018	J.J. Tari [i in.]	Kultura jakości jako czynniki motywujące organizacje do stosowania systemów jakości.
2019	K.P. Ko, M. Stein	Propozycja metodologii pozwalającej utrzymywać ciągle doskonalenie w oparciu o kulturę jakości.
	A.N. Gunasekaran [i in.]	Badania w obszarze „Przemysłu 4.0” do poprawy zarządzania jakością w organizacjach.
2020	A. Dewanto [i in.]	Zaangażowanie emocjonalne w rozwoju kultury jakości w szpitalu.
2021	M.Z. Wiśniewska	Kultura organizacyjna i kultury wspomagające w organizacjach ochrony zdrowia.
	F. Vitolla [i in.]	Zależności w obszarze wpływu kultury jakości na zachowania etyczne.

Źródło: J. Sinclair, D. Collins, *Towards a quality culture*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 1994, nr 11, s. 19–29; J.A. Woods, *The six values of a quality culture*, „National Productivity Review” 1997, nr 16, s. 49–55; K.S. Cameron, R.E. Quinn, *Diagnosing and Changing Organizational Culture, Based on The Competing Values Framework*, Jossey-Bass, San Francisco 2006, s. 25; K. Cameron, W. Sine, *Framework for organizational quality culture*, „Quality Management Journal” 1999, nr 6, s. 7–25; L.M. Corbett, K.N. Rastrick, *Quality performance and organizational culture*, „International Journal of Quality and Reliability Management” 2000, nr 17, s. 14–26; B. Barrett, D. Waddell, *Quality culture and its impact on quality performance*, „Australian and New Zealand Academy of Management” 2000, nr 14, s. 1–11; T.J. Kull, J.G. Wacker, *Quality management effectiveness in Asia: The influence of culture*, „Journal of Operations Management” 2010, nr 28, s. 223–239; J.A. Gimenez-Espin, D. Jimenez-Jimenez, M. Martinez-Costa, *Organizational culture for TQM*, „Total Quality Management & Business Excellence” 2013, nr 24, s. 678–692; C. Gaigne, B. Larue, *Quality standards, industry structure, and welfare in a global economy*, „American Journal of Agricultural Economics” 2016, nr 98, s. 1432–1449; V.S. Patyal, M. Koilakuntla, *The impact of quality management practices on performance: an empirical study*, „Benchmarking-An International Journal” 2017, nr 24, s. 511–535; J.J. Tari [i in.], *The internalization of a sectorial standard for quality management: A qualitative*



analysis in tourism. In *ISO 9001, ISO 14001, and New Management Standards*, Springer International Publishing AG, 2018, s. 97–108; K.P. Ko, M. Stein, *Design methodologies for continuous improvement*, International Conference on Ergonomics in Design, Orlando 2018, s. 21–25; A. Dewanto, S.S. Febrina, V. Wardhani, *The importance of nurses cognitive and emotional engagement in developing hospital quality culture*, „Enfermeria Clínica” 2020, nr 30, s. 97–101; F. Vitolla [i in.], *Do cultural differences impact ethical issues? Exploring the relationship between national culture and quality of code of ethics*, „Journal of International Management” 2021, nr 27(1); A. Gunasekaran, N. Subramanian, W.T. Ngai, *Quality management in the 21st century enterprises: Research pathway towards Industry 4.0*, „International Journal of Production Economics” 2019, vol. 207, s. 125–129; M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 1–311.

Pomimo wielu badań prowadzonych w obszarze kultury jakości, co przedstawiono w tabeli 9, literatura przedmiotu wciąż nie do końca wypełnia lukę badawczą związaną z łączeniem wymiarów kulturowych i praktyk zarządzania jakością<sup>129</sup>. Również obszar badawczy ukierunkowany na działalność podmiotów leczniczych w tym zakresie wydaje się być nie w pełni wyczerpany. Obecnie prowadzone badania koncentrują się m.in. na występowaniu zależności pomiędzy jakością, opieką nad pacjentem, bezpieczeństwem świadczeń zdrowotnych, a zmianą kultury na bardziej projakościową<sup>130</sup>. Również wykorzystywane narzędzia badawcze do oceny projakościowej kultury organizacyjnej rzadko wykraczają poza tradycyjne koncepcje kompleksowego zarządzania jakością, ograniczając rozwój nauki w tym obszarze.

W tabeli 10 przedstawiono wybrane narzędzia badawcze służące do oceny kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia.

Tabela 10. Wybrane narzędzia badawcze do oceny kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia

Autor	Nazwa narzędzia badawczego	Zastosowanie	Typy kultury
R.C. O'Reilly J. Chatman, D.F. Caldwell	Organizational Culture Profile (OCP)	Ocena uwarunkowań i zachowań pracowników.	– Innowacyjna. – Agresywna. – Stabilna. – Zorientowana na wyniki. – Zorientowana na ludzi. – Zorientowana na zespół. – Zorientowana na detale.
K. Cameron, W. Sine	Assessment Corporate Quality Culture (ACQC)	Pomiar kultury jakości na poziomie artefaktów i praktyk.	– Braku jakości. – Wykrywania błędów. – Zapobiegania błędom. – Kreatywna.

<sup>129</sup> H. Seyedi, R. Mohebbifar, S. Rafiei, *Quality management system and its role in the quality maturity of training hospitals*, „Journal of Client-Centered Nursing Care” 2019, nr 5(2), s. 113–122.

<sup>130</sup> S. Swensen, N. Mohta, *Leadership survey: Organizational culture is the key to better health care*, „New England Journal of Medicine Catalyst Insights Report” 2019, s. 1–3.

Autor	Nazwa narzędzia badawczego	Zastosowanie	Typy kultury
R.A. Cooke, J.C. Lafferty	Organizational Culture Inventory	Ocena zachowań oraz wspólnych przekonań pracowników.	– Konstruktywny. – Pasywno-defensywny. – Agresywno-obronny.
E.J. Wallach	Organisational Culture Index	Diagnozy kultury organizacyjnej.	– Biurokratyczny. – Innowacyjny. – Wspierający.
K.S. Cameron, R.E. Quinn	Organizational Culture Assessment Instrument (OCAI)	Oceny kontrastu między stabilnością i kontrolą organizacyjną, a potrzebą elastyczności i wprowadzania zmian.	– Hierarchii. – Klanu. – Rynku. – Adhokracji.
R.S. Kingle	Hospital Culture Scale (HCS)	Oceny kultury organizacyjnej w szpitalach.	– Lekarz i pielęgniarka zorientowani na współpracę zespołową. – Lekarze traktują pielęgniarki jak służebnice, nie partnerów. – Lekarze uważają się za władców szpitala.

*Źródło: M. Szara [i in.], Przegląd narzędzi badawczych do oceny kultury organizacyjnej w systemie opieki zdrowotnej, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2018, s. 606; R.C. O’Reilly, J. Chatman, D.F. Caldwell, People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit, „Academy Management Journal” 1991, vol. 34, nr 3, s. 487–516; E.J. Wallach, Individuals and Organizations The Cultural Match, „Training and Development Journal” 1983, vol. 37, nr 2, s. 28–36; K.S. Cameron., R.E. Quinn., Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana. Model wartości konkurujących, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 19.*

Niektóre z zaprezentowanych w tabeli 10 narzędzi mają zastosowania zarówno do badania bieżącej kultury organizacyjnej, jak i kultury pożądaney przez pracowników tj. Organizational Culture Profile (OCP). Wśród nich są jednak i takie narzędzia, jak Assessment Corporate Quality Culture (ACQC) stworzone przez K. Camerona i W. Sine, które wprost odnoszą się do aspektów jakościowych pozwalając nie tylko na dokonanie oceny kultury jakości na poziomie wartości oraz praktyk (artefaktów), ale także na określenie typów kultury w zależności od tego, w jakim stopniu zorientowana jest ona na jakość.

Reasumując rozważania podjęte w niniejszym podrozdziale można stwierdzić, iż większość badaczy w podobny sposób definiuje kulturę jakości - jako system wartości, postaw i zachowań ukierunkowanych na zarządzanie jakością. Również badania prowadzone w tym zakresie w dużym stopniu odnoszą się do analizy wpływu kultury organizacyjnej na doskonalenie jakościowe. Część z przywołanych badaczy zauważa także, że kultura jakości stanowi łącznik pomiędzy wymiarami społecznymi, a wymiarami

projakościowego zarządzania, co stwarza podwaliny do wykształcenia się organizacji zorientowanej zarówno na organizacyjne, techniczne jak i kulturowe aspekty zarządzania. Potwierdza to tym samym założenia badawcze poczynione w pracy, że przeprowadzenie zmiany kulturowej (wartości, postaw i praktyk) na bardziej projakościowa odbywa się nie tylko na poziomie kultury organizacyjnej, ale także na poziomie poszczególnych subkultur tj. kultura jakości<sup>131</sup>. Dlatego istotnym jest, aby skutecznie identyfikować kluczowe elementy kształtujące kulturę jakości, które pozwalają na lepsze zrozumienie istoty problemu badawczego, jak i determinantów mogących stanowić przeszkodę w promowaniu strategii ukierunkowanej na jakość.

### 1.5.2. Elementy kultury jakości

W literaturze przedmiotu można spotkać się ze stwierdzeniem, że kultura jakości stanowi kluczowy czynnik sukcesu wielu organizacji projakościowo zarządzanych<sup>132</sup>. Wielu naukowców uważa nawet aspekty kulturowe za jeden z najistotniejszych elementów wpływających na poprawę efektywności i skuteczności organizacyjnej<sup>133</sup>. Niektórzy twierdzą także, że organizacje chcące przeprowadzić zmianę, w pierwszej kolejności muszą zredefiniować swoją kulturę<sup>134</sup>, która zgodnie z wynikami badań powinna wspierać działania procesowe systemu zarządzania jakością<sup>135</sup>. Zdarza się jednak, że próbując integrować aspekty kulturowe i zarządcze w systemach jakości lub dokonywać w nich zmiany nie diagnozuje się wcześniej aktualnej treści kultury wspierającej projakościowe zarządzanie<sup>136</sup>. Prowadzi to do sytuacji, w której

---

<sup>131</sup> R. Wolniak, M. Olkiewicz, *The relations between Safety Culture and Quality Culture*, „System Safety: Human-Technical Facility Environment” 2019, vol. 19, nr 1, s. 10–17.

<sup>132</sup> A. Stańda, *Kultura organizacyjna, jako czynnik sukcesu - kulturowe zarządzanie organizacją*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego” 2005, nr 5, s. 178–185; W.A. Srisathan, C. Ketkaew, P. Naruetharadhol, *The intervention of organizational sustainability in the effect of organizational culture on open innovation performance: A case of Thai and Chinese SMEs*, „Cogent Business & Management” 2020, nr 7(1), s. 4–5, 21.

<sup>133</sup> M. Škerlavaj [i in.], *Organizational learning culture - the missing link between business process change and organizational performance*, „International Journal of Production Economics” 2007, nr 106 (3), s. 346–367.

<sup>134</sup> K.M. White [i in.], *Translation of evidence into nursing and healthcare*, Springer Publishing, New York 2020, s. 560.

<sup>135</sup> K. Krukowski, M. Siemiński, *Kultura w ocenie dojrzałości procesowej organizacji*, w: *Współczesne tendencje zmian kultury zarządzania organizacją*, pod red. nauk. D. Walczak-Duraj, R. Knap, „Humanizacja pracy” 2017, nr 3(289), s. 248.

<sup>136</sup> F. Wilson, *The quality maturity model: your roadmap to a culture of quality*, „Library Management” 2015, nr 36(3), s. 258–267.

menedżerowie nie mają świadomości, jakie wartości kulturowe są faktycznie uznawane za istotne oraz jakie postawy i praktyki projakościowe są akceptowalne w organizacji<sup>137</sup>.

W poniższych podrozdziałach (1.5.2.1.-1.5.2.3) omówiono najważniejsze elementy składowe kultury jakości tj. wartości, postawy i praktyki organizacyjne, które stanowią punkt wyjścia do określenia stopnia dojrzałości systemu zarządzania jakością m.in. w obszarze wymiarów kulturowo-społecznych.

### 1.5.2.1. Wartości organizacyjne

Wartości organizacyjne odgrywają ważną rolę wśród teoretycznych oraz praktycznych problemów zarządzania. Zdarza się bowiem, że przyjęte w organizacji wartości pozostają w sferze deklaracji, natomiast w bieżącej działalności dominują praktyki dalekie od deklarowanych<sup>138</sup>. Dlatego powszechnie uważa się, że wartości stanowią jeden z kluczowych determinantów zachowań człowieka i odpowiadają za kształtowanie pożądanых postaw w organizacji<sup>139</sup>.

Wartości to ogólne, abstrakcyjne zasady wyznaczające wzorce zachowań w danej kulturze czy społeczeństwie<sup>140</sup>. Przedstawiają one stosunek człowieka do danego przedmiotu, który żyje w przekonaniu, że ów przedmiot potrafi zaspokoić jego potrzeby<sup>141</sup>. Wartości to także elementy podzielane przez wspólnotę, które z biegiem czasu stają się wytworem tożsamości organizacji, wyznaczając kierunki i cele działania<sup>142</sup>. Ł. Sułkowski uważa, że kultura organizacyjna wyrosła na wartościach i wynikających z nich wzorach kulturowych<sup>143</sup>. Podobnie twierdzi W. Walczak dodając, że wartości obejmują przedmioty i sytuacje, które ludzie cenią i starają się osiągnąć poprzez przynależność do danej społeczności lub organizacji<sup>144</sup>.

---

<sup>137</sup> A. Szeptuch, *Pomiar kultury...*, s. 15.

<sup>138</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 203.

<sup>139</sup> C. Zając, *Wartości kulturowe jako podstawa kształtowania pożądanых postaw i zachowań pracowników w grupach kapitałowych*, „Przegląd Organizacji” 2018, nr 3, s. 13–16; K. Szczepańska D. Kosiorek, *Wartości kultury organizacyjnej w zasadach zarządzania jakością*, w: *Zarządzanie jakością w przestrzeni organizacyjno-społecznej*, pod red. nauk. T. Sikora, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2017, s. 206–207.

<sup>140</sup> A.S. Reber, *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2015, s. 810.

<sup>141</sup> B. Mazur, *Wartości w organizacji*, w: *Zarządzanie organizacją i informacją*, pod red. nauk. A. Paździor, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2020, s. 10–12.

<sup>142</sup> R. Goffee, G. Jones, *What holds the modern company together*, „Harvard Business Review” 1996, vol. 74, nr 6, s. 134.

<sup>143</sup> Ł. Sułkowski, *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa 2002, s. 58.

<sup>144</sup> W. Walczak, *Wpływ kultury organizacyjnej na skłonność dzielenia się wiedzą*, „E-Mentor” 2012, nr 1(43), s. 25–35.

Z przeglądu piśmiennictwa dotyczącego wartości organizacyjnych wynika, że pojęcie oraz podział wartości jest niejednorodny. Wartość bowiem raz jest celem, innym razem kryterium wyboru celów. Czasem utożsamiana jest z normą, w innych przypadkach jest przypisana do przedmiotu. Niemożliwe jest więc jednoznaczne zdefiniowanie tego terminu tak, aby mógł on zostać zaakceptowany przez wszystkich. Możliwe jest natomiast pogrupowanie wartości według ogólnych kryteriów, takich jak<sup>145</sup>:

- psychologiczne, w których wartości traktuje się jako zjawiska indywidualne,
- socjologiczne, w którym wartościom nadaje się wymiar społeczny,
- kulturowe, które podkreślają jej uniwersalny wymiar dominujący w danym społeczeństwie.

W literaturze przedmiotu bardzo często analizuje się wartości organizacyjne w kontekście jego typów oraz różnic w stopniu ich uznawania przez członków organizacji. D. Dobrowolska dzieli wartości na konkretne i abstrakcyjne, które jak zauważa S. Jałowiecki mogą być dodatkowo uświadomione lub realizowane. Wartości konkretne to takie, z którymi mamy do czynienia w życiu codziennym tj. relacje społeczne, edukacja, życie rodzinne i zawodowe. Natomiast wartości abstrakcyjne to wartości o charakterze osobistym związane z dążeniami i celami człowieka<sup>146</sup>. Wartości uświadomione to z kolei te, które zaspokajają potrzeby bez konieczności określenia, czy odbywa się to w sposób świadomy, czy też nie. Powyższy podział koresponduje z typologią wartości zaproponowaną przez J. Lipińską, która dzieli je na<sup>147</sup>:

- Odczuwane, czyli głęboko zakorzenione w świadomości człowieka (organizacji), do których dążenie wynika z wewnętrznych potrzeb, np. zaufanie, empatia, profesjonalizm;
- Uznawane, ważne dla człowieka (organizacji), do których dążenia wymagany jest przymus zewnętrzny, np. rzetelna praca, praca zespołowa, edukacja i wiedza, jakość i bezpieczeństwo, kompleksowość i dostępność świadczeń medycznych;
- Realizowane, które mogą odnosić się zarówno do wartości odczuwalnych, jak i uznawanych i które realizuje się w praktyce, np. sprawna komunikacja, sprawiedliwość wynagradzania.

---

<sup>145</sup> B. Mazur, *Wartości w organizacji...*, s. 16.

<sup>146</sup> Tamże, s. 16–17.

<sup>147</sup> J. Lipińska, *Kultura grup dyskusyjnych w Internecie*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2008, s. 158–172.

Przekładając wartości organizacyjne na grunt zarządzania jakością można znaleźć wiele wartości uznawanych przez naukowców za projakościowe. Do najczęściej wymienianych należą: zaufanie i sprawiedliwość oraz wynikające z nich: szczerłość, otwartość, uczciwość, satysfakcja i poczucie bezpieczeństwa<sup>148</sup>. Pełnią one w organizacji głównie rolę integrującą (spoiwo, klej organizacyjny), percepcyjną (nadają jednoznaczną orientację w postrzeganiu przez pracowników celów i zadań) oraz motywacyjną, umożliwiającą wypełnianie wzajemnych oczekiwań<sup>149</sup>. Dla wielu menedżerów uznawane wartości stanowią narzędzie wywierania wpływu na postawy i zachowania podległych im pracowników oraz jak zauważa A. Łobodziński, nadają rangę ważności określonym zadaniom, zjawiskom i działaniom<sup>150</sup>. Znajduje to odzwierciedlenie m.in. w postawach i praktykach, które organizacje narzucają pracownikom jako wyraźny wzorzec indywidualnych zachowań<sup>151</sup>.

Wartości organizacyjne analizowane w ujęciu zarządczym koncentrują się bardziej na fakcie ich respektowania i promowania, aniżeli na samej hierarchii wartości<sup>152</sup>. W psychologii definiowane są one jako abstrakcyjne cele i zasady rządzące ludzkim życiem<sup>153</sup>. W kontekście socjologicznym skupiają się natomiast na wartościach kulturowych, które są godne, słuszne i właściwe<sup>154</sup>, do których ludzie powinni dążyć w danej społeczności<sup>155</sup>.

Na problematykę wartości organizacyjnych wielokrotnie zwracali uwagę A. Pocztowski<sup>156</sup>, B. Mazur<sup>157</sup>, R. Wolniak<sup>158</sup> oraz M.Z. Wiśniewska<sup>159</sup>. W opinii A. Pocztowskiego ustalone w organizacji wartości są wynikiem utrwalonych wzorców kulturowych. Podobne wnioski z prowadzonych badań przywołuje B. Mazur, który wskazuje na konieczność integracji wartości uznawanych przez pracowników

---

<sup>148</sup> M. Bugdol, *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006, s. 11–25.

<sup>149</sup> S.P. Robbins, T.A. Judge, *Organizational behaviours*, Pearson Education, New Jersey 2013, vol. 4, s. 306–307.

<sup>150</sup> A. Łobodziński, *Kluczowe wartości kultury organizacyjnej przedsiębiorstw. Ocena i kształtowanie*, rozprawa doktorska, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2015, s. 41, 51.

<sup>151</sup> C. Zajac, *Wartości kulturowe...*, s. 13–16.

<sup>152</sup> S. Stańczyk, T. Oleksyn, A. Herman, *Zarządzanie respektujące...*, s. 224.

<sup>153</sup> B. Wojciszke, *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, s. 178.

<sup>154</sup> P. Sztompka, *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010, s. 259.

<sup>155</sup> K. Szczepańska, D. Kosiorek, *Wartości kultury...*, s. 206–207.

<sup>156</sup> A. Pocztowski, *Zarządzanie zasobami ludzkimi: Strategie - procesy - metody*, PWE, Warszawa 2007, s. 80–88.

<sup>157</sup> B. Mazur, *Wartości organizacji...*, s. 10–17.

<sup>158</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe polskich organizacji a doskonalenie...*, s. 20–45.

<sup>159</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Instytut Naukowo -Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 38–40.

z określonymi w procedurach praktykami zarządzania. Badania potwierdzają, że istnieje pozytywny związek pomiędzy uznawanymi wartościami, a kulturą organizacyjną występującą w organizacji. Pokazują to badania prowadzone w aspekcie sprawności organizacji<sup>160</sup>, roli wartości organizacyjnych<sup>161</sup> czy kształtowania kultury opartej na wartościach<sup>162</sup>. Można zatem przyjąć, że projakościowe wartości i wynikające z nich praktyki wpływają na kształt projakościowych kultur organizacyjnych. Wpisuje się to m.in. w hipotezę, że kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej determinowany typem kultury jakości.

Wartości organizacyjne obserwowane w podmiotach leczniczych mogą wynikać m.in. ze specyfiki organizacji oraz zmiennych płynących z otoczenia, struktury organizacyjnej, stylów kierowania czy subkultur zawodowych.

W tabeli 11 przedstawiono przykładowe wartości deklarowane przez wybrane szpitale w Polsce<sup>163</sup>.

Tabela 11. Wartości deklarowane przez wybrane szpitale w Polsce

<b>Deklarowane wartości</b>	<b>Szpital</b>
Kompleksowe podejście do pacjenta; Profesjonalizm; Odpowiedzialność; Innowacyjność; Rzetelność.	Szpital Eskulap w Osielsku.
Zdrowie i życie człowieka; Odpowiedzialność i integralność; Wykorzystanie najnowszych osiągnięć nauki i techniki medycznej; Poświęcenie i wiedza.	Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Sp. z o.o. w Rudna Mała.
Szacunek; Odpowiedzialność; Praca zespołowa.	EMC Szpitale.
Zindywidualizowanie opieki; Współczucie; Postęp i innowacyjność; Szacunek i współpraca.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku.
Zindywidualizowane podejście; Wysoka jakość świadczonych usług medycznych; Respektowanie praw pacjenta; Ciągłe kształcenie personelu medycznego.	Szpital Wojewódzki w Koszalinie.
Koncentracja na relacjach; Profesjonalizm; Skuteczność; Kompleksowość.	Klinika Medicus we Wrocławiu.

<sup>160</sup> C.M. Felipe, J.L., Roldán, A.L. Leal-Rodríguez, *Impact of organizational culture values on organizational agility*, „Sustainability” 2017, nr 9(12), s. 23–54.

<sup>161</sup> B. Mazur, *Wartości w organizacji...*, s. 10–12.

<sup>162</sup> M. Gitling, *Znaczenie wartości organizacyjnych w budowaniu kultury przedsiębiorstw*, „Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy” 2019, nr 57, s. 342–350.

<sup>163</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna...*, s. 39.

Deklarowane wartości	Szpital
Doświadczenie; Jakość; Bezpieczeństwo; Osobiste zaangażowanie.	Dermoklinika w Łodzi.
Jakość; Oferta; Praca w zespole; Empatia; Innowacja.	Vratislavia Medica we Wrocławiu.

Źródło: [www.szpitaleskulap.pl/o-nas/nasze-wartosci/](http://www.szpitaleskulap.pl/o-nas/nasze-wartosci/), [www.klinika-rzeszow.pl/misja-i-wizja/](http://www.klinika-rzeszow.pl/misja-i-wizja/), [www.emc-sa.pl/o-nas/misja-wizja-wartosci](http://www.emc-sa.pl/o-nas/misja-wizja-wartosci), [www.sniadecja.pl/o-nas/](http://www.sniadecja.pl/o-nas/), [www.swk.med.pl/jednostki-medyczne/oddzialy-szpitalne-dla-doroslych](http://www.swk.med.pl/jednostki-medyczne/oddzialy-szpitalne-dla-doroslych), [www.klinika-rzeszow.pl/misja-i-wizja/](http://www.klinika-rzeszow.pl/misja-i-wizja/), [www.medicus.com.pl/o-nas/](http://www.medicus.com.pl/o-nas/), [www.dermoklinika.pl/o-nas/wartosci](http://www.dermoklinika.pl/o-nas/wartosci), [www.vratislavia-medica.pl/o-nas/misja-i-wizja/](http://www.vratislavia-medica.pl/o-nas/misja-i-wizja/), [15.01.2021]

Wiele z wartości wskazanych w tabeli 11 odwołuje się do zasad uniwersalnych występujących w ochronie zdrowia tj. realizowanie świadczeń o wysokim i stabilnym poziomie jakości, poprawność realizacji usługi medycznej w świetle aktualnej wiedzy i istniejących standardów, doskonalenie jakości, troska o pacjenta, bezpieczeństwo pacjenta oraz godność i szacunek<sup>164</sup>. Osadzone są one w fundamentalnych zasadach powszechnych w działalności leczniczej, gdzie dobro pacjenta jest najwyższym nakazem<sup>165</sup>.

Na uznawane wartości projakościowe w działalności leczniczej wskazuje również literatura przedmiotu, która jako kluczowe cechy jakościowe wymienia: bezpieczeństwo, skuteczność, efektywność, orientację na pacjenta, terminowość oraz równość w dostępie do świadczeń medycznych<sup>166</sup>. Wartości te norma PN-EN ISO 15224 uzupełnia o: orientację na pacjenta, odpowiedzialność, przywództwo, wspieranie partnerów biznesowych, koncentrację na pojawiających się szansach kreujących jakość, zarządzanie oparte na faktach, podejście systemowe i procesowe do zarządzania, a także innowacyjność, doskonalenie i otwartość na zmiany<sup>167</sup>. Z kolei standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), od podmiotu leczniczego oprócz jakości i bezpieczeństwa opieki, oczekują również zaspokajania podstawowych potrzeb psychologicznych pacjentów, na które składają się takie wartości jak<sup>168</sup>:

- Godność, wyrażona swobodą przemieszczania się, zadawania pytań i uzyskiwania wyczerpujących odpowiedzi, a także niekrępujące warunki badania i leczenia;

<sup>164</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna...*, s. 73.

<sup>165</sup> J. Wróbel, *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*, „Roczniki Teologii Moralnej” 2012, nr 4(59), s. 169–193.

<sup>166</sup> A. Czerw, U. Religioni, D. Olejniczak, *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2012, nr 93(2), s. 271.

<sup>167</sup> PN-EN ISO 15224:2017. Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia.

<sup>168</sup> Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne. Dz. Urz. MZ. 2015.67, s. 6–9.



- Autonomia, rozumiana jako prawo do uzyskania informacji o rozpoznaniu, stanie zdrowia i możliwych metodach leczenia, możliwość zasięgnięcia specjalistycznych opinii o proponowanym leczeniu, czy prawo odmowy leczenia;
- Dyskrecja, rozumiana jako zachowanie poufności w kontaktach z personelem medycznym oraz w zachowaniu tajemnicy lekarskiej;
- Zainteresowanie personelu medycznego problemami pacjenta;
- Wsparcie społeczne, definiowane jako możliwość swobodnego kontaktu z rodziną, możliwość korzystania z pożywienia i przedmiotów przyniesionych przez odwiedzających czy możliwość uczestnictwa w praktykach religijnych.

Wiele z wartości wspierających jakość w podmiotach leczniczych próbuje się zagwarantować przy pomocy powszechnie obowiązujących przepisów prawa wprowadzając np. katalog praw pacjenta do systemu opieki zdrowotnej. Samo przestrzeganie przepisów nie gwarantuje jednak wysokiej jakości opieki. Immanentną składową opieki powinna być również empatia personelu, życzliwość i wyczulenie na indywidualne potrzeby pacjentów oraz wartości wpływające na efektywność pracy zespołów medycznych. Naukowcy badający ten obszar wskazali na 5 głównych wartości, którymi powinni charakteryzować się najsukuteczniejsi członkowie zespołów funkcjonujących w opiece zdrowotnej. Są to: uczciwość, dyscyplina, kreatywność, pokora oraz ciekawość<sup>169</sup>. Pod pojęciem uczciwości rozumie się przejrzystość celów oraz swobodę w zgłaszaniu błędów, która umożliwia ciągłe doskonalenie i utrzymanie wzajemnego zaufania niezbędnego dla dobrze funkcjonującego zespołu. Z kolei odpowiednia dyscyplina zapewnia przestrzeganie przyjętych zasad, procedur i standardów, które zapewniają standaryzację działań. Kreatywność i pokora to z kolei wartości, które umożliwiają twórcze rozwiązywanie problemów oraz stwarzają możliwość uczenia się i doskonalenia, podobnie jak ciekawość, która powinna pobudzać członków zespołów do ciągłego doskonalenia własnej pracy<sup>170</sup>.

Deklarowane wartości nie zawsze jednak korespondują z obserwowanymi praktykami. W tabeli 12 przedstawiono przykładowe paradoksy mogące występować pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami z uwzględnieniem specyfiki podmiotów leczniczych.

---

<sup>169</sup> P.M. Mitchell [i in.], *Core principles & values of effective team-based health care*, „Discussion Paper, Institute of Medicine” 2012, s. 5.

<sup>170</sup> Tamże, s. 5.

Tabela 12. Paradoksy pomiędzy uznawanymi wartościami, a obserwowanymi praktykami w podmiotach leczniczych

Wartości	Praktyki
Profesjonalizm – lekarze są kompetentni i godni zaufania.	Ustawodawcy tworząc prawo wymagające dokumentowania czynności medycznych, wykazują w efekcie brak zaufania do tej grupy profesjonalistów.
Kapitał ludzki – personel medyczny jest najcenniejszym zasobem.	Personel medyczny obciąża się niskiej wartości pracą biurową, odciągając ich od leczenia i opieki.
Indywidualne podejście – docenia się spersonalizowaną opiekę nad pacjentami.	Wymaga się od lekarzy przestrzegania limitów na wizyty pacjenta, nie zapewniając tym samym wystarczającego czasu na realizację zadań.
Dostępność – promuje się sprawiedliwy podział zasobów dla pacjentów.	Utrzymuje się praktyki organizacyjne, które ograniczają dostęp do świadczeń ze względu np. na zdolność do zapłaty.

Źródło: M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 73

Przykłady praktyk i korespondujących z nimi wartości (w tabeli 12) potwierdzają, że w wielu przypadkach projakościowe wartości są determinowane przez rzeczywistość wpływającą na działalność podmiotów leczniczych, co utrudnia realizowanie przyjętej polityki jakości. Także wielowymiarowość tego pojęcia, czy specyfika podmiotów leczniczych sprawia, że odczuwane, uznawane i realizowane wartości nie zawsze są ze sobą kompatybilne. Obserwuje się jednak przypadki, kiedy występuje zjawisko podobieństwa między wartościami. Pozwala ono wówczas na odpowiednie uporządkowanie wartości na te, które posiadają największe znaczenie dla członków organizacji lub danego obszaru zarządzania np. projakościowego<sup>171</sup>.

W tabeli 13 zaprezentowano przykłady wartości uznawanych w ramach różnych typów kultur organizacyjnych, które mogą występować samodzielnie lub szerszym aspekcie znaczeniowym.

Tabela 13. Uznawane wartości w ramach różnych typów kultur organizacyjnych

Typ kultury organizacyjnej	Przykładowe wartości w ramach typu kultury organizacyjnej
Kultura zaufania	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kwalifikacje personelu.</li> <li>– Troska o pacjenta i jego bezpieczeństwo.</li> <li>– Lojalność pracowników.</li> <li>– Relacje i komunikacja.</li> <li>– Zaangażowanie.</li> </ul>

<sup>171</sup> B. Mazur, *Wartości organizacji...*, s. 5–23.

Typ kultury organizacyjnej	Przykładowe wartości w ramach typu kultury organizacyjnej
Kultura jakości	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizowanie świadczeń o wysokim i stabilnym poziomie jakości.</li> <li>– Indywidualne podejście do pacjenta.</li> <li>– Kompleksowość i dostępność świadczeń w jednym miejscu.</li> </ul>
Kultura pracy	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Możliwość rozwoju i awansu.</li> <li>– Decyzyjność pracowników.</li> <li>– Dostępność i nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii medycznych.</li> <li>– Zapewnienie ciągłości świadczeń medycznych.</li> <li>– Warunki pracy i dostępne zasoby.</li> </ul>
Kultura etyki	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Etyczny kodeks postępowania.</li> </ul>
Kultura bezpieczeństwa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bezpieczeństwo procedur medycznych.</li> <li>– Raportowanie zdarzeń niepożądanych.</li> <li>– Uczenie się na błędach.</li> <li>– Elastyczność w działaniu.</li> </ul>
Kultura doskonałości	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wsparcie kierownictwa.</li> <li>– Renoma na rynku (pod kątem jakości usług).</li> <li>– Elastyczność (reagowanie na zmiany, nowe możliwości i technologie).</li> <li>– Doskonałość zorientowana na optymalizację.</li> <li>– Praca zespołowa.</li> <li>– Kompetencje i kreatywność pracowników.</li> <li>– Optymalne wykorzystanie zasobów (wydajność).</li> <li>– Rozwój i innowacyjność.</li> <li>– Zysk - wynik ekonomiczny.</li> </ul>
Kultura sprawiedliwości „just culture”	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sprzężenie zwrotne na temat zdarzeń i ich konsekwencji.</li> <li>– Określenie celów dotyczących ciągłego doskonalenia, które pozwoliłyby na to, aby negatywne zdarzenia się już nie powtórzyły.</li> </ul>
Kultura sprawiedliwego traktowania	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adekwatne wynagrodzenie.</li> <li>– Dostępność i nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii medycznych.</li> <li>– Godność.</li> </ul>

Źródło: M. Bugdol, *Zaufanie jako wyznacznik działania organizacji*, w: *Orientacja na wyniki we współczesnej gospodarce*, pod red. nauk. T. Borys, P. Rogala, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2012, s. 42–43; M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 63–311; S. Petschonek [i in.], *Measuring the Perceptions of HealthCare Professionals in Hospitals*, „Journal of Patient Safety” 2013, nr 4, s. 190–197

Odnosząc się do rozważań teoretycznych dotyczących wartości organizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem wartości pro jakościowych i specyfiki podmiotów leczniczych można stwierdzić, że wysokiej jakości usługi medyczne, bezpieczeństwo, a także dobro pacjenta to naczelne wartości każdego podmiotu leczniczego niezależnie od miejsca, wielkości czy formy prawnej świadczenia usług. Obok nich, kluczowe znaczenie odgrywa także etyka i zasady moralne, zaufanie, sprawiedliwość społeczna, warunki pracy, a także warunki ekonomiczne zapewniające skuteczność, efektywność i doskonałość podejmowanych działań. Każdy podmiot leczniczy, aby móc

w odpowiedzialny sposób świadczyć usługi medyczne, powinien zatem brać pod uwagę zarówno możliwości finansowe, poprzedzone racjonalną analizą ekonomiczną, granice efektywnego wykorzystania posiadanych zasobów, jak również aspekty kulturowo-społeczne, które uznawane w organizacji winny mieć przełożenie na demonstrowane postawy organizacyjne.

#### 1.5.2.2. Postawy organizacyjne

Podmioty lecznicze funkcjonują w turbulentnym otoczeniu, gdzie na skutek częstych zmian w obszarze prawa oraz rosnących oczekiwań pacjentów zmuszone są do ciągłej poprawy jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych. Badania wskazują, że istotny wpływ na jakość udzielanych świadczeń medycznych, oprócz kwalifikacji personelu i bezpieczeństwa procedur medycznych wywiera sprawny przepływ informacji o pacjencie oraz uznawane wartości, czyli elementy wynikające wprost z kultury organizacyjnej<sup>172</sup>. Uznawanie wspólnych wartości oraz prezentowanie projakościowych postaw, daje członkom organizacji poczucie wspólnoty i wzajemnego zrozumienia, co tworzy ramy umożliwiające świadczenie usług na najwyższym poziomie<sup>173</sup>.

Różnorodność kulturowa oraz specyfika funkcjonowania podmiotów leczniczych sprawia, że zagadnienia kulturowe w zarządzaniu jakością są przedmiotem wielu badań zarówno na poziomie krajowym, jak i zagranicznym. E.H. Schein, G. Hofstede, C.K. Barnett, K.S. Cameron i R.E. Quinn, to tylko niektórzy badacze międzynarodowi, którzy poruszali tematykę aspektów społecznych w zarządzaniu jakością<sup>174</sup>. W Polsce tematyką tą, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony zdrowia zajmowali się m.in. B. Buchelt i J. Jończyk<sup>175</sup> oraz K. Knecht i A. Gurwin<sup>176</sup>. Badania prowadzone przez tych naukowców wskazują, że kształtowanie się postaw wobec zarządzania jakością jest procesem trudnym i wymagającym zaangażowania na różnych szczeblach organizacji<sup>177</sup>. Wymaga on wypracowania modelu przywództwa, z którego powinny wynikać dobre praktyki kształtujące właściwe postawy projakościowe pracowników, wśród których C. Evans

---

<sup>172</sup> Ł. Sułkowski, R. Seliga, *Kulturowe determinanty...*, s. 11–25.

<sup>173</sup> A. Nightingale, *Developing the organisational culture in a healthcare setting*, „Nursing Standard” 2018, nr 32(21), s. 53–63.

<sup>174</sup> B. Detyna, *Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2020, s. 61–63.

<sup>175</sup> B. Buchelt, J. Jończyk, *Powiązania kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych*, „Zarządzanie Publiczne” 2017, nr 2(40), s. 50–64.

<sup>176</sup> K. Knecht, A. Gurwin, *Kształtowanie kultury organizacyjnej w zarządzaniu szpitalem – wybrane aspekty*, „Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa” 2019, nr 1, s. 277–283.

<sup>177</sup> R. Wolniak, M. Olkiewicz, *The Relations between Safety Culture and Quality Culture*, „System Safety: Human-Technical Facility Environment” 2019, vol. 19, nr 1, s. 10–17.

wskazuje głównie na: szacunek dla różnych poglądów i pomysłów oraz gotowość do dzielenia się wiedzą, pracę grupową, sprawną komunikację, przynależność do subkultury czy na sprawiedliwy system wynagradzania adekwatny do prezentowanych postaw<sup>178</sup>.

Pojęcie postaw definiowane jest jako sposób postępowania lub zachowania się wobec określonych zjawisk, zdarzeń lub stosunku do ludzi<sup>179</sup>. S. Mika termin ten określa jako wyuczoną skłonność do reagowania poprzez podejmowanie działań w odpowiedzi na oczekiwania społeczne<sup>180</sup>. E. Aronson i in. pojęcie postaw definiuje jako trwałą ocenę ludzi, obiektów i pojęć, która może dotyczyć zarówno stosunku danej osoby do przedmiotu postawy, ale również otoczenia zewnętrznego, jak i wzorów zaczerpniętych od innych ludzi<sup>181</sup>.

Badania literaturowe prowadzone przez A.K. Tarhan i in. w zakresie kulturowych uwarunkowań zarządzania jakością pokazują, że na podstawie analizy 101 źródeł literaturowych można zidentyfikować 68 różnych modeli i typologii kultury jakości mających zastosowanie w szeroko pojętej ochronie zdrowia, wśród których istotny element stanowią badania postaw<sup>182</sup>. Na szczególną uwagę zasługuje typologia D.A. Garvina, E.H. Scheina, K. Camerona, W. Sine'a i C.K. Barnetta, których zdefiniowane cechy charakterystyczne dla postaw pro jakościowych przedstawiono w tabeli 14.

Tabela 14. Wybrane typologie postaw organizacyjnych w kulturze jakości

Autor	Typologia kultury	Cechy charakterystyczne dla postaw
K. Cameron, W. Sine C.K. Barnett	Kultura braku nacisku na jakość	– Brak działań związanych z zarządzaniem jakością. – Ukierunkowanie na zysk i wysoką wydajność. – Jakość nie jest priorytetem.
	Kultura wykrywania błędów	– Nacisk na kontrolę oraz poszukiwanie błędów. – Koncentracja na potrzebach i wymaganiach. – Rozwiązanie problemu jest priorytetem.
	Kultura zapobiegania błędom	– Koncentracja na zapobieganiu błędom. – Ukierunkowanie na zarządzanie ryzykiem. – Proaktywne podejście do problemów.

<sup>178</sup> C. Evans, *Zarządzanie wiedzą*, PWE, Warszawa 2005, s. 70.

<sup>179</sup> [www.sjp.pwn.pl/slowniki/postawa.html](http://www.sjp.pwn.pl/slowniki/postawa.html), [13.11.2021].

<sup>180</sup> S. Mika, *Psychologia społeczna*, PWN, Warszawa 1984, s. 113.

<sup>181</sup> E. Aronson, T. Wilson, R. Akert, *Psychologia społeczna: serce i umysł*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2012, s. 314.

<sup>182</sup> A.K. Tarhan [i in.], *Maturity assessment and maturity models in health care: A multivocal literature review*, „Digital health” 2020, nr 6, s. 1–18.

Autor	Typologia kultury	Cechy charakterystyczne dla postaw
	Kreatywna kultura jakości	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kompleksowe zrozumienie jakości.</li> <li>– Identyfikacja potrzeb członków organizacji.</li> <li>– Nacisk na innowacje i ciągłe doskonalenie.</li> </ul>
E.H. Schein	Kultura unikania	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jakość nie jest priorytetem.</li> <li>– Jakość nie jest systematycznie monitorowana.</li> <li>– Jakość nie jest uwzględniona w strategii/polityce.</li> </ul>
	Kultura zachowawcza	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Unikanie sytuacji powodujących błędy.</li> <li>– Ukierunkowanie na wykrywanie problemów.</li> <li>– Koncentracja na potrzebach i wymaganiach stron.</li> </ul>
	Kultura proaktywna	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Skuteczne zarządzanie ryzykiem.</li> <li>– Za jakość odpowiada każdy pracownik</li> <li>– Stosuje się narzędzia rozwiązywania problemów.</li> </ul>
	Kultura projakościowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Występuje proces ciągłego doskonalenia.</li> <li>– Wyznacza się istotne cele w obszarze jakości.</li> <li>– Świadczenie usług dobrze od samego początku.</li> </ul>
D.A. Garvin	Kultura inspekcji	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ukierunkowanie na sprawdzanie, mierzenie oraz testowanie usługi w celu potwierdzenia zgodności.</li> </ul>
	Kultura kontroli statystycznej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Doskonalenie bieżącej i końcowej kontroli.</li> <li>– Wykorzystanie kart kontrolnych.</li> <li>– Prowadzenie statystycznej kontroli jakości.</li> </ul>
	Kultura zapewnienia jakości	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ciągłe doskonalenie i filozofia „zero błędów”.</li> </ul>
	Strategiczna kultura jakości	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Powszechna troska o jakość.</li> <li>– Zaangażowanie w doskonalenie w całym cyklu życia.</li> </ul>

Źródło: D.A. Garvin, *Managing quality: The strategic and competitive edge*, Free Press, New York 1988; K.S. Cameron, C.K. Barnett, *The Quality Movement and Organization Theory*, 1999, s. 271–294, E.H. Schein, *Organizational culture and leadership*, John Wiley & Sons, San Francisco 2010, s. 14; K. Cameron, W. Sine, *A framework for organizational quality culture*, „Quality Management Journal” nr 6(4), 1999, s. 7–25

Nawiązując do typologii opisanych w tabeli 14, w kulturze wysokiej jakości tj. kreatywnej kulturze jakości, kulturze projakościowej czy strategicznej kulturze jakości występują fundamentalne przekonania, które tworzą idealny obraz kultury, gdzie jakość jest priorytetem działania, a odpowiedzialnym za jej tworzenie jest każdy pracownik. W organizacjach tych, kultura jakości i postawy projakościowe odgrywają kluczową rolę. Prowadzą one pracowników w kierunku doskonalenia jakości na każdym poziomie funkcjonowania, a komunikacja oparta jest na otwartości i obiektywnej wymianie informacji i współpracy. Nacisk położony jest głównie na ciągłe doskonalenie jakości

i poszukiwanie innowacji. Identyfikuje się potrzeby klientów i dostosowuje do nich świadczone usługi. Spełnianie potrzeb stanowi priorytet, a za jakość odpowiedzialny jest każdy pracownik<sup>183</sup>.

Inne spojrzenie na zagadnienie postaw projakościowych wynika ze stosunku pracowników do normalizacji, stopnia zaangażowania w pracę zespołową, jak również od zakresu i stopnia wykorzystywania zewnętrznych systemów oraz narzędzi zarządzania jakością. Badania potwierdzają, że zaangażowanie pracowników w sprawy jakości oraz wysoki stopień stosowania znormalizowanych systemów, metod i narzędzi zarządzania jakością przekłada się na pozytywny stosunek do normalizacji, jak i wprowadzania zmian<sup>184</sup>. Również, w podobny sposób, jak to ma miejsce w przypadku wartości organizacyjnych opisanych w tabeli 13, postawy organizacyjne wspierające projakościowe zarządzanie uzależnione są od różnego typu mikro kultur występujących w organizacji. Przykładowe postawy w różnych wymiarach kulturowych (mikro kultur), uwzględniające podejście projakościowe przedstawiono w tabeli 15.

Tabela 15. Postawy w różnych wymiarach kulturowych wspierające kulturę organizacyjną

Wymiary kulturowe	Postawy charakteryzujące daną kulturę
Kultura etyki	Postawy moralne, etyczne oparte na zaufaniu i chęci działania.
Kultura zaufania	Postawy ufności i lojalności wobec współpracowników pozwalająca wywiązywać się z zobowiązań.
Kultura bezpieczeństwa pacjenta	Postawy zapobiegliwości, współpracy i zbiorowej odpowiedzialności, przyczyniające się do zachowania bezpieczeństwa pacjenta podczas świadczenia usług.
Kultura sprawiedliwego traktowania	Postawy pozwalające odróżnić zachowania odpowiedzialne od nieodpowiedzialnych.
Kultura raportowania	Postawy sprzyjające zgłaszaniu błędów przez osoby je popełniające bez obawy przed ukaraniem.
Kultura jakości	Postawy sprzyjające kształtowaniu i ciągłej poprawie jakości.
Kultura doskonalenia	Postawy prezentowane wobec doskonalenia się, rozwoju, optymalizacji procesów oraz wydajności operacyjnej, pozwalające spełnić lub przekroczyć wymagania klientów.

Źródło: B. Jakimiuk, *Etyczne aspekty realizacji kariery zawodowej*, „Szkoła-Zawód-Praca” 2015, nr 10, s. 55–65; K.S. Mui, R. Muthueloo, *The Moderating Effect of Kaizen Culture on the Relationship Between Innovation and Operational Performance*, „Advances in Economics, Business and Management Research” 2019, nr 145, s. 12–18; M. Pintał-Ślimak, *Jakość w opiece zdrowotnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna” 2018, nr 3 (54), s. 197–200; A. Donabedian, *The quality of care: How can it be assessed?*, „JAMA” 1998, nr 12 (260), s. 1743–1748; K. Skrzypczyńska, *Zarządzanie jakością w polskich szpitalach – wpływ systemów zarządzania jakością na funkcjonowanie szpitala*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, nr 4(13), s. 196–208

<sup>183</sup> K. Cameron, W. Sine, *A framework for organizational...*, s. 7–25.

<sup>184</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 180–181.

Reasumując rozważania podejmowane w obszarze postaw organizacyjnych, szczególnie tych ukierunkowanych na jakość, można zauważyć, że postawy prezentowane w niniejszym podrozdziale odnoszą się zarówno do ogólnej kultury organizacyjnej, jak i poszczególnych subkultur mogących występować w podmiotach leczniczych. Szczególnie istotne z punktu widzenia podejmowanego problemu badawczego są typologie zaproponowane przez K. Camerona, W. Sine i C.K. Barnetta, które pozwalają wyodrębnić cechy charakterystyczne dla postaw ogólnie nie zorientowanych na jakość, jak i przedstawiające kreatywne (projakościowe) podejście do tej tematyki. Takie podejście daje podstawę do wyodrębnienia obok wartości i postaw, kolejnego wymiaru kulturowego, jakim jest praktyka i klimat organizacyjny.

#### **1.5.2.3. Klimat i praktyki organizacyjne**

Podmioty lecznicze w Polsce nieustannie poddawane są presji mającej na celu wymuszenie przeprowadzenia reform na skutek dokonującej się informatyzacji, zmiany preferencji pacjentów, czy konieczności poprawy skuteczności klinicznej. To z kolei przekłada się na potrzebę ponoszenia znaczących nakładów na niezbędną poprawę jakości, unowocześnienie wyposażenia technicznego, czy stworzenie warunków umożliwiających niezakłócone świadczenie usług medycznych. Dodatkowo narzucanie z reguły niskich ryczałtów przez Płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia), wciąż obecna biurokratyzacja, czy nierzadko złe zarządzanie samymi podmiotami leczniczymi działają na pracowników demotywująco ukierunkowując ich kulturę w stronę cech kultury roli oraz kultury hierarchii. Nie jest to zapewne rodzaj kultury organizacyjnej, z którą pacjenci chcieliby, aby była powszechna w podmiotach leczniczych, gdyż nie jest ona ukierunkowana na empatię, elastyczne reagowanie na zmienność otoczenia, kreatywność czy współpracę, czyli cechy, które można znaleźć w takich typach kultur, jak kultura zadania czy kultura klanu wg typologii W.E. Scheina<sup>185</sup>.

Badania przeprowadzone przez naukowców z Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego wskazują, że czynniki najbardziej determinujące jakość w ochronie zdrowia, to m.in. przepływ informacji o pacjencie w zespole, dostrzeganie przez szpitale potrzeby podnoszenia kwalifikacji zawodowych czy wsparcie pielęgniarek przez

---

<sup>185</sup> C. Sikorski, *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012, s. 11–25.



zarządzających w realizacji opieki, czyli czynniki wynikające bezpośrednio z kultury organizacyjnej<sup>186</sup>. Stąd też istotnym elementem projakościowego zarządzania staje się uwzględnianie kulturowych aspektów zarządzania tj. wartości i postaw, które przekładają się na realizowane i zauważalne praktyki, tworzące atmosferę, stanowiącą najbardziej widoczną część kultury organizacyjnej określaną w literaturze mianem klimatu. W.J. Paluchowski dzieli klimat w zależności od czynników go kształtujących na<sup>187</sup>:

- klimat psychologiczny, kształtowany przez postawy członków organizacji,
- klimat informacyjny, wynikający z komunikacji wewnętrznej organizacji,
- klimat organizacyjny, kształtowany poprzez zjawiska organizacyjno-społeczne.

Z punktu widzenia postaw projakościowych, w podmiotach leczniczych szczególne znaczenie posiada klimat psychologiczny kształtowany przez czynniki psychospołeczne czy indywidualne cechy osobowościowe, które wpływają na postrzeganie danego zjawiska. Z kolei obserwowane zachowania, czy podejmowane praktyki są kształtowane głównie przez klimat organizacyjny.

Klimat organizacyjny określa środowisko organizacji, której kształt jest zdeterminowany przez system wartości organizacyjnych. Przedstawia zgodność pomiędzy postawami, praktykami, a wartościami wyznawanymi przez pracowników. Odzwierciedla także obraz organizacji i sprawia, że jego uczestnicy zachowują się adekwatnie do swoich wyobrażeń. Określa tym samym relacje występujące pomiędzy podejmowanymi działaniami związanymi z realizowanymi celami, zadaniami czy funkcjami, a aspektami społecznymi kształtowanymi poprzez uznawane wartości i deklarowane postawy, które wspierają realizację tych działań<sup>188</sup>. Według E. Skrzypek, na klimat organizacyjny składa się kilka wymiarów zorientowanych na kierownictwo, pracowników oraz wewnątrz organizacji. Z kolei na każdy wymiar oddziałują czynniki, które opisano w tabeli 16.

Tabela 16. Wymiary i czynniki kształtujące klimat organizacyjny

---

<sup>186</sup> M. Kózka [i in.], *Wybrane czynniki determinujące jakość opieki pielęgniarstwa w szpitalach posiadających oddziały ratunkowe. Wyniki projektu RN4CAST*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012, nr 10, s. 278–288.

<sup>187</sup> W.J. Paluchowski, *Klimat organizacyjny i jego pomiar*, w: *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu*, pod red. nauk. S. Witkowski, Warszawa 1998, t. 4, s. 161.

<sup>188</sup> E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia...*, s. 72.

Wymiar klimatu organizacyjnego	Czynniki kształtujące wymiar klimatu
Kierownictwo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Styl przywództwa.</li> <li>– Relacje przełożonych z pracownikami.</li> </ul>
Pracownicy	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Relacje panujące pomiędzy członkami organizacji.</li> <li>– Rozwój osobisty i zawodowy.</li> <li>– Wynagrodzenie i zakres odpowiedzialności.</li> </ul>
Organizacja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Warunki i środowisko pracy.</li> <li>– Elastyczność i organizacja pracy.</li> <li>– Obowiązujące standardy postępowania.</li> <li>– System ocen pracowniczych.</li> <li>– Sprawność obiegu informacji w organizacji.</li> </ul>

Źródło: E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia zarządzania jakością*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2019, s. 72

Kształt klimatu organizacyjnego może być jednak determinowany również przez inne czynniki wewnętrzne tj. pracę zespołową, komunikację, system motywowania, jak i elastyczność zarządzania, stopień formalizacji działań czy identyfikacji pracowników z organizacją. Z punktu widzenia klimatu organizacyjnego podmiotu leczniczego, szczególnego znaczenia nabiera budowanie relacji opartych na zaufaniu oraz kształtowanie atmosfery swobody wyrażania opinii i informowaniu o błędach. Takie działania są wykorzystywane do propagowania praktyk organizacyjnych ukierunkowanych na działania poprawiające jakość w organizacji<sup>189</sup>.

W dorobku nauk o zarządzaniu i jakości, kulturowy wymiar praktyk organizacyjnych jako widoczna warstwa kultury organizacyjnej przybiera formę dobrych praktyk. Jej początek datuje się na lata 80 XX wieku wraz z badaniami prowadzonymi przez T.J. Petersa i R.H. Watermana<sup>190</sup>. W literaturze przedmiotu pojęcie dobrych praktyk najogólniej określa się jako rozwiązania czy sposoby działania, które mogą stanowić wzorzec i punkt odniesienia dla podobnych rozwiązań wdrażanych przez inne organizacje<sup>191</sup>. Przykładami dobrych praktyk wpływających na kształtowanie się projakościowej kultury organizacyjnej są m.in. modele jakości tj. European Foundation of Quality Management (model EFQM), czy jej polski odpowiednik – Polska Nagroda Jakości (PNJ). Popularne są także praktyki formułowane w postaci wytycznych

<sup>189</sup> M. Smolarek, M. Sipa, *Klimat organizacyjny jako przejaw kultury organizacyjnej w małych przedsiębiorstwach*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie” 2015, nr 4, s. 301–315.

<sup>190</sup> T.J. Peters, R.H. Waterman, *In Search of Excellence: Lessons from America's Best - Run Companies*, Harper, New York 1982, s. 120–121.

<sup>191</sup> R. Brajer-Marczak, *Dobre praktyki w doskonaleniu procesów biznesowych*, „Studia Informatica Pomerania” 2017, nr 1(43), s. 16.

postępowania określonych np. w normie ISO 9004 – Zarządzanie jakością – Jakość organizacji – Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu<sup>192</sup> czy w normie ISO 19011 – Wytyczne dotyczące audytowania systemów zarządzania<sup>193</sup>. W działalności leczniczej można także zaobserwować wiele dobrych praktyk branżowych wspierających zarządzanie jakością tj. dobre praktyki postępowania w szpitalnych oddziałach ratunkowych i w izbach przyjęć, dobre praktyki leczenia bólu, dobre praktyki postępowania z pacjentem<sup>194</sup>, dobre praktyki zarządzania ryzykiem<sup>195</sup> czy stworzona przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia - Okołooperacyjna Karta Kontrolna<sup>196</sup>. Za dobre praktyki można również uznać program akredytacji szpitali określony w standardach akredytacyjnych, w których wskazuje się na pożądany sposób postępowania, który wyznacza najwyższy poziom jakości i bezpieczeństwa pacjenta<sup>197</sup>. Rozwiązania te stosowane w podmiotach leczniczych pozwalają na osiągnięcie ponadprzeciętnych wyników zachowując przy tym standardy etycznego działania, skuteczność w osiąganiu założonych celów i innowacyjność.

Literatura przedmiotu wskazuje również na krytyczne aspekty stosowania dobrych praktyk. Zgodnie z nimi praktyki, które sprawdzają się w jednym miejscu, niekoniecznie będą dostarczały podobnych efektów w innym. Tym samym, aby spełniły one swoją rolę w organizacji, wymagają zdefiniowania oczekiwań ich odbiorców oraz uwzględnienia specyfiki działalności, w której mają być realizowane<sup>198</sup>. Warto także zapewnić zgodność pomiędzy stosowanymi praktykami, a uznawanymi wartościami, a w kontekście projektowania systemu zarządzania jakością zadbać o wykształcenie odpowiednich zachowań już na samym początku<sup>199</sup>.

W tabeli 17 przedstawiono przykładowe praktyki wspierające projektowanie systemu zarządzania jakością odnoszące się do wybranych obszarów wymagań normy ISO 9001:2015.

---

<sup>192</sup> PN-EN ISO 9004:2018 Zarządzanie jakością. Jakość organizacji. Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu.

<sup>193</sup> PN-EN ISO 19011:2018 Wytyczne dotyczące audytowania systemów zarządzania.

<sup>194</sup> Dobre praktyki, [www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki](http://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki), [29.01.2021].

<sup>195</sup> J. Sasak, *Zarządzanie ryzykiem w placówkach ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2020, s. 159–185.

<sup>196</sup> Nowe modele okołooperacyjnej karty kontrolnej, [www.cmj.org.pl/who/okk/modele\\_okk.php](http://www.cmj.org.pl/who/okk/modele_okk.php), [29.01.2021].

<sup>197</sup> E. Dudzik-Urbaniak [i in.], *Zestaw standardów akredytacyjnych – Szpitale*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009, s. 123–150.

<sup>198</sup> A. Karwińska, D. Wiktor, *Przedsiębiorczość i korzyści społeczne: identyfikacja dobrych praktyk w ekonomii społecznej*, „Ekonomia Społeczna” 2008, t. 6, s. 6.

<sup>199</sup> A. Gunasekaran, N. Subramanian, W.T. Ngai, *Quality management in the 21st century enterprises: Research pathway towards Industry 4.0*, „International Journal of Production Economics” 2019, vol. 207, s. 125–129.

Tabela 17. Praktyki wspierające zarządzanie jakością

Wybrane obszary wymagań normy ISO 9001:2015	Praktyki wspierające zarządzanie jakością
Przywództwo i style kierowania	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Otwartość na zmiany.</li> <li>– Elastyczność zarządzania.</li> <li>– Sposób delegowania uprawnień.</li> <li>– Relacje (partnerskie/służbowe).</li> <li>– Struktura organizacyjna (pionowa/pozioma).</li> </ul>
Zaangażowanie pracowników	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wspieranie pracy grupowej.</li> <li>– Budowanie odpowiedzialności za jakość.</li> <li>– Zachowania i postawy wspierające zaangażowanie.</li> </ul>
Struktura organizacyjna - Odpowiedzialność za jakość	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Budowanie kultury indywidualnej odpowiedzialności.</li> <li>– Odpowiedzialność w zakresie jakości.</li> <li>– Sposób i czas reakcji na niezgodności.</li> <li>– Sposób postępowania z niezgodnościami.</li> </ul>
Kultura organizacyjna - orientacja na pacjenta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Widoczne przejawy kultury obejmujące sposób radzenia sobie z poprawą jakości.</li> <li>– Praktykowane rytuały i ceremonie, które wspierają zatwierdzone praktyki postępowania.</li> <li>– Wspólne myślenia obejmujące wartości i przekonania oraz związane z nimi zachowania.</li> <li>– Założenia podstawowe, często nieświadome i niezbadane, które są podstawą codziennej praktyki.</li> </ul>

Źródło: A. Pacana, R. Ulewicz, *Analysis of causes and effects of implementation of the quality management system compliant with ISO 9001*, „Polish Journal of Management Studies” 2020, vol. 21, nr 1, s. 283–296; J. Tata, S. Prasad, *Cultural and structural constraints on Total Quality Management*, „Total Quality Management” 1998, nr 9(8), s. 705–708; L.A. Negron, *Relationship between quality management practices, performance and maturity quality management, a contingency approach*, „Quality Management Journal” 2020, nr 27(4), s. 215–228

Zaprezentowane w tabeli 17 praktyki wspierające projakościowe zarządzanie, zobowiązują organizację do eliminowania sprzeczności pomiędzy przywództwem, zaangażowaniem, strukturą oraz kulturą organizacyjną. Wymaga to przestrzegania przyjętych norm i wartości, przyjmowania odpowiednich postaw i realizowania projakościowych praktyk. Prowadzi tym samym do wykształcenia się kultury jakości postrzeganej jako zdolność do kształtowania cech warunkujących doskonalenie jakości, przywództwa, relacji międzyludzkich, zaangażowania pracowników<sup>200</sup>.

Analizując przedstawione rozważania na temat klimatu organizacyjnego i wynikających z niego praktyk, wielu badaczy jest zgodnych, że zarówno klimat, jak i praktyki organizacyjne jako widoczne elementy kultury jakości są najbardziej podatną na kształtowanie się warstwą kultury organizacyjnej. One też w największym stopniu są

<sup>200</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 36.

determinowane przez różne aspekty i cechy, które nieumiejętnie zarządzane lub kreowane, mogą wpływać na kształt kultury jakości w organizacji.

### 1.5.3. Cechy i determinanty kultury jakości

Badania nad cechami i determinantami kultury jakości stały się ważnym obszarem badawczym w opiece zdrowotnej nie tylko w Polsce, ale i na świecie. Zmiany społeczne i demograficzne wymusiły dostosowanie się często nierynkowych praktyk do nowych realiów polityki zdrowotnej, a także do rosnących oczekiwań w zakresie jakości świadczeń medycznych<sup>201</sup>. Pociągnęło to za sobą potrzebę poprawy jakości, ale także satysfakcji pacjentów poprzez dostosowanie usług medycznych do nowych wymagań rynkowych. Wymagało to jednak zaprojektowania nowego sposobu zarządzania jakością i dokonania odpowiednich zmian w kulturze organizacyjnej tak, aby stworzyć unikatową dla danego podmiotu leczniczego kulturę jakości charakteryzującą się zestawem cech wspierającym projakościowe zarządzanie<sup>202</sup>.

Ł. Sułkowski podejmując się w swoich badaniach tematu kultury organizacyjnej wyróżnił cechy, którymi powinna charakteryzować się kultura jakości w zależności od stopnia jej zaawansowania<sup>203</sup>. Cechy te bardziej szczegółowo zaprezentowano w tabeli 18.

Tabela 18. Cechy kultury jakości, a stopień ich zaawansowania

Mniej zaawansowana kultura jakości	Bardziej zaawansowana kultura jakości
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Niższa efektywność organizacyjna.</li> <li>– Rozproszenie metod, narzędzi i technik zarządzania jakością.</li> <li>– Nieefektywna komunikacja.</li> <li>– Mniejszy nacisk na wykorzystanie informacji.</li> <li>– Niższa świadomość jakościowa i sposób zarządzanie wiedzą.</li> <li>– Indywidualizm.</li> <li>– Pomijanie pracownika w procesie decyzyjnym.</li> <li>– Brak wizji w podejmowaniu decyzji.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wyższa efektywność organizacyjna.</li> <li>– Uporządkowanie w obszarze stosowanych metod, technik i narzędzi jakości.</li> <li>– Lepsze wykorzystanie danych i informacji.</li> <li>– Dbłość o skuteczności SZJ.</li> <li>– Pozytywne relacje międzyludzkie.</li> <li>– Praca zespołowa.</li> <li>– Traktowanie pracownika jako klienta wewnętrznego.</li> <li>– Optymalne wykorzystanie zasobów ludzkich i infrastruktury.</li> <li>– Traktowanie jakości priorytetowo.</li> </ul>

<sup>201</sup> L.B. Chartier [i in.], *Quality improvement: Executive a quality improvement project in the emergency department*, „Canadian Journal of Emergency Medicine” 2018, nr 20(4), s. 532–538.

<sup>202</sup> M. Shafiq [i in.], *Services quality assessment of hospitals in Asian context: An empirical evidence from Pakistan*, „Journal of Health Care Organization, Provision and Financing” 2017, nr 54, s. 1–12.

<sup>203</sup> Ł. Sułkowski, *Kultura jakości...*, s. 25–37.

Źródło: Ł. Sułkowski, *Kultura jakości w zarządzaniu, czyli pomiędzy tożsamością a kulturą organizacyjną*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2013, nr 14(08), s. 25–37; A. Lendzion, *Kultura jakości – teoria a praktyka*, „Zeszyt Problemowy” 2019, nr 62 s. 26; T. Wawak, *Kultura zarządzania oparta na jakości*, Wydawnictwo Ementon, Warszawa 2016, s. 46–52

J.A. Woods, jak również A. Srinivasan i B. Kurey, cechy przedstawione w tabeli 18 uzupełniają o wartości kultury jakości tj. otwartą komunikację, zorientowanie na proces, pozytywne relacje hierarchiczne, projakościowe przywództwo, czy otwartość na zmiany, których nasilenie zwiększa się wraz ze wzrostem poziomu zaawansowania kultury jakości<sup>204</sup>. Zdaniem R. Luburić, to na wspomnianych cechach zarządzający organizacjami powinni skoncentrować się w pierwszej kolejności tworząc klimat do kształtowania projakościowej kultury organizacyjnej i podejmowania działań wpływających na skuteczność zarządzania jakością<sup>205</sup>. Wybrane cechy organizacji ukierunkowane na kształtowanie kultury jakości przedstawiono w tabeli 19.

Tabela 19. Wybrane cechy organizacji wpływające na kształtowanie kultury jakości

Obszar	Cechy organizacji wpływające na kształtowanie się kultury jakości
Organizacja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wymagania stron zainteresowanych są priorytetem organizacji.</li> <li>– Istnieją pozytywne relacje pomiędzy pracownikami.</li> <li>– Przekaz informacji jest kompletny, wiarygodny i spójny.</li> <li>– Wykorzystuje się narzędzia jakości.</li> <li>– Stosuje się podejście oparte na ograniczeniu ryzyka.</li> </ul>
Przywództwo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wartości organizacji uwzględniają jakość.</li> <li>– Aktywny udział kierownictwa w utrzymaniu i doskonaleniu systemów.</li> <li>– Pracownicy są wspierani i nagradzani przez kierownictwo w zakresie promowania projakościowych i innowacyjnych działań.</li> <li>– Zapewnienie zasobów na realizację strategii projakościowej.</li> </ul>
Pracownicy	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utożsamianie się pracowników z wartościami projakościowymi organizacji.</li> <li>– Zaangażowanie w procesy jakościowe.</li> <li>– Dyscyplina w zakresie stosowania przyjętych zasad i reguł.</li> <li>– Świadomość znaczenia problemów jakościowych.</li> <li>– Otwarty stosunek do doskonalenia i zmian zachowań, postaw, wartości wzmacniających kulturę jakości.</li> </ul>

Źródło: M.Z. Wiśniewska, P. Grudowski, *Kultura jakości, doskonałości i bezpieczeństwa w organizacji*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2019, s. 63–64; A. Gembalska-Kwiecień, *Zarys problematyki kultury bezpieczeństwa pracy na przykładzie wybranego przedsiębiorstwa*, „Promotor BHP” 2018, nr 5, s. 22–27; L. Manning, *The value of food safety culture to the hospitality industry*, „Worldwide Hospitality and Tourism Themes” 2018, nr 3,

<sup>204</sup> J.A. Woods, *The six values of a quality culture*, „National Productivity Review” 1997, nr 16, s. 49–55; A. Srinivasan, B. Kurey, *Creating a Culture of Quality*, „Harvard Business Review” 2014, nr 92(4), s. 23–25.

<sup>205</sup> R. Luburić, *A model of crisis prevention (Based on managing change, quality management and risk management)*, „Journal of Central Banking Theory and Practice” 2019, nr 8(2), s. 33–49.

Analizując cechy organizacji o pożądanej kulturze jakości przedstawione w tabeli 19 warto wskazać, że nie wszystkie z nich w jednakowym stopniu wpływają na podejmowane działania projakościowe. Opierając się na badaniach prowadzonych w międzynarodowych korporacjach zauważono, że wiele inicjatyw podejmowanych odgórnie przez kierownictwo ma mniejszy wpływ na kształtowanie się kultury jakości w przeciwieństwie do oddolnych inicjatyw pracowników<sup>206</sup>. Świadczy to tym samym o wyższości struktur autonomicznych od hierarchicznych w organizacjach. Podobnie badania prowadzone w obrębie kultur jakości w podmiotach leczniczych potwierdzają, że silna kultura wykazująca się cechami wzmacniającymi podejście jakościowe, ma istotny wpływ na osiąganie celów jakościowych, a dodatkowo skutecznie wspiera system motywacyjny, co wzmacnia relacje międzyludzkie<sup>207</sup>. Badaniem zależności zachodzącymi pomiędzy cechami i determinantami kultury organizacyjnej w kontekście zarządzania jakością zajmował się również R. Wolniak<sup>208</sup>. Potwierdził on, opierając się na typologii G. Hofstede, że wysoki dystans do władzy pozytywnie wpływa na zarządzanie jakością zwłaszcza w obszarze takim jak: przywództwo, orientacja na pacjenta czy zarządzanie strategiczne, co znajduje odzwierciedlenie m.in. w stopniu przestrzegania procedur, zaangażowaniu podwładnych w podejmowanie decyzji, czy w elastyczności podejmowanych działań<sup>209</sup>. Z kolei niski dystans do władzy przekłada się na większą otwartość na zmiany i innowacje oraz zwiększa zaangażowanie przywództwa w sprawy jakości, co oddziałuje na większą standaryzację, skuteczność operacyjną i dyscyplinę pracy. Zachowania indywidualistyczne mają z kolei dwoisty wpływ na zarządzanie jakością<sup>210</sup>. W przypadku występowania silnego indywidualizmu wpływa on pozytywnie na produktywność i efektywność, natomiast negatywnie na podejście procesowe<sup>211</sup>. Występujący w nadmiarze prowadzi z kolei do bezosobowej relacji w systemie, co może przekładać się na niski poziom zaangażowania, a to stoi w sprzeczności z zasadą zarządzania jakością mówiącą o zaangażowaniu

---

<sup>206</sup> A. Srinivasan, B. Kurey, *Creating...*, s. 45.

<sup>207</sup> Y. Tsai [i in.], *Impact of hospital quality culture and reward system on employee perception of service quality*, „Research Square” 2020, s. 6–7.

<sup>208</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 131.

<sup>209</sup> Tamże, s. 131.

<sup>210</sup> D. Samson, M. Terziovski, *The link between TQM practices and organizational performance*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 1999, nr 13, s. 226–237.

<sup>211</sup> J. Jung [i in.], *The effect of organizational culture stemming from national culture towards quality management deployment*, „The TQM Journal” 2008, s. 630.

pracowników<sup>212</sup>. W przypadku wymiaru kulturowego dotyczącego unikania niepewności, badania wskazują, że pracownicy czują się bardziej pewni, jeśli nie posiadają obaw przed podejmowaniem decyzji. Jest to szczególnie cenne w kulturze bezpieczeństwa pacjenta. Wysoki poziom wymiaru męskości wg modelu G. Hofstede posiada negatywny wpływ na pracę zespołową, co nie sprzyja skuteczności, ani efektywności prowadzonych działań projakościowych<sup>213</sup>. Z kolei wymiar dominacji władzy nie sprzyja motywacji pracowników i podejmowaniu działań angażujących pracowników w poprawę jakości w szczególności, jeśli inicjatywa ta nie jest wspierana przez najwyższe kierownictwo<sup>214</sup>. Zakłócenia w tym obszarze powodują bariery psychologiczne i opór przed angażowaniem się, co stoi w wyraźnej sprzeczności z wymaganiami systemu zarządzania jakością w obszarze komunikacji<sup>215</sup>.

Reasumując rozważania teoretyczne dotyczące cech i determinantów kultury jakości z punktu widzenia projakościowej strategii działania, najlepsza sytuacja występuje wówczas, gdy kultura wykazuje cechy charakterystyczne dla zaawansowanej kultury jakości oraz odzwierciedla wymiary kulturowe, które wspierają doskonalenie zarządzania jakością. Dzięki temu organizacje, w tym podmioty lecznicze, mogą wykazywać się większą skutecznością, efektywnością i doskonałością, co ma bezpośrednie przełożenie na dojrzałość jakościową oraz kształtowanie się jej kulturowo-społecznych aspektów tj. wartości, postaw i praktyk projakościowych.

#### **1.5.4. Kształtowanie kultury jakości**

Wiele podmiotów leczniczych działających w Polsce posiada wdrożone i certyfikowane zewnętrzne systemy zarządzania jakością. Sam certyfikat ISO 9001, jak również akredytacja Ministra Zdrowia nie świadczą jeszcze o skuteczności projakościowego zarządzania. Stanowią jedynie potwierdzenie, że podmiot w pewnym akceptowalnym stopniu spełnia wymagania standardu. Aby zapewnić kompleksowe podejście projakościowe, niezbędne jest wykształcenie odpowiedniej kultury jakości, która pozwala przekuć „sztywne” wymagania w powszechną praktykę - co jak zauważa

---

<sup>212</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 139.

<sup>213</sup> G. Hofstede, *Kultury...*, s. 129–176.

<sup>214</sup> Tamże, s. 134.

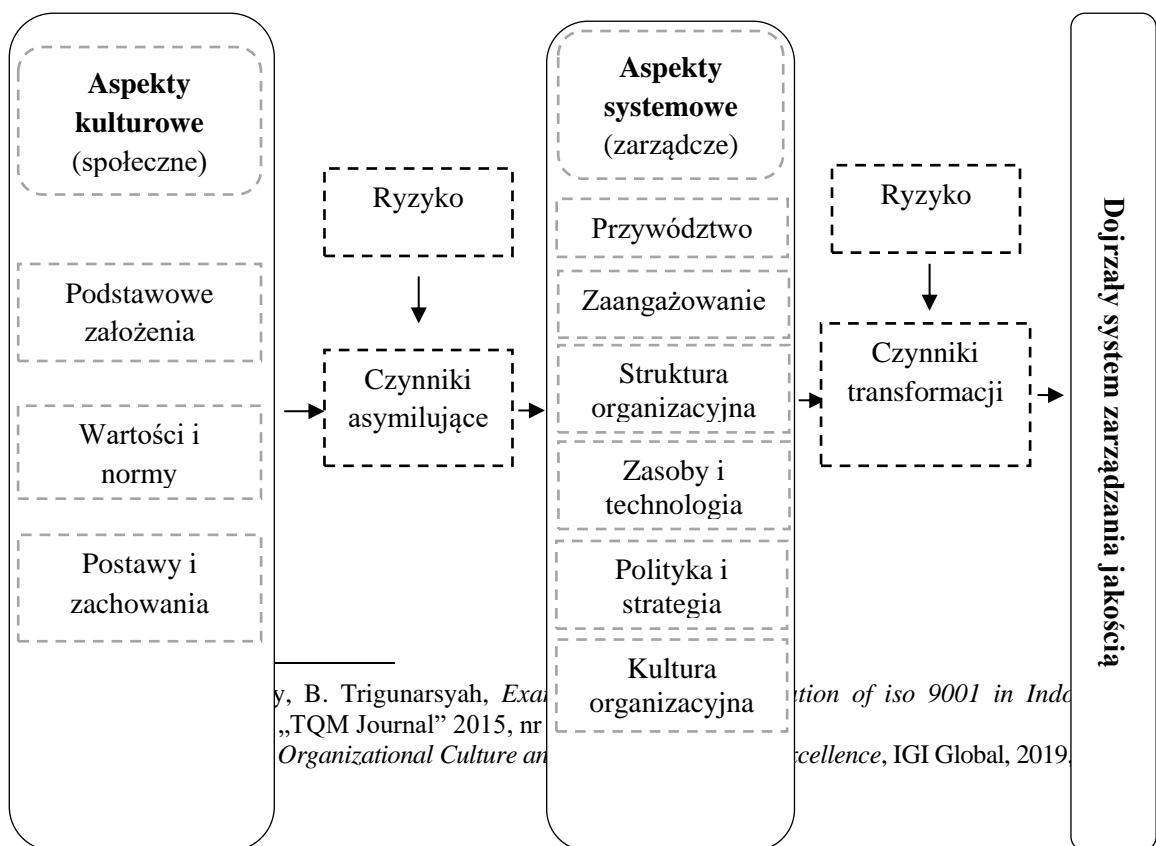
<sup>215</sup> Z. Aycan, R.N. Kanungo, J.B. Sinha, *Organizational culture and human resource management practices: The model of cultural fit*, „Journal of Cross-Cultural Psychology” 1999, nr 4, s. 501–526.



D. Willar, może być trudne, gdyż niełatwo jest zmienić nawyki i zachowania, aby przyswoić nową kulturę<sup>216</sup>.

Działalność lecznicza, ze względu na bardzo ważną rolę, jaką odgrywają w niej jakość i bezpieczeństwo pacjenta, jest jednym z częstszych beneficjentów różnych systemów i koncepcji zarządzania jakością. Stanowi także jeden z bardziej interesujących obszarów badawczych kultury jakości na skutek mieszania się różnych kultur, subkultur czy przyjętych zasad etycznych. Prezentowany na rysunku 6 model integracji aspektów kulturowych i zarządczych w systemach zarządzania jakością, stanowi przykład łączenia aspektów kulturowych i zarządczych, które ulegając procesom asymilacji (przyswajania nowych treści) i transformacji (przemianie) wpływają na proces doskonalenia, czyli poprawy skuteczności i efektywności zarządzania jakością, a tym samym jego dojrzałości jakościowej<sup>217</sup>.

Rysunek 6. Model integracji aspektów kulturowych i zarządczych w systemach zarządzania jakością



Artefakty

Sprawność  
organizacyjna

Źródło: W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, PWE, Warszawa 2016, s. 28–39; Ł. Sułkowski, R. Seliga, *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012, s. 17–18; C.A. Kluckhohn, *Values and Values Orientation in the Theory of Actions*, Harper - Row, New York 1962, s. 389

Asymilacja, jak i transformacja kultury jakości nierozłącznie wiążą się z pojęciem kształtowania lub, jak określają niektórzy naukowcy kreowania kultury jakości<sup>218</sup>. Jest to proces tworzenia lub umacniania pożądanej kultury, czyli takiej, która pomaga kierownictwu w wykształceniu pożądanych wartości, postaw i praktyk, które byłyby zgodne z przyjętą strategią i wspierałyby osiągnięcie celów<sup>219</sup>. R.M. Gołębiowski w swoich badaniach zauważa, że aby proces transformacji przebiegał skutecznie, niezbędna jest zmiana na poziomie organizacyjnym, z poziomu wysoce formalnego opartego na hierarchii, na bardziej indywidualistyczny<sup>220</sup>. D.L. Goetsche i S.B. Davis podkreślają również ważną rolę pracowników, zwłaszcza ich zachowania, które winny być ukierunkowane na doskonalenie jakości oraz pracę grupową<sup>221</sup> i jak zauważa M. Molenda poparte sprawną komunikacją.

Odpowiedni klimat organizacyjny czy styl przywództwa to, kolejne czynniki wpływające na kształt kultury jakości w organizacji<sup>222</sup>. S. Swensen i N. Mohta prowadząc badania w obszarze ochrony zdrowia podkreślają także znaczenie elastyczności oraz otwartości na zmianę i piszą wprost: „zmień swoją kulturę organizacyjną, a zmienisz doświadczenie pacjenta”<sup>223</sup>.

Zmiana kultury organizacyjnej na bardziej projakościową w najprostszej formie składa się z 3 etapów tj.<sup>224</sup>:

1. Kreowanie wzorców kulturowych;
2. Pozyskiwanie pracowników w oparciu o przyjęte wzorce;

<sup>218</sup> Ł. Sułkowski, *Kultura jakości w zarządzaniu, czyli pomiędzy tożsamością a kulturą organizacyjną*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2013, nr 14(08), s. 25–37.

<sup>219</sup> E.M. Senhoras, *Culture in hospital organizations and cultural policies for coordinating communication and learning*, „Electronic Journal of Communication, Information & Innovation in Health” 2007, vol. 1, nr 1, s. 45–55.

<sup>220</sup> R. M. Gołębiowski, *Elementy kultury...*, 33–42.

<sup>221</sup> D.L. Goetsch, S.B. Davis, *Quality management. Introduction...*, s. 174.

<sup>222</sup> M. Molenda, *Znaczenie wartości organizacyjnych...*, s. 210.

<sup>223</sup> S. Swensen, N. Mohta, *Leadership survey: Organizational culture is the key to better health care*, „New England Journal of Medicine Catalyst Insights Report” 2019, s. 1.

<sup>224</sup> J. Bernais, *Zarządzanie przez kulturę. ABC współczesnych koncepcji i metod zarządzania*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2010, s. 45.

3. Wdrożenie i utrzymanie zasad, norm i wartości.

Rozszerzoną formę stanowią z kolei 4 etapy tj.<sup>225</sup>:

1. Analiza obecnej w organizacji kultury jakości;
2. Diagnoza kultury i czynników ją kształtujących;
3. Wzmacnianie pozytywnych zachowań, a wygaszanie negatywnych;
4. Monitorowanie i ocena kształtowania się kultury jakości.

W podziale 4-etapowym, etap pierwszy polega na dogłębnej analizie istniejącej kultury projakościowej, która pozwoli odkryć różnicę pomiędzy istniejącą, a pożądaną kulturą. Pozwala to w drugim etapie na zidentyfikowanie występujących w organizacji elementów kulturowych tj. założeń, wartości, norm, artefaktów, które przyczyniają się do skutecznej realizacji celów jakościowych, jak również determinują projakościowy charakter kultury. W kolejnym etapie następuje wzmocnienie pozytywnych cech wpływających na kulturę jakości oraz ograniczanie negatywnych aspektów jej istnienia. Do głównych metod wzmacniania kultury jakości można zaliczyć: wdrażanie koncepcji zarządzania jakością, budowanie organizacji opartej na zaufaniu i zaangażowaniu, kreowanie odpowiedniej kultury pracy czy polityki projakościowej. Proces kształtowania kultury jakości kończy etap monitorowania i ewaluacji jej poziomu, który w zależności od wprowadzanych zmian, winien przyczyniać się do kształtowania nowych zachowań zgodnych z wartościami uznawanymi w organizacji.

Badaczami, którzy w jeszcze szerszym ujęciu przedstawiali proces kształtowania kultury jakości byli M.A. Watson i F.M. Gryna. Według nich proces ten winien składać się z 5 etapów tj.<sup>226</sup>:

1. Przyjęcie strategii jakościowej;
2. Określenie wzorca pożądanej kultury jakości;
3. Diagnoza aktualnej treści kultury i wprowadzenie w niej zmian na podstawie rozbieżności pomiędzy aktualną treścią kultury, a pożądanym wzorcem;
4. Określenie i wdrożenie do działań rozwijających kulturę jakości;
5. Monitorowanie zmian w kulturze oraz ewentualna korekta przyjętych praktyk.

Poprawnie sformułowana strategia jakości stanowi pierwszy krok do określenia wzorca pożądanej kultury jakości. Na tym etapie menedżerowie winni aktywnie uczestniczyć w procesie formułowania wartości, norm, zachowań i postaw pożądanych

---

<sup>225</sup> Tamże, s. 45.

<sup>226</sup> M.A. Watson, F.M. Gryna, *Quality Culture in small business: Four case studies: How to determine the quality culture at a small company*, „Quality Progress” 2001, nr 34, s. 41–47.

w organizacji<sup>227</sup>. Przeprowadzając diagnostykę kultury jakości, zwłaszcza w organizacjach charakteryzujących się dużą ilością subkultur (m.in. podmioty lecznicze), winni także uwzględnić siłę jej oddziaływania, gdyż ma ona ogromny wpływ na skuteczność całego procesu. Przyjmuje się, że im silniejsze subkultury występują w organizacji oraz im mniejsza ilość personelu jest gotowa zaakceptować zmianę, tym mniejsza szansa na wykreowanie pożądanego wzorca. Wiedza zdobyta dzięki tym działaniom może zostać wykorzystana nie tylko do określenia zarządczych i kulturowych determinantów przyjętej strategii jakościowej, ale przede wszystkim do określenia luk występujących pomiędzy pożądaną kulturą jakości, a kulturą istniejącą.

Ostatnim etapem procesu kształtowania kultury jakości jest monitorowanie procesu zmian kulturowych oraz ich korygowanie w sytuacji, kiedy zastosowane praktyki okazałyby się mało skuteczne. K.S. Cameron i R.E. Quinn zgodnie twierdzą, iż wysiłki na rzecz zwiększenia efektywności zmiany kultury mogą pójść na marne, jeśli przyjęty w organizacji system wartości, sposobów myślenia, styl zarządzania i podejście do kwestii rozwiązywania problemów pozostaną takie same. Dodają przy tym, że aby możliwe było przeprowadzenie zmiany kultury organizacyjnej, niezbędny jest<sup>228</sup>:

- odpowiedni styl zarządzania charakteryzujący się zdolnościami przywódczymi,
- umiejętność identyfikowania i diagnozowania problemów związanych z kulturą,
- otwartość na zmiany założeń kulturowych,
- zdolność do przełamywania oporu wśród pracowników,
- umiejętność zaangażowania pracowników do podejmowania inicjatyw.

Prezentowane w niniejszym podrozdziale zagadnienia związane z kształtowaniem się kultury jakości są różnie interpretowane przez naukowców zajmujących się tą tematyką. Niektórzy badacze charakteryzują to zjawisko jako proces 3 etapowy. Są jednak i tacy, którzy dopatrują się 5 etapów. Większość z nich zgadza się jednak z tym, że zmiana kultury jakości nie jest rzeczą prostą. Jest procesem długotrwałym, wymagającym wizji, strategii oraz zaangażowania wielu osób. Członkowie organizacji nie zmieniają bowiem ad hoc swoich zachowań do czasu, aż nie dostrzegą wzorców, wartości czy postaw, które będą w stanie zaakceptować.

W celu zapewnienia skutecznej realizacji procesu zmiany kulturowej na bardziej projakościową, istotne wydaje się zidentyfikowanie w pierwszej kolejności pozytywnych

---

<sup>227</sup> C. Swaffin-Smith, R. Barnes, M.C. Townsend, *Culture surveys: Monitoring and enhancing the impact of change programmes*, „Total Quality Management” 2002, nr 13(6), s. 855–861.

<sup>228</sup> K.S. Cameron, R.E. Quinn, *Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana. Model wartości konkurujących*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003, s. 19.

aspektów obecnej kultury, aby móc je zachować i wzmacniać w przyszłości. Niezbędne wydaje się również jasne zdefiniowanie celów zmiany, jej efektów, nakreślenie wizji kultury, do której dąży organizacja. Pracownik świadomy zadań i celów przed nim stojących jest dużo bardziej skłonny do współpracy, niż pracownik nieświadomiony. Ważne jest także stworzenie sprawnych kanałów komunikacji, które umożliwią dyskusję o zmianach kulturowych<sup>229</sup> oraz jak zaleca L. Heracleous skoncentrowanie się na zmianie uznawanych wartości oraz zachowań i potraktowanie tego procesu jako początku długoterminowych zmian kulturowych<sup>230</sup>.

Kształtowanie kultury jakości bez zapewnienia sprawnego systemu zarządzania jest procesem mocno utrudnionym. Dlatego w kolejnym rozdziale pracy skoncentrowano się na przedstawieniu problematyki praktyk zarządzania jakością, które pozwolą na łączenie zarówno wymiarów kulturowych, jak aspektów zarządzania jakością w podmiotach leczniczych.

---

<sup>229</sup> D. Tenta-Skiercz, *Zmiana kultury organizacyjnej...*, s. 353–354.

<sup>230</sup> L. Heracleous, *An ethnographic study of culture in the context of organizational change*, „Journal of Applied Behavioural Science” 2001, vol. 37, nr 4, s. 426–446.

## ROZDZIAŁ 2. PRAKTYKI ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ W PODMIOTACH LECZNICZYCH

### 2.1. Pojęcie jakości i cechy usług medycznych

Literatura naukowa bogata jest w różne, często wielowymiarowe definicje jakości przedstawiane przez badaczy na przestrzeni wielu epok. Już w starożytności, grecki filozof Platon w swoich dziełach posługiwał się pojęciem jakości na określenie pewnego stopnia doskonałości. Arystoteles z kolei stosował termin jakość na określenie zespołu cech odróżniających dany przedmiot od innych przedmiotów tego samego rodzaju<sup>231</sup>. Wśród współczesnych przedstawicieli nauk zajmujących się problematyką jakości można zaobserwować wielu wybitnych badaczy, którzy dali początek dyscyplinom naukowym zajmującym się jakością, takim jak towaroznawstwo, czy obecnej dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości. Współczesnemu pojęciu jakości najbliższe było Cyseronowi. Jako pierwszy posłużył się on pojęciem *qualitas*, które oznaczało cechę lub właściwość przedmiotu. Dało to początek procesowi formułowania kolejnych pojęć, które określały pewne cechy, którymi obecnie zarządza się i kształtuje. J.M. Juran definiował jakość jako przydatność użytkową<sup>232</sup>, J.S. Oakland jako stopień zaspokajania potrzeb i spełnienia wymagań klienta<sup>233</sup>, natomiast P.B. Crosby jako zgodność z przyjętymi lub oczekiwanymi przez klienta wymaganiami<sup>234</sup>. W.E. Deming, znany jako twórca 14 zasad Deminga – filozofii ciągłego doskonalenia, definiował jakość jako przewidywany stopień jednorodności i niezawodności przy możliwie niskich kosztach i dopasowaniu do wymagań rynku<sup>235</sup>. Z kolei A.V. Feigenbaum, jeden z twórców filozofii Total Quality Management, pojęcie to rozumiał jako zbiorczą charakterystykę wyrobu lub usługi, która powoduje, że spełnia ona oczekiwania użytkownika<sup>236</sup>. W podobny sposób pojęcie to definiował W.R. Griffin jako zdolność do zaspokojenia stwierdzonych i potencjalnych potrzeb klienta<sup>237</sup>.

---

<sup>231</sup> K. Opolski, G. Dykowska, M. Możdżanek, *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Geneza jakości. Zarys historyczny*, CeDeWu, Warszawa 2005, s. 35–36.

<sup>232</sup> J.M. Juran, *Upper Management and Quality*, Juran Institute, New York 1982, s. 72.

<sup>233</sup> J.S. Oakland, *Oakland on quality management*, Elsevier, Routledg 2004, s. 12–20, 35.

<sup>234</sup> P.B. Crosby, *Quality is Free. The Art of Making Quality Certain*, McGraw-Hill, New York 1979, s. 1–309

<sup>235</sup> W.E. Deming, *Quality, productivity and competitive position*, „MIT Centre for Advance Engineering Study” 1982, s. 183-193.

<sup>236</sup> F. Błaszczuk, W. Bazanowski, *Pojęcie i koncepcja jakości*, „Antidotum”, 2004, nr 4, s. 25–35.

<sup>237</sup> W.R. Griffin, *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2017, s. 616.

Analizując pojęcie jakości w aspekcie kultury narodowej, Europejczycy pojęcie to najczęściej rozumieją jako zgodność z wymaganiami. Amerykanie jako stopień spełnienia oczekiwań, z kolei Japończycy jako doskonałość, której nie można osiągnąć, lecz do której należy wytrwale dążyć<sup>238</sup>. To ostatnie podejście wpisuje się w ideę ciągłego doskonalenia, stanowiącą element wielu koncepcji zarządzania opartych na strukturze norm ISO, Lean Manufacturing czy Six Sigma.

Wielowymiarowość pojęcia jakości sprawia, że trudno jest jednoznacznie określić wszystkie aspekty z nią związane. Jakość potrafi być mocno zindywidualizowana, dlatego próby doprecyzowania tego pojęcia przez poszczególnych autorów nie zawsze mają rację bytu. Zasadnym wydaje się zatem, aby źródła pojęcia jakości poszukiwać w powszechnie uznawanych na świecie normach ISO, opracowywanych przez Międzynarodowy Komitet Normalizacyjny<sup>239</sup>. Norma ISO 9000:2015 odnosząca się do terminologii, definiuje jakość jako stopień, w jakim zespół inherentnych właściwości obiektu spełnia wymagania<sup>240</sup>. Pod pojęciem inherentny należy rozumieć „istniejący sam w sobie”<sup>241</sup>. Bardziej precyzyjna wydaje się być w tym zakresie norma ISO 9001:2015, która w 2 rozdziale określa jakość dostarczonych przez organizację wyrobów lub usług jako zdolność do zapewnienia zadowolenia klientów przez zamierzone i niezamierzone oddziaływanie na istotne strony zainteresowane<sup>242</sup>.

Pojęcie jakości w kontekście podmiotów leczniczych definiują m.in. międzynarodowe stowarzyszenia branżowe oraz światowe instytucje zajmujące się ochroną zdrowia. Najważniejsza z nich – Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), określa pojęcie to jako „stopień, w jakim usługi zdrowotne zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą jako rezultat (jakość techniczna), sposób użycia środków (wydajność ekonomiczna), organizacja usług i satysfakcja pacjenta”<sup>243</sup>. Uznane, międzynarodowe stowarzyszenia tj. Quality Control Union of the European Union (EOQC), The American Society for Quality Control (ASQC) oraz European Organization For Quality Control (EOQC), zgodnie definiują jakość w kontekście satysfakcji, czyli

---

<sup>238</sup> F. Mroczko, *Zarządzanie jakością*, „Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości Seria: Zarządzanie” 2012, s. 32.

<sup>239</sup> J.M. Dziadkowiec, *Ewolucja definiowania jakości w normach ISO serii 9000*, w: *Zarządzanie jakością w przestrzeni organizacyjno-społecznej*, pod red. nauk. T Sikora, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2017, s. 26.

<sup>240</sup> PN-EN ISO 9000:2015 Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia, s. 22.

<sup>241</sup> J.M. Dziadkowiec, *Ewolucja definiowania...*, s. 26.

<sup>242</sup> PN-EN ISO 9000:2015..., s. 7.

<sup>243</sup> *Quality Ace In Heath Care*, WHO Working Group 1989, s. 79–95.

spełniania oczekiwań pacjentów i ich wymagań<sup>244</sup>. W najbardziej medyczny sposób termin ten opisuje Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization – organizacja zajmująca się opracowywaniem m.in. międzynarodowych standardów jakości. Określa ona jakość jako stopień uzyskania pożądanego efektu leczenia u pacjenta i redukcji prawdopodobieństwa efektów niepożądanych przy obecnym stanie wiedzy. Definicja ta daje początek rozważaniom o pojęciu jakości w kontekście usług medycznych<sup>245</sup>.

Jakość usług medycznych jest pojęciem, który przez wieki ewoluował oraz obejmował coraz więcej zagadnień. W *Kodeksie Hammurabiego* skuteczność działań medycznych była weryfikowana ilością uciętych kończyn chirurgom, którym operacje nie powiodły się lub utraconych rękami finansowych wypłacanych rodzinie pacjenta. Z kolei maksyma Hipokratesa *Primum non nocere* nakazywała, aby „po pierwsze nie szkodzić”, co oznaczało konieczność dostarczenia odpowiedniej jakości usługi medycznej za pierwszym razem<sup>246</sup>.

Pierwsze poważne badania nad problematyką jakości usług medycznych zapoczątkowała F. Nightingale, która na skutek plagi gorączki szpitalnej zwróciła uwagę na problem brudu, fatalnych warunków panujących w szpitalach oraz brak higieny. Jej badania stały się inspiracją dla obecnie szeroko prowadzonej profilaktyki zakażeń szpitalnych. Innym naukowcem, który kontynuował problematykę jakości w ochronie zdrowia był W. Farr – brytyjski statystyk opieki zdrowotnej, który udowodnił za pomocą obserwacji i testów, że rosnąca śmiertelność wśród żołnierzy jest spowodowana chorobami zakaźnymi i przełudnieniem w wieloosobowych salach szpitalnych. W tym okresie wiedeński lekarz I.P. Semmelweis zaczął prowadzić badania, których wyniki zapoczątkowały powszechną praktykę dotyczącą mycia rąk w szpitalach i stworzyły podwaliny pod nową gałąź medycyny – aseptykę, która zajmuje się niszczeniem drobnoustrojów poprzez odkażanie<sup>247</sup>.

Na przestrzeni wieków, jakość usług medycznych przybierała na znaczeniu, co doprowadziło dziś do powszechnego przekonania, że niewiele jest zagadnień

---

<sup>244</sup> T.A. Yanus, A.T. Aknipar, I.S. Emre, *The effects of quality management system on patient safety culture in Hospitals* Research, „Journal of Politics, Economics and Management” 2016, vol. 4, iss. 2, s. 241–242.

<sup>245</sup> S.H. Wu, J.L. Lee, *A comparison study of nursing care quality in different working status nursing staffs: an example of one local hospital*. „Journal of Nursing Research” 2006, nr 14, s. 181–188.

<sup>246</sup> M.Z. Wiśniewska, *Jakość usług medycznych - instrumenty i modele*, CeDeWu, Warszawa 2016, s. 28.

<sup>247</sup> Tamże.



ważniejszych w ochronie zdrowia, niż jakość opieki<sup>248</sup>. W opiece zdrowotnej, polegającej na świadczeniu usług medycznych przez wyspecjalizowane zakłady opieki zdrowotnej, działania zmierzające do ustandaryzowania wysokiej jakości usług medycznych pojawiły się po raz pierwszy na przełomie XIX i XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Doprowadziło to do powstania w 1913 r. American College of Surgeons – towarzystwa, które jako pierwsze w 1919 r. przyjęło pięć standardów dotyczących udzielania opieki w szpitalach. Od tej pory w Stanach Zjednoczonych zaczęły pojawiać się różne organizacje, których celem było podejmowanie działań na rzecz poprawy jakości w ochronie zdrowia, z czego najważniejszą była i jest do dzisiaj Wspólna Komisja ds. Akredytacji Organizacji Ochrony Zdrowia (Joint Commission On Accreditation of Healthcare Organization).

W Polsce, ustawodawcy w formie aktów prawnych, wymagań, wytycznych i kodeksów branżowych szczegółowo regulują zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych. Działalność leczniczą należy jednak postrzegać także jako jeden z rodzajów działalności gospodarczej podlegający regułom rynkowym, w tym zasadom konkurencji. Obecnie, z powodu ciągle rosnącej konkurencji na rynku usług medycznych oraz wzrastających oczekiwań pacjentów, jakość stała się jedną z najbardziej pożądanых cech opieki zdrowotnej, której zapewnienie powinno stanowić priorytet zarówno dla zarządzających podmiotami leczniczymi, personelu medycznego, jak i wszystkich osób zajmujących się szeroko pojętą polityką zdrowotną<sup>249</sup>. Jak zauważa G. Kanownik, jednym z najistotniejszych problemów współczesnej ochrony zdrowia na całym świecie, oprócz rosnących kosztów, jest utrzymanie wysokiej i powtarzalnej jakości usług medycznych<sup>250</sup>. Dlatego regulatorzy rynku ochrony zdrowia określają niezbędne minimalne wymagania jakościowe, jakie powinny spełniać podmioty lecznicze oraz zachęcają do ciągłego podnoszenia jakości ponad to minimum poprzez wdrażanie zewnętrznych systemów zarządzania jakością.

Jednoznaczne zdefiniowanie jakości usług medycznych jest działaniem trudnym ze względu na liczebność, złożoność i wielowymiarowość tego pojęcia<sup>251</sup>. Nie bez znaczenia jest również jego aspekt społeczny, związany z obowiązkiem udzielania usługi

---

<sup>248</sup> E. Raczyńska, *Problematyka jakości w ochronie zdrowia - wyzwanie dla zarządzania*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie” 2020, nr 2, s. 165–175.

<sup>249</sup> M. Bemnowska, J. Joško-Ochojska, *Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2015, nr 50(3), s. 458.

<sup>250</sup> G. Kanownik, *Rola logistyki w racjonalizacji kosztów funkcjonowania szpitala*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici Oeconomia” 2015, nr 46(2), s. 221.

<sup>251</sup> G. Nowak-Starz [i in.], *Rola jakości usług medycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia*, w: *Zdrowie Publiczne Standardem Dobrostanu*, pod red. nauk. K. Turowski, Lublin 2018, s. 241.

oraz wysoką niepewnością i ryzykiem z nim związanym<sup>252</sup>. Do głębszego zrozumienia pojęcia jakości usług medycznych zbliża nas definicja określona w ustawie o działalności leczniczej. Zawęża ona pojęcie usługi medycznej do tzw. usług zdrowotnych, które mają charakter dóbr niematerialnych i w przeciwieństwie do wyrobów, nie można ich dotknąć ani ocenić, zanim się z nich nie skorzysta. Definicja ustawowa usługi zdrowotnej to „działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania”<sup>253</sup>. Definicja ta nie zawsze jednak koresponduje z praktyką, gdzie jakość usług medycznych jest często różnie definiowana w zależności od tego, kogo traktujemy za klienta w działalności leczniczej<sup>254</sup>. Personel medyczny jakość rozumie w kontekście odpowiedniego wykonywania procedur medycznych, aby osiągnąć odpowiedni cel zdrowotny, jak również w kontekście wartości technicznej tj. wiedzy, umiejętności klinicznych, technologii. Dla pacjenta istotny jest z kolei efekt realizacji procedur, czyli wynik leczenia, ale również inne, bardziej wizualne elementy wpływające pośrednio lub bezpośrednio na odczuwanie efektu jakości usług tj. komfort, estetyka, stosowana aparatura medyczna, płynność informacji pomiędzy personelem a pacjentem, uprzejmość oraz empatia personelu. Płatnik, czyli w polskich warunkach - Narodowy Fundusz Zdrowia, za istotny czynnik jakości uznaje zapewnienie dostępu do świadczeń na jak największym obszarze. Z kolei menedżerowie podmiotów leczniczych jakość rozpatrują w aspekcie ekonomicznym i zapewnienia ciągłości realizacji usług<sup>255</sup>.

Powyższy podział jest zgodny z pojmowaniem jakości przez Ch. Grönroosa, który jakość usług medycznych rozpatruje w wymiarze technicznym oraz funkcjonalnym<sup>256</sup>. Jakość techniczna obejmuje wszystkie elementy wpływające na osiągnięty wynik tj. sprzęt medyczny, wyposażenie, wiedzę i umiejętności praktyczne pracowników, wykorzystywane technologie medyczne, warunki higieniczno-sanitarne, stosowane procedury czy przyjęte wewnętrzne standardy jakości. Jakość funkcjonalna jest z kolei kreowana na etapie świadczenia usług i stanowi efekt relacji pomiędzy podmiotem leczniczym, a pacjentem<sup>257</sup>. Wymiar ten odnosi się do komunikacji z pacjentem i może

---

<sup>252</sup> M. Stawicka, *Improving the quality of medical services and patient safety in the context of accreditation of Hospitals in Poland*, „Journal of Modern Science” 2016, nr 2(29), s. 240.

<sup>253</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021, poz. 711, tekst jednolity z późn. zm.).

<sup>254</sup> M. Bemnowska, J. Joško-Ochojska, *Zarządzanie jakością...*, s. 462.

<sup>255</sup> K. Krot, *Jakość i marketing usług medycznych*, Wolters Kluwer, Kraków 2021, s. 25.

<sup>256</sup> Ch. Grönroos, *A service quality model and its marketing implications*, „European Journal of Marketing” 1984, nr 18(4), s. 36-44.

<sup>257</sup> Tamże, s. 44.

obejmować takie składowe jak: zrozumiałe przekazywanie informacji, okazywanie empatii, poświęcenie pacjentowi czasu i uwagi lub też pytanie o jego potrzeby<sup>258</sup>.

W tabeli 20 przedstawiono cechy charakterystyczne dla usług medycznych, zarówno na poziomie ogólnym (odnoszącym się zarówno dla ogółu usług, jak i usług medycznych) oraz cech specyficznych (charakterystycznych wyłącznie dla usług medycznych).

Tabela 20. Cechy charakterystyczne dla usług medycznych

Cechy ogólne	Cechy specyficzne
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Niematerialność.</li> <li>– Niepodzielność.</li> <li>– Nietrwałość.</li> <li>– Zmienność.</li> <li>– Brak możliwości odsprzedaży.</li> <li>– Asymetria informacji.</li> <li>– Niepewność i ryzyko.</li> <li>– Pośpiech.</li> <li>– Stres.</li> <li>– Komunikacja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kwalifikacje pracowników.</li> <li>– Dowolność w wyborze metod i technologii medycznych.</li> <li>– Ograniczenie suwerenności pacjenta.</li> <li>– Złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych.</li> <li>– Delegowanie uprawnień i zaufania.</li> <li>– Indywidualne traktowanie pacjenta.</li> <li>– Empatia.</li> </ul>

Źródło: G. Nowak-Starz [i in.], *Rola jakości usług medycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia*, w: *Zdrowie Publiczne Standardem Dobrostanu*, pod red. nauk. K. Turowski, Lublin 2018, s. 239; M. Stawicka, *Zarządzanie jakością w usługach medycznych*, „Zarządzanie i Edukacja” 2012, nr 81, s. 7; B. Tości, J. Ruso, J. Filipović, *Quality management in Healthcare: Concepts, Principles and Standards*, 3rd International Conference on Quality of Life November 2018, s. 202–203

Badaniem jakości usług medycznych w kontekście kulturowym zajmował się m.in. A. Donabedian. Jako twórca koncepcji łączącej aspekty jakościowe i kulturę w opiece zdrowotnej, zwracał on szczególnie uwagę na interakcje, jakie zachodzą pomiędzy uczestnikami ochrony zdrowia w obszarze zaangażowania, dostępności, wyposażenia oraz efektywności leczenia w różnych grupach społecznych<sup>259</sup>. Obecnie są to w większości cechy, które są wykorzystywane do definiowania jakości usług medycznych w kryteriach oceny stosowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

A. Donabedian w ramach swojej koncepcji wyróżnił trzy wymiary jakości usług medycznych, które kompleksowo definiują jakość i cechy usług medycznych<sup>260</sup>:

- Jakość struktury, która obejmuje warunki, w jakich realizowane są usługi medyczne tj. infrastruktura, wyposażenie, personel medyczny, kwalifikacje pracowników;

<sup>258</sup> M. Stawicka, *Improving the quality...*, s. 240.

<sup>259</sup> M. Bembnowska, J. Jośko-Ochojska, *Zarządzanie jakością...*, s. 458.

<sup>260</sup> A. Donabedian, *An introduction to quality assurance in health care*, Oxford University Press, 2003, s. 45-55.

- Jakość procesu, która odnosi się do usług realizowanych przez podmiot leczniczy, szczególnie w obszarze diagnozowania, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji pacjenta;
- Jakość wyniku, która zapewnia efektywność procesu leczenia i jest mierzona np. poziomem zadowolenia pacjenta, ilością zdarzeń niepożądanych czy wynikami ekonomicznymi.

W oparciu o powyższą koncepcję R.J. Maxweel wyodrębnił 6 zasad kształtowania jakości opieki zdrowotnej i cech je charakteryzujących, które stały się następnie podstawą tworzenia medycznych standardów jakości. Należą do nich<sup>261</sup>:

- Efektywność – prezentuje zależność między osiąganymi efektami, a przeznaczonymi na ten cel nakładami finansowymi;
- Dostępność – przedstawia możliwość uzyskania świadczenia medycznego względnie łatwo i szybko oraz dla jak największej liczby osób;
- Adekwatność – polega na dostosowaniu świadczeń do oczekiwań pacjentów;
- Skuteczność – zapewnia udzielanie świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą naukową oraz wewnętrznymi wymaganiami;
- Wydajność – wiąże się z zapewnieniem dostępności i racjonalności w wykorzystaniu zasobów finansowych, ludzkich i rzeczowych;
- Równość – rozumiana jako sprawiedliwy, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od statusu kulturowego, społecznego charakteru czy odmiennych cech osobowości pacjentów.

A. Parasuraman i in. powyższe 6 cech poszerzyli jeszcze o dodatkowe elementy takie jak: niezawodność, szybkość reakcji, pewność, empatię, namacalność, komunikację, wiarygodność oraz bezpieczeństwo<sup>262</sup>. Zatem można przyjąć, że cechy kształtujące jakość usług medycznych tworzy co najmniej 14 czynników, które są w znacznym stopniu zbieżne z 11 cechami jakościowymi i 6 cechami bezpieczeństwa, tworzącymi zasady zarządzania jakością wg normy PN-EN 15224:2017<sup>263</sup>.

Cechy usług medycznych zarówno z perspektywy jakościowej, jak i bezpieczeństwa pacjenta przedstawiono w tabeli 21.

<sup>261</sup> M. Pintał-Ślimak [i in.], *Jakość w opiece zdrowotnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna” 2018, nr 54(3), s. 197–200.

<sup>262</sup> A. Parasuraman, L.L. Berry, V.A. Zeithaml, *Understanding customer expectations of service*, „Sloan Management Review” 1991, nr 32(3), s. 39–48.

<sup>263</sup> PN-EN 15224:2017-02 Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia.

Tabela 21. Cechy usług medycznych wg normy PN-EN ISO 15224:2017

Perspektywa jakościowa	Perspektywa bezpieczeństwa
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adekwatna i odpowiednia opieka.</li> <li>– Dostępność.</li> <li>– Ciągłość opieki.</li> <li>– Skuteczność.</li> <li>– Efektywność.</li> <li>– Równość w traktowaniu pacjentów.</li> <li>– Podejście do opieki oparte na dowodach.</li> <li>– Dbalność o pacjenta.</li> <li>– Zaangażowanie pacjenta.</li> <li>– Bezpieczeństwo pacjenta.</li> <li>– Terminowość.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Analiza ryzyka i zagrożeń.</li> <li>– Postępowanie z ryzykiem.</li> <li>– Planowanie działań ograniczających ryzyko.</li> <li>– Programy działań uwzględniające minimalizację zdarzeń niepożądanych oraz zakażeń szpitalnych związanych ze świadczoną usługą medyczną.</li> <li>– Nadzór nad działaniami niepożądanymi.</li> <li>– Ocena skuteczności działań, w tym działań doskonalących.</li> </ul>

Źródło: PN-EN 15224:2017-02 Systemy zarządzania jakością – EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia

Odnosząc się do cech zidentyfikowanych w tabeli 21 można stwierdzić, że zarówno perspektywa jakościowa, jak i bezpieczeństwa, tworzy unikalny obraz jakości usług medycznych, którym powinny charakteryzować się podmioty lecznicze. Osiągnięcie takiej jakości wymaga jednak podejmowania wielu praktyk zarządzania jakością, które będą ukierunkowane na doskonalenie jakości.

Analizując przedstawione rozważania w tematyce pojęcia usług medycznych i cech ją kształtujących można uznać, że nie wszyscy badacze tego tematu mają podobne poglądy. Przedstawienie przez to jednoznacznej definicji jakości usług medycznych jest zagadnieniem trudnym, a czasami wręcz nierealnym. Wynika to z wielowymiarowości i interdyscyplinarności tego pojęcia, w które wpisane jest zbyt wiele czynników (cech), które w świetle aktualnej wiedzy i istniejących standardów jakości są trudne do zdefiniowania. Z drugiej strony, jakość usług medycznych stanowi kluczowy element działalności podmiotów leczniczych oraz czynnik decydujący o poziomie konkurencyjności. Jakość odpowiednio zarządzana staje się narzędziem porządkowania organizacji, ulepszenia procedur, zmniejszenia kosztów, poprawy zadowolenia pacjentów z otrzymanych usług oraz pracowników z warunków pracy. Dlatego trudno jest poruszać problematykę podmiotów leczniczych bez uwzględniania w nich elementów projakościowych, zarówno na poziomie struktury, funkcji i osiąganego wyniku. To z kolei wpływa na coraz większą popularyzację różnego rodzaju systemów, koncepcji i narzędzi zarządzania jakością, które w procesie socjalizacji stają się już nie tylko elementami zarządzania, ale wartością organizacyjną łączącą zarządzanie jakością z różnymi wymiarami kulturowymi<sup>264</sup>.

<sup>264</sup> A. Czerw, U. Religioni, D. Olejniczak, *Metody pomiaru...*, s. 269–273.

## 2.2. Istota i rozwój zarządzania jakością

Zarządzanie znajduje zastosowanie w różnych kontekstach znaczeniowych ze względu na realizację różnych funkcji zarządczych tj. planowanie, organizowanie, kierowanie czy kontrolowanie. P. Drucker definiuje zarządzanie jako konkretny, wyróżniający się instrument każdej organizacji<sup>265</sup>. Z kolei J. Trzcieniecki jako działalność polegającą na określeniu celów, a następnie ich realizacji dzięki posiadanym zasobom<sup>266</sup>. W podobny sposób wypowiada się A.K. Koźmiński, dla którego zarządzanie jest koordynacją i integracją zasobów do osiągnięcia celów organizacji przy wykorzystywaniu różnych technik w zorganizowanych strukturach<sup>267</sup>.

Wprowadzenie na przełomie lat 70. i 80. XX wieku filozofii Total Quality Management (TQM) dało początek nowym koncepcjom zarządzania zorientowanym na jakość, które zostały następnie rozpropagowane przez takich naukowców jak W.A. Shewharta<sup>268</sup> (twórcę kart kontrolnych i metod statystycznej kontroli produkcji), W.E. Deminga<sup>269</sup> (propagatora podejścia procesowego – PDCA), J.M. Jurana<sup>270</sup> (twórcę spirali jakości) czy A.V. Feigenbauma<sup>271</sup> (twórcę koncepcji sterowania jakością totalną).

W literaturze przedmiotu zarządzanie jakością definiuje się jako efekt połączenia osiągnięć kwalitologii (dziedziny wiedzy, zajmującej się wszelkimi zagadnieniami dotyczącymi jakości) oraz nauk o zarządzaniu. Dzięki temu, możliwe staje się osiąganie oczekiwanych cech i właściwości produktu finalnego, skuteczne zarządzanie nimi, w taki, aby zapewnić odpowiednią jakość usług<sup>272</sup>.

Zaprezentowane w tabeli 22 wybrane elementy składowe zarządzania jakością zorientowane na wyniki, funkcjonowanie, kulturę organizacyjną i klienta wpływają na osiąganie wartości dodanej dla organizacji, co ma przełożenie na coraz większą popularyzację zarządzania jakością.

Tabela 22. Elementy składowe zarządzania jakością w różnych ujęciach znaczeniowych

---

<sup>265</sup> P. Drucker, *Zarządzanie XXI wieku - wyzwania*, MT Biznes, Warszawa 2009, s. 17.

<sup>266</sup> J. Trzcieniecki, *Projektowanie systemów zarządzania*, PWN, Warszawa 1982, s. 25.

<sup>267</sup> A.K. Koźmiński, *Zarządzanie od podstaw*, WAIP, Warszawa 2011, s. 18.

<sup>268</sup> W.A. Shewhart, *Economics Control of Quality of Manufactured Product*, Van Nostrand Company, New York 1931, s. 1-499.

<sup>269</sup> W.E. Deming, *Quality, productivity and competitive...*, s. 183–193.

<sup>270</sup> J.M. Juran, *Leadership for Quality. An Executive Handbook*, The Free Press, New York, 1989.

<sup>271</sup> A.V. Feigenbaum, *Total Quality Control*, 4<sup>th</sup> Edition. McGraw–Hill Corporation, New York 1992.

<sup>272</sup> M. Żółtowski, B. Żółtowski, *Narzędzia kształtowania jakości usług w przedsiębiorstwie*, „Logistyk” 2012, nr 6, s. 1024.

Ujęcie znaczeniowe	Elementy składowe zarządzania jakością
Zorientowanie na wyniki	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kompleksowe doskonalenie efektywności.</li> <li>– Umocnienie lub stabilizacja pozycji.</li> </ul>
Zorientowanie na funkcjonowanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Spełnienie wymagań przy efektywnych kosztach.</li> <li>– Realizacja polityki jakości, celów jakościowych, odpowiedzialności w obszarze jakości.</li> <li>– Kierowanie i nadzorowanie w odniesieniu do jakości.</li> </ul>
Zorientowanie na kulturę organizacyjną	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utrwalanie realizowanych działań w wartościach i postawach.</li> <li>– Kompetencje i praca zespołowa.</li> <li>– Umiejętność stosowania metod i technik zarządzania jakością.</li> </ul>
Zorientowanie na klienta	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zrozumienie potrzeb i wymagań klientów.</li> <li>– Ograniczenie luki pomiędzy oczekiwaniami klientów, a jakością dostarczanych usług.</li> </ul>

Źródło: E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia zarządzania jakością*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2019, s. 78–79

Popularyzacja zarządzania jakością w oparciu o znormalizowane systemy zarządzania jakością wg ISO (zwane również jako systemy bądź standardy jakości) ewaluowała wraz z ich rozwojem oraz zmieniającym się kontekstem organizacji i wymaganiami stron zainteresowanych tj. Narodowego Funduszu Zdrowia, pacjentów, pracowników czy ustawodawców. Początki standaryzacji jakości w działalności leczniczej przypadają na połowę lat 80, kiedy to Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) wezwała kraje członkowskie do rozwoju międzynarodowych standardów jakości w ochronie zdrowia. Niedługo później zaczęły pojawiać się pierwsze uniwersalne normy dotyczące jakości. W 1986 r. Międzynarodowa Organizacja Normalizacyjna (ISO) wydała normę ISO 8402 – Jakość – Terminologia. Norma ta została poddana rewizji w 1994 r., po której powstały standardy tj. ISO 9001, ISO 9002 czy ISO 9003<sup>273</sup>. Do dzisiaj spośród nich przetrwała tylko norma ISO 9001, która na skutek nowelizacji w 2000 r. w znacznym stopniu uległa zmianie m.in. w obszarze kompatybilności z innymi normami ISO i wówczas nieznanego podejścia procesowego. Aktualizacja tej normy przeprowadzona w 2008 r. nie wniosła z kolei istotnych zmian w podejściu do kształtowania jakości. Zmieniono i doprecyzowano kilka definicji, nie wprowadzono natomiast poważniejszych nowych wymagań<sup>274</sup>. Nie można tego powiedzieć jednak o

<sup>273</sup> M. Rajkiewicz, R. Mikulski, *Tendencje zmian w systemach zarządzania. Problemy integracji oraz wdrożenia*, „Monografie Politechniki Łódzkiej” 2016, s. 15.

<sup>274</sup> U. Kobylińska, *Ewolucja czy rewolucja, Zmiany w standardzie ISO 9001:2015*, „Economics and Management” 2018, nr 1, s. 209–211.

rewizji normy, która została przeprowadzona w 2015 r. Wprowadziła ona nowe elementy tj. wspólną strukturę ramową oraz zmiany w obszarze wymagań tj.<sup>275</sup>:

- wprowadzono podejście oparte na ryzyku i szansach,
- zwiększono rolę przywództwa oraz podejścia procesowego,
- wymagano zidentyfikowania wymagań stron zainteresowanych, a także wynikających z kontekstu organizacji,
- wprowadzono obowiązek budowania wiedzy, świadomości i kultury w obszarze jakości oraz bardziej kompleksowego zarządzania zmianą,
- zwiększono rolę efektywności jakościowej.

Postępująca globalizacja w obszarze usług medycznych, postęp w obszarze telemedycyny, ale także coraz bardziej rosnące oczekiwania w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych i zapewnienia ich wysokiej jakości sprawiły, że systemy jakościowe stają się coraz bardziej powszechnym standardem nowoczesnych podmiotów leczniczych. Lata 1994–2004 to okres gwałtownego rozwoju europejskich standardów akredytacyjnych, w tym polskich standardów wydanych przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ). Z kolei 2001 r. to początek międzynarodowej standaryzacji systemów zarządzania jakością w ochronie zdrowia, który zapoczątkował standard IWA:2001. Standard ten stanowił podwaliny dla opracowania Rekomendacji Rady UE w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki zakażeń szpitalnych, które doprowadziły do opracowania pierwszej europejskiej normy jakościowej dedykowanej dla ochrony zdrowia: PN-EN 15224:2013-04 - Usługi sektora ochrony zdrowia – Systemy zarządzania jakością – Wymagania oparte na EN ISO 9001:2008<sup>276</sup>. Norma ta została w 2017 r. zastąpiona nowym wydaniem PN-EN 15224:2017-02 tak, aby mogła lepiej odpowiadać na aktualne potrzeby branży ochrony zdrowia i być w pełni kompatybilna z normą ISO 9001:2015.

System zarządzania jakością według normy ISO 9001 należy do najpopularniejszych standardów jakości spośród wszystkich norm wydawanych przez Międzynarodową Organizację Normalizacyjną. Dzięki swojej uniwersalności znajduje zastosowanie w każdym sektorze gospodarki, w tym w ochronie zdrowia. Pomimo narastającej konkurencji ze strony standardów akredytacyjnych, koncepcje systemu zarządzania jakością oparte na normach ISO nieustannie znajdują swoich zwolenników

---

<sup>275</sup> Y. Sari [i in.], *From ISO 9001:2008 to ISO 9001:2015: Significant changes and their impacts to aspiring organizations*, IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering, 2017, nr 273, s. 5–6.

<sup>276</sup> PN-EN 15224:2013-04 Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001:2008 dla sektora ochrony zdrowia.



wśród przedstawicieli podmiotów leczniczych. Potwierdza to ilość certyfikowanych organizacji na świecie, która jak podaje Międzynarodowy Komitet Normalizacyjny w 2020 r. przekroczyła 1,1 miliona, z czego tylko w Polsce jest to 11 tysięcy, a w obszarze ochrony zdrowia i pracy społecznej ponad 1100<sup>277</sup>. Według danych pochodzących z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, w Polsce posiadanie certyfikatu ISO 9001 deklaruje kilkaset podmiotów leczniczych. Jednak informacje pochodzące z Rejestru nie odzwierciedlają w pełni stanu faktycznego. Nie zawsze bowiem podmioty lecznicze przekazują lub aktualizują ową informację w Rejestrze<sup>278</sup>. Ponadto, ilość certyfikatów wydanych na zgodność z normą ISO 9001 w podmiotach leczniczych nie jest monitorowana. Wynika to nie tylko z dobrowolności udziału w procesie certyfikacji, ale także z wielu jednostek certyfikacyjnych funkcjonujących na rynku nie zobligowanych do raportowania w tym obszarze<sup>279</sup>.

Postęp technologiczny, jaki dokonuje się w ochronie zdrowia, promowanie indywidualnego podejścia do pacjenta, czy projakościowa polityka zdrowotna, to tylko niektóre z czynników, które decydują o pozycji podmiotów leczniczych na rynku i wpływają na decyzję o wdrożeniu i certyfikacji zewnętrznych systemów zarządzania jakością<sup>280</sup>. Coraz częściej jednak w literaturze przedmiotu oraz w praktyce biznesowej pojawiają się głosy, że zbyt uniwersalny charakter norm ISO, oraz zbyt mało zarządcze wymagania standardów akredytacji wg CMJ powodują, że trudno jest znaleźć adekwatny dla ochrony zdrowia system zarządzania jakością, który pozwoliłby w sposób kompleksowy i interdyscyplinarny zarządzać jakością usług zdrowotnych. Zwłaszcza, że owe świadczenia winny być realizowane w oparciu o najnowsze dokonania w obszarze wiedzy medycznej oraz wartości istotne z punktu widzenia pacjenta, a nie według sztywnych wymagań określonych normami ISO, czy rzadko aktualizowanej akredytacji CMJ. Aby systemy zarządzania spełniały swoją projakościową rolę, niezbędne staje się kompleksowe spojrzenie na ich wymagania zarówno ze strony pracowników, pacjentów, płatników czy menedżerów podmiotów leczniczych. Szczególnie, że jakość potrafi być przez nich postrzegana w odmienny sposób, co prowadzi do konieczności integrowania

---

<sup>277</sup> [www.iso.org](http://www.iso.org), [19.05.2021].

<sup>278</sup> [www.rpwl.csioz.gov.pl](http://www.rpwl.csioz.gov.pl), [19.05.2021].

<sup>279</sup> A. Juszcak-Wiśniewska, M. Ligarski, *Akredytacja i certyfikacja systemów zarządzania jakością w placówkach medycznych w Polsce - Wyniki badań*, „Systemy Wspomagania w Inżynierii Produkcji” 2016, nr 2(14), s. 164.

<sup>280</sup> M. Nadziakiewicz, *Wpływ wdrożonego systemu ISO na funkcjonowanie jednostki służby zdrowia*, w: *Bezpieczeństwo energetyczne w Unii Europejskiej w aspekcie szans i zagrożeń dla Polski*, pod red. nauk. H. Kretek, Oficyna Wydawnicza Politechniki Opolskiej, Opole 2018, s. 59–65.

standardów w jak największym stopniu godzących te oczekiwania<sup>281</sup>. Nie bez znaczenia jest także uwzględnienie czynników kulturowych, które wspierają skuteczność realizacji wymagań normatywnych oraz wpływają na kształtowanie się strategii projakościowej podmiotu leczniczego<sup>282</sup>.

W tabeli 23 przedstawiono główne różnice i podobieństwa wśród najpopularniejszych standardów jakości wykorzystywanych w działalności leczniczej, co stanowi jednocześnie preludium do bardziej szczegółowego omówienia tej tematyki w podrozdziałach 2.3.1 i 2.3.2.

Tabela 23. Porównanie wybranych zewnętrznych systemów zarządzania jakością funkcjonujących w ochronie zdrowia wg przyjętych kryteriów

Kryterium	ISO 9001	EN ISO 15224	Akredytacja CMJ
Rodzaj standardu	Międzynarodowy	Międzynarodowy	Krajowy
Grupa docelowa	Różne organizacje	Ochrona zdrowia	Ochrona zdrowia
Budowa standardu	Uniwersalna – skierowana do różnych branż	Uniwersalna – skierowana do branży medycznej	Ściśle zdefiniowana dla ochrony zdrowia
Kontekst wymagań	Zarządcze i ogólne	Medyczne/zarządcze	Medyczne
Język standardu	Zarządczy	Zarządczy/medyczny	Medyczny
Nacisk na	Osiągnięcie wyniku i minimalizacja zagrożeń	Jakość usług oraz bezpieczeństwo pacjenta	Jakość usług oraz bezpieczeństwo pacjenta
Sposób wdrożenia	Projekt systemu i jego wdrożenie	Projekt systemu i jego wdrożenie	Samoocena
Tworzenie własnych dokumentów	TAK	TAK	NIE (ściśle określone dokumenty)
Uwzględnienie aspektów zarządzania	TAK	TAK	W mniejszym stopniu
Kompatybilność z innymi normami	TAK	TAK	W ograniczonym zakresie
Weryfikacja standardu	Audyty wewnętrzne, przegląd zarządzania, monitoring	Audyty wewnętrzne, przegląd zarządzania, monitoring	Brak mechanizmów oceny wewnętrznej, weryfikacja zewnętrzna

<sup>281</sup> G. Głód, W. Głód, *W kierunku integracji systemów zarządzania jakością i ryzykiem w publicznych jednostkach ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 316, s. 82–93.

<sup>282</sup> L. Panasiewicz, *Strategie formowania przekonań jako aspekt kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej” 2019, nr 33, s. 170–173.

Kryterium	ISO 9001	EN ISO 15224	Akredytacja CMJ
Elementy zarządzania ryzykiem	Podjęcie oparte na ryzyku	Zarządzanie ryzykiem klinicznym	Zarządzanie ryzykiem klinicznym
Sposób oceny	Ocena zgodności spełnienia wymagań	Ocena zgodności spełnienia wymagań	Samooocena
Podmiot certyfikujący/akredytujący	Jednostka certyfikująca	Jednostka certyfikująca	Agencja rządowa – CMJ

*Źródło: S. Coskun, Y. Gulhan, TS EN 15224 healthcare service – the comparison of quality management system to other quality systems in healthcare, „Research Journal of Business and Management” 2017, vol. 4, iss. 3, s. 144–145; K. Lisiecka, E. Czyż-Gwiazda, M. Lisiecka-Bielanowicz, Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia. Diagnoza i kierunki doskonalenia, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2017, s. 120–121; A. Treła, Zarządzanie jakością w działalności leczniczej. Nowe wymagania systemów zarządzania – normy ISO i standardy akredytacyjne, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2016, s. 287*

Przedstawione w tabeli 23 porównanie zewnętrznych standardów jakości pokazuje, że standardy te w pewnych obszarach różnią się od siebie, natomiast w innych posiadają spójne wymagania. Niezależnie jednak od kryterium odniesienia, wdrożenie standardu powinno być adekwatne do możliwości i sytuacji rynkowej podmiotu leczniczego, a także stwarzać szansę na przeprowadzenie zmiany kulturowej.

Systemy zarządzania jakością na stałe zdomowały się już w praktyce podmiotów leczniczych w Polsce. Istotne jest jednak, aby odzwierciedlały one realia i kontekst podmiotu, dzięki czemu będą mogły skuteczniej realizować projakościową politykę organizacji oraz wynikające z niej cele jakościowe. Zapewnia to ukierunkowanie potencjału zasobów na końcowy efekt, który wpływa na pozycję konkurencyjną, stopień zaufania, bezpieczeństwo pacjentów czy poziom jakości świadczonych usług medycznych<sup>283</sup>. Zarządzanie jakością w działalności leczniczej jest wyrazem chęci dostarczenia pacjentom jak najlepszych usług, co powinno się przejawiać troską o ich zdrowie, ale również o takie medyczne aspekty opieki jak: poszanowanie godności pacjenta, wiarygodność i zaufanie, uczciwość, autonomię i niezależność, satysfakcję, poufność, dostępność świadczeń, dostęp do wsparcia socjalnego i psychicznego podczas leczenia, niezawodność, warunki bytowe oraz możliwość wyboru świadczeniodawcy.

Na przestrzeni ostatnich lat można coraz częściej zaobserwować, że zarządzanie jakością wynika już nie tylko z oczekiwań pacjenta, ale coraz częściej z dobrowolnych decyzji zarządzających podmiotami leczniczymi, którzy w systemach jakości widzą atuty pozwalające nie tylko utrzymać się im na rynku, ale także pozyskać nowych pacjentów. Stosowane systemy jakości odgrywają także coraz większą rolę w zapewnieniu i

<sup>283</sup> Ł. Zwoliński, *Działania projakościowe w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej. Organizacja i Zarządzanie” 2014, nr 58, s. 160–163.

możliwości refundacji leczenia poza granicami kraju w ramach tzw. dyrektywy transgranicznej, ale przede wszystkim są jednym z kryterium oceny ofert wykorzystywanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Działania te stały się impulsem nie tylko do mówienia o jakości, ale przede wszystkim do wdrażania i certyfikowania systemów zarządzania, które realnie kreują jakość w organizacji<sup>284</sup>. Podejmowanie działań projakościowych poprzez certyfikację ISO, czy akredytację Ministra Zdrowia jest wyrazem dążenia podmiotów leczniczych do tworzenia systemów zarządzania gwarantujących usługi o najwyższej jakości. Wiele podmiotów dąży do wykazania tego poprzez zapewnienie zgodności ze standardami, przepisami prawa, czy wewnętrznymi wymaganiami<sup>285</sup>. Wśród głównych uwarunkowań zewnętrznych zapewnienia jakości, największe znaczenie posiada m.in. certyfikacja zewnętrznych systemów zarządzania (czyli proces poświadczenia, że wyrób, usługa, system są zgodne z określoną normą lub przepisem prawa) oraz akredytacja - czyli formalne potwierdzenie, że podmiot leczniczy posiada kompetencje do wykonywania określonych zadań. Z kolei do kluczowych uwarunkowań wewnętrznych zarządzania jakością działalności leczniczej zalicza się: styl przywództwa, zapewnienie zasobów, orientację na pacjenta, strukturę organizacyjną, zaangażowanie i motywację pracowników czy obecną w organizacji kulturę organizacyjną<sup>286</sup>. Są to elementy, które w dużym stopniu decydują o skuteczności, efektywności i doskonałości zarządzania jakością, co ma bezpośrednie przełożenie na ich poziom dojrzałości jakościowej.

### **2.3. Uwarunkowania zewnętrzne zarządzania jakością**

Uwarunkowania zewnętrzne zarządzania jakością wynikają głównie z wymagań narzuconych przez zewnętrzne systemy, koncepcje oraz instrumenty. Kształtują one nie tylko techniczno-technologiczne oraz zarządczo-organizacyjne elementy zarządzania, ale także jego aspekty społeczno-kulturowe. Do kluczowych zewnętrznych uwarunkowań, które w największym stopniu wpływają na praktyki zarządzania jakością w działalności leczniczej można wyróżnić:

- system zarządzania jakością według normy ISO 9001,
- system zarządzania jakością w ochronie zdrowia według normy EN 15224,

---

<sup>284</sup> Tamże, s. 162–163.

<sup>285</sup> T.A. Yanus, A.T. Aknıpar, I.S. Emre, *The effects of quality...*, s. 2.

<sup>286</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, PWE, Warszawa 2016, s. 28–39.

- standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia,
- inne systemy wspomagające system zarządzania jakością tj. system zarządzania środowiskowego, bezpieczeństwem i higieną pracy czy bezpieczeństwem informacji.

Systemy te wspierane przez zewnętrzne instrumenty zarządzania jakością, które mogą przybierać postać koncepcji, metod oraz technik wpływają na ogólny kształt praktyk warunkujących sprawne zarządzanie jakością.

### 2.3.1. Systemy zarządzania jakością wg ISO 9001 i EN 15224

Norma ISO 9001 – Systemy zarządzania jakością – Wymagania, należy do najpopularniejszych standardów projakościowego zarządzania. Ze względu na uniwersalny jej charakter, ma ona bardzo szerokie zastosowanie w różnych gałęziach gospodarki, w tym w działalności leczniczej<sup>287</sup>. Aby jednak osiągnąć efekt synergii w obszarze jakości, niezbędne jest zastosowanie różnych rozwiązań pochodzących nie tylko z powyższej normy, ale z całej rodziny norm ISO 9000, których nazwy i zawartość przedstawiono w tabeli 24.

Tabela 24. Najważniejsze systemy zarządzania tworzące rodzinę norm ISO 9000

Symbol normy	Nazwa	Zawartość
PN-EN ISO 9000:2015	Systemy zarządzania jakością – Podstawy i terminologia.	Definicje i terminy wykorzystywane w rodzinie norm ISO 9000.
PN-EN ISO 9001:2015	Systemy zarządzania jakością – Wymagania.	Wymagania dotyczące systemów zarządzania jakością. Na zgodność z tą normą przeprowadza się certyfikację.
PN-EN ISO 9004:2018	Systemy zarządzania jakością – Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu.	Wytyczne i zalecenia w zakresie poprawy skuteczności i efektywności systemu zarządzania jakością. Poziomy dojrzałości jakościowej.
PN-EN ISO 19011:2018	Systemy zarządzania jakością – Wytyczne dotyczące audytowania.	Wytyczne dotyczące zarządzania procesem audytów, jak również dotyczące kompetencji i oceny audytów i audytorów.

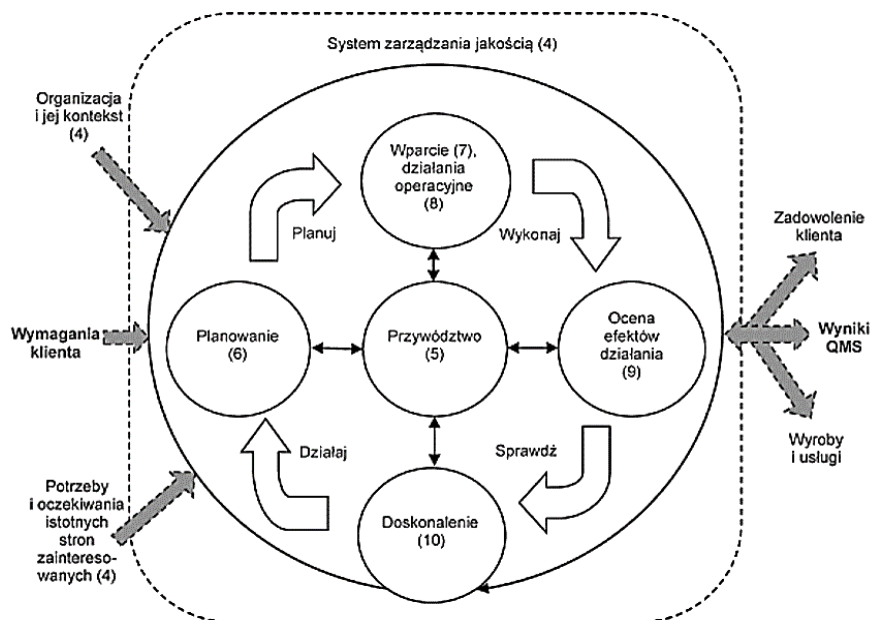
Źródło: PN-EN ISO 9000:2015 Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia; PN-EN ISO 9001:2015 Systemy zarządzania jakością. Wymagania; PN-EN ISO 9004:2018 Zarządzanie jakością. Jakość organizacji. Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu; PN-EN ISO 19011:2018 Wytyczne dotyczące audytowania systemów zarządzania

Projakościowe zarządzanie wynikające z norm opisanych w tabeli 24 wymaga oprócz zastosowania się do ich wymagań i wytycznych, także do zapewnienia

<sup>287</sup> R. Wolniak, *The normalization of management systems in Poland*, „Scientific Papers of Silesian University of Technology. Organization and Management” 2019, nr 135, s. 236–237.

odpowiedniego podejścia, które obliguje organizację do stosowania zbioru zasad, reguł czy procedur<sup>288</sup>. Takie podejście w normie ISO 9001 opiera się głównie na tzw. kole Deminga (cyklu PDCA<sup>289</sup>), którego przebieg zobrazowano na rysunku 7.

Rysunek 7. Struktura normy ISO 9001 wg cyklu PDCA



Źródło: PN-EN ISO 9001:2015 System zarządzania jakością. Wymagania, s. 8

Koło Deminga określa powtarzalną sekwencję działań podejmowanych w ramach zarządzania procesowego, rozpoczynając od planowania, realizacji, sprawdzenia, a na podejmowaniu działań naprawczych i doskonalących skończywszy<sup>290</sup>. Fundament systemu zarządzania jakością stanowi 7 zasad, które wdrożone i stosowane w organizacji umożliwiają stworzenie ram projakościowego rozwoju. Zasady te dotyczą takich aspektów jak<sup>291</sup>:

1. Zorientowanie na klienta (orientacja na pacjenta), które wymaga identyfikacji jego wymagań i potrzeb celem ich spełnienia;
2. Przywództwo, które wymaga stworzenia warunków zaangażowania zarządzających w sprawę jakości;

<sup>288</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 60.

<sup>289</sup> P – Plan (planowanie), D – Do (realizacja), C – Check (sprawdzanie), A – Act (poprawianie).

<sup>290</sup> S. Isniah, H.H. Purba, F. Debora, *Plan do check action (PDCA) method: literature review and research issues*, „Journal Sistem Dan Manajemen Industri” 2020, nr 4(1), s. 72–81.

<sup>291</sup> K. Szczepańska, D. Kosiorek, *Wartości kultury organizacyjnej...*, s. 214–215; E. Raczyńska, *Problematyka jakości...*, s. 165–175.

3. Zaangażowanie pracowników, które wymaga stworzenia warunków do angażowania się pracowników w sprawy jakości na każdym etapie zarządzania jakością;
4. Podejście procesowe, które określa wzajemne powiązania międzyprocesowe, które łącznie zapewniają osiągnięcie efektywniejszych wyników;
5. Doskonalenie, które zapewnia, że organizacja i pracownicy ukierunkowani są na poprawę jakości i poszukują nowych możliwości i szans na rozwój;
6. Podejmowanie decyzji na podstawie dowodów, które zapewniają, że wszelkie podejmowane decyzje oparte są na rzetelnej analizie i ocenie informacji;
7. Zarządzanie relacjami, zapewniające skuteczność działań i osiągnięcie trwałego sukcesu poprzez partnerskie relacje z głównymi interesariuszami.

Wprowadzenie do stosowania wyżej wymienionych zasad powinno stanowić priorytet każdej organizacji pro jakościowo zarządzanej. Dlatego poszczególne obszary wymagań normy ISO 9001 (określone w tabeli 25) powinny każdorazowo stanowić przedmiot gruntownej analizy przez organizacje chcące skutecznie realizować założenia owych standardów.

Tabela 25. Najważniejsze obszary wymagań systemu zarządzania jakością wg ISO 9001:2015

<b>Obszar normy ISO 9001</b>	<b>Zakres najważniejszych wymagań</b>
Projektowanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Przegląd i ocena zgodności wymagań normy.</li> <li>– Identyfikacja procesów oraz ryzyk i szans.</li> <li>– Określenie kontekstu organizacji i wymagań stron zainteresowanych.</li> <li>– Określenie Polityki Jakości.</li> <li>– Opracowanie mających zastosowanie w organizacji udokumentowanych informacji i przepisów prawa.</li> </ul>
Wdrożenie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Szkolenia.</li> <li>– Wdrożenie wymagań wynikających z opracowanych i udokumentowanych informacji do praktyki zarządzania.</li> <li>– Wdrożenie niezbędnych zmian organizacyjnych.</li> <li>– Przeprowadzenie audytów wewnętrznych i przeglądu zarządzania.</li> <li>– Certyfikacja.</li> </ul>
Utrzymanie i doskonalenie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Szkolenia.</li> <li>– Audyty wewnętrzne i/lub zewnętrzne.</li> <li>– Weryfikacja kontekstu, wymagań stron zainteresowanych, zidentyfikowanych ryzyk i szans, udokumentowanych informacji.</li> <li>– Podejmowanie działań korygujących, ograniczających ryzyko, maksymalizujących szanse, działań doskonalących.</li> </ul>

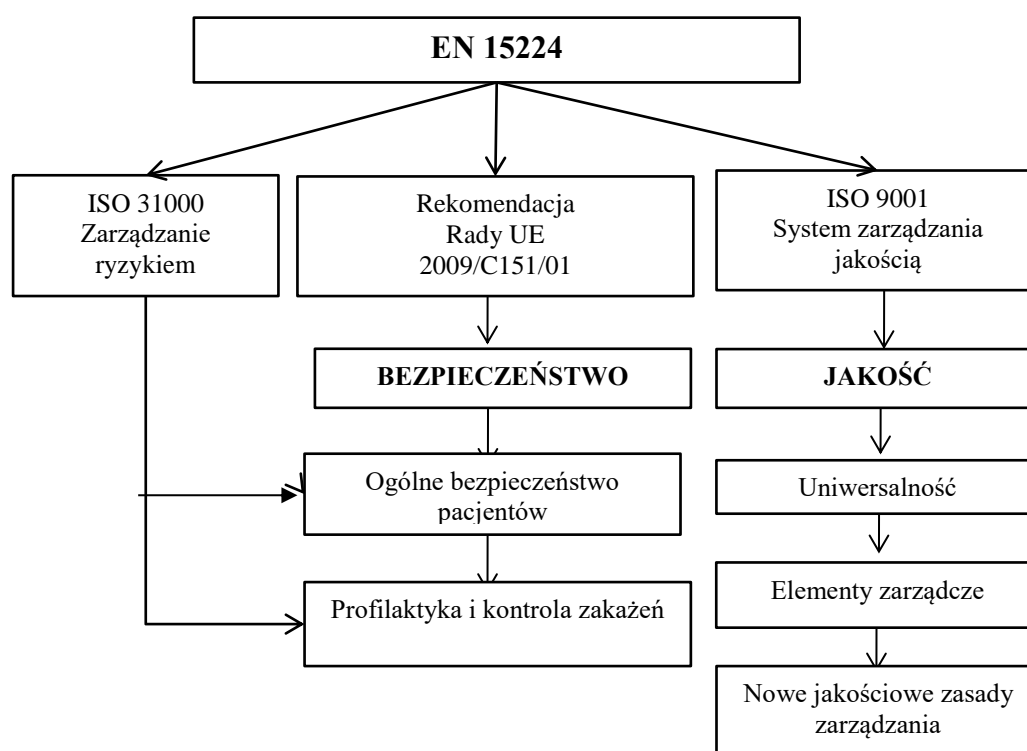
Źródło: A. Krawczuk, *Wdrażanie systemu zarządzania jakością wg ISO 9001*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach” 2016, nr 108, s. 164–170

Obszary działań podejmowanych w ramach systemu zarządzania jakością wg ISO 9001:2015 przedstawione w tabeli 25 określają najważniejsze wymagania, które należy

poczynić na etapie projektowania, wdrażania, utrzymania i doskonalenia. Ich zaimplementowanie pozwala na sprawne działanie systemu i jego doskonalenie.

W podmiotach leczniczych, oprócz możliwości wykorzystania uniwersalnej normy ISO 9001, zastosowanie ma również zewnętrzny system zarządzania jakością dedykowany wyłącznie dla ochrony zdrowia tj. norma EN 15224. Norma ta zapewniać może kompromis pomiędzy „medyczną” akredytacją według standardów CMJ oraz „zarządczą” normą ISO 9001<sup>292</sup>. Stanowi ona rozwinięcie uniwersalnego systemu zarządzania jakością wg ISO 9001 i jest odpowiedzią na wezwanie Światowej Organizacji Zdrowia z 1985 r. nawołującej organizacje ochrony zdrowia do rozwoju międzynarodowych systemów zarządzania jakością. Elementy składowe Normy EN 15224 przedstawiono na rysunku 8. Zgodnie z nimi standard ten tworzą m.in. wymagania normy ISO 9001 oraz zalecenia Rady Unii Europejskiej z 9 czerwca 2009 r. w sprawie bezpieczeństwa pacjentów oraz profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną. Istotną rolę odgrywają także elementy zarządzania ryzykiem pochodzące z normy ISO 31000 oraz ogólne wymagania dotyczące bezpieczeństwa opieki zdrowotnej<sup>293</sup>.

Rysunek 8. Elementy składowe Normy EN 15224



Źródło: opracowanie własne w oparciu o PN-EN 15224:2017-02 Systemy zarządzania jakością – EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia

<sup>292</sup> A. Trela, *Zarządzanie jakością w działalności leczniczej. Nowe wymagania systemów zarządzania - normy ISO i standardy akredytacyjne*, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2016, s. 152–153.

<sup>293</sup> PN-EN 15224:2017-02 Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia.



Powodem opracowania standardu wg normy EN 15224 były głównie problemy związane z interpretacją wymagań normy ISO 9001 przez przedstawicieli branży medycznej, dla których była ona zbyt uniwersalna i niezrozumiała<sup>294</sup>. Z kolei norma EN 15224 posiada strukturę i wymagania dostosowane do potrzeb organizacji świadczących usługi zdrowotne tj. szpitali, podmiotów świadczących usługi ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, podstawowej opieki zdrowotnej czy indywidualnych praktyk lekarskich i podmiotów opieki społecznej<sup>295</sup>. Szczególny nacisk kładzie ona na aspekty zarządzania jakością i bezpieczeństwa pacjenta. Ważną rolę odgrywają także elementy związane z ryzykiem, opieką medyczną oraz skuteczną komunikacją<sup>296</sup>. Wymagane normą ISO 15224 udokumentowane procesy kliniczne, znalazły swoje odzwierciedlenie w 11 zasadach zarządzania jakością, odnoszących się bezpośrednio do problematyki ochrony zdrowia. Wdrożenie ich w życie, obok 7 zasad już istniejących w normie ISO 9001:2015, stanowi podstawę do właściwego wdrożenia i skutecznego utrzymania owego systemu. Zasady te dotyczą takich aspektów jakościowych jak<sup>297</sup>:

1. Rzetelność – pacjent jest leczony zgodnie z jego potrzebami oraz etapem rozwoju choroby w oparciu o najaktualniejszą wiedzę medyczną;
2. Dostępność – usługi medyczne dostosowane są do etapu rozwoju choroby i nie są ograniczone przez refundację czy brak kwalifikacji personelu;
3. Ciągłość opieki – działania medyczne podejmowane są w stosunkowo krótkim czasie od zgłoszenia się pacjenta i pozwalają na skuteczną diagnozę i/lub adekwatne leczenie do jego sytuacji zdrowotnej;
4. Skuteczność – osiągnięcie i utrzymanie jak najwyższej jakości opieki bez względu na koszt;
5. Efektywność – zapewnienie odpowiednich zasobów w celu osiągnięcia jak najlepszych wyników procesu leczenia;
6. Zapewnienie równości w traktowaniu – wszyscy pacjenci wymagający podobnego leczenia (mający podobne potrzeby) otrzymują porównywalny poziom opieki, bez względu na płeć, orientację seksualną, tło kulturowe, społeczne czy językowe;
7. Oparcie decyzji na dowodach lub wiedzy – opieka powinna opierać się na dowodach

---

<sup>294</sup> E. Kaniecka [i in.], *system for health care sector in accordance with PN-EN 15224:2017- 02 Standard and accreditation standards of the Minister of Health – Comparative analysis*, „Journal of Health Study and Medicine” 2021, nr 1, s. 41–62.

<sup>295</sup> PN-EN 15224:2017-02 Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001: 2015 dla sektora ochrony zdrowia.

<sup>296</sup> R. Lewandowski, A. Kożuch, J. Sasak, *Kontrola zarządcza w placówkach ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018, s. 180–181.

<sup>297</sup> B. Tościć, J. Ruso J. Filipović, *Quality management in healthcare...*, s. 203–204; PN-EN 15224:2017-02 Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia.

- naukowych, wiedzy i doświadczeniu pochodzących z najlepszych praktyk;
8. Pacjent w centrum opieki – zapewnione są pełne warunki przestrzegania praw pacjenta;
  9. Zaangażowanie pacjenta – należy włączyć pacjenta w proces konsultacji oraz zapewnić w miarę możliwości jego udział we wszystkich decyzjach i procedurach;
  10. Bezpieczeństwo pacjenta – należy wdrażać skuteczne działania zapewniające minimalizację lub uniknięcie szkód dla pacjenta;
  11. Terminowość i dostępność – pacjent jest w stanie korzystać z usług opieki zdrowotnej bez nieuzasadnionych opóźnień i w wyznaczonych terminach.

Powyższe zasady bardzo często w konfrontacji z rzeczywistością tracą na znaczeniu zwłaszcza, gdy działania z nich wynikające wdrażane są w oderwaniu od kultury podmiotów leczniczych. Nie spełniają tym samym pokładanych w nim oczekiwań, co może przekładać się na brak realnych korzyści, czy wręcz rodzić niechęć pracowników do ich stosowania. Stają się one wówczas bardziej balastem organizacyjnym i finansowym niż realną szansą na rozwój i poprawę jakości.

W tabeli 26 przedstawiono wybrane korzyści wewnętrzne i zewnętrzne wynikające ze stosowania systemu zarządzania jakością w podmiotach leczniczych.

Tabela 26. Korzyści ze stosowania systemu zarządzania jakością w podmiotach leczniczych

Korzyści wewnętrzne	Korzyści zewnętrzne
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Poprawa jakości świadczonych usług.</li> <li>– Obniżenie kosztów funkcjonowania na skutek redukcji kosztów złej jakości.</li> <li>– Zwiększenie skuteczności i efektywności.</li> <li>– Poprawa bezpieczeństwa pacjenta.</li> <li>– Uporządkowanie i doskonalenie procesów.</li> <li>– Usprawnienie wewnętrznej komunikacji pomiędzy komórkami organizacyjnymi.</li> <li>– Wzrost satysfakcji oraz motywacji do pracy poprzez większą integrację pracowników i poprawę atmosfery.</li> <li>– Wzrost wiedzy pracowników na temat celów organizacji.</li> <li>– Większe utożsamianie się pracowników z polityką projakościową.</li> <li>– Usprawnienie przepływu informacji i określenie zakresu odpowiedzialności.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Okresowa weryfikacja wewnętrzna i zewnętrzna przestrzegania przyjętych wymagań.</li> <li>– Uzyskanie przewagi konkurencyjnej w stosunku do podmiotów leczniczych niedysponujących potwierdzeniem spełnienia wymagań jakościowych w postaci certyfikatu ISO.</li> <li>– Większa satysfakcja pacjentów objawiająca się wzrostem zaufania.</li> <li>– Zwiększenie wiarygodności w oczach Płatnika i innych stron zainteresowanych.</li> <li>– Poprawa wizerunku.</li> <li>– Wykorzystanie SZJ na potrzeby marketingu usług własnych.</li> </ul>

Źródło: M. Pintał-Ślimak, M. Pietruczuk, M. Eusbio, *Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*, „Diagnostyka Laboratoryjna” 2018, nr 54(4), s. 286–287; M. Bemnowska, J. Joško-Ochojska, *Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2015, nr 50(3), s. 457–462

Podsumowując rozważania teoretyczne poczynione w obszarze zarządzania jakością wg norm ISO 9001 i EN 15224, analiza literatury z tego obszaru wskazuje, że

systemy oparte na powyższych normach mają na celu zagwarantowanie powtarzalności realizowanych działań, identyfikację wymagań pacjentów, określenie i nadzorowanie zidentyfikowanych procesów oraz stworzenie warunków do poprawy jakości i bezpieczeństwa opieki. Nie bez znaczenia jest również ich wpływ na poprawę skuteczności, efektywności, doskonałości i pozycji konkurencyjnej podmiotów leczniczych. Należy jednak zauważyć, że osiągnięcie tego celu nie powinno ograniczać się wyłącznie do zaprojektowania, wdrożenia i utrzymania systemu zgodnie z powyższymi normami, ale powinno zapewniać kompleksowe ukierunkowanie organizacji na jakość. Warto przy tym pamiętać, że nawet najbardziej sprawnie funkcjonujący system nie gwarantuje, a jedynie umożliwia projakościowe usprawnienie organizacji. Uwzględnienie w nim aspektów kulturowych, a także dedykowanych dla ochrony zdrowia standardów akredytacyjnych, może zwiększyć szansę na realny wzrost skuteczności, efektywności i doskonałości jakościowej, co powinno mieć przełożenie na poziom dojrzałości jakościowej podmiotu leczniczego.

### **2.3.2. Standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia**

Zapewnienie jakości świadczeń zdrowotnych należy do priorytetów polityki zdrowotnej Państwa, jak również strategii funkcjonowania wielu podmiotów leczniczych. Polski system opieki zdrowotnej przeszedł głębokie przemiany w ostatnim dwudziestoleciu, efektem czego podmioty lecznicze zaczęły coraz powszechniej wdrażać programy zarządzania jakością w celu doskonalenia swoich procesów, produktów i usług. Wykorzystywały do tego celu m.in. zewnętrzne systemy samooceny jakości opartej na standardach akredytacyjnych, które stymulują działania wpływające na promocję kultury jakości, jak również jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń medycznych<sup>298</sup>.

Pojęcie akredytacja pochodzi od łacińskiego słowa *credo*, co oznacza wiarę w to, że organizacja jak najlepiej wypełnia swoje zadania wobec pacjentów poprzez spełnienie standardów akredytacyjnych<sup>299</sup>. W literaturze przedmiotu termin ten wykorzystywany jest także do opisu procesu potwierdzania kwalifikacji pracowników, a także jako zewnętrzny proces oceny oparty na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami<sup>300</sup>.

---

<sup>298</sup> J.D. Rodrigues, *Hospital accreditation and its impacts on quality culture*, International Joint Conference, Valencia 2017, s. 8.

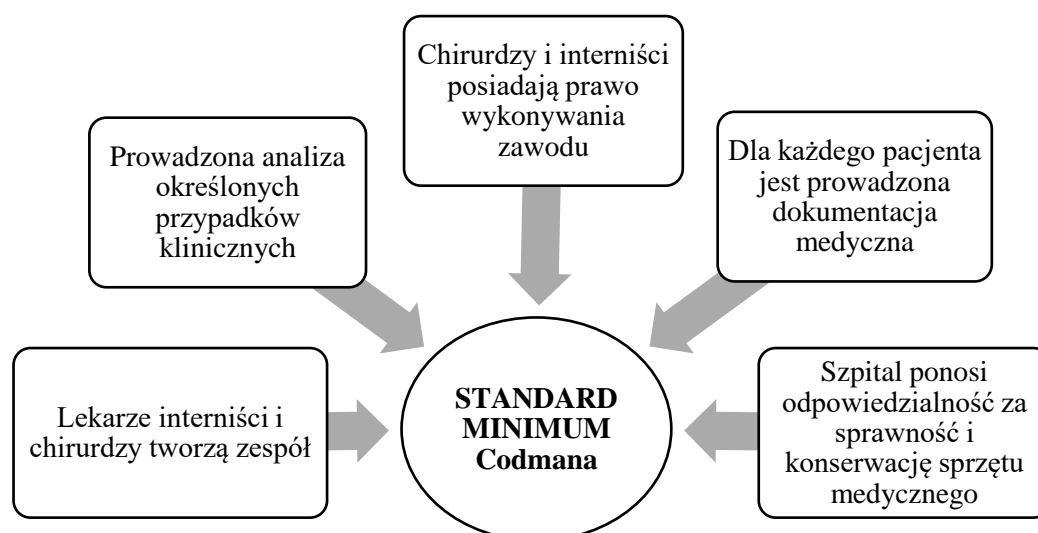
<sup>299</sup> T. Karkowski, *Restrukturyzacja szpitali*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 149.

<sup>300</sup> T. Szczurek, *Wykorzystanie...*, s. 67.

Standardy akredytacyjne koncentrują się w największym stopniu na mechanizmach zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta oraz na działaniach, które wpływają bezpośrednio na poprawę jakości usług medycznych tj. kontrola zakażeń czy odpowiednia opieka nad pacjentem<sup>301</sup>. Składową stopnia spełnienia wymagań standardu jest samoocena, która przedstawia obszary wymagające poprawy oraz ocena zewnętrzna, która prowadzona jest w trakcie wizyty akredytacyjnej zgodnie z dostępną i przejrzystą procedurą akredytacyjną<sup>302</sup>. Sam standard odzwierciedla aktualne problemy opieki zdrowotnej ujęte w wymaganiach akredytacyjnych, które poprzez mierzalne kryteria oceny stymulują podmioty lecznicze do osiągania optymalnego poziomu jakości. Wymagania te ustanawiane są na poziomie możliwie wysokim, jednak osiągalnym dla większości organizacji je wdrażających.

Idea akredytacji zrodziła się w Stanach Zjednoczonych po pierwszej wojnie światowej jako reakcja na niski poziom jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej. Jej podstawą stał się standard minimum, określony przez amerykańskiego lekarza E. Codmana, którego wymagania przedstawiono na rysunku 9.

Rysunek 9. Standard minimum Codmana



Źródło: J.R. Wright, *The American College of Surgeons, Minimum Standards for Hospitals, and the Provision of High-Quality Laboratory Services*, „Archives of Pathology & Laboratory Medicine” 2017, nr 141(5), s. 706–712

Wymagania ustanowione przez Codmana, przedstawione na rysunku 9 stanowią minimalny, akceptowalny poziom jakości i jednocześnie „złote zasady” postępowania,

<sup>301</sup> T. Szczurek, *Wykorzystanie metody akredytacji do kształtowania jakości i bezpieczeństwa usług medycznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2015, nr 12(948), s. 65–80.

<sup>302</sup> M. Bembnowska, J. Joško-Ochojska, *Zarządzanie jakością...*, s. 462.

które stały się podstawą rozwijania standardów akredytacyjnych w różnych krajach na świecie<sup>303</sup>. Najbardziej rozpoznawalną międzynarodową jednostką akredytacyjną jest Joint Commission on Accreditation of Hospitals w Stanach Zjednoczonych wraz z akredytacją o nazwie JCI (Joint Commission International). Nie bez znaczenia są również akredytacje europejskie tj. francuski HAS (Haute Autorite de Sante) oraz niemiecki KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen)<sup>304</sup>.

Standardy akredytacyjne w formie programów akredytacji w ochronie zdrowia funkcjonują w Polsce od 1998 r. Zostały one opracowane w oparciu o najlepsze praktyki wiodących instytucji akredytujących podmioty medyczne tj. USAID (Amerykańska Agencja Rozwoju Międzynarodowego) i JCAHO (Wspólna Komisja Akredytacji Organizacji Ochrony Zdrowia). Polska, była obok Wielkiej Brytanii, Finlandii, Szwajcarii, Francji i Holandii piątym z kolei europejskim krajem, który wprowadził tego typu rozwiązanie.

W Polsce do realizacji programu akredytacji została powołana centralna jednostka resortu zdrowia – Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Zadaniem tej instytucji jest ocena wewnętrznych mechanizmów wpływających na jakość w podmiotach leczniczych oraz wdrażanie programów zmierzających do poprawy jakości<sup>305</sup>. Zajmuje się ona także opracowywaniem nowych standardów akredytacyjnych oraz jest odpowiedzialna za proces koordynowania i prowadzenia wizyt akredytacyjnych. W procesie akredytacji uczestniczy także powołana przy ministrze zdrowia Rada Akredytacyjna. Nakreśla ona kierunki polityki akredytacyjnej, opiniuje standardy akredytacyjne oraz przedstawia Ministrowi Zdrowia rekomendacje dotyczące przyznania akredytacji<sup>306</sup>.

W większości krajów na świecie proces akredytacji regulowany jest przepisami prawa. Jednak np. w Australii, Czechach, Danii, Niemczech czy Hiszpanii, nie ma odpowiedniej legislacji w tym zakresie<sup>307</sup>. W polskim prawodawstwie, system akredytacji został utworzony wraz z nowelizacją ustawy o Zakładach Opieki Zdrowotnej<sup>308</sup> oraz w oparciu o szczegółowe akty prawne tj.:

---

<sup>303</sup> J.R. Wright, *The American College of Surgeons, Minimum Standards for Hospitals, and the Provision of High-Quality Laboratory Services*, „Archives of Pathology & Laboratory Medicine” 2017, nr 141(5), s. 706–712.

<sup>304</sup> A. Trela, *Zarządzanie jakością w działalności leczniczej*..., s. 280–286.

<sup>305</sup> A. Juszczyk-Wiśniewska, M. Ligarski, *Akredytacja i certyfikacja systemów*..., s. 163.

<sup>306</sup> M. Bembnowska, J. Joško-Ochojska, *Zarządzanie jakością* ..., s. 462.

<sup>307</sup> M. Stawicka, *Improving the quality*..., s. 242.

<sup>308</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 r. nr 91 poz. 408).

- ustawa o akredytacji w ochronie zdrowia<sup>309</sup>,
- ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>310</sup>,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Rady Akredytacyjnej<sup>311</sup>,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie procedury oceniającej spełnienie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie<sup>312</sup>.

Dodatkowo, obwieszczeniem Ministra Zdrowia określa się treść standardów akredytacyjnych. Do końca 2021 r. w polskim prawodawstwie wprowadzono standardy akredytacyjne z zakresu:

- udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali<sup>313</sup>,
- udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne<sup>314</sup>,
- podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)<sup>315</sup>,
- udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień<sup>316</sup>.

Wszystkie standardy akredytacyjne opierają się na podobnej strukturze, a proces akredytacji jest dobrowolny i prowadzony przez niezależnych wizytatorów. Istotnym aspektem akredytacji jest fakt, że każdy podmiot leczniczy poddający się weryfikacji jest oceniany kompleksowo jako cała organizacja, a nie tylko poprzez wybrane obszary najlepiej funkcjonujące<sup>317</sup>.

---

<sup>309</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2016, poz. 2135, tekst jednolity z późn. zm.).

<sup>310</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2020, poz. 849, tekst jednolity z późn. zm.).

<sup>311</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej (Dz. U. 2021, poz. 391, tekst jednolity z późn. zm.).

<sup>312</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz.U. 2019 poz. 2068).

<sup>313</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali. Dz. Urz. Min. Zdr. 2010.2.24.

<sup>314</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne. Dz. Urz. Min. Zdr. 2015.67.

<sup>315</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej, Dz. Urz. Min. Zdr. 2011.4.42.

<sup>316</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2013 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień. Dz. Urz. Min. Zdr. 2013.28.

<sup>317</sup> B. Kutryba, H. Kutaj-Wąsikowska, *Programy bezpieczeństwa*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003, nr 6, s. 18–23.

Cechy charakteryzujące proces akredytacji szczegółowo wymieniono i opisano w tabeli 27.

Tabela 27. Cechy procesu akredytacji w ochronie zdrowia

Cecha akredytacji	Opis cechy
Dobrowolność	Zadeklarowanie woli ubiegania się o status szpitala akredytowanego i poddania się niezależnemu przeglądowi przez wizytatorów.
Niezależność i autonomia decyzji akredytacyjnej	Ocena oparta na znanych i powszechnie dostępnych standardach akredytacyjnych, a decyzje akredytacyjne podejmowane są przez niezależne gremia.
Ocena oparta na multidyscyplinarnych standardach	Ocena prowadzona w oparciu o standardy, które spełniają kryteria istotności (ustalane w dziedzinach mających wpływ na jakość opieki), zrozumienia (rozumiały wymagania dla personelu), mierzalności (przypisane miary ocen w zależności od stopnia spełnienia standardu) i edukacyjne (kształtujące praktykę).
Przegląd rówieśniczy ( <i>peer review</i> )	Wizyty akredytacyjne prowadzą profesjonalści medyczni związani z ochroną zdrowia.
Cykliczność oceny	Proces akredytacji oparty jest na planowanych i cyklicznie przeprowadzanych przeglądach akredytacyjnych.
Zgodność z powszechną i jawną procedurą	Określony i dostępny tryb: zgłoszenia do przeglądu akredytacyjnego, przebiegu wizytacji, metodologii procesu decyzyjnego.
Samoocena	Poziom dostosowania do wymogów standardów akredytacyjnych może być wstępnie określony przez podmiot leczniczy, który identyfikuje poziom zgodności i obszary wymagające poprawy.

Źródło: B. Kutryba, H. Kutaj-Wąsikowska, *Programy bezpieczeństwa*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003, nr 6, s. 18–23; E. Raczyńska, *Problematyka jakości w ochronie zdrowia - Wyzwania dla zarządzania*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie” 2020, nr 2, s. 170

Przyjęcie cech wymienionych w tabeli 27 i przełożenie ich na praktykę wizyt akredytacyjnych pozwala na zachowanie profesjonalizmu i rzetelności w prowadzonych ocenach<sup>318</sup>. Z kolei dysponowanie certyfikatem akredytacyjnym, będącym efektem pozytywnej weryfikacji, stanowi jedną z zewnętrznych form oceny podmiotu leczniczego oraz niezależne potwierdzenie spełnienia wysokich wymagań jakościowych z obszarów medycznych, jak i administracyjnych<sup>319</sup>. Certyfikat wydaje Minister Zdrowia w oparciu o rekomendację Rady Akredytacyjnej na okres 3 lat. Przez ten okres czasu akredytowany

<sup>318</sup> Tamże, s. 19–22.

<sup>319</sup> M. Stawicka, *Improving the quality...*, s. 240.

podmiot zobowiązany jest stosować przyjęte wymagania oraz utrzymać lub zwiększać zakładany poziom jakości i stopień spełnienia wymogów akredytacyjnych.

Dostępne w Polsce programy akredytacji pogrupowane są na działy, które w zależności od standardu są ukierunkowane na różne aspekty zapewnienia jakości i bezpieczeństwa, które przedstawiono w tabeli 28<sup>320</sup>.

Tabela 28. Obszary wymagań wybranych standardów akredytacyjnych

<b>Szpital</b>	<b>Podstawowa opieka zdrowotna</b>	<b>Inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne</b>
Ciągłość opieki	Wszechstronność	Ocena stanu pacjenta
Prawa pacjenta	Prawa pacjenta	Laboratorium
Ocena stanu pacjenta	Poprawa Jakości	Diagnostyka Obrazowa
Opieka nad pacjentem	Bezpieczeństwo Opieki	Zabiegi i Znieczulenia
Kontrola zakażeń	Zespół Współpracowników	Farmakoterapia
Zabiegi i znieczulenia	Dokumentacja Medyczna	Ciągłość Opieki
Farmakoterapia	Organizacja Jednostki	Kontrola Zakażeń
Laboratorium	Infrastruktura	Bezpieczeństwo Opieki
Diagnostyka obrazowa	–	Poprawa Jakości
Odżywianie		Skuteczność Leczenia
Poprawa jakości i bezpieczeństwo pacjenta		Jakość Obsługi
Zarządzanie ogólne		Informacja Medyczna
Zarządzanie zasobami ludzkimi		Zarządzanie podmiotem
Zarządzanie informacją		–
Zarządzanie środowiskiem opieki		

Zródło: *Program Akredytacji – Szpitale. Zestaw standardów*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009, s. 1–156; *Program Akredytacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Zestaw standardów*, Kraków 2011, s. 1–88; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne. Dz. Urz. Min. Zdr. 2015.67

<sup>320</sup> *Program Akredytacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Zestaw standardów akredytacyjnych*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2011, s. 1–88.



Obszary wymagań (opisane w tabeli 28) i treść standardów akredytacyjnych, podobnie jak kryteria oceny oraz etapy procesu uzyskania akredytacji są przekazywane do publicznej wiadomości w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia. Umożliwia to jeszcze przed właściwą wizytą akredytacyjną przeprowadzenie samooceny, aby sprawdzić, jaki poziom zgodności organizacja posiada i czy uprawnia on do uzyskania certyfikatu akredytacyjnego.

Postępowanie akredytacyjne, zgodnie z procedurą akredytacyjną rozpoczyna wniosek skierowany przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych do Ministra Zdrowia za pośrednictwem ośrodka akredytacyjnego (CMJ). Akredytacji udziela Minister Zdrowia po uzyskaniu pozytywnej rekomendacji przez Radę Akredytacyjną w oparciu o wyniki procedury oceniającej podmiot leczniczy ubiegający się o certyfikat akredytacyjny. Z wizyty akredytacyjnej sporządzany jest raport, który zawiera wyniki przeglądu akredytacyjnego, do którego podmiot akredytowany może wnieść uwagi. Raport, po uwzględnieniu ewentualnych zastrzeżeń przekazywany jest do Rady Akredytacyjnej, która dokonuje oceny punktowej spełnienia poszczególnych standardów akredytacji i przedstawia je Ministrowi Zdrowia wraz z rekomendacją w zakresie udzielania bądź odmowy udzielenia akredytacji<sup>321</sup>.

Posiadanie certyfikatu akredytacyjnego przez podmiot leczniczy jest zewnętrznym potwierdzeniem wysokiej jakości usług oraz stosowania się do rygorystycznych wymagań zapewniających większe bezpieczeństwo dla pacjenta. Jest także wyznacznikiem statusu organizacji na tle innych podmiotów i elementem projakościowej polityki państwa w obszarze zdrowia. Wewnętrznie, akredytacja to doskonałe narzędzie budowania kultury opartej na jakości. Dostosowanie się do nowych wymagań, zmiany w obrębie dokumentacji, wielokierunkowa komunikacja, a także obowiązkowe szkolenia i zespoły promujące jakość i bezpieczeństwo, to tylko wybrane elementy tej kultury<sup>322</sup>. J.D. Rodrigues i in. w swoich badaniach nad rolą akredytacji w kształtowaniu kultury jakości w szpitalach dowodzą, że istnieje dodatnia zależność pomiędzy praktykami świadczonych usług medycznych przez podmioty akredytowane w kontekście ich wpływu na wydajność, większą satysfakcję pacjentów i wartość dodaną dla organizacji<sup>323</sup>. W podobnym tonie wypowiada się Ł. Szczurek, według którego skuteczne wdrożenie standardów akredytacyjnych wprowadza wiele pozytywnych zmian

---

<sup>321</sup> J. Dytko, *Postępowanie w sprawie akredytacji w ochronie zdrowia*, „Studia prawnicze KUL” 2019, nr 2(78), s. 45–50.

<sup>322</sup> E. Raczyńska, *Problematyka jakości...*, s. 165–175.

<sup>323</sup> J.D. Rodrigues, F. Terra, T. Berssanetii, *Hospital accreditation and its impacts on good practices in health services*, „Original Paper o Mundo da Saúde” 2017, nr 41(1), s. 11–17.

w podmiotach leczniczych, gdyż w znacznym stopniu wymuszają one zmianę kultury organizacyjnej na bardziej projakościową i gwarantują większe bezpieczeństwo opieki. Wśród głównych korzyści takiej zmiany wyróżnia się<sup>324</sup>:

- pobudzanie działań w obszarze bezpieczeństwa pacjenta i jakości realizowanych świadczeń medycznych,
- prowadzenie analiz działalności klinicznej, które dostarczają rzetelnych informacji do podejmowania decyzji poprawiających jakość i bezpieczeństwo,
- lepszą współpracę pomiędzy obszarami medycznymi i administracyjnymi,
- nowe modele postaw, zachowań i schematów działania powodujące zmianę dotychczas obowiązujących reguł, przyzwyczajęń i stosowanych rozwiązań,
- poprawę jakości dokumentacji medycznej poprzez wprowadzenie formalnego i merytorycznego nadzoru w formie cyklicznych przeglądów,
- identyfikację słabych i silnych stron oraz poszukiwanie dalszych ulepszeń,
- ocenę oraz uregulowanie kompetencji i odpowiedzialności personelu, co wpływa na poziom zaangażowania w proces rozwiązywania problemów,
- nacisk na pracę grupową poprzez tworzenie zespołów zadaniowych.

Podsumowując rozważania podejmowane w obszarze standardów akredytacyjnych można stwierdzić, że akredytacja stanowi bardzo skuteczny standard jakości wpływający na zmianę organizacji pracy oraz prowadzi do doskonalenia jakości usług i bezpieczeństwa pacjentów. Co ważne, doskonalenie jakości nie dotyczy jedynie procesów klinicznych, ale również szeroko pojętego zarządzania. Spełnienie standardów akredytacyjnych pozwala w pełni identyfikować potrzeby pacjentów, porządkować procesy przebiegające w organizacji, redukować ryzyko związane z wystąpieniem zdarzeń niepożądanych, co wpływa na ogólną poprawę jakości i bezpieczeństwa udzielanych świadczeń. Uzyskanie statusu szpitala akredytowanego jest związane także ze zmianą postaw i zachowań oraz z wprowadzaniem nowych modeli funkcjonowania i pracy zespołowej, co niewątpliwie wpływa na wykształcenie bardziej projakościowej kultury organizacyjnej oraz przekłada się na osiągnięcie wyższego poziomu dojrzałości jakościowej.

### **2.3.3. Wybrane systemy wspomagające zarządzanie jakością**

---

<sup>324</sup> T. Szczurek, *Wykorzystanie...*, s. 68, 74–76.

Systemy zarządzania jakością wg ISO 9001 oraz standardy akredytacyjne cieszą się dużym zainteresowaniem podmiotów leczniczych. Stosowanie rozwiązań tego typu jest wyrazem realizacji projakościowej strategii państwa oraz ciągłego doskonalenia jakości świadczeń medycznych. Coraz częściej jednak organizacje nie poprzestają na wdrożeniu jednego standardu, ale podejmują działania polegające na łączeniu kilku systemów tworząc tzw. systemy zintegrowane. Systemy te wzajemnie się przenikają i uzupełniają przyczyniając się do usprawnienia działań w różnych obszarach funkcjonowania podmiotów leczniczych<sup>325</sup>.

Zorientowanie na doskonalenie jakości, potrzeby środowiska naturalnego, bezpieczeństwo i higienę pracy oraz zarządzanie bezpieczeństwem informacji, stanowi krok w realizacji projakościowego zarządzania w kierunku wzrostu dojrzałości zarządzania jakością i szybkiego reagowania na pojawiające się szanse i zagrożenia w otoczeniu organizacji. Wynika to z istoty projakościowego zarządzania, która obok jakości, ceny i bezpieczeństwa pacjenta coraz częściej zaczyna uwzględniać czynniki płynące z otoczenia, stosowanej technologii czy środowiska naturalnego.

System zarządzania środowiskowego wg normy ISO 14001 należy do grupy systemów zarządzania ukierunkowanych na wdrożenie polityki środowiskowej i zarządzanie aspektami środowiskowymi. Umożliwia on realizację działań, które można określić jako proekologiczne czy prospołeczne, co w kontekście wymiarów kulturowych pozwala na wykształcenie odpowiednich praktyk prośrodowiskowych. Wdrożenie systemu zarządzania środowiskowego stanowi dowód na orientację proekologiczną oraz na podejmowanie działań, które pozytywnie wpływają na ograniczenie zanieczyszczeń oraz wiążących się z nim ryzyk dla organizacji. To z kolei wpływa na poprawę relacji z interesariuszami, wzrost reputacji i wizerunku organizacji oraz uzyskanie przewagi konkurencyjnej, która stanowi jeden z kluczowych wskaźników skuteczności projakościowego zarządzania.

Kolejnym z systemów wspomagających zarządzanie jakością, wykorzystywanych w działalności leczniczej jest system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy zgodny z normą ISO 45001. Istotą tego systemu jest zapewnienie odpowiednich warunków pracy, co wpływa na kreowanie kultury zorientowanej na wartości, wzory zachowań czy postaw

---

<sup>325</sup> K. Lisiecka, E. Czyż-Gwiazda, M. Lisiecka-Bielanowicz, *Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia. Diagnoza i kierunki doskonalenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2017, s. 120.

promujących zaangażowanie na rzecz stworzenia kultury bezpieczeństwa pracy. Warunki takie zwiększają bowiem poziom motywacji i zaangażowania pracowników, promują profilaktykę zdrowotną oraz respektowanie przepisów prawa z zakresu BHP. Założenia standardu stwarzają także podwaliny do wykształcenia się praktyk pod projekcyjną kulturę uczenia się na podstawie wcześniejszych wypadków przy pracy i niewłaściwych zachowań ludzkich potęgujących zagrożenia. Działania te sprzyjają kreowaniu nie tylko praktyk z zakresu zapewnienia bezpieczeństwa wewnątrz organizacji, ale także na poszukiwaniu rozwiązań bezpiecznych dla interesariuszy<sup>326</sup>.

Osiągnięcie wysokiej dojrzałości i kształtowanie projekcyjnego zarządzania nie byłoby kompleksowe, gdyby nie bezpieczeństwo informacji. To właśnie ono umożliwia podejmowanie trafnych decyzji w oparciu o wiarygodne i dostępne dane. Systemem wspomagającym ten proces może być system zarządzania bezpieczeństwem informacji wg normy PN-EN ISO/IEC 27001 (norma ISO 27001), który ma na celu zapewnić bezpieczeństwo wszystkim uczestnikom procesu przetwarzania informacji w zakresie zapewnienia jej poufności, integralności, dostępności i rozliczalności. Tym samym wpływa on na wykształcenie postaw i praktyk warunkujących sprawność i bezpieczeństwo w zakresie przepływu informacji, ich gromadzenia, przechowywania, wykorzystywania, nadzorowania i zapewnienia ciągłości działania w przypadku wystąpienia incydentów. Niepełny dostęp do informacji utrudnia proces podejmowania decyzji, co stwarza niepewność w zakresie osiągania celów organizacji czy poprawności realizowanych procesów<sup>327</sup>.

Coraz powszechniej w organizacjach ochrony zdrowia rośnie także przekonanie o potrzebie integracji systemów zarządzania jakością, środowiskiem oraz bezpieczeństwem informacji w jeden kompleksowy system zarządzania. Zintegrowany system zarządzania pozwala na skuteczne i równoczesne zarządzanie wieloma aspektami oraz na rozszerzenie perspektywy kultury organizacyjnej w takich obszarach, jak podział odpowiedzialności, wspólne kanały wymiany informacji czy dostosowanie strategii, celów i zadań do specyfiki organizacji, kontekstu i wymagań stron zainteresowanych<sup>328</sup>. Wspiera także proces dostosowania się do struktury i kreowania kultury warunkującej sprawność osiągania celów poprzez wzrost pracy zespołowej (funkcja integracyjna), otwartości na zmiany (funkcja percepcyjna) czy wytworzenie nowych wzorców

---

<sup>326</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 65–66.

<sup>327</sup> Tamże, s. 66.

<sup>328</sup> M.Z. Wiśniewska, P. Grudowski, *Kultura jakości...*, s. 130.

kulturowych z różnymi grupami społecznymi (funkcja adaptacyjna)<sup>329</sup>. Efektem wykorzystania systemów wspierających zarządzanie jakością oraz tworzenie zintegrowanych systemów zarządzania jest wzrost poziomu skuteczności, efektywności i doskonałości projakościowego zarządzania, które znajduje odzwierciedlenie nie tylko w aspekcie ekonomicznym czy organizacyjnym, ale także społecznym i ekologicznym, co sprzyja usystematyzowaniu działań i osiągnięciu większej sprawności zarządzania organizacją.

Stosowanie systemów wspomagających system zarządzania jakością stanowi przykład długoterminowego działania służącego wdrażaniu rozwiązań usprawniających zarządzanie organizacją. Z kolei krótkoterminowe rozwiązywanie problemów, czy wdrażanie przyjętej strategii projakościowej, najczęściej realizowane jest przy wykorzystaniu różnych instrumentów zarządzania, na które składają się koncepcje, metody, narzędzia i techniki, które wraz z systemami zarządzania stanowią kompleksowe rozwiązania pozwalające osiągać wyższy poziom dojrzałości jakościowej organizacji.

#### **2.3.4. Instrumenty zarządzania jakością**

Zewnętrzne systemy zarządzania jakością wymagają oprócz skutecznego ich wdrożenia, także odpowiedniego ich utrzymania i doskonalenia. Pomocnym w tym procesie mogą być różnego rodzaju instrumenty, na które składają się: koncepcje, metody, narzędzia i techniki zarządzania jakością<sup>330</sup>.

Wśród koncepcji zarządzania jakością mających zastosowanie w podmiotach leczniczych, na szczególną uwagę zasługuje kompleksowe zarządzanie jakością (Total Quality Management), Lean Manufacturing oraz Six Sigma<sup>331</sup>.

Koncepcja TQM (Total Quality Management) została stworzona przez ojców zarządzania jakością tj. W.E. Deminga, J.M. Jurana, P.B. Crosbiego oraz A.V. Feigenbauma. Opiera się ona na 14 zasadach, które w działalności leczniczej wiążą się głównie z uznaniem zdrowia i bezpieczeństwa pacjenta jako naczelnej wartości. Ponadto, podmioty lecznicze kierujące się zasadami TQM ukierunkowane są na zapobieganie

---

<sup>329</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 70.

<sup>330</sup> A. Starosta, G. Zieliński, *Doskonalenie jakości w usługach zdrowotnych*, „*Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa*” 2017, nr 12, s. 277–288; W.T. Shirey [i in.], *Application of lean six sigma to improve service in healthcare facilities management: A case study*, „*Journal of Facility Management Education and Research*” 2017, nr 1, s. 9–18.

<sup>331</sup> D. Arya, *Use of quality management tools and methods is essential to support effective governance of healthcare organisations*, „*Asia Pacific Journal of Health Management*” 2020, nr 15(1), s. 1–3.

błędem oraz zdarzeniom niepożądanym, koncentracji na tworzeniu jakości usług medycznych oraz aktywnym przywództwie w zakresie jakości. Nie bez znaczenia są również pozytywne relacje z dostawcami, praca grupowa, zaangażowanie personelu w kształtowanie jakości oraz w proces ciągłego doskonalenia<sup>332</sup>. W.E. Deming opierając się na powyższych zasadach stworzył tzw. Cykl Deminga PDCA (Planuj, Wykonaj, Sprawdź, Doskonal), który określa proces przygotowania się do zmian poprzez dążenie do ciągłego doskonalenia oraz planowania działań. Kontynuatorem filozofii W.D. Deminga był A.V. Feigenbaum, twórca koncepcji kompleksowego sterowania jakością (TQC). W swoich badaniach kładł on nacisk na zrozumienie istoty i przyczyn błędów, których dopatrywał się w braku stosowania podejścia systemowego do zarządzania. Dało to początek standardom jakości, u podstaw których znajdowało się bezpieczeństwo pacjenta. Kolejnym naukowcem zajmującym się koncepcją TQM był J.M. Juran. W swoich badaniach dowiódł on, że aż w 80% przypadkach za jakość w organizacji odpowiada skuteczne przywództwo, natomiast tylko 20% to pracownicy. Takie podejście stało się podstawą do tworzenia m.in. programów ciągłego doskonalenia jakości usług medycznych oraz zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta<sup>333</sup>. P.B. Crosby w ramach koncepcji TQM uważał, że usługa powinna być wykonana we właściwy sposób już za pierwszym razem, a za każdym kolejnym powinna być tylko ulepszana. Teoria ta znalazła zastosowanie m.in. w zasadzie „zero błędów” obecnej w wielu obszarach działalności medycznej<sup>334</sup>.

Lean Management jest kolejną coraz częściej wykorzystywaną w działalności leczniczej koncepcją zarządzania, która swoje korzenie posiada w branży motoryzacyjnej. Lean Manufacturing, dosłownie tłumacząc „szczupła produkcja”, jest filozofią zarządzania polegającą na zmniejszeniu kosztów funkcjonowania organizacji poprzez eliminację marnotrawstwa, poprawę przepływu informacji w procesach, ograniczenie zakłóceń i zbędnych ruchów<sup>335</sup>. Zgodnie z założeniami systemu produkcyjnego Toyoty, Lean rozumiane jest jako wytwarzanie większej ilości w krótszym czasie, w mniejszej przestrzeni i z mniejszym wysiłkiem dostarczając

---

<sup>332</sup> M.Z. Wiśniewska, *Jakość usług medycznych...*, s. 60–63.

<sup>333</sup> C.R. Curran, M.K. Totten, *Governing for Improved Quality and Patient Safety*, „Nursing Economics” 2011, nr 29(1), s. 38–41.

<sup>334</sup> E.L. May, *The Power of Zero, Toward High Reliability Healthcare*, „Healthcare Executive” 2013, nr 28(2), s. 18–26.

<sup>335</sup> B. Soliński, *Innowacyjne koncepcje zarządzania jakością oparte o Lean management i Six Sigma - charakterystyka i porównanie*, w: *Innowacyjność w działalności gospodarczej*, pod red. nauk. N. Iwaszczuk, Wydawnictwo IGSMiE PAN, Kraków 2019, s. 165–166.

jednocześnie to, czego faktycznie oczekują odbiorcy<sup>336</sup>. Koncepcja ta została szczegółowo opisana w wielu pracach m.in. *Droga Toyoty*<sup>337</sup> czy *Lean Hospital*<sup>338</sup>.

Przełożenie filozofii Lean Manufacturing na grunt działalności leczniczej doprowadziło do wykształcenia się tzw. Lean Healthcare. Zgodnie z tą koncepcją głównym źródłem produktywności, przez co rozumie się osiąganie wartości dodanej, jest<sup>339</sup>:

- unikanie marnotrawstwa (np. kilkakrotne wykonywanie tych samych badań czy zbyt długie oczekiwanie na kolejny proces),
- usprawnianie procesów (tj. przepływ informacji wraz z pacjentem),
- zapobieganie błędom i wadliwym produktom, zdarzeniom niepożądanym, powikłaniom, na skutek stosowania niesprawnego wyposażenia czy braku informacji.

Filozofia Lean, oprócz próby ograniczania marnotrawstwa, u swoich postaw zawiera także potrzebę wykształcenia poczucia przynależności do tej praktyki poprzez wykształcenie tzw. kultury Lean<sup>340</sup>. A. Bukowska-Piestrzyńska uważa, że podmiot leczniczy powinien realizować koncepcję Lean zarówno na płaszczyźnie kultury organizacyjnej, jak i technicznej<sup>341</sup>. O relacjach zachodzących pomiędzy kulturą organizacyjną, a efektami zarządzania pisali także M. Garbon<sup>342</sup> i S.S. Parkhi<sup>343</sup> podając wiele pozytywnych przykładów działań wynikających z zastosowania Lean Healthcare tj.:

- usprawnienie organizacji pracy,
- zwiększenie jakości usług i bezpieczeństwa pacjentów,
- uproszczenie procesów klinicznych,
- zmniejszenie ilości czasu traconego z powodów różnych przestojów,
- lepszy przepływ informacji,
- usprawnienie pracy poprzez ograniczenie wąskich gardeł w procesach klinicznych.

---

<sup>336</sup> M. Lisiński, B. Ostrowski, *Lean Management restrukturyzacji przedsiębiorstwa*, Antykwa, Kraków 2006, s. 50.

<sup>337</sup> J. Liker, *Droga Toyoty. 14 zasad zarządzania wiodącej firmy produkcyjnej świata*, MT Biznes, 2016.

<sup>338</sup> M. Garbon, *Lean Hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction*, ProdPublishing, Wrocław 2011, s. 1–299.

<sup>339</sup> V. Atella [i in.], *How health policy shapes healthcare sector productivity? Evidence from Italy and UK*, „Health Policy” 2019, nr 123, s. 27–36.

<sup>340</sup> A. Bukowska-Piestrzyńska, *Koncepcja lean w usprawnianiu działań pracowników podmiotów leczniczych*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów, Zeszyty Naukowe 167” 2018, s. 76.

<sup>341</sup> Tamże, s. 65–78.

<sup>342</sup> M. Garbon, *Lean Hospitals...*, s. 1–299.

<sup>343</sup> S.S. Parkhi, *Lean management practices in healthcare sector: a literature review*, „Benchmarking: An International Journal” 2019, vol. 26, nr 4, s. 1275–1289.

Coraz popularniejszą koncepcją przyczyniającą się do doskonalenia jakościowego podmiotów leczniczych jest także Six Sigma, która często w literaturze występuje w połączeniu z Lean jako Lean Six Sigma<sup>344</sup>.

Six Sigma to nowoczesna koncepcja zarządzania jakością wprowadzona w zakładach Motoroli w połowie lat 80 przez B. Galvina oraz B. Smitha. Opiera się ona na filozofii TQM i ciągłym doskonaleniu. W swoich wymaganiach kieruje się rygorystycznym podejściem do zarządzania polegającym na pomiarze procesów pod względem wykrytych defektów. Początkowo mało znana, została rozpowszechniona w 1995 r. przez J. Welcha, który uczynił z niej strategię biznesową<sup>345</sup>. Oprócz przedsiębiorstw przemysłowych tj. 3M czy Philips, koncepcja Six Sigma znalazła również szerokie zastosowanie w działalności leczniczej. Wiele czołowych amerykańskich szpitali m.in. The John Hopkins Hospital, Mayo Clinic czy New York Presbyterian Hospital na szeroką skalę stosuje koncepcję Six Sigma oraz Lean Six Sigma<sup>346</sup>.

Pomimo coraz większego rozpowszechnienia tej koncepcji, w literaturze przedmiotu brak jest jednoznacznej jej definicji, gdyż wielu naukowców definiuje ją w odmienny sposób<sup>347</sup>. Wynika to z problemu zindywidualizowania każdej organizacji oraz różnego podejścia do metod rozwiązywania problemów. Przeprowadzając kwerendę literatury najczęściej można spotkać się z pojęciem Six Sigma jako kompleksowym i elastycznym systemem wykorzystującym metody statystyczne. Według założeń koncepcji należy poprawić jakość nie dla samej idei czy satysfakcji pacjenta, ale w celu uzyskania wymiernych wyników ekonomicznych. Dlatego celem Six Sigma jest dążenie do poprawy jakości świadczonych usług poprzez bliskie perfekcji wykonanie usługi w taki sposób, aby osiągnąć nie więcej niż 3,4 defekty na każdy milion wykonanych usług<sup>348</sup>. Pod pojęciem defektu rozumie się wadę, czyli wszelkiego rodzaju zdarzenia niepożądane, błędy medyczne czy szeroko pojęte zdarzenia, które mogą być źródłem powstania usługi niezgodnej<sup>349</sup>. Znajduje to odzwierciedlenie w prowadzonych

---

<sup>344</sup> D.B. Henrique, M.G. Filho, *A systematic literature review of empirical research in Lean and Six Sigma in healthcare*, „Total Quality Management & Business Excellence” 2020, nr 31(3-4), s. 429–449.

<sup>345</sup> B. Soliński, *Innowacyjne koncepcje zarządzania...*, s. 166–167.

<sup>346</sup> A. Trela, *System zarządzania jakością...*, s. 252.

<sup>347</sup> J. Antony [i in.], *Six Sigma in healthcare: a systematic review of the literature*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2018, vol. 35, nr 5, s. 1075–1092.

<sup>348</sup> A. Patel, C. Chudgar, *Understanding basics of Six Sigma*, „International Journal of Engineering Research & Technology” 2020, vol. 9, s. 1204.

<sup>349</sup> [www.sjp.pwn.pl/szukaj/defekt.html](http://www.sjp.pwn.pl/szukaj/defekt.html), [30.12.2021].



badaniach w tym obszarze, które koncentrują się przede wszystkim na redukcji infekcji na oddziałach chirurgicznych<sup>350</sup>, czy redukcji ryzyka skarg w działalności leczniczej<sup>351</sup>.

Zarządzanie jakością stanowi istotny element zarządzania organizacją, a wspierające je koncepcje TQM, Lean Management i Six Sigma przyczyniają się do jeszcze większej ich poprawy. Podczas, gdy koncepcja TQM koncentruje się na kompleksowym podejściu do zagadnień jakości, Lean odgrywa ważną rolę w eliminowaniu marnotrawstwa i skupia się na analizie wartości dodanej dla klienta. Z kolei Six Sigma dzięki wykorzystaniu metod statystycznych i szeregu technik analitycznych redukuje zmienność procesu oraz podnosi organizację na wyższy poziom dojrzałości. Wszystko to, w połączeniu z wykształconą kulturą lean oraz kulturą organizacyjną skoncentrowaną na eliminacji problemów oraz ciągłym doskonaleniu jakości może stanowić istotny aspekt z punktu widzenia wykształcenia kultury jakości podmiotów leczniczych oraz podniesienia organizacji na wyższy poziom dojrzałości jakościowej.

Poza powyżej omówionymi koncepcjami wspierającymi doskonalenie jakości, bardzo ważną rolę w poprawie jakości odgrywają metody i narzędzia zarządzania jakością.

Metoda zarządzania to usystematyzowany, uniwersalny oraz powtarzalny sposób postępowania oparty na naukowych zasadach badawczych, mających na celu rozwiązanie problemów zarządczych dotyczących badanej organizacji na różnych poziomach ich rozwoju<sup>352</sup>. Można przyjąć, że metoda zarządzania jakością to sposób postępowania przyjęty w organizacji, naukowe badanie zjawisk zachodzących w systemach zarządzania czy pewna ogólna postawa wobec pojawiających się nieprawidłowości<sup>353</sup>. Pojęcie to w praktyce biznesowej jest często stosowane zamiennie z terminem technika. Różnica polega jednak na tym, iż etymologia pojęcia technika dotyczy sposobu postępowania dotyczącego konkretnego, wąskiego fragmentu problemu realizowanego w sposób rutynowy oraz opisuje sposób jego wykorzystania. Narzędzie zarządzania jest z kolei

---

<sup>350</sup> E. Montella [i in.], *The application of Lean Six Sigma methodology to reduce the risk of healthcare-associated infections in surgery departments*, „Journal of Evaluation in Clinical Practice” 2017, nr 23(3), s. 530–539.

<sup>351</sup> M.V. Sunder, N.R. Kunnath, *Six Sigma to reduce claims processing errors in a healthcare payer firm*, „Production Planning & Control” 2020, nr 31(6), s. 496–511.

<sup>352</sup> E. Skrzypek, *Nowoczesne trendy w zarządzaniu a doskonalenie zarządzania*, w: *Jakość i zarządzanie w agrobiznesie, Wybrane aspekty*, pod red. nauk. E. Czernyszewicz, E. Kołodziej, Wydawnictwo Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Lublin 2018, s. 8.

<sup>353</sup> A. Mazur, H. Gołaś, *Zasady, metody i techniki wykorzystywane w zarządzaniu jakością*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2010, s. 26–27.

przedmiotem realizacji wybranej techniki<sup>354</sup>. Przykładowe, najpopularniejsze metody i narzędzia zarządzania jakością przedstawiono w tabeli 29.

Tabela 29. Przykładowe metody i narzędzia zarządzania jakością

Metoda	Narzędzie
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Metody pracy zespołowej (koła jakości, zespoły zadaniowe, burza mózgów)</li> <li>– FMEA</li> <li>– 5WHY</li> <li>– SPC</li> <li>– Kaizen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Histogram</li> <li>– Karty kontrolne</li> <li>– Diagram przyczynowo-skutkowy Ishikawy</li> <li>– Analiza Pareto-Lorenza</li> <li>– Schemat blokowy</li> <li>– Diagram procesu, korelacji, relacji itp.</li> <li>– 5S</li> </ul>

Źródło: L. Kaouthar, *TQM and Six Sigma: A Literature Review of Similarities, Dissimilarities and Criticisms*, „Studies” 2020, nr 2(4), s. 198–226; M.R. Moghadam, H. Safari, N. Yousefi, *Clustering quality management models and methods: systematic literature review and text-mining analysis approach*, „Total Quality Management & Business Excellence” 2021, nr 32(3/4), s. 241–264

Metody i narzędzia zarządzania jakością wymienione w tabeli 29 występują również w podmiotach leczniczych. W literaturze przedmiotu ich stosowanie można podzielić według wielu kryteriów. Jednym z nich jest kryterium celowości, gdzie nacisk położony jest na projektowanie, rozwiązywanie problemów czy realizację i ocenę skuteczności i efektywności procesów<sup>355</sup>. Inny podział dotyczyć może kryterium generowania pomysłów (FMEA czy 5S) oraz rozwiązywania przyczyn źródłowych problemów (5 WHY czy diagram przyczynowo-skutkowy Ishikawy). Podziału można również dokonać w zależności od zastosowanej koncepcji zarządzania tj. TQM, Lean oraz Six Sigma, których podział i rolę w konfrontacji z różnymi metodami i narzędziami zarządzania jakością przedstawiono w tabeli 30.

Tabela 30. Podział i rola narzędzi i metod w różnych koncepcjach zarządzania jakością

Wybrane metody i narzędzia zarządzania jakością	Koncepcje			Rola
	W (występuje)/– (nie występuje lub w ograniczonym zakresie)			
	TQM	Lean	Six Sigma	
Diagram Ishikawy	W	–	W	Poszukiwanie związków przyczynowo skutkowych
Burza mózgów	W	W	W	
Diagram Pareto-Lorenza	W	W	–	
5 WHY	W	–	W	
Schemat blokowy	W	W	W	

<sup>354</sup> A. Misztal, *Nowoczesne metody zarządzania przedsiębiorstwem w warunkach nowej gospodarki - implikacje w sektorze TLS*, w: *Technologie i nowe trendy w zarządzaniu a rozwój przedsiębiorstw sektora TLS*, pod red. nauk. A. Fajczak-Kowalska, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2020, s. 43–44.

<sup>355</sup> Tamże, s. 44.

Wybrane metody i narzędzia zarządzania jakością	Koncepcje W (występuje)/– (nie występuje lub w ograniczonym zakresie)			Rola
	TQM	Lean	Six Sigma	
Kaizen	–	W	–	Opis i analiza przepływu
Benchmarking	W	W	–	
Samooocena	W	W	–	
Histogram	W	–	W	Analiza zmienności
Analiza statystyczna	W	–	W	
Arkusz kontrolny	W	W	–	Kontrola procesów
Audyt	W	–	–	
Koszty jakości	W	W	–	
5S	–	W	–	Utrzymanie i zapewnienie dostępności zasobów
TPM	–	W	–	
Badania ankietowe	W	–	W	Projektowanie produktów i procesów
Analiza ryzyka - FMEA	W	–	W	

Źródło: A. Hamrol, *Strategie i praktyki sprawnego działania, Lean, Six Sigma i inne*, PWN, Warszawa 2018, s. 135–137

Spośród narzędzi i metod zarządzania jakością występujących w ramach koncepcji TQM, Lean i Six Sigma, na szczególną uwagę w działalności leczniczej zasługują: benchmarking, burza mózgów, zrównoważona karta wyników, system sugestii/Kaizen, Diagram Ishikawy, 5WHY, samoocena organizacji, analiza ryzyka, rachunek kosztów jakości, histogram i diagram Pareto-Lorenza.

Benchmarking jest pojęciem, które po raz pierwszy użyto w połowie lat 70. XX wieku. Polega on na porównywaniu się organizacji z najlepszymi w danej branży, grupie czy dziedzinie<sup>356</sup>. Porównania mogą dotyczyć np. wyników świadczących o efektywności całych organizacji, procesów bądź stosowanych procedur. Zastosowanie benchmarkingu w podmiocie leczniczym pozwala na lepsze zrozumienie procesów zachodzących w organizacji, uczenie się od najlepszych oraz poprawę efektywności prowadzonych działań na skutek wdrażania działań optymalizujących<sup>357</sup>.

Burza mózgów (*Brainstorming*) jest narzędziem tworzenia nowych pomysłów w ramach pracy grupowej. Kluczową zaletą tego narzędzia jest możliwość swobodnego generowania pomysłów, z których część może stanowić rozwiązania innowacyjne, ważne z punktu widzenia doskonalenia systemów zarządzania jakością<sup>358</sup>.

<sup>356</sup> D. Gajda, *Wykorzystanie benchmarkingu w pomiarze efektywności pracy zespołowej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. Studia Ekonomiczne” 2015, nr 230, s. 187.

<sup>357</sup> A. Misztal, *Nowoczesne metody zarządzania...*, s. 44.

<sup>358</sup> A. Tahiri [i in.], *Decision-Making and the Applying of Decision-Making Techniques in SMEs in Kosovo*, „Calitatea” 2021, nr 22(180), s. 65.

Zrównoważona Karta Wyników (*Balanced Score Card – BSC*) to narzędzie do pomiaru efektywności procesów zarządzania, jak również planowania, wyznaczania celów i podejmowania inicjatyw strategicznych. Główną zaletą BSC jest możliwość sprawnego przełożenia celów na indywidualne zadania i świadomość poszczególnych pracowników. Główną wadą jest z kolei duża formalizacja oraz zapotrzebowanie na zasoby organizacyjne. Powoduje to, że z narzędzia tego korzystają głównie organizacje o ugruntowanej już pozycji, świadome i dojrzałe pod kątem projakościowego zarządzania<sup>359</sup>.

Narzędziami do generowania pomysłów są np. system sugestii i podobny do niego Kaizen. Narzędzia te odnoszą się do filozofii ciągłego doskonalenia. Zgodnie z założeniami, doskonalenie odbywa się stopniowo, przez wszystkich i każdego dnia poprzez małe, ale systematyczne zmiany. Zmiany te nie są jednak w większości przypadków drastyczne i nie burzą porządku organizacji. Narzędzia te wymagają przede wszystkim systematyczności i ciągłości w działaniu oraz motywowania pracowników do zgłaszania nawet najmniejszych usprawnień<sup>360</sup>.

Wśród narzędzi służących do rozwiązywania przyczyn źródłowych problemów, na szczególną uwagę zasługuje 5-WHY. Narzędzie to pozwala na wyszukanie przyczyn problemu poprzez 5-krotne zadanie sobie pytania dlaczego, a następnie udzielenie na nie odpowiedzi celem dotarcia do przyczyny źródłowej<sup>361</sup>. Diagram Ishikawy służy z kolei do graficznego zobrazowania zjawisk przyczynowo-skutkowych, gdzie wśród głównych przyczyn źródłowych problemów uwzględnia się pięć obszarów tematycznych: Manpower (ludzie), Methods (metody), Machinery (maszyny), Materials (materiały), Management (zarządzanie)<sup>362</sup>.

W literaturze przedmiotu obserwuje się również rosnącą rolę samooceny jako narzędzia doskonalenia podmiotów leczniczych. Jako pierwszy teorię samooceny opisał A. Bandura, według którego samoocena jest procesem, na który składa się obserwacja zachowań i praktyk pod kątem ustalonych kryteriów i reakcja na wyniki oceny<sup>363</sup>. W Polsce samoocena w ochronie zdrowia wykorzystywana jest głównie w standardach

---

<sup>359</sup> F. Amer [i in.], *The Impact for implementing Balanced Scorecard in Health Care Organizations: A Systematic Review*, „medRxiv” 2021, s. 3.

<sup>360</sup> K. Shatrov [i in.], *Improving health care from the bottom up: Factors for the successful implementation of kaizen in acute care hospitals*, „PloS One” 2021, nr 16(9), s. 2–3

<sup>361</sup> P. Grudowski, *Kultura jakości...*, s. 63–64.

<sup>362</sup> R. Carvalho [i in.], *Analysis of root causes of problems affecting the quality hospital administrative data: A systematic review and Ishikawa Diagram*, „International Journal of Medical Informatics” 2021, vol. 156, s. 104.

<sup>363</sup> A. Bandura, *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change*, „Psychological Review” 1977, nr 84, s. 191–215.

akredytacyjnych<sup>364</sup>. Badania prowadzone przez M. Finn i L.J. Porter<sup>365</sup> potwierdzają, że samoocena zwiększa efektywność realizowanych procesów, wzmacnia zaangażowanie kierownictwa i pracowników oraz wpływa na ogólną poprawę stylu zarządzania i kulturę jakości. Ponadto, jak wskazują badania S. Bose, E. Oliverasa i W.N. Edsona prowadzenie samooceny pozwala wpłynąć na zachowania pracowników, zwłaszcza w obszarze przestrzegania przyjętych standardów oraz poprawia komunikację, stwarzając poczucie współuczestnictwa<sup>366</sup>.

Arkusze kontrolne należy do podstawowych narzędzi służących do zbierania, rejestrowania różnych danych w wielu obszarach działania podmiotów leczniczych. Wykorzystywany jest m.in. do identyfikacji przyczyn zmienności procesów. Pewnym uzupełnieniem arkusza kontrolnego jest karta kontrolna pozwalająca stwierdzić, czy zmiany zakłócające proces są zjawiskiem naturalnym, czy są spowodowane inną przyczyną niepożądaną<sup>367</sup>.

Instrumentem zarządzania wykorzystywanym do zobrazowania klas zbiorowości związanych z analizowanymi cechami ilościowymi lub jakościowymi jest histogram. Zarówno on, jak i diagram Ishikawy, stanowią pierwszy krok do wykorzystania kolejnego narzędzia, jakim jest Analiza Pareto, zwana również diagramem 80/20, który przedstawia zależność, zgodnie z którą 80% skutków wynika z 20% przyczyn. Wykorzystanie tej właściwości w zarządzaniu jakością polega na zidentyfikowaniu krytycznych punktów wymagających szerszej uwagi i analizy. Narzędzie to uzupełnione o wartości skumulowane w oparciu o dane zebrane np. przy użyciu arkusza kontrolnego nosi nazwę diagramu Pareto-Lorenza<sup>368</sup>.

Schemat blokowy, to z kolei narzędzie zarządzania jakością szeroko stosowane w podmiotach leczniczych posiadających wdrożone systemy zarządzania jakością. Pozwala na graficzne przedstawienie sekwencji działań tworzących dany proces, dzięki czemu łatwiej można zobrazować przepływy procesu, punkty kontrolne czy wąskie gardła wymagające ograniczenia bądź wyeliminowania<sup>369</sup>.

---

<sup>364</sup> Obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne. Dz. Urz. Min. Zdr. 2015.67.

<sup>365</sup> M. Finn, L.J. Porter, *TQM self assessment in the UK*, „The TQM Magazine” 1997, nr 6, s. 4.

<sup>366</sup> E. Bose, E. Oliveras i W.N. Edson, *How can self assessment improve the quality of healthcare?* „QA Operations Research Issue Paper” 2001, nr 2(4), s. 5–18.

<sup>367</sup> L. Slyngstad, *The Contribution of Variable Control Charts to Quality Improvement in Healthcare: A Literature Review*, „Journal of Healthcare Leadership” 2021, nr 13, s. 221.

<sup>368</sup> K. Kowalik, *Diagram Pareto-Lorenza w teorii i praktyce zarządzania jakością*, „Archiwum Wiedzy Inżynierskiej” 2018, nr 3, s. 23.

<sup>369</sup> J. Żuchowski, E. Łagowski, *Narzędzia i metody doskonalenia jakości*, Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2004, s. 69.

Coraz częściej wykorzystywanymi instrumentami zarządzania jakością są także różne metody związane z ryzykiem<sup>370</sup> oraz modele oceny dojrzałości zarządzania ryzykiem<sup>371</sup>. Szczególną rolę odgrywa tutaj FMEA (*Failure Mode and Effects Analysis*) – Analiza skutków i przyczyn potencjalnych błędów, która jest metodą pozwalającą na określenie prawdopodobieństwa, skutków i wykrywalności błędów, które mogą stanowić zagrożenie dla funkcjonowania procesów<sup>372</sup>. Na gruncie FMEA dostępne są także instrumenty odzwierciedlające bezpośrednio specyfikę branży medycznej tj. HFMEA (*Healthcare Failure Mode Effect Analysis*). Metoda ta dotyczy analizy przyczyn i skutków możliwych błędów w opiece zdrowotnej. Jest ona odpowiedzią na potrzebę objęcia szczególną troską procesów medycznych, które są obarczone dużym ryzykiem<sup>373</sup>.

Przedstawione w niniejszym podrozdziale instrumenty zarządzania jakością stanowią tylko wybraną część spośród wszystkich stosowanych na rynku, które zdaniem autora i przywołanych badaczy w największym stopniu mają zastosowanie w podmiotach leczniczych. Większość badaczy jest zdania, że stopień stosowania instrumentów zarządzania jakością stanowi jeden z kryteriów decydujących o poziomie dojrzałości jakościowej organizacji. Ich odpowiedni dobór i umiejętność zastosowania, często determinuje sprawność i kierunki doskonalenia jakości. Są one także elementem, wpływu na budowanie świadomości pro jakościowej, co ma bezpośrednie przełożenie na uznawane wartości, prezentowane postawy i obserwowane zachowania.

## **2.4. Uwarunkowania wewnętrzne zarządzania jakością**

Praktyka zarządzania jakością uwarunkowana jest wieloma zmiennymi, wśród których kluczową rolę odgrywają aspekty wynikające z silnego przywództwa, odpowiedniego stylu kierowania, zaangażowania pracowników, struktury organizacyjnej, dostępnych zasobów, orientacji na potrzeby pacjenta oraz z odpowiedniej kultury organizacyjnej<sup>374</sup>. Elementy te, obecne w każdej organizacji, odpowiednio

---

<sup>370</sup> PN-EN IEC 31010:2020 Zarządzanie ryzykiem. Techniki oceny ryzyka.

<sup>371</sup> P. Jedynak, S. Bąk, *Modele oceny dojrzałości zarządzania ryzykiem*, „Problemy Jakości” 2018, nr 10, s. 12-18.

<sup>372</sup> J.A. Anjalee, V. Rutter, N.R. Samaranayake, *Application of Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) to improve medication safety: a systematic review*, „Postgraduate Medical Journal” 2021, nr 97(1145), s. 168–174.

<sup>373</sup> M.Z. Wiśniewska, *Jakość usług medycznych...*, s. 168.

<sup>374</sup> C.D. Willis [i in.], *Sustaining organizational culture change in health systems*, „Journal of Health Organization and Management” 2016, vol. 30, nr 1, s. 2–30; R. Wolniak, M. Olkiewicz, *The Relations between Safety Culture and Quality Culture*, „System Safety: Human-Technical Facility Environment” 2019, vol. 19, s. 10–17, W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 28–40.

skonfigurowane, wpływają na osiągane efekty, co znajduje odzwierciedlenie w dojrzałości jakościowej oraz w wynikających z niej kulturowych aspektów zarządzania.

Działalność lecznicza, ze względu na ważną rolę, jaką odgrywa w niej jakość, jak również różnorodność kulturowa sprawia, że rozpatrywanie wewnętrznych uwarunkowań wpływa nie tylko na stopień realizacji praktyk zarządzania jakością, ale także na określenie modelu kulturowego, który owe praktyki będzie wspierał. Dlatego w poniższym podrozdziale skoncentrowano się na najważniejszych elementach składowych wpływających na kształt modelu kultury jakości podmiotów leczniczych będący przedmiotem niniejszej rozprawy doktorskiej.

#### **2.4.1. Przywództwo i style kierowania**

Przez wiele lat zarządzający podmiotami leczniczymi byli traktowani jak administratorzy, których władza wynikała ze sprawowanego stanowiska. Oczekiwano od nich realizowania jedynie ostrożnych zmian, podtrzymywania statusu quo systemu biurokratycznego, a nie podejmowania działań innowacyjnych, kreatywnych czy opartych na niepewności<sup>375</sup>. Tradycyjne podejście do przywództwa w ochronie zdrowia charakteryzowała silna centralizacja, co wiązało się z ważną rolą hierarchii organizacyjnej i przepływem władzy w kierunku od najwyższych do najniższych szczebli organizacji. Obecnie zauważa się tendencję do zmiany w tym zakresie odchodząc od zachowawczego, zrównoważonego wzrostu i stabilizacji w kierunku dynamicznych, odważnych reguł zarządzania. A. Hamrol w jednej ze swoich publikacji stwierdził, iż przywództwo stanowi jeden z najbardziej istotnych elementów tworzenia pozytywnej kultury organizacyjnej. Według jego badań, zaledwie 10% sukcesu organizacji uzależnione jest od kwestii technicznych i infrastrukturalnych, około 40% od stosowanej techniki oraz technologii i aż 50% od czynników społecznych kształtowanych przez ludzi<sup>376</sup>. Do podobnych wniosków dochodzi T. Wawak, według którego przywództwo to złożony proces łączący w sobie elementy odnoszące się do aspektów sytuacyjnych, socjologicznych i społecznych. Jego zdaniem przywódca winien posiadać naturalne umiejętności pozwalające swobodnie kształtować świadomość projakościową

---

<sup>375</sup> B. Robbins, R. Davidhizar, *Transformational leadership in health care today*, „The Health Care Manager” 2020, vol. 39, iss. 3, s. 117–121.

<sup>376</sup> A. Hamrol, *Zarządzanie jakością z przykładami*, PWN, Warszawa 2008, s. 45.

pracowników i zachęcać ich do angażowania się w kwestie poprawy jakości<sup>377</sup>. Dlatego od menedżerów coraz częściej wymaga się kompetencji zarówno społecznych, jak i zarządczych, które pozwolą na<sup>378</sup>:

- łatwą adaptację do zmieniających się warunków,
- uczenie się od innych,
- łatwość nawiązywania kontaktów społecznych,
- ukierunkowanie działań na zmiany w kulturze organizacyjnej,
- ukierunkowanie na sprawne zarządzanie jakością,
- elastyczne działanie w turbulentnym otoczeniu,
- określenie ścieżek awansu i rozwoju zawodowego,
- nastawienie na pracę grupową i decentralizację władzy.

Pojęcie przywództwa w literaturze przedmiotu definiowane jest na wiele sposobów ze względu na wielowątkowość i niejednoznaczność tego pojęcia. Jedna z definicji mówi o przywództwie jako wywieraniu wpływu na grupę osób w dążeniu do osiągnięcia celów<sup>379</sup>. Inni definiują to pojęcie jako postępowanie, które zmienia posiadaną wizję w realne działania<sup>380</sup> lub jako każdą czynność, która kształtuje postawę grupy<sup>381</sup>. Norma ISO 9001 w przywództwie widzi środowisko wewnętrzne wykreowane przez zarządzających, w ramach którego pracownicy mogą w pełni angażować się w osiąganie projakościowych celów organizacji<sup>382</sup>. Z kolei standardy akredytacyjne w swoich wymaganiach wskazują, że sprawne i skuteczne zarządzanie jakością w podmiocie leczniczym wymaga od zarządzających zaangażowania oraz rozwijania potencjału, na który składają się m.in.<sup>383</sup>:

- spójna i zrozumiała strategia projakościowa,
- kultura organizacyjna oparta na współpracy,
- odpowiednio dostosowane do otoczenia warunki pracy,
- kompetentny personel,

---

<sup>377</sup> T. Wawak, *TQM a zarządzanie zmianami*, „Przegląd Organizacji” 2001, nr 5, s. 34.

<sup>378</sup> A. Poczowski, *Międzynarodowe zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002, s. 23.

<sup>379</sup> A.R. Syam, N. Ulfatin, M. Maisyaroh, *Strategy for Establishment Santri Leadership Character*, Istawa, „Journal Pendidikan Islam” 2020, nr 5(1), s. 39–49.

<sup>380</sup> C.Y. Chou, L. Naimi, *Discussion of Leadership Theories as they Relate to Information Systems Leadership*, „Leadership & Organizational Management Journal” 2020, nr 2, s.1.

<sup>381</sup> R. Morris, M. Seemen, *The problem of Leadership: Inter-Dyscyplinarny Approach*, „American Journal of Sociology” 1956, s. 56.

<sup>382</sup> PN-EN ISO 9001:2015..., s. 12.

<sup>383</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne. DZ. Urz. Min. Zdr. 2015.67, s. 9.



- narzędzia motywowania pracowników,
- zasoby wewnętrzne tj. kapitał ludzki, infrastrukturalny, finansowy,
- wiarygodni partnerzy zewnętrzni.

W dyskusji nad pojęciem i rolą przywództwa w zarządzaniu jakością dominują dwa nurty. Pierwszy zakłada, że przywództwo opiera się na pewnych cechach, których nie można się nauczyć, a które osoby posiadają jako swego rodzaju cechy charakteru. Drugi nurt zakłada, że przywództwo to zespół wyuczonych umiejętności, które nabywa się wraz z doświadczeniem i zmianą otoczenia<sup>384</sup>. To od cech menedżerów oraz wynikających z nich stylów kierowania, zależy w dużym stopniu skuteczność realizacji przyjętej strategii projakościowej. Dlatego profesjonalizm menedżera wymaga, aby przyjął on postawy i zachowania adekwatne do otoczenia organizacji oraz wykazywał się on elastycznością, kompetencjami interpersonalnymi, informacyjnymi oraz decyzyjnymi. Od przywódców oczekuje się wizjonerstwa, innowacyjności, otwartości na zmiany oraz umiejętności wykorzystywania szans, które umożliwią skuteczne i efektywne działanie w różnych sytuacjach i w różnym otoczeniu, w których przychodzi im działać. To właśnie dynamiczne otoczenie, w jakim funkcjonują obecnie podmioty lecznicze coraz częściej zmusza zarządzających do zmiany stylu zarządzania. Najczęściej czynią to poprzez<sup>385</sup>:

- zmianę stylu zarządzania z hierarchicznego, mocno zindywidualizowanego, w kierunku stylu współdziałania polegającego na wspólnym rozwoju, autonomii i transparentności osiągniętych wyników,
- otwartość na innowacje, zwłaszcza w obszarze technologii medycznych poprzez propagowanie stylu kreatywnego zarządzania,
- wprowadzanie często radykalnych zmian organizacyjnych poprzez demonstrowanie elastycznego stylu zarządzania,
- orientację przedsiębiorczą polegającą na tworzeniu długoterminowej wizji i misji oraz stabilnych celów długo i średnioterminowych, z których wynikają cele krótkoterminowe.

Działania te powodują, że silne przywództwo ukierunkowane na cele, innowacje i osiągnięte wyniki musi posiadać konkretną koncepcję rozwoju. Co więcej, J. Welch uważa, że każdy przywódca powinien krytycznie oceniać to, co dzieje się w otoczeniu i z

---

<sup>384</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 51–83.

<sup>385</sup> S. Ostrowska, K. Burda-Świerz, *Rola lidera w zarządzaniu zmianą w publicznym podmiocie leczniczym*, w: *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, pod red. nauk. Ł. Sułkowski, R. Seliga, Difin, Warszawa 2012, s. 134–135.

wyprzedzeniem wychwytywać sygnały, które wskazują na możliwości pojawienia się szans czy zagrożeń<sup>386</sup>. Zachowania takie wymagają jednak zrozumienia kultury, w której realizowane są cele oraz otoczenia kulturowego, które na nie oddziałuje. S.R. Convey stoi na stanowisku, że przywódca powinien rozumieć własną kulturę i znać w niej swoje miejsce, łącznie z wartościami i różnicami w stosunku do innych kultur lub subkultur, z którymi przyjdzie mu współpracować<sup>387</sup>. Przywództwo jest bowiem nierozdzielnie związane z pracą w zespole. Dlatego przywódcy powinni posiadać umiejętność zarządzania zespołem pracowników. Warto także podkreślić, że w specyfice podmiotów leczniczych zespół czuje się pewniej i bezpieczniej, jeśli przywódca akceptuje prawo do popełniania błędów, potrafi wykorzystywać potencjał jej członków, a także pozwala na partycypację w podejmowaniu decyzji, m.in. w zakresie realizacji działań projakościowych<sup>388</sup>.

Uwarunkowania wewnętrzne zarządzania jakością kształtowane przez przywództwo można przedstawić również za pomocą pewnych zachowań i postaw, których wymaga się od projakościowych przywódców. Do takich zachowań należą m.in.<sup>389</sup>:

- kreatywność poprzez promowanie nowych rozwiązań (wizjonerstwo),
- innowacyjność i przedsiębiorcze działanie poprzez umiejętność dostosowania organizacji do potrzeb i pojawiających się szans,
- elastyczność poprzez otwartość na zmiany,
- zaangażowanie w sprawy jakości,
- motywacja,
- podejście systemowe i procesowe warunkujące osiągnięcie zaplanowanych celów,
- partnerstwo i praca zespołowa.

Istotnym, z punktu widzenia doskonalenia systemu zarządzania jakością staje się zatem odpowiedni dobór przywódcy, który determinowany jest stosowanym przez niego stylem kierowania. Styl kierowania, rozumiany jest jako charakterystyczny dla danej organizacji sposób organizowania i wykorzystywania posiadanych zasobów, a także jako sposób reagowania na zachodzące w otoczeniu zmiany<sup>390</sup>. Kwerenda literatury z zakresie

---

<sup>386</sup> J. Welch, *Winning znaczy zwyciężać*, Wydawnictwo Emka, Warszawa 2005, s. 146.

<sup>387</sup> A. Korombel, *Cechy skutecznego menedżera XXI wieku*, „Przegląd Organizacji” 2013, nr 11(83), s. 28.

<sup>388</sup> K. Levine, M. Carmody, K.J. Silk, *The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors*, „Journal of Nursing Management” 2020, nr 28(1), s. 131–132.

<sup>389</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 29–30.

<sup>390</sup> J. Penc, *Przedsiębiorczość firm*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa” 2002, nr 1, s. 27–38.

stylów zarządzania wskazuje, że najbardziej rozpowszechnionym w działalności leczniczej stylem zarządzania jest styl autokratyczny<sup>391</sup>. Sporadycznie pojawia się styl konsultacyjny czy partycypacyjny, który pod kątem wspierania projakościowego zarządzania wydaje się w większym stopniu wspierać tworzenie relacji. Wpływa także na większą kreatywność i innowacyjność stosowanych działań, na których oparte jest ciągle doskonalenie systemów zarządzania jakością<sup>392</sup>. Istotnym czynnikiem wpływającym na styl przywództwa w działalności leczniczej jest także profesjonalizm pracowników kształtowany poprzez wiedzę, kompetencje i umiejętności<sup>393</sup>.

Analizując przedstawione rozważania w tematyce przywództwa i stylów kierowania można uznać, że większość badaczy tego tematu ma podobne poglądy w zakresie realizacji polityki projakościowej oraz kształtowania kultury jakości w obszarze przywództwa. Podkreślają oni, że proces ten wymaga demonstrowania pewnych cech, które wiążą się z pełnym zaangażowaniem, umiejętnością pracy zespołowej, twórczym rozwiązywaniem konfliktów, otwartością na zmiany, zdolnością motywowania pracowników poprzez ich wsparcie i docenianie osiągnięć. Wszystko to prowadzi do wytworzenia stylu pobudzającego kreatywność i innowacyjność pracowników, dzięki któremu przywódcy są w stanie aktywnie kształtować kulturę jakości.

#### **2.4.2. Zaangażowanie i motywacja**

Zaangażowanie pracowników, obok aktywnego przywództwa, stylu kierowania, struktury organizacyjnej, dostępnych zasobów, stopnia zorientowania na potrzeby interesariuszy oraz kultury organizacyjnej należy do podstawowych kryteriów warunkujących możliwość osiągnięcia wysokiej jakości działań<sup>394</sup>. Jak wskazują S. Duncan i S. Oliver<sup>395</sup> oraz M.Z. Wiśniewska i P. Grudowski<sup>396</sup>, to właśnie

---

<sup>391</sup> A. Frączkiewicz-Wronka, *Diagnozowanie kultury organizacyjnej w podmiocie leczniczym - studium szpitala publicznego*, w: *Instrumentarium zarządzania publicznego*, pod red. nauk. B. Kożuch, Ł. Sułkowski, Difin, Warszawa 2015, s. 177–198; B. Buchelt, J. Jończyk; *Powiązania kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych*, „Zarządzanie Publiczne” 2017, nr 2(40), s. 54.

<sup>392</sup> T. Oleksyn, *Czynniki wspierające i osłabiające współpracę w przedsiębiorstwie*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2018, nr 30, s. 222–225.

<sup>393</sup> J.N. Malik, R.B. Mahmood, *Facilitating Corporate Entrepreneurship in Public Sector Higher Education Institutions. A Conceptual Model*, „Issues in Social and Environmental Accounting” 2012, vol. 6, nr 1(2), s. 38.

<sup>394</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 106.

<sup>395</sup> S. Duncan, S. Oliver, *Engagement for change*, „Research for All”, 2021, nr 5(21), s. 188–193.

<sup>396</sup> M.Z. Wiśniewska, P. Grudowski, *Kultura jakości...*, s. 106.

zaangażowanie w największym stopniu stymuluje wprowadzanie zmian i innowacji, od których zależą inne czynniki tj. orientacja na pracę zespołową, motywacja, komunikacja czy postawy wobec organizacji i stosowanych w niej systemów zarządzania<sup>397</sup>.

Zaangażowanie pracowników stanowi jedną z naczelných zasad zarządzania jakością i jednocześnie istotny determinant kultury jakości<sup>398</sup>. Koresponduje ono z postrzeganiem tego pojęcia w kategorii<sup>399</sup>:

- postaw (state engagement) określanych jako zadowolenie, satysfakcja, włączanie się, przyjmowanie zobowiązań itd.;
- zachowań (behavioral engagement) wiążących się z podejmowaniem dobrowolnego wysiłku wykraczającego poza formalne obowiązki,
- cech charakteru (trait engagement) określanych jako pozytywne podejście do życia i pracy, aktywność, autentyczność i sumienność w działaniu.

Warto zaznaczyć, że proces kształtowania się postaw pracowników rozpoczyna się już z pierwszym dniem zatrudnienia, kiedy to pracownik spotyka się z często z nowym zbiorem przekonań dotyczących wzajemnych obowiązków wynikających z nawiązania relacji pracodawca-pracownik tj. wynagrodzenie, szkolenia, możliwość zwiększania doświadczenia, rozwoju zawodowego<sup>400</sup>. S.L. Robinson i E.W. Morrison badając czynniki decydujące o wytworzeniu się wśród pracowników zachowań związanych ze wzmocnieniem tożsamości, czyli identyfikacji z organizacją, udowodnili pozytywny wpływ zaangażowania na postawy jej członków<sup>401</sup>. J. Victor i C. Hoole<sup>402</sup> oraz B.L. Rich i in.<sup>403</sup> zwracają uwagę na znaczenie motywacji i skutecznej komunikacji, która wzmacnia morale pracowników oraz w dużym stopniu wpływa na postawy i zachowania, a w szczególności na zdolność pobudzania u pracowników kreatywności i innowacyjności. Z kolei A. Stasiuk, powołując się na wyniki badań przeprowadzonych przez Institute for Employment Studies zaznacza, że do podstawowych czynników, jakie zwiększają zaangażowanie pracowników, w tym w funkcjonowanie i doskonalenie

---

<sup>397</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 106.

<sup>398</sup> PN-EN ISO 9001:2015..., s. 6–7.

<sup>399</sup> A. Misztal, M. Jasiulewicz-Kaczmarek, *Projektowanie...*, s. 48.

<sup>400</sup> A. Rogozińska-Pawelczyk, *Kształtowanie postawy zaangażowania organizacyjnego*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2014, nr 2(97) s. 33.

<sup>401</sup> S.L. Robinson, E.W. Morrison, *Psychological contract and OCB: The effect of unfulfilled obligation on civic virtue*, „Journal of Organizational Behavior” 1995, nr 16, s. 289–298.

<sup>402</sup> J. Victor, C. Hoole, *The influence of organisational rewards on workplace trust and work engagement* SA, „Journal of Human Resource Management” 2017, nr 15, s. 1–14.

<sup>403</sup> B.L. Rich, J.A. Lepine, E.R. Crawford, *Job engagement: Antecedents and effects on job performance*, „Academy of Management Journal” 2015, nr 53(3), s. 617–635.

systemu zarządzania jakością zalicza się także uczestnictwo i poczucie bycia docenianym<sup>404</sup>. J. Smythe określa to mianem sprawstwa, czyli przekonania, że jest się autorem lub współautorem danego działania i jego wyniku<sup>405</sup>. Nieco odmienne stanowisko reprezentuje R. McBain, który uważa, że w kształtowaniu zaangażowania pracowników kluczową rolę odgrywają trzy grupy elementów: kultura organizacyjna, stosunek aktywności zawodowej pracowników do życia osobistego oraz profesjonalne zarządzanie i przywództwo, które wyznaczają umiejętności przywódcze kadry menedżerskiej i sposób komunikacji z podwładnymi<sup>406</sup>. Podejście to mocno koresponduje z innymi wewnętrznymi uwarunkowaniami zarządzania jakością, które pośrednio lub bezpośrednio wynikają z poziomu zadowolenia pracowników.

Osiągnięcie satysfakcji jest ważnym efektem skutecznej motywacji, ale także czynnikiem motywacyjnym. Potwierdza to W.R. Griffin, który uważa, że zachowania pracowników wynikają z jednej strony z warunków pracy, z drugiej z czynników motywujących<sup>407</sup>. Motywowanie według S. Borkowskiej to proces celowego i świadomego oddziaływania na motywy postępowania ludzi poprzez stworzenie możliwości realizacji ich systemu wartości dla osiągnięcia celów<sup>408</sup>. To także element zarządzania, który polega na takim wykorzystywaniu mechanizmów motywacji, aby zapewniały one zaangażowanie wszystkich pracowników na rzecz sukcesu organizacji oraz zachęcały do podnoszenia kwalifikacji i osiągania satysfakcji z pracy.

Tradycyjne ujęcie pojęcia motywacji przedstawia szkoła naukowa organizacji F. Taylora. Opiera się ona na stosowaniu środków motywacyjnych tj. przymus i strach lub bardziej humanistycznych tj. perswazja i zachęty. F. Taylor jako przedstawiciel nurtu ekonomicznego uważał, że najlepszym środkiem motywacji są pieniądze. Podobnie myślał F. Herzberg uważając, że chcąc skutecznie motywować ludzi do pracy należy poprawić lub usunąć czynniki wpływające na niezadowolenie i wzmocnić te wywołujące zadowolenie. Warunki pracy, płaca oraz bezpieczeństwo, a także poczucie uznania, szacunek i awans zawodowy wymieniał on jako główne czynniki motywujące człowieka do działania. Stąd też aspektem warunkującym aktywne zaangażowanie w systemach zarządzania jakością jest stosowanie w organizacji odpowiednich systemów

---

<sup>404</sup> A. Stasiuk, *Rola społecznego środowiska pracy w budowaniu zaangażowania pracowników*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2012, nr 58, s. 76.

<sup>405</sup> J. Smythe, *CEO - dyrektor do spraw zaangażowania*, Wolters Kluwer, Kraków 2009, s. 238.

<sup>406</sup> R. McBain, *The practice of engagement: Research into current employee engagement practice*, „Strategic HR Review” 2007, s. 24.

<sup>407</sup> W.R. Griffin, *Podstawy zarządzania...*, s. 465.

<sup>408</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2012, s. 43.

motywowania, wśród których można wymienić zarówno czynniki płacowe, jak i pozapłacowe<sup>409</sup>. Wśród czynników płacowych wynagrodzenie stanowi główne narzędzie motywowania. Jest to obligatoryjna zapłata za pracę podporządkowaną, świadczoną na rzecz pracodawcy w ramach stosunku pracy. Powinno ono wynikać z celów i strategii organizacji, gdyż wraz ze zmianą otoczenia i oczekiwaniami pracowników może ono ulegać zmianom<sup>410</sup>. Wśród czynników pozapłacowych wykorzystywanych w praktyce zarządzania organizacją na szczególną uwagę zasługują: świadczenia rzeczowe, rozwój pracowników, awansowanie, partycypacja w zarządzaniu, elastyczny czas pracy, sprawna komunikacja, obowiązujące standardy pracy oraz kultura organizacyjna. Zapewniają one korzystny klimat psychospołeczny, dobre stosunki międzyludzkie, kontakt z kierownictwem czy łatwiejsze dzielenie się wiedzą i informacjami, co korzystnie wpływa na jakościowe zarządzanie.

W systemach zarządzania jakością istnieje jeszcze jeden kluczowy czynnik warunkujący zaangażowanie pracowników, którym jest efektywność pracy zespołów<sup>411</sup>. Wynika ona z konieczności odgrywania często nowych ról i podejmowania nowych zadań w ramach projektowania polityki jakościowej organizacji. Na to natomiast ma wpływ kształt struktury organizacyjnej, która może w większym bądź mniejszym stopniu wspierać ów zaangażowanie i postawy demonstrowane w tym obszarze.

Reasumując teoretyczne rozważania podejmowane w niniejszym podrozdziale można zauważyć, że wielu naukowców zwraca uwagę na różne aspekty zaangażowania i motywacji w kształtowaniu praktyk zarządzania jakością. Na szczególną uwagę zasługują aspekty związane z postawą wobec zarządzania jakością, stosunek do systemów jakości oraz mierniki satysfakcji - wpływające na skuteczność i efektywność pracy zespołów ludzkich. Nie bez znaczenia są również: sprawna komunikacja, kultura organizacyjna i odpowiednie przywództwo, które często warunkują stopień zaangażowania i motywację do działania.

### 2.4.3. Struktura organizacyjna

---

<sup>409</sup> E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia...*, s. 186.

<sup>410</sup> S. Borkowska, *Skuteczne strategie wynagrodzeń...*, s. 43–48.

<sup>411</sup> O. Nazir, J.U. Islam, *Enhancing organizational commitment and employee performance through employee engagement*, „South Asian Journal of Business Studies” 2017, vol. 6, nr 1, s. 98–114.

<sup>411</sup> S. Liu [i in.], *The Influence of Individual and Team Mindfulness on Work Engagement*, „Frontiers in Psychology” 2020, s. 10.

Struktura organizacyjna jest podstawową formą kształtowania porządku organizacyjnego i jednym z kluczowych elementów określających miejsce członków organizacji i podział ich zadań. Pełni także rolę spoiwa w zakresie kreowania wzorców zachowań wobec osób pełniących odmienne funkcje organizacyjne<sup>412</sup>. M. Carpenter utożsamia strukturę organizacyjną z formalną hierarchią władzy<sup>413</sup>. Z kolei F.E. Kast i J.E. Rosenzweig opowiadają się za bardziej społecznym jej charakterem, mianowicie jako konstrukcji określającej relacje zachodzące pomiędzy częściami organizacji. Podobnie strukturę organizacyjną rozumieją J. March i H. Simon, którzy definiują ją w charakterze wzorców zachowań członków organizacji względem siebie, minimalizujących dowolność i nieprzewidywalność zachowań organizacyjnych<sup>414</sup>.

W literaturze przedmiotu, struktura organizacyjna określana jest poprzez wymiary, które mogą odnosić się do<sup>415</sup>:

- kształtu kultury organizacyjnej (wymiar konfiguracji),
- umiejscowienia w strukturze uprawnień decyzyjnych (wymiar centralizacji),
- podziału pracy, obowiązków i zadań (wymiar specjalizacji),
- ustandaryzowanych sposobów postępowania wyrażonych procedurami organizacyjnymi (wymiar standaryzacji),
- dokładności i skrupulatności dokumentowania działań (wymiar formalizacji).

Powyższe wymiary mają istotny wpływ na projektowanie struktur organizacyjnych, które łącznie określają jej wymiary strukturalne tj. hierarchizację władzy oraz relacje pomiędzy członkami organizacji. V.A. Thompson w swoich badaniach stwierdził, że organizacje mniej hierarchiczne są bardziej innowacyjne i przystosowane do zmian, tym samym bardziej projakościowe oraz w większym stopniu zależą od struktury realizowanych zadań, aniżeli strategicznych założeń organizacji<sup>416</sup>. Do hierarchizacji struktury bardzo zbliżone jest pojęcie formalizacji działań, które

---

<sup>412</sup> K. Mreła: *Struktury organizacyjne. Analiza wielowymiarowa*, w: *Myślenie systemowe jako czynnik strukturotwórczy. Struktura Organizacyjna - Pojęcie, Funkcje, Cechy*, pod red. nauk. M. Hopej-Kamińska, „Zeszyty Naukowe WSOWL” 2014, nr 3(173), s. 205.

<sup>413</sup> K. Kocurek, *Klasyczne i współczesne struktury organizacyjne oraz ich wpływ na zarządzanie przedsiębiorstwem*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Informatyki w Krakowie” 2010, nr 6 s. 84.

<sup>414</sup> K. Mreła, *Struktury organizacyjne...*, s. 36.

<sup>415</sup> Tamże, s. 32.

<sup>416</sup> V.A. Thompson, *Bureaucracy and Innovation*, „Administrative Science Quarterly” 1965, nr 10(1), s. 1–20.

oznacza nacisk na zasady, nakazy i procedury działania<sup>417</sup>. R.H. Hall określił formalizację jako stopień, w ramach którego w organizacji są udokumentowane procedury, opisy stanowisk, przepisy i instrukcje<sup>418</sup>. Do podstawowych zadań, które ma realizować formalizacja można zatem zaliczyć ograniczenie swobody zachowań członków organizacji, co z punktu widzenia zasad zarządzania jakością jest sprzeczne z ideą zaangażowania i ciągłego doskonalenia<sup>419</sup>.

Obecnie, zarówno w praktyce działalności podmiotów leczniczych, jak i w literaturze przedmiotu, obserwuje się konieczność uelastycznienia struktury organizacyjnej z uwagi na wzrastającą dynamikę zmian w otoczeniu<sup>420</sup>. Wysoki poziom elastyczności struktur organizacyjnych warunkuje podatność na zmiany, co w kontekście systemów zarządzania jakością wpisuje się w wymaganie konieczności utrzymania systemów adekwatnych do wymagań stron zainteresowanych i zmian kontekstu organizacji<sup>421</sup>. Elastyczność wpływa także na działania poszczególnych członków organizacji umożliwiając im osiągnięcie wyznaczonych celów<sup>422</sup>. Z drugiej strony reagowanie na zmiany zachodzące w działalności podmiotów leczniczych jest stosunkowo trudne, na skutek wysokiego stopnia zbiurokratyzowania tych organizacji, czyli dominacji zasad modelu biurokracji M. Webera. W modelu tym, nacisk położony jest głównie na dokładność, przejrzystość, regularność, niezawodność i efektywność, które osiągane są przez stworzenie szczegółowego podziału zadań, hierarchiczny system nadzoru czy skrupulatnie określone sposoby postępowania<sup>423</sup>. Z punktu widzenia uwarunkowań dojrzałości systemów zarządzania jakością formalizacja i biurokracja nie są zjawiskiem nowym i negatywnym. Wynika to z faktu, iż fundament zarządzania jakością oparty jest na dokumentowaniu działań, które same w sobie wiążą się z dużym stopniem biurokratyzacji.

Analiza tematyki dotyczącej struktury organizacyjnej jako wewnętrznego uwarunkowania zarządzania jakością pozwala stwierdzić, że wraz z nowelizacją normy ISO 9001 w 2015 r. ograniczono w nieznacznym stopniu formalizację działań,

---

<sup>417</sup> J.L. Pierce, A.L. Delbecq, *Organizations structure. Individual Attitudes and Innovation*, „Academy of Management Review” 1977, vol. 2, nr 1, s. 27–37.

<sup>418</sup> J.N. Malik, R.B. Mahmood, *Facilitating Corporate...*, s. 37.

<sup>419</sup> A. Nalepka, *Metodyka diagnozy struktury organizacyjnej firmy*, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, Kraków 1995, s. 9.

<sup>420</sup> A. Sakalas, R. Venskus, *Interaction of learning organization and organizational structure*, „Engineering Economics” 2007, vol. 3, nr 53, s. 65–70.

<sup>421</sup> PN-EN ISO 9001:2015..., s. 10–11.

<sup>422</sup> A. Sobczak, *Struktury organizacyjne*, w: *Zarządzanie, Teoria i praktyka*, pod red. nauk. A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, PWN, Warszawa 2004, s. 307.

<sup>423</sup> G. Morgan, *Obrazy organizacji*, PWN, Warszawa 1997, s. 23.



uzależniając stopień udokumentowania nie od wymagań normatywnych, lecz od wyników analizy ryzyka. Mimo to w dalszym ciągu systemy zarządzania jakością uchodzą w literaturze za systemy mocno sformalizowane. Dlatego struktury projakościowe winny dążyć do zwiększania ich elastyczności zarówno w obszarze usprawnienia procesów, delegowania zadań, przekazywania praw do podjęcia decyzji czy zapewnienia większej autonomii pracowników. Warto mieć także na uwadze fakt, że systemy zarządzania jakością oparte są głównie na strukturze procesowej, która sprzyja wykształceniu wewnętrznych relacji pomiędzy członkami organizacji oraz optymalizacji funkcjonowania procesów. Stąd też w dojrzałych systemach zarządzania jakością wspomniane struktury organizacyjne powinny ze sobą współgrać i wzajemnie się integrować oraz stwarzać możliwości zapewnienia odpowiedniej reakcji na pojawiające się zagrożenia<sup>424</sup>. Wymaga to jednak odpowiedniej orientacji na zmianę i umiejętności szybkiego dostosowywania się do zmieniającego otoczenia, co bez wykształcenia odpowiednich praktyk w tym zakresie i zapewnienia odpowiednich zasobów utrudnia skuteczne zarządzanie jakością.

#### **2.4.4. Zasoby**

Sprawne funkcjonowanie organizacji, w tym systemów zarządzania jakością uzależnione jest w dużej mierze od posiadanych zasobów i sposobu ich wykorzystania. W ogólnym ujęciu przez zasoby rozumie się to, co przyczynia się do realizacji celów organizacji, przy czym zasoby te mogą występować jako finansowe (środki finansowe), rzeczowe (sprzęt i infrastruktura), ludzkie (kapitał ludzki i kompetencje), organizacyjne (procesy warunkujące funkcjonowanie organizacji) oraz relacyjne (relacja z otoczeniem)<sup>425</sup>. J. Barney dokonując podziału zasobów na trzy kategorie wyróżnił: kapitał fizyczny, ludzki i organizacyjny<sup>426</sup>. J. Rokita rozszerzając te kategorie uwzględnił dodatkowo zasoby finansowe, ale także zasoby perceptualne, polityczne i wiedzę<sup>427</sup>. W literaturze przedmiotu badacze powołują się także na zasoby tj.: przywództwo, technologia, kultura organizacyjna, doświadczenie i umiejętności kadry zarządzającej, przedsiębiorczość,

---

<sup>424</sup> P. Grajewski, *Procesowe zarządzanie organizacją*, PWE, Warszawa 2013, s. 23.

<sup>425</sup> M. Bratnicki, *Kompetencje przedsiębiorstwa, Od określenia kompetencji do zbudowania strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000, s. 50–52.

<sup>426</sup> J. Barney, *Firm resources and sustained competitive advantage*, „In International Business Strategy” 2015, s. 297–315.

<sup>427</sup> J. Rokita, *Zarządzanie strategiczne: tworzenie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 2005, s. 140.

know-how oraz relacje gospodarcze z innymi organizacjami<sup>428</sup>. Według B. Czerniachowicza kluczowe zasoby, którymi dysponuje organizacja to składniki kapitału ludzkiego i intelektualnego oraz styl kierowania związany z zapewnieniem zasobów zarówno na poziomie rzeczowym, finansowym, ludzkim jak i organizacyjnym<sup>429</sup>. Norma ISO 9001 w punkcie 7.1 – poświęconym zasobom definiuje je w kategoriach: zasobów ludzkich, infrastruktury, środowiska realizacji procesów, zasobów do monitorowania i pomiarów<sup>430</sup>. Natomiast w pkt 5.1. ISO 9001:2015 zobowiązuje się kierownictwo do zapewnienia zasobów, w celu osiągnięcia większej skuteczności i efektywności systemu zarządzania jakością<sup>431</sup>. Standardy akredytacyjne CMJ koncentrują się z kolei na<sup>432</sup>:

- zasobach ludzkich, zapewnieniu odpowiedniej liczby i kwalifikacji zatrudnionych oraz skutecznym zarządzaniu personelem,
- zasobach informacyjnych, gromadzeniu danych, sposobu ich przetwarzania, zarządzania, udostępniania oraz zabezpieczenia,
- zasobach środowiska opieki, zapewniających dostęp i sprawność urządzeń medycznych i ich prawidłową konserwację.

Powyższe rozważania wskazują, że w literaturze przedmiotu występuje wiele definicji i typologii charakteryzujących zasoby, które mają bezpośrednie odniesienie do podmiotów leczniczych i zarządzania jakością. Najbardziej popularną typologię stanowi podejście zasobowe zwane jako zasobowa teoria organizacji (*Resource Based View*)<sup>433</sup>. J. Barney za kluczowe zasoby uważa te, które są w stanie spełnić cztery warunki tj. posiadają wartość dla organizacji, dostęp do nich jest ograniczony, są trudne do skopiowania oraz trudno je zastąpić zasobem o podobnej wartości<sup>434</sup>. W kontekście typologii zasobów oraz składników je kształtujących odpowiednie podziały przedstawiono w tabeli 31.

Tabela 31. Typologie zasobów

<sup>428</sup> P.G. Greene, T.E. Brown, *Resource needs and the dynamic capitalism typology*, „Journal of Business Venturing” 1997, vol. 12(3), s. 161–173.

<sup>429</sup> B. Czerniachowicz, *Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w podejściu zasobowym na podstawie firmy „a”* „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2012, nr 25, s. 287–302.

<sup>430</sup> PN-EN ISO 9001:2015..., s. 15.

<sup>431</sup> Tamże, s. 12.

<sup>432</sup> E. Dudzik-Urbaniak [i in.], *Zestaw standardów akredytacyjnych - Szpitale*, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009, s. 123–150.

<sup>433</sup> A. Zakrzewska-Bielawska, *Zasobowe uwarunkowania kompetycji w przedsiębiorstwach high-tech*, „Przegląd Organizacji” 2013, nr 2, s. 3.

<sup>434</sup> J. Barney, *Firm resources and sustained...*, s. 99–120.

Typy zasobów	Składniki zasobu
Rzeczowe	Infrastruktura, sprzęt, systemy informatyczne.
Maturalne	Środki finansowe, zadłużenie, płynność finansowa.
Intelektualne	Licencje, prawa autorskie.
Organizacyjne	Kultura i struktura organizacyjna, systemy i metody zarządzania.
Ludzkie	Kompetencje, kwalifikacje, kreatywność, potencjał pracowników.
Relacyjne	Relacje formalne i nieformalne pomiędzy pracownikami.
Kulturowe i społeczne	Motywacja, lojalność, zaufanie, zaangażowanie, otwartość na zmiany, elastyczność.
Pozycyjne	Reputacja organizacji, lojalność klientów.

Źródło: I. Otola, A. Tylec, *Elastyczność zasobów przedsiębiorstwa w kontekście posiadanych zasobów*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu”, 2017, nr 463, s. 99

Analizując typy zasobów przedstawionych w tabeli 31 z punktu widzenia sprawności i osiągania dojrzałości jakościowej, źródeł sukcesu winno doszukiwać się w kapitale ludzkim, rzeczowym, organizacyjnym i finansowym<sup>435</sup>. Zasoby te pozwalają w największym stopniu na pozyskanie i przetworzenie informacji, które następnie stają się przedmiotem działań koncepcyjno-decyzyjnych warunkującym sprawne zarządzanie jakością w podmiotach leczniczych.

Kapitał ludzki w działalności leczniczej postrzegany jest jako najważniejszy zasób organizacji. To od potencjału pracowników, ich wiedzy, umiejętności, doświadczeń, uzależniona jest jakość świadczonych usług oraz funkcjonowanie organizacji. Wymaga on wsparcia ze strony zasobów rzeczowych umożliwiających zapewnienie właściwego środowiska pracy, sprzętu, technologii, aby w pełni można było wykorzystywać potencjał do realizowania powierzonych obowiązków. Na jakość środowiska pracy w kontekście zasobów organizacyjnych wpływają także składniki o charakterze fizycznym, społecznym i psychologicznym. Zatem wzrost dojrzałości kapitału ludzkiego można uznać za odpowiedni, kiedy środowisko pracy jest bezpieczne i ergonomiczne<sup>436</sup>. A. Szejniuk wskazuje, że najważniejszym składnikiem zasobu ludzkiego są wiedza, umiejętności, postawy, wartości i motywacja, wskazując tym samym na bardzo istotny wpływ aspektów społecznych w teorii zasobowej<sup>437</sup>. Elementem, który scala zasoby wspierające projakościowe zarządzanie są zasoby

<sup>435</sup> M. Bugdol, *Systemy zarządzania jakością według normy ISO 9001:2015*, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2018, s. 64.

<sup>436</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 104–105.

<sup>437</sup> A. Szejniuk, *Rola zasobów ludzkich w strategicznym zarządzaniu organizacją*, „Journal of Modern Science” 2017, nr 32(1), s. 34.

finansowe. Bez ich udziału bardzo trudno byłoby zapewnić dostępność innych zasobów. Stąd też z punktu widzenia dojrzałości systemu zarządzania jakością bardzo duże znaczenie posiada sytuacja finansowa organizacji, a także sposób wykorzystania zasobów. Zatem organizacje powinny odpowiednio organizować i eksploatować zasoby, bowiem osiągnięcie wyższego poziomu dojrzałości jakościowej uwarunkowane jest m.in. innowacyjnością stosowanych rozwiązań i technologii, a także odpowiednim sposobem alokacji zasobów.

Reasumując powyższe rozważania można dojść do wniosku, że zasoby odgrywają kluczową rolę w praktyce zarządzania jakością. Analiza literatury przedmiotu wskazuje jednak, iż nie jest istotne, jakie zasoby są wykorzystywane, ale jak są one wykorzystywane. Stąd też realizowana praktyka zarządzania jakością w znacznej mierze zależeć będzie od kompetencji i umiejętności kapitału ludzkiego do upowszechniania nowych rozwiązań, jak również od efektywności gospodarowania posiadanymi zasobami.

#### **2.4.5. Orientacja na potrzeby klientów – pacjentów**

Rozpatrując zagadnienie praktyk systemu zarządzania jakością należy zwrócić szczególną uwagę na kwestię orientacji na potrzeby klientów (pacjentów), które dla podmiotów leczniczych są jednym z kluczowych warunków osiągnięcia sukcesu. Jakość usług medycznych jest cechą, która decyduje o skuteczności diagnostyki i leczenia, a także o pozycji konkurencyjnej jednostki na tle innych podmiotów. Postrzeganie orientacji na pacjenta w kontekście technicznym w działalności leczniczej jest ważnym aspektem projakościowego zarządzania. Wynika to z faktu, iż pacjent, nie będąc profesjonalistą medycznym, sam często nie jest w stanie rzetelnie ocenić wyposażenia, niezawodności świadczeń, ich kompleksowości czy sposobu i czasu reakcji. Z punktu widzenia pacjenta bardzo często jednak kluczowe znaczenie odgrywają czynniki finansowe, które powinny być dla niego osiągalne i akceptowalne<sup>438</sup>.

Standardy akredytacyjne wśród głównych elementów decydujących o orientacji podmiotu leczniczego na pacjenta wymieniają: jakość, bezpieczeństwo, dostępność, kompleksowość usług, a także równość w dostępie do świadczeń<sup>439</sup>. Ważnym jest również, aby zorientowanie na pacjenta nie przekraczało jego potrzeb, gdyż odchylenia w tym zakresie

---

<sup>438</sup> M. Bembnowska, J. Joško-Ochojska, *Zarządzanie jakością...*, s. 457–462.

<sup>439</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów..., s. 6.

mogą oddziaływać zarówno pozytywnie, jak i negatywnie na stosunek do oferowanej usługi. Istotnym jest zatem, aby rozpoznać potrzeby pacjenta już na samym początku. Zewnętrzne systemy zarządzania w ramach swoich wymagań zobowiązują podmioty lecznicze do takiego określenia wartości oczekiwanej usługi, aby w pełni odpowiadała ona oczekiwaniom pacjenta<sup>440</sup>. Takie podejście wpisuje się w zasady zarządzania jakością, wśród których orientacja na klienta jest na pierwszym miejscu<sup>441</sup>, a spełnienie potrzeb i oczekiwań kluczowym elementem podejścia procesowego<sup>442</sup>.

Grupą osób, na które zgodnie z pkt 4.2 normy ISO 9001 winien być zorientowany podmiot leczniczy są szeroko pojęci interesariusze, do których oprócz pacjentów należeć mogą m.in. pracownicy, płatnicy, dostawcy, organy założycielskie, podwykonawcy, jednostki kontrolne, instytucje stanowiące prawo, społeczność lokalna, towarzystwa medyczne czy ubezpieczyciele. R.E. Freeman definiuje interesariuszy jako każdą grupę lub jednostkę, na którą organizacja wpływa lub która wywiera wpływ na osiągnięcie celów organizacji<sup>443</sup>.

Zgodnie z wymaganiami normy ISO 9001, każda organizacja zobowiązana jest także do zapewnienia zdolności do stałego dostarczania wyrobów lub usług spełniających wymagania interesariuszy<sup>444</sup>. Z kolei zgodnie z teorią interesariuszy, niezbędne jest określenie oczekiwań, zachowań oraz relacji pomiędzy interesariuszami pod kątem ich wpływu na cele organizacji i jej sprawne działanie. Stąd też, orientacja na interesariuszy (w tym pacjentów) stanowi jeden z kluczowych elementów decydujących o dojrzałości zarządzania jakością<sup>445</sup>.

Podsumowując rozważania podejmowane w niniejszym podrozdziale, można je skonkludować wynikami badań prowadzonymi przez J.S. Harrisona. Zgodnie z nimi organizacje, które potrafią dzielić się z interesariuszami (klientami – pacjentami) odnoszonymi korzyściami, a także aktywnie angażują ich w podejmowanie strategicznych decyzji, osiągają lepszą pozycję konkurencyjną, większą wydajność oraz odnotowują wyższy poziom innowacyjności, co łącznie wpływa na wyższy poziom dojrzałości jakościowej<sup>446</sup>.

---

<sup>440</sup> K. Firlej, *Warunki sprawności funkcjonowania systemu zarządzania jakością w placówkach sektora ochrony zdrowia*, „Współczesne Zarządzanie” 2007, nr 3, s. 5–6.

<sup>441</sup> PN-EN ISO 9001:2015..., s. 6.

<sup>442</sup> A. Szkiel, *Orientacja na klienta w wymaganiach normy ISO 9001:2015*, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 3, s. 86–92.

<sup>443</sup> R.E. Freeman, *Strategic management: A stakeholder approach*, Pitman, Boston 2014, s. 5.

<sup>444</sup> PN-EN ISO 9001:2015..., s. 11.

<sup>445</sup> A. Frączkiewicz-Wronka, *Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną*, Wydawnictwo Śląsk, 2012, s. 10.

<sup>446</sup> E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia...*, s. 45.

## ROZDZIAŁ 3. DOJRZAŁOŚĆ JAKOŚCIOWA

### 3.1. Podstawy teoretyczne. Wymiary i cechy organizacji dojrzałej jakościowo

Analiza literatury krajowej oraz międzynarodowej wskazuje, że problematyka dojrzałości organizacyjnej jest częstym obszarem badań w ujęciu procesowym, jak i jakościowym, które są charakterystyczne dla znormalizowanych systemów zarządzania jakością. W obszarze procesowym badania w tym obszarze prowadzili m.in.: R. Brajer-Marczak<sup>447</sup>, B. Detyna<sup>448</sup>, B.T. Kalinowski<sup>449</sup> oraz J. Kenny<sup>450</sup> i A. Tarhan i in.<sup>451</sup>. Z kolei w obszarze jakościowym m.in.: U. Kobylińska<sup>452</sup>, A. Ludwiczak<sup>453</sup> oraz M.T. Christiansson i A. Van Looy<sup>454</sup>. Analizując czynniki wpływające na dojrzałość organizacji oraz cechy ją kształtujące zauważyli oni, że stopień dojrzałości organizacyjnej stanowi jeden z kluczowych ograniczeń skuteczności, efektywności oraz osiągania wysokiej doskonałości jakościowej organizacji. Z wynikami tych badań zgadza się również E. Skrzypek potwierdzając istnienie istotnych zależności występujących pomiędzy dojrzałością jakościową, a efektywnością ekonomiczną<sup>455</sup>.

W literaturze przedmiotu pojęciem dojrzałości określa się stopień doskonałości w osiągnięciu pełni rozwoju, gotowości i umiejętności do podejmowania określonych zadań, co sprawia, że organizacja jest świadoma swoich ograniczeń i skłonna do ich wyeliminowania<sup>456</sup>. E. Skrzypek dojrzałość jakościową definiuje jako umiejętność

---

<sup>447</sup> R. Brajer-Marczak, *Dojrzałość procesowa przedsiębiorstw do doskonalenia z perspektywy zdolności organizacji*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 367, s. 264–274.

<sup>448</sup> B. Detyna, *Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2020, s. 23–92.

<sup>449</sup> B.T. Kalinowski, *Dojrzałość procesowa, a wyniki organizacji*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 463, s. 171–182.

<sup>450</sup> J. Kenny, *Strategy and the learning organization: a maturity model for the formation of strategy*, „The Learning Organization” 2006, nr 13, s. 353–368.

<sup>451</sup> A. Tarhan, O. Turetkan, H.A. Reijers, *Business process maturity models: A systematic literature review*, „Information and Software Technology” 2016, vol. 75, s. 122–134.

<sup>452</sup> U. Kobylińska, *Ewolucja czy rewolucja...*, s. 205–216.

<sup>453</sup> A. Ludwiczak, *Pozyskiwanie informacji od klienta w kształtowaniu jakości usług zdrowotnych w ujęciu procesowym*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2014, nr 463, s. 204–215.

<sup>454</sup> M.T. Christiansson, A. Van Looy, *Business process management forum*, w: *Business Process Management Conference Business Process Management Forum*, pod red. nauk. J. Carmona, G. Engels, A. Kumar, Springer Cham, 2017, s. 10–15.

<sup>455</sup> E. Skrzypek, *Dojrzałość organizacji i jej wpływ na doskonalenie zarządzania przedsiębiorstwem*, „Problemy Jakości” 2014, nr 11, s. 8–10.

<sup>456</sup> S. Adamczyk, *Ocena poziomu dojrzałości jakościowej przedsiębiorstwa*, „Nauki Ekonomiczne” 2018, t. 28, s. 343.

stosowania różnych narzędzi i technik zarządzania jakością<sup>457</sup>. W podobny sposób wypowiada się R. Haffer<sup>458</sup> oraz K. Hyś<sup>459</sup>, którzy opisują ją jako stopień uwzględnienia systemów zarządzania jakością, narzędzi optymalizacji jakości czy technologii informatycznych w strategii biznesowej. Dzięki osiągnięciu wysokiego poziomu dojrzałości, pracownicy na różnych szczeblach organizacji potrafią zarządzać zidentyfikowanymi procesami w sposób powtarzalny, skuteczny i efektywny, przyczyniając się tym do doskonalenia i osiągnięcia wysokiej jakości. Według W. Łukasińskiego idea dojrzałości posiada swoje korzenie w systemowym podejściu do jakości, zgodnie z którym system powinien być nie tylko skuteczny, ale i efektywny<sup>460</sup>. Dlatego istota dojrzałości jakościowej tkwi w elementach składowych systemów zarządzania jakością, które łącząc się ze sobą i wzajemnie uzupełniając kształtują odpowiedni jej poziom. Wśród najczęściej badanych aspektów kształtujących poziom dojrzałości jakościowej wyróżnia się:

- stopień wdrożenia (formalizacji) systemów zarządzania jakością wg norm ISO<sup>461</sup>,
- stopień stosowania w praktyce koncepcji, zasad, metod, narzędzi i technik zarządzania jakością<sup>462</sup>,
- sposób standaryzacji i doskonalenia procesów<sup>463</sup>,
- system motywacyjny, rozwój pracowników, wiedzę i świadomość<sup>464</sup>,
- stopień efektywności i skuteczności procesów<sup>465</sup>,
- uwzględnienie wizji, misji oraz kultury organizacyjnej w celach strategicznych<sup>466</sup>.

Badania prowadzone w obszarze dojrzałości jakościowej pozwoliły m.in. na opisanie cech charakteryzujących organizacje dojrzałe jakościowo, wśród których szczególnie wyróżnia się<sup>467</sup>:

---

<sup>457</sup> E. Skrzypek, *Dojrzałość jakościowa a wyniki przedsiębiorstw zorientowanych projakościowo*, Difin, Warszawa 2013, s. 25.

<sup>458</sup> R. Haffer, *Samooceńca i pomiar wyników działalności w systemach zarządzania przedsiębiorstwem*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2011, s. 45.

<sup>459</sup> K. Hyś, *Wybrane modele dojrzałości systemu...*, s. 176–184.

<sup>460</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 98.

<sup>461</sup> A. Czerw, U. Religioni, D. Olejniczak, *Metody pomiaru oraz oceny jakości...*, s. 269–273.

<sup>462</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 131–140.

<sup>463</sup> W. Huszlak, A. Skrzypek, *Dojrzałość i doskonalenie organizacji*, „Bezpieczeństwo, Teoria i Praktyka” 2019, nr 37(4), s. 209–215.

<sup>464</sup> A. Wąsowska, *Zarządzanie wiedzą w organizacjach pożytku publicznego czynnikiem ich sukcesu*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2018, nr 31, s. 282–293.

<sup>465</sup> M. Hożej [i in.], *Kultura i prostota struktur organizacyjnych*, „Organizacja i Kierowanie” 2017, nr 4A, s. 34–46.

<sup>466</sup> E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia...*, s. 58–74.

<sup>467</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 140–142.

- zorientowanie na jakość sprawowanego przywództwa i relacji z interesariuszami,
- skuteczność i efektywność realizacji celów,
- optymalizację wykorzystania zasobów,
- kompetencje w zakresie doskonalenia jakości usług,
- właściwości wytwarzanych produktów i usług,
- energochłonność i materiałochłonność procesów.

Cechy te S.J. Wu, S.A. Melnyk i B.B. Flynn uzupełnili dodatkowo o:<sup>468</sup>

- doskonalenie operacyjne (umiejętności i doświadczenie pozwalające wpływać na poprawę jakości),
- innowacje operacyjne (tworzenie nowych rozwiązań wpływających na osiąganę wyniki),
- dostosowanie operacyjne (wykorzystanie wiedzy i umiejętności do rozwoju procesów),
- współdziałanie operacyjne (tworzenie i utrzymanie relacji i komunikacji),
- reagowanie operacyjne (wykorzystanie kompetencji, procesów, doświadczeń do wdrażania zmian),
- rekonfigurowanie operacyjne (transformacja i asymilacja do zmieniającego się otoczenia).

Uwzględniając powyższe cechy można przyjąć, że dojrzałość jakościowa oznacza, iż organizacja potrafi zarządzać zidentyfikowanymi procesami w taki sposób, aby zapewnić przewagę konkurencyjną. Tym samym umożliwia większą dostępność do wymaganych zasobów, informacji i wiedzy, pozwalających na efektywne realizowanie celów. To z kolei wymaga wypracowania kompetencji warunkujących doskonalenie jakości oraz odpowiednich wartości, postaw i zachowań pozwalających przekształcić je w powszechną praktykę. Tym samym istota dojrzałości jakościowej wiąże się nie tylko z technicznymi i systemowymi aspektami zarządzania jakością, ale również z potrzebami społecznymi i możliwościami, jakie stwarza otoczenie wewnętrzne i zewnętrzne organizacji<sup>469</sup>.

W. Łukasiński w swoich badaniach udowadnia, że organizacja dojrzała jakościowo funkcjonuje skutecznie i efektywnie oraz jest zdolna do osiągnięcia trwałego sukcesu wyłącznie wtedy, kiedy jest kształtowana na różnych poziomach, zarówno

<sup>468</sup> S.J. Wu, S.A. Melnyk, B.B. Flynn, *Operational capabilities: The secret ingredient*, „Decisions Sciences” 2010, vol. 41, s. 721–753.

<sup>469</sup> F. Wilson, *The Quality maturity model: your roadmap...*, s. 258–267.



zarządczo-organizacyjnym, techniczno-technologicznym, społeczno-kulturowym oraz ekonomicznym<sup>470</sup>. Takie podejście wymaga uwzględnienia w działalności organizacji odpowiednich cech organizacji dojrzałej jakościowo, których wybrane przykłady przedstawiono w tabeli 32. Są one zorientowane na osiąganie skuteczności, efektywności i doskonałości, czyli na główne miary dojrzałych jakościowo organizacji.

Tabela 32. Cechy organizacji dojrzałej jakościowo

<b>Wymiar dojrzałości jakościowej</b>	<b>Cechy organizacji dojrzałej jakościowo</b>
Dojrzałość zarządczo – organizacyjna	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wizjonerskie przywództwo.</li> <li>– Otwartość na zmiany.</li> <li>– Zorientowanie na jakość.</li> <li>– Adekwatny dobór celów uwzględniający interesy różnych stron.</li> <li>– Integralność wdrożonych systemów i procesów.</li> </ul>
Dojrzałość społeczno-kulturowa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kultura zorientowana na poprawę jakości.</li> <li>– Satysfakcja pracowników.</li> <li>– Satysfakcja interesariuszy zewnętrznych.</li> <li>– Ciągłe doskonalenie.</li> </ul>
Dojrzałość techniczno-technologiczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Połączenie czynnika ludzkiego z osiągnięciami techniki.</li> <li>– Umiejętność doboru i zastosowania technologii, technik i metod do osiągania celów i sprawnego zarządzania.</li> <li>– Zdolność integracji i harmonizacji procesów.</li> <li>– Kompetencje pracowników w zakresie doskonalenia jakości i właściwości wytwarzanych produktów i usług.</li> <li>– Odpowiedni stan infrastruktury, sprzętu i środowiska warunkującego sprawne zarządzanie jakością.</li> </ul>
Dojrzałość ekonomiczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stopień realizacji podjętych celów.</li> <li>– Skuteczność i efektywność osiągania celów i wykorzystania zasobów.</li> <li>– Wyniki ekonomiczne.</li> </ul>

Źródło: W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2016, s. 98–102, 141

Analiza występowania w organizacji cech opisanych w tabeli 32 stwarza możliwość przeprowadzenia kompleksowej oceny dojrzałości, pozwalając tym samym na przypisanie ich do odpowiedniego poziomu.

Reasumując rozważania poczynione w niniejszym podrozdziale, przedstawiają one problematykę dojrzałości jakościowej jako zjawisko wieloaspektowe, kształtowane przez różne wymiary oraz cechy pozwalające osiągać wyższy stopień dojrzałości jakościowej. Oprócz wspomnianych w podrozdziale cechach, szczególne znaczenie przypisuje się stopniu stosowania systemów, narzędzi i technik zarządzania jakością,

<sup>470</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 97–103.

dzięki którym procesy mogą być realizowane w sposób powtarzalny, skuteczny i efektywny, przyczyniając się tym samym do osiągnięcia wyższej jakości i dojrzałości. Mogą one odnosić się zarówno do poszczególnych organizacji, jak i stanowić rozwiązania modelowe, którego przykłady przedstawiono w podrozdziale 3.2.

### 3.2. Modele dojrzałości jakościowej

Ocena poziomu dojrzałości jakościowej obrazuje stopień skuteczności, efektywności oraz doskonałości organizacji. Pierwsze próby oceny poziomu dojrzałości jakościowej podejmowali prekursorzy zarządzania jakością tj. W.A. Shewhart, W.E. Deming czy P.B. Crosby tworząc modele oparte na cyklu PDCA, statystycznej kontroli procesu (SPC) oraz dojrzałości organizacyjnej OMMG (Quality Management Maturity Gird)<sup>471</sup>. Do oceny poziomu dojrzałości najczęściej wykorzystywali oni modele samooceny, które są stosowane między innymi w procedurze akredytacji podmiotów leczniczych, akredytacji uczelni wyższych, jak również kwalifikowania przedsiębiorstw do kolejnych etapów konkursu Polskiej Nagrody Jakości. Jednym z pierwszych naukowców, który zajmował się modelami dojrzałości w organizacjach był J. Dean. Zdefiniował on m.in. formułę cyklu życia produktu obrazującą poszczególne fazy rozwoju organizacji, która do dzisiaj stanowi podstawę funkcjonowania wielu systemów zarządzania jakością<sup>472</sup>.

Najczęściej cytowane w literaturze naukowej modele dojrzałości jakościowej przybierają postać diagnostyczno-opisową, nakazową, zbioru normatywów wyznaczających ścieżki poprawy jakości oraz porównawczą, opartą na benchmarkingu wewnętrznym i/lub zewnętrznym<sup>473</sup>. Ich cechą wspólną są powtarzalne etapy rozwoju, które przedstawiono w tabeli 33, a które dzielą się na fazy, często różnie nazwane w zależności od autora danego modelu.

Tabela 33. Fazy dojrzałości w ujęciu modelowym

Fazy dojrzałości w ujęciu modelowym	Autor
<b>Model ogólny</b>	
Niepewność - przebudzenie - uświadomienie - mądrość - pewność.	P.B. Crosby
Zaniedbanie - obojętność - pogardliwość - osłabienie.	T. Schorsch

<sup>471</sup> B. Detyna, *Dojrzałość procesowa...*, s. 34.

<sup>472</sup> J. Dean, *Pricing policies for new products*, „Harvard Business Review” 1950, nr 28(6), s. 45–54.

<sup>473</sup> H. Seyed, R. Mohebbifar, S. Rafiei, *Quality management system and its role in the quality maturity of training hospitals*, „Journal of Client-Centered Nursing Care” 2019, nr 5(2), s. 113–122.

Fazy dojrzałości w ujęciu modelowym	Autor
Utworzenie - niemowlę - szybki wzrost - dojrzałość - ewolucja - stabilność - arystokracja - początkowa biurokracja - biurokracja - śmierć.	I. Adizes
Model instytucjonalny	
Brak formalnego podejścia - pasywne podejście - stabilny system formalny - nacisk na poprawę - najlepsze praktyki w zakresie: przywództwa, zarządzania, strategii, zasobów i procesów.	ISO 9004:2009
Opisowy poziom dojrzałości określają tabele od A2 do A.32 odnoszące się do podrozdziałów normy ISO 9001:2015.	ISO 9004:2018
Poziom początkowy - poziom podstawowy - podejście systemowe - aktywne kształtowanie dojrzałości organizacji, zarządzanie ciągłym i kompleksowym doskonaleniem - organizacja dojrzała w swojej klasie.	ISO 10014:2008

Zródło: K. Hys, R. Mazurek, *The physiognomy of (selected) maturity models*, w: *Maturity Management*, pod red. nauk. E. Skrzypek, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013, s. 195–202; PN-EN ISO 9004:2018 Zarządzanie jakością. Jakość organizacji. Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu, s. 35; PN-EN ISO 9004:2009 Zarządzanie ukierunkowane na trwałą sukces. Podejście wykorzystujące zarządzanie jakością, s. 107; PN-EN ISO 10014:2008 Zarządzanie jakością - Wytyczne do osiągania korzyści finansowych i ekonomicznych, s. 19–33

W obszarze normalizacji, model dojrzałości oparty na wymaganiach normy ISO 9004 należy do najczęściej wykorzystywanych narzędzi samooceny. Opiera się on na pięciu poziomach dojrzałości. Na pierwszym poziomie obserwuje się znikome działania projakościowe, z kolei poziom piąty charakteryzuje najlepsze organizacje w branży<sup>474</sup>. W normie podkreśla się dodatkowo konieczność osiągania przez organizacje trwałego sukcesu, czyli elementów, które na stałe zostają w organizacji i dostarczają ciągłych korzyści i pożądaných wartości. Jedną z wielu takich korzyści jest wykształcona i realizowana w praktyce wizja, misja oraz kultura jakości, czyli społeczne elementy, które pośrednio wpływają na poziom dojrzałości systemu zarządzania jakością.

Wybrane elementy samooceny poziomu dojrzałości w obszarze aspektów społecznych przedstawiono w tabeli 34.

Tabela 34. Wybrane elementy samooceny poziomu dojrzałości obszaru wg PN-EN ISO 9004:2018

Poziom dojrzałości	Opis
1	Organizacja określiła misję, wizję, wartości i kulturę jako nieformalne lub doraźne.
2	Misja, wizja i wartość są zrozumiane i wprowadzane w życie w organizacji.
3	Kierownictwo bierze udział w określeniu misji, wizji i wartości w oparciu o procesy i kontekst organizacji.
4	Kultura organizacji jest zgodna z misją, wizją i przyjętymi wartościami.

<sup>474</sup> PN-EN ISO 9004:2018..., s. 24–27.

Poziom dojrzałości	Opis
5	Organizacja regularnie przeprowadza przegląd zgodności elementów tożsamości organizacyjnej, kontekstu, polityki z przyjętą misją, wizją i wartościami kulturowymi.

Źródło: PN-EN ISO 9004:2018 Zarządzanie jakością. Jakość organizacji. Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu, s. 29

Poszczególne poziomy dojrzałości zaprezentowane w powyższej tabeli obrazują, w jakim stopniu wybrane elementy samooceny opisują działania projakościowe. Im wyższy poziom, tym przekłada się to na większe korzyści i trwalszy sukces organizacji. Podejście takie prezentował m.in. P.B. Crosby. Według niego dopiero poziom piąty przedstawia organizację w pełni dojrzałą jakościowo, która jest zdolna do kompleksowego stosowania narzędzi i technik zarządzania jakością<sup>475</sup>. Zdaniem M. Bugdola poziomy od 1 do 3 są poziomami normatywnymi, natomiast poziomy od 4 do 5 koncepcyjnymi i konkurencyjnymi, które pozwalają wyróżnić organizację na tle konkurencji<sup>476</sup>. Aby wykroczyć poza poziom minimalnych wymagań normy (poziom 4-5) M. Bugdol proponuje, aby koncentrować się głównie wokół zagadnień związanych z wynikami oraz na budowaniu projakościowej strategii organizacji<sup>477</sup>.

W aspekcie społecznym, zależności zachodzące pomiędzy kulturą organizacyjną, a dojrzałością systemu zarządzania jakością analizował C. Grau i J. Moormann opierając się na założeniach modelu E.H. Scheina<sup>478</sup>. Pozwoliły one przedstawić wzajemne relacje na różnych poziomach rozwoju procesowego, w kontekście kształtowania się kultury jakości. Model ten zakłada, że konkretne efekty zachodzące pomiędzy zarządzaniem procesowym, a kulturą organizacyjną mogą być oceniane i podlegać zmianie<sup>479</sup>. Odgrywa to istotną rolę podczas kreowania kultury jakości uwzględniającej różne poziomy kulturowe tj. założenia podstawowe, normy, wartości oraz artefakty, których elementy składowe wraz z cechami dojrzałości jakościowej przedstawiono w tabeli 35.

Tabela 35. Poziom kultury organizacyjnej, a cechy dojrzałości jakościowej organizacji

Poziom kultury organizacyjnej	Cechy dojrzałości jakościowej organizacji
Podstawowe założenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wysoki poziom przywództwa.</li> <li>– Wysokie zaangażowanie pracowników.</li> </ul>

<sup>475</sup> K. Hyś, R. Mazurek, *The physiognomy...*, s. 195–202.

<sup>476</sup> M. Bugdol, *Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej: teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2011, s. 10–12.

<sup>477</sup> K. Lisiecka, E. Czyż-Gwiazda, *Ocena dojrzałości...*, s. 8–11.

<sup>478</sup> C. Grau, J. Moormann, *Investigating the relationship between process management and organizational culture: Literature review and research agenda*, „Management and Organizational Studies” 2014, vol. 1, nr 2, s. 12.

<sup>479</sup> K. Krukowski, M. Siemiński, *Kultura w ocenie dojrzałości...*, s. 169.

Poziom kultury organizacyjnej	Cechy dojrzałości jakościowej organizacji
	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pracownicy znają system i swój wkład w jego doskonalenie.</li> <li>– Wysoki poziom pracy grupowej/współpracy.</li> <li>– Sprawna komunikacja.</li> <li>– Wysoki poziom motywacji.</li> <li>– Wspólne rozwiązywanie problemów.</li> </ul>
Normy i wartości	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Prawo do popełniania błędów.</li> <li>– Otwarta komunikacja.</li> <li>– Swobodne wyrażanie opinii.</li> <li>– Odpowiedzialność za działania współpracowników.</li> <li>– Odpowiedzialność za swoje działania.</li> <li>– Zapobiegawczość (zarządzanie ryzykiem).</li> </ul>
Artefakty	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Język jakościowy.</li> <li>– Zachowania i postawy wspierające jakość.</li> <li>– Podejście procesowe.</li> <li>– Narzędzia jakościowe (wizualizacja, standaryzacja, przepływy itp.).</li> </ul>

*Źródło: J. Martusewicz, W. Szumowski, Modele dojrzałości a modele doskonałości. Niezależność czy współzależność na drodze do rozwoju organizacji, „Organizacja i Kierowanie” 2018, nr 1, s. 63–78; K. Hyś, Wybrane modele dojrzałości systemu zarządzania jakością w organizacji, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2016, nr 421, s. 175–186; A.K. Tarhan [i in.], Maturity assessment and maturity models in healthcare: A multivocal literature review, „Digital health” 2020, nr 6, s. 1–20; P. Kush [i in.], Systematic literature review of quality maturity matrix, „Total Quality Management & Business Excellence” 2021, nr 32, s. 289–297*

Cechy zaprezentowane w tabeli 35 mogą stanowić potwierdzenie występowania dojrzałych praktyk zarządzania jakością, a także odnosić się do kierunku zmian w tym obszarze, jak to czyni np. model oparty na normie ISO 10014 oraz ISO/DIS 10010.

Norma ISO 10014 zwraca większą uwagę na finansowe i ekonomiczne korzyści płynące z funkcjonowania systemów zarządzania jakością aniżeli na aspekty kulturowe<sup>480</sup>. Przeciwnieństwem tej koncepcji jest projekt normy ISO/DIS 10010 – „Zarządzanie jakością – Przewodnik do oceny i doskonalenia kultury jakości w celu osiągnięcia sukcesu organizacji”. Nie jest on jeszcze przedmiotem praktyki biznesowej, jednak jak wynika z założeń projektu, będzie zapewne stanowił w przyszłości ważny punkt odniesienia w zakresie kreowania kultury jakości<sup>481</sup>. Opierając się jednak na założeniach projektu normy, można już dziś stwierdzić, że elementy wpływające na kulturę jakości będą koncentrowały się wokół przywództwa, ciągłego doskonalenia, celów jakościowych, orientacji na klienta, przyjętej wizji, misji i uznawanych wartości oraz podejściu opartym na ryzyku<sup>482</sup>.

<sup>480</sup> R. Wolniak, *The level of maturity of quality management systems in Poland - results of empirical research*, „Sustainability” 2019, nr 11(15), s. 3, 17.

<sup>481</sup> ISO/DIS 10010:2021, Quality management – Guidance to understanding, evaluate and improve organizational quality culture to drive sustained success.

<sup>482</sup> Tamże, s. 2.

Interesującym naukowo narzędziem oceny dojrzałości jakościowej jest także model QMMG – Quality Management Maturity Grid. Model ten definiuje pięć poziomów jakościowego rozwoju organizacji, ocenianych w sześciu obszarach tj. zrozumienie zarządzania jakością, status jakości w organizacji, rozwiązywanie problemów, koszty jakości, doskonalenie jakości oraz postawy wobec jakości<sup>483</sup>. Ich charakterystykę przedstawia tabela 36.

Tabela 36. Poziomy dojrzałości jakościowej wg modelu Quality Management Maturity Grid

Poziom dojrzałości	Postawy wobec jakości	Charakterystyka
I Niepewność (Uncertainty)	Brak świadomości przyczyn problemów z jakością	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jakość nie jest istotna w procesie zarządzania.</li> <li>– Brak jakości nie jest problemem, kontroluje się ją w momencie wystąpienia problemu.</li> <li>– Nie szacuje się kosztów złej jakości.</li> <li>– Brak potrzeby doskonalenia.</li> </ul>
II Przebudzenie (Awaking)	Jakość staje się istotna, kiedy pojawiają się problemy	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Brak zbiorowej odpowiedzialności za jakość, indywidualne podejście.</li> <li>– Ważne są tylko dostrzegalne problemy.</li> <li>– Koszty jakości nie odgrywają znaczącej roli.</li> <li>– Jakość jest doskonała w momencie jej braku.</li> </ul>
III Oświecenie (Enlightenment)	Identyfikacja i rozwiązywanie problemów przez poprawę jakości i zaangażowanie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jakość staje się elementem zarządzania.</li> <li>– Odpowiedzialność grupowa za jakość.</li> <li>– Uwzględnia się działania proaktywne.</li> <li>– Koszty jakości zaczynają być analizowane.</li> <li>– Uwzględnia się proces ciągłego doskonalenia.</li> </ul>
IV Mądrość (Wisdom)	Proaktywne podejście do niezgodności i błędów	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jakość jest stałym elementem zarządzania.</li> <li>– Pojawia się przywództwo jakościowe.</li> <li>– Pojawia się osoba odpowiedzialna za jakość.</li> <li>– Problemy są identyfikowane i eliminowane.</li> <li>– Analizuje się koszty jakości.</li> <li>– Doskonalą się system.</li> </ul>
V Pewność (Certainty)	Pełna świadomość pro jakościowego zarządzania	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pojawia się pełne zaangażowanie w sprawy jakości.</li> <li>– Osoba odpowiedzialna za jakość wywodzi się z najwyższego kierownictwa.</li> <li>– Prewencja przewyższa kontrolę.</li> <li>– Pojawia się przewaga dobrych kosztów jakości.</li> <li>– W sposób ciągły doskonalą się system.</li> </ul>

Źródło: E. Skrzypek, *Dojrzałość jakościowa organizacji w świetle teorii i doświadczeń organizacji*, „Marketing i Rynek” 2014, nr 5, s. 580–587; P.B. Crosby, *Quality is free. The Art of Making Quality Certain*, MacGraw-Hill, New York 1979; A.M. Maier, J. Moultrie, P. Clarkson, *Assessing Organizational Capabilities: Reviewing and Guiding the Development of Maturity Grids*, „IEEE Transactions on Engineering Management” 2012, nr 59(1), s. 138–159

<sup>483</sup> P.B. Crosby, *Quality is free. The Art of Making Quality Certain*, MacGraw-Hill, New York 1979.

Model QMMG pozwala nie tylko na zdiagnozowanie poziomu dojrzałości w obszarze zarządczym, ale również uwzględnia czynniki ekonomiczne, społeczne oraz techniczno-technologiczne wpływające na poprawę jakości w organizacji. Podobne podejście do pomiaru dojrzałości jakościowej prezentował polski naukowiec W. Łukasiński<sup>484</sup>. W opracowanym przez siebie modelu uwzględnił on interdyscyplinarne wymiary, w których powinna być prowadzona ocena dojrzałości tj.: wymiar zarządczo-organizacyjny, ekonomiczny, techniczno-technologiczny i społeczno-kulturowy. W oparciu o zdefiniowane w tabeli 37 cechy dokonał on kwalifikacji organizacji do jednego z 5 poziomów dojrzałości.

Tabela 37. Poziomy i cechy dojrzałości jakościowej wg W. Łukasińskiego

Poziom dojrzałości jakościowej	Cechy organizacji dojrzałej jakościowo
I. Początkowy	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Działania prowadzone w sposób chaotyczny, pozbawiony kontroli, powtarzalności.</li> <li>– Brak zidentyfikowanych procesów.</li> <li>– Brak wdrożonych norm i instrumentów zarządzania jakością.</li> <li>– Brak zapisów z dokumentowania realizowanych działań.</li> <li>– Brak określenia zadań i odpowiedzialności pracowników.</li> </ul>
II. Podejście podstawowe – zorientowanie na działania pro jakościowe, podejście procesowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pojawia się zarządzanie procesowe.</li> <li>– Widoczna jest powtarzalność.</li> <li>– Procesy są zidentyfikowane, jednak niektóre z nich realizowane intuicyjnie.</li> <li>– Brak systematycznego doskonalenia procesów.</li> <li>– Niewielkie zaangażowanie kierownictwa i pracowników.</li> </ul>
III. Podejście systemowe, zorientowane na kształtowanie dojrzałości organizacji	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dostrzegane jest znaczenie podejścia procesowego.</li> <li>– Procesy są zdefiniowane i udokumentowane, zaś przyjęte wskaźniki umożliwiają ocenę efektywności.</li> </ul>
IV. Aktywne kształtowanie dojrzałości organizacji, zarządzanie ciągłym i kompleksowym doskonaleniem	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Występuje zorientowanie na doskonałość.</li> <li>– Procesy, działania i rezultaty są przewidywane.</li> <li>– Prowadzona jest ocena ilościowa i jakościowa.</li> <li>– Związki przyczynowo-skutkowe są analizowane.</li> <li>– Pojawia się kompleksowe doskonalenie ukierunkowane na optymalizację jakości.</li> </ul>

<sup>484</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 93–143.

Poziom dojrzałości jakościowej	Cechy organizacji dojrzałej jakościowo
V. Organizacja dojrzała, najlepsza w swojej klasie, zdolna do trwałego i zrównoważonego rozwoju	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Organizacja zorientowana jest na doskonałość, systematycznie poprawia osiągane wyniki.</li> <li>– Organizacja zarządza informacją i wiedzą, stale monitoruje i natychmiastowo eliminuje występujące odchylenia.</li> <li>– Kierownictwo i pracownicy są zaangażowani w proces zmian i doskonalenia.</li> <li>– Następuje optymalizacja procesów, co wpływa na ich skuteczność i efektywność.</li> <li>– Istnieje kultura zorientowana na doskonałość i jakość.</li> <li>– Stosowane są nowoczesne metody zarządzania, tj. Lean, Six Sigma, TQM.</li> </ul>

Źródło: W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, PWE, Warszawa 2016, s. 118–120

Przedstawione w tabeli 37 cechy opisują poziom dojrzałości organizacji, który z kolei przekłada się na stopień sprawności zarządzania jakością, mierzony stopniem skuteczności, efektywności i doskonałości działań organizacji. Koresponduje on z wieloma badaniami prowadzonymi w ochronie zdrowia, które podejmowali m.in. T. Mettle i A. Blondiau w obszarze współpracy szpitalnej, D. Jelonek i A. Chluski w zakresie technologii informatycznych, W. Baran i M. Cygańska w kontekście dojrzałości rachunku kosztów w szpitalu czy P.A. Williams i B. Lovelock w aspekcie dojrzałości infrastruktury opartej na wynikach<sup>485</sup>. Rozważania przeprowadzone przez A.K. Tarhan i in. na podstawie 101 źródeł literaturowych, pozwoliły zidentyfikować 68 różnych modeli dojrzałości mających zastosowanie w telemedycynie, opiece zdrowotnej czy wyrobach medycznych. Koncentrowały się one głównie wokół korzyści wynikających ze stosowania modeli dojrzałości w obszarze identyfikowania i poprawy funkcjonowania opieki zdrowotnej oraz w kontekście możliwości doskonalenia jakościowego organizacji<sup>486</sup>. Analizy w zakresie wpływu poziomu dojrzałości jakościowej na osiągane wyniki kliniczne prowadzili m.in. O. Groene i in., gdzie poszukiwali oni związku pomiędzy dojrzałością jakościową, a miarami i wskaźnikami jakości tj. czas hospitalizacji czy śmiertelność pacjentów. Wyniki badań potwierdziły pozytywny wpływ dojrzałych jakościowo systemów zarządzania na poziom powikłań szpitalnych, ale pokazały także, że wciąż istnieje wiele czynników, które determinują dojrzałość w kontekście ich wpływu na jakość usług medycznych i bezpieczeństwo pacjentów<sup>487</sup>. Prace badawcze z zakresu oceny dojrzałości jakości opieki zdrowotnej

<sup>485</sup> Tamże, s. 93–143.

<sup>486</sup> A.K. Tarhan [i in.], *Maturity assessment and maturity...*, s. 1–20.

<sup>487</sup> O. Groene [i in.], *Is the maturity of hospitals quality improvement systems associated with measures of quality and patient safety?* „BMC Health Services Research” 2020, vol. 11, s. 2–11.



opartej na czynnikach jakości prowadzili także N. Ramadan i M. Arafesh. Naukowcy Ci opracowali model składający się z 5 poziomów dojrzałości jakościowej, w którym za kluczowe czynniki projakościowe uznali: najwyższe kierownictwo, ludzi, operacje, kulturę, ukierunkowanie na jakość oraz zewnętrzne systemy zarządzania jakością<sup>488</sup>. Z kolei w obszarze kształtowania się niezawodności w zakresie opieki zdrowotnej za wiodące należy uznać prace J.L. Sullivan, P.E. Rivard i M.H. Shin<sup>489</sup>. Przy wykorzystaniu trzech zmiennych kluczowych dla zapewnienia niezawodności organizacji tj. przywództwo, kultura bezpieczeństwa oraz doskonalenie procesu poprawy jakości badali oni kulturę pracy oraz działania i narzędzia ukierunkowane na system uczenia się oraz doskonalenia jakości. Model stworzony przez tych naukowców pozwolił na opracowanie narzędzia do kategoryzowania i różnicowania szpitali według cech związanych z organizacją o wysokiej niezawodności.

Wśród polskich naukowców badaniem dojrzałości systemu zarządzania jakością w ochronie zdrowia zajmowały się m.in. K. Lisiecka oraz E. Czyż-Gwiazda, których rozważania teoretyczne i empiryczne dotyczyły głównie wpływu projakościowego zarządzania na dojrzałość publicznych i niepublicznych podmiotów leczniczych<sup>490</sup>. Inne interesujące analizy prowadzili również A. Kister w obszarze dojrzałości bezpieczeństwa pacjenta<sup>491</sup> oraz M.Z. Wiśniewska w obszarze wpływu różnych kultur na społeczne aspekty zarządzania jakością<sup>492</sup>.

Podsumowując rozważania podejmowane w obszarze modeli dojrzałości jakościowej można stwierdzić, że badania prowadzone zarówno na poziomie krajowym jak i międzynarodowym pozwalają zauważyć, że poziom dojrzałości jakościowej może być kształtowany przez różne modele, które mogą wynikać zarówno z obszaru normatywnego (ISO 9004 i ISO 10014), zarządczo-organizacyjnego, techniczno-technologicznego, społeczno-kulturowego oraz ekonomicznego, a także z zagadnień związanych ze skutecznością i efektywnością podejmowanych działań. W literaturze relatywnie często spotykamy się z określeniem, że organizacje o wyższym poziomie

---

<sup>488</sup> N. Ramadan, M. Arafesh, *Healthcare quality maturity assessment model base on quality drivers*, „International Journal of Healthcare Quality Assurance” 2016, s. 337–350.

<sup>489</sup> J.L. Sullivan, P.E. Rivard, M.H. Shin, *Applying the high reliability health care maturity model to assess hospital performance*, „The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety” 2016, vol. 42, iss. 9, s. 389–399.

<sup>490</sup> K. Lisiecka, E. Czyż-Gwiazda, *Ocena dojrzałości systemu zarządzania w organizacjach sektora ochrony zdrowia - wyniki badań*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 463, s. 191–203.

<sup>491</sup> A. Kister, *Jakość usług i bezpieczeństwo pacjenta w sektorze opieki zdrowotnej*, „Problemy Jakości” 2019, nr 51, s. 14–18.

<sup>492</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura jakości...*, s. 1–250.

dojrzałości charakteryzują się wyższą skutecznością i efektywnością, co przekłada się bezpośrednio na doskonałość organizacji w obszarze jakości. Aby jednak ten poziom określić należy go najpierw zmierzyć. W tym celu można wykorzystać miary skuteczności, efektywności i doskonałości, które pozwalają na obiektywną ocenę elementów składowych tworzących poszczególne wymiary dojrzałości systemu zarządzania jakością.

### **3.3. Miary dojrzałości jakościowej**

Ocena poziomu dojrzałości jakościowej organizacji jest procesem zmierzającym do zbadania luki istniejącej pomiędzy stanem bieżącym, a stanem pożądanym poziomu dojrzałości. Pozwala to na określenie właściwego kierunku zmian, jaki należy przeprowadzić w różnych wymiarach kształtujących projakościową kulturę zarządzania. Opracowanie strategii i polityki jakości oraz określenie zasad i wartości uznawanych za pożądane w organizacji, jak również norm właściwego postępowania to kolejny element transformacji dojrzałości jakościowej. W ramach przyjętej misji, strategii i polityki organizacji, wszystkie jej założenia powinny zostać skutecznie i efektywnie zrealizowane. W tym celu należy stworzyć odpowiednią strukturę organizacyjną umożliwiającą realizację funkcji zarządzania jakością, określenia odpowiedzialności i uprawnień członków organizacji czy stworzenia mechanizmów zapewniających racjonalność procesów informacyjno-decyzyjnych. Niemniej ważne jest również stworzenie modelu relacji zachodzących pomiędzy pracownikami, zasobami i procesami zidentyfikowanymi w organizacji.

Dojrzałość jakościowa zwiększa szanse na skuteczność i efektywność funkcjonowania, doskonalenia, ale i integrowania wdrożonych zewnętrznych systemów zarządzania. Dzięki osiągniętemu w ten sposób efektowi synergii organizacja jest w stanie osiągnąć korzyści zarówno ekonomiczne, techniczne, jak i organizacyjne. Z kolei odpowiednie zarządzanie procesowe sprzyja wykreowaniu podejścia zorientowanego na sprawne zarządzanie i doskonalenie jakości.

Wymiary dojrzałości jakościowej od dawna są przedmiotem analiz literaturowych, badań naukowych, a także praktyki biznesowej. Główne metodologie

samooceny oraz teorie naukowców opierają się na analizie jakościowej i pozwalają przedstawić stan oczekiwany poziomu dojrzałości, do którego dąży organizacja. Istnieją także wskaźniki, które przy pomocy tzw. miar skuteczności, efektywności i doskonałości pozwalają odróżnić organizacje mniej od bardziej dojrzałych. Takie podejście potwierdzają badacze tj. Z. Zakaria, F. Lasrado<sup>493</sup> oraz W. Łukasiński<sup>494</sup> udowadniając, że osiągnięcie odpowiedniego poziomu dojrzałości jakościowej podyktowane ww. miarami wynika z:

- poziomu zgodności ze standardem odniesienia i przyjętymi celami jakościowymi,
- stopnia osiągania efektów procesów,
- stopnia zadowolenia klientów z efektów procesu,
- doboru celów jakościowych w relacji z poniesionymi nakładami na ich wytworzenie,
- optymalizacji wydajności procesów,
- ograniczenia marnotrawstwa,
- zarządzania zorientowanego na doskonałość,
- kształtowania kreatywnych i innowacyjnych rozwiązań,
- osiągania pozycji konkurencyjnej na tle branży,

Ponadto, skuteczność i efektywność projakościowego zarządzania zależą również od innych zmiennych tj.<sup>495</sup>:

- prawidłowego doboru celów,
- stopnia stosowania się do zasad i reguł projakościowego zarządzania,
- monitorowania zmian potrzeb i oczekiwań głównych interesariuszy,
- standaryzacji pracy pracowników,
- optymalizacji wykorzystania czasu i zasobów,
- stosowanych rozwiązań organizacyjnych, umożliwiających przestrzeganie zasad zarządzania jakością,
- wykorzystanie instrumentów warunkujących kształtowanie cech organizacji dojrzałej jakościowo,
- uzyskanie oczekiwanych wyników przy optymalnych kosztach,

---

<sup>493</sup> Z. Zakaria, F. Lasrado, *Embedding culture and quality for high performing organizations*, Productivity Press, New York 2019, s. 1–17.

<sup>494</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 29.

<sup>495</sup> Tamże, s. 91–115, 132–133.

- wytworzenie mechanizmów modyfikacji postaw i zachowań warunkujących dostosowanie się do zmian i tworzenia kultury jakości.

Analizując powyższe zmienne podejmowane w niniejszym podrozdziale można stwierdzić, że ich obecność w organizacji może stanowić źródło miar dojrzałości jakościowej w obszarze skuteczności, efektywności i doskonałości. Z kolei ich odpowiednio wysoki poziom może doprowadzić do wykształcenia się optymalnego poziomu zarządzania projakościowego.

### 3.3.1. Miary skuteczności

Pojęcie skuteczności jest wieloznacznie definiowane w literaturze przedmiotu i najczęściej mówi się o niej jako efekcie osiągnięcia pożądanego wyniku lub stopnia, w jakim pożądaný wynik został osiągnięty<sup>496</sup>. Jak podaje słownik języka polskiego, skuteczność to działanie dające pożądané efekty<sup>497</sup> lub jak twierdzą niektórzy badacze stopień zbliżenia się do osiągnięcia pożądaných celów<sup>498</sup>. W normalizacji, czyli działalności polegającej na wprowadzaniu norm standaryzujących sposób postępowania, miara skuteczności odgrywa szczególne znaczenie. Normy ISO definiują ją jako wypadkową wielu elementów nazywanych kluczowymi czynnikami sukcesu<sup>499</sup>. Zagadnieniu temu poświęcona jest m.in. Norma PN-EN ISO 9004:2018, która w swoich wytycznych zawiera narzędzie samooceny stopnia przyjęcia przez organizację zasad zarządzania jakością wg ISO 9001:2015<sup>500</sup>. Zgodnie z nią skuteczne zarządzanie jakością wymaga:

- zrozumienia i spełnienia potrzeb i oczekiwań stron zainteresowanych,
- monitorowania zmian w kontekście organizacji,
- identyfikowania obszarów doskonalenia, innowacji i możliwości uczenia się,
- wdrożenia strategii, celów i polityki jakości,
- zarządzania procesami i zasobami,

<sup>496</sup> A.L. Akhtulov, L.A. Ivanova, E.B. Charushina, *Measuring the effectiveness of the quality management systems a tool for improving the organizations activities*, IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering 2019, nr 537, s. 1.

<sup>497</sup> [www.sjp.pwn.pl/szukaj/skuteczno%C5%9B%C4%87.html](http://www.sjp.pwn.pl/szukaj/skuteczno%C5%9B%C4%87.html), [8.05.2020].

<sup>498</sup> M. Szafrński, *Skuteczność działań w systemach zarządzania jakością przedsiębiorstw*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2006, s. 32–33.

<sup>499</sup> PN-EN ISO 9000:2015..., s. 31.

<sup>500</sup> PN-EN ISO 9004:2018..., s. 24–58.

- zaangażowania pracowników w sprawy jakości,
- ustanowienia pozytywnych relacji ze stronami zainteresowanymi.

Czynniki sukcesu niejednokrotnie wpływają na organizację i/lub jej członków, dlatego w zależności od ich dynamiki mogą one mieć naturę społeczną, socjologiczną, psychologiczną, a nawet polityczną, ekonomiczną czy teologiczną<sup>501</sup>. Autorstwo koncepcji kluczowych czynników sukcesu przypisuje się J.F. Rockartowi, który zdefiniował je jako obszary, które muszą działać perfekcyjnie, aby organizacja mogła się doskonalić i wykazywać wysoką skutecznością<sup>502</sup>. Zdaniem N. Rahman czynniki sukcesu powinny uwypuklać zarządzającym istotne kwestie, które można wykorzystać do rozwoju organizacji, a które wpływają na jej wnętrze lub kształtują ją od zewnątrz<sup>503</sup>. Za czynniki wewnętrzne uważa się przyczyny, na które organizacja może oddziaływać poprzez podejmowane decyzje i działania. Z kolei otoczenie zewnętrzne narzuca pewien sposób postępowania.

J.V. Saraph, P.G. Benson i R.G. Schroeder zidentyfikowali sto dwadzieścia czynników sukcesu, które decydują o skuteczności systemów zarządzania<sup>504</sup>. I. Sila i M. Ebrahimpour po przeanalizowaniu 76 artykułów wybrali 25 najczęściej powtarzających się, z czego 12 z nich zostało uznanych za najważniejsze<sup>505</sup>. B. Haigh, i D. Morris<sup>506</sup> w swoich badaniach wyróżnili z kolei 12 czynników sukcesu, a J.J. Tarí<sup>507</sup> 13 czynników najistotniejszych z punktu widzenia skuteczności zarządzania jakością. Ich porównanie, w tym czynniki sukcesu decydujące o skuteczności systemu zarządzania jakością przedstawiono w tabeli 38.

Tabela 38. Czynniki sukcesu organizacji decydujące o skuteczności systemu zarządzania jakością

<sup>501</sup> L. Hawrysz; *Determinanty jakości w kontekście skuteczności na przykładzie organizacji sektora publicznego*, „Ekonomia i Organizacja Przedsiębiorstwa” 2015, nr 4, s. 42–50.

<sup>502</sup> J.F. Rockart, *Chief executives define their own data needs*, „Harvard Business Review” 1979, nr 2, s. 81–83.

<sup>503</sup> N. Rahman, *Assessing Critical Success Factors (CSFs) and quality of service: an empirical study based on Singapore companies*, „Asia Pacific Journal of Business and Management” 2012, vol. 3, nr 1, s. 47–56.

<sup>504</sup> J.V. Saraph, P.G. Benson, R.G. Schroeder, *An instrument for measuring the critical factors of quality management*, „Decision Sciences” 1989, nr 20(4), s. 457–478.

<sup>505</sup> I. Sila, M. Ebrahimpour, *An investigation of the total quality management survey based research published between 1989 and 2000: A literature review*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2002, nr 19(7), s. 902–970.

<sup>506</sup> B. Haigh, D. Morris, *Quality and productivity in health services through the implementation of total quality management*, Proceedings of the European Group of Public Administration, Strasbourg 2003, s. 273.

<sup>507</sup> J.J. Tarí, *Components of successful total quality management*, „The TQM Magazine” 2005, vol. 17, nr 2, s. 188.

<b>I. Sila, M. Ebrahimpour</b>	<b>B. Haigh, D. Morris</b>	<b>J.J. Tarí</b>
1) Orientacja na klienta 2) Zaangażowanie kierownictwa 3) Szkolenia 4) Praca zespołowa 5) Zaangażowanie pracowników 6) Informacje o jakości 7) Pomiar efektów 8) Zapewnianie jakości 9) Ciągłe ulepszanie. 10) Elastyczność 11) Planowanie strategiczne 12) Zarządzanie procesowe	1) Świadomość jakości 2) Zarządzanie 3) Przywództwo 4) Poprawa jakości 5) Tworzenie środowiska jakości 6) Szkolenia na rzecz poprawy jakości 7) Zaangażowanie na wszystkich poziomach 8) Zaangażowanie klienta 9) Zapobieganie problemom 10) Statystyczne sterowanie procesami 11) Pomiar jakości 12) Ciągła poprawa	1) Orientacja na klienta 2) Zaangażowanie kadry zarządzającej 3) Przywództwo 4) Planowanie jakości 5) Zarządzanie oparte na faktach 6) Ciągła poprawa 7) Zarządzanie zasobami ludzkimi 8) Praca grupowa 9) Komunikacja 10) Uczenie się 11) Zarządzanie procesowe 12) Współpraca z dostawcami 13) Kultura organizacyjna

Źródło: J.J. Tarí, *Components of successful total quality management*, „The TQM Magazine” 2005, vol. 17, nr 2, s. 188; I. Sila, M. Ebrahimpour, *An investigation of the total quality management survey based research published between 1989 and 2000: A literature review*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2002, nr 19(7), s. 902–970; B. Haigh; D. Morris, *Quality and productivity in health services through the implementation of total quality management*, Proceedings of the European Group of Public Administration, Strasbourg 2003, s. 273

Wśród zaprezentowanych w tabeli 38 czynników sukcesu, L. Hawrysz i K. Hyś wskazali tylko na 6, które ich zdaniem w największym stopniu wpływają na skuteczność projakościowego zarządzania, a należą do nich<sup>508</sup>:

1. kultura organizacyjna,
2. przywództwo,
3. zaangażowanie pracowników,
4. komunikacja w ramach struktury organizacyjnej,
5. zorientowanie na klienta,
6. strategia i cele (oraz zasoby niezbędne do jej realizacji).

Z wynikami powyższych badaczy zgadza się częściowo J. Wierzowiecka, która wśród głównych determinantów skutecznego zarządzania wskazuje przede wszystkim na przywództwo. Jej zdaniem, w połączeniu z silną kulturą organizacyjną i zaangażowaniem pracowników zapewnia ono sukces organizacji<sup>509</sup>. Zresztą kulturę organizacyjną jako istotny czynnik sukcesu uwzględniało wielu innych naukowców tj. J.H. Tsang i J.

<sup>508</sup> L. Hawrysz, K. Hyś, *Communication channels of middle managers and non-managers in public sector organizations in Poland*, „International Journal of Contemporary Management” 2014, nr 13(2), s. 72-85.

<sup>509</sup> J. Wierzowiecka, *Przywództwo jako determinanta skuteczności systemu zarządzania jakością*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomiczno-Społecznej w Ostrołęce” 2016, nr 23, s. 171–181.

Antony<sup>510</sup> czy E.L. Psomas i in.<sup>511</sup>. Według nich kultura organizacyjna jest istotna, gdyż kształtuje ona postawy, zachowania i przekonania członków organizacji, które są bardzo ważne podczas budowania świadomości i kultury projakościowej. Potwierdza to tym samym, że rozpatrywanie problematyki dojrzałości jakościowej bez uwzględniania aspektów kulturowo-społecznych nie w pełni obrazuje poziom projakościowego zarządzania.

Skuteczność zarządzania jakością jako miernik dojrzałości jakościowej oprócz czynników: osobowych (tj. zaangażowanie pracowników i kierownictwa), organizacyjnych (tj. komunikacja i podejście procesowe), kształtowanych przez klientów (satysfakcja klientów i relacje z klientami), dostawców (tj. współpraca z dostawcami i podwykonawcami) i zasobowych (tj. zasoby rzeczowe i środowisko pracy) należy również odnosić do celów, których osiągnięcie stwarza dodatkowe możliwości<sup>512</sup>.

W oparciu o poziom osiągniętych celów zidentyfikować można organizacje skuteczne i mniej skuteczne tak samo, jak i charakteryzujące się bardziej lub mniej dojrzałym systemem zarządzania jakością<sup>513</sup>. Poziom ten uzależniony jest w dużym stopniu od techniczno-technologicznych wymiarów dojrzałości, kształtowanych głównie przez takie czynniki jak: kapitał ludzki, wiedzę, informację, kreatywność pracowników i innowacyjność stosowanych rozwiązań oraz stopień zastosowanego podejścia procesowego. Pod pojęciem kapitału ludzkiego rozumie się zasób wiedzy i umiejętności, zawarty w każdym człowieku, określający zdolności do pracy, adaptacji do zmian w otoczeniu oraz możliwości kreacji nowych rozwiązań<sup>514</sup>. Kreatywność odzwierciedlają cechy osoby oraz jej potencjał do realizowania osiągnięć pozwalających podejmować działania ukierunkowane na osiąganie zakładanych wyników. Z kolei innowacje wiążą się z wprowadzeniem do praktyk nowych rozwiązań, które są efektem praktycznego wykorzystania wiedzy i informacji<sup>515</sup>.

---

<sup>510</sup> J.H. Tsang, J. Antony, *Total quality management in UK service organisations: some key findings from a survey*, „Managing Service Quality: An International Journal” 2001, vol. 11, nr 2, s. 132–141.

<sup>511</sup> E.L. Psomas, C.V. Fotopoulos, D.P. Kafetzopoulos, *Critical factors for effective implementation of ISO 9001 in SME service companies*, „Managing Service Quality: An International Journal” 2010, vol. 20, s. 440–457.

<sup>512</sup> I. Sila, M. Ebrahimpour, *An investigation of the total...*, s. 902–970.

<sup>513</sup> Ł. Hawrysz, K. Hyś, *Communication channels of middle...*, s. 72–85.

<sup>514</sup> J. Nowicka, M. Ciekanowski, *Kapitał ludzki we współczesnej organizacji*, „Nowoczesne Systemy Zarządzania”, 2019, nr 1(14), s. 80.

<sup>515</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 112.

W tabeli 39 przedstawiono wybrane praktyki kształtujące dojrzałość jakościową, które jak wskazywał Ł. Hawrysz i K. Hyś w największym stopniu oddziałują na skuteczność zarządzania jakością.

Tabela 39. Praktyki kształtujące dojrzałość jakościową w kontekście skuteczności zarządzania jakością

Obszary wymagań	Praktyki kształtujące dojrzałość jakościową
Kapitał ludzki	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Samodzielność działania, adaptacyjność, mobilność.</li> <li>– Odpowiedzialność, zmotywowanie, zaangażowanie.</li> <li>– Uznawanie wartości istotnych dla zapewnienia jakości.</li> <li>– Kreatywność, innowacyjność, praca zespołowa.</li> <li>– Pozytywne relacje międzyludzkie.</li> <li>– Respektowanie przyjętych zasad i reguł.</li> <li>– Sprawiedliwość podziału zasobów.</li> </ul>
Informacja i wiedza	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wykreowanie struktury pozwalającej na dzielenie się i wykorzystanie wiedzy, niezbędnej do elastycznego reagowania na zmiany.</li> <li>– Zorientowanie prac na organizacyjne uczenie się, zarządzanie wiedzą poprzez pracę zespołową.</li> <li>– Wykreowanie kultury zorientowanej na innowacyjność.</li> <li>– Wytworzenie systemu wartości i klimatu sprzyjającego powstawaniu zachowań warunkujących wzrost poziomu jakości.</li> <li>– Doskonalenie wzajemnych reakcji opartych na zaufaniu.</li> </ul>
Kreatywność i innowacje	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rozwiązywanie problemów w sposób twórczy.</li> <li>– Poszukiwanie zmian i postrzeganie ich jako szansy na rozwój.</li> <li>– Wykreowanie cech usług spełniających oczekiwania klientów.</li> <li>– Wprowadzanie nowych systemów, koncepcji, metod zarządzania.</li> <li>– Otwartość na nowe wyzwania, szanse.</li> </ul>
Podejście procesowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Odpowiedni dobór celów.</li> <li>– Skuteczne i efektywne osiąganie celów.</li> <li>– Dostępność infrastruktury, środowiska pracy, instrumentów zarządczych warunkujących powtarzalność działań.</li> <li>– Celowość i zorientowanie procesów na zaspokajanie potrzeb.</li> </ul>

*Źródło:* W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej pro jakościowo*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2016, s. 110–115; C. Sikorski, *Organizacja bez wodzów. Od przywództwa emocjonalnego do koordynacji demokratycznej*, C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 105

Powyższe praktyki ujęte w postaci ustandaryzowanego procesu wpływają na wzrost kreatywności i innowacyjności, czyli zdolności do nieustannego poszukiwania i wykorzystywania nowych pomysłów pozwalających na dostosowanie się organizacji do zmian. Wpływa to z kolei na osiągnięcie założonych celów oraz spełnianie wymagań formułowanych przez organizacje, jak i wynikające z zewnętrznych standardów jakości.

Odnosząc się do problematyki miar skuteczności w kontekście podnoszenia dojrzałości jakościowej, wielu badaczy przywołanych w niniejszym podrozdziale



podkreśla ważną rolę aspektów skuteczności zarządzania jakością tj. kultura organizacyjna, przywództwo, zaangażowanie pracowników, struktura organizacyjna, orientacja na klienta, wyznaczenie i realizacja celów jakościowych oraz zapewnienie niezbędnych zasobów. Elementy te ukierunkowane na projakościowe zarządzanie stanowią niewątpliwie istotny czynnik sukcesu organizacji, a także wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej.

### 3.3.2. Miary efektywności

Efektywność obok skuteczności jest kolejną miarą funkcjonowania systemów zarządzania jakością. W literaturze pod pojęciem efektywności określa się stopień relacji zaangażowanych zasobów w stosunku do osiągniętych efektów<sup>516</sup>. E. Skrzypek pojęcie to rozumie jako zdolność organizacji do realizowania strategii i osiągania założonych celów<sup>517</sup>. Z kolei słownik języka polskiego efektywność określa jako pozytywny wynik, sprawność, umiejętność, istotne narzędzie pomiaru skuteczności zarządzania<sup>518</sup>. Podobieństwo pojęć – efektywność i skuteczność sprawia, że bardzo częstym błędem popełnianym w przypadku określenia miary efektywności jest stosowanie zamiennie tych terminów. Warto zaznaczyć, że w teorii, jak i praktyce są to dwa różne terminy, gdzie skuteczność (ang. effectiveness) oznacza stopień, w jakim planowane działania są zrealizowane, a planowane wyniki osiągnięte, z kolei efektywność (ang. efficiency) dotyczy relacji między osiąganymi wynikami, a wykorzystanymi w tym celu zasobami<sup>519</sup>.

Odnosząc się do pojęcia efektywności warto zwrócić uwagę na jego wielowymiarowy charakter, który może przybierać różne kategorie pojęciowe tj. sprawność, wydajność czy kompetencyjność<sup>520</sup>. Co więcej, pojęcie to ulegając ewolucji na przestrzeni lat zaczęło obejmować coraz bardziej wieloaspektowe obszary tj. techniczno-ekonomiczny, biurokratyczno-organizacyjny, osobowościowy czy behawioralny<sup>521</sup>. W naukach o zarządzaniu i jakości pojęcie efektywności znajduje swoje zastosowanie głównie w

---

<sup>516</sup> E. Raczyńska, *Efektywność w ochronie zdrowia, jako wyzwanie dla zarządzania*, „Przegląd Organizacji” 2020, nr 5(964), s. 28–29.

<sup>517</sup> E. Skrzypek, *Dojrzałość jakościowa...*, Difin, Warszawa 2013, s. 28–34.

<sup>518</sup> [www.sjp.pwn.pl/doroszewski/efektywnosc;5425211.html](http://www.sjp.pwn.pl/doroszewski/efektywnosc;5425211.html), [15.04.2021].

<sup>519</sup> M. Szafranski, *Skuteczność działań...*, s. 32–33.

<sup>520</sup> M. Cholewa-Wiktor, *Efektywność w szpitalach publicznych*, „Studia Ekonomiczne. Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach” 2014, nr 180, s. 45.

<sup>521</sup> K. Dubas, *Problematyka efektywności w ochronie zdrowia - znaczenie i metody pomiaru*, „Problemy Zarządzania” 2011, vol. 9, nr 3, s. 104.

kontekście ekonomicznym oraz sprawności działania, gdzie pod pojęciem sprawności działania rozumie się coś, co jest uporządkowane i dobrze działające<sup>522</sup>. Sprawność to także umiejętność robienia rzeczy we właściwy sposób, pozwalający na osiągnięcie celów, dotrzymywanie ustalonych terminów, czy ponoszenie ekonomicznie uzasadnionych kosztów<sup>523</sup>. W krajowej jak i międzynarodowej literaturze efektywność rozpatrywana jest również w aspekcie pozaekonomicznym oraz w kontekście osiągniętych wyników działania czy subiektywnych odczuć tj. satysfakcja pracowników i klientów. Zgodnie z tym podziałem, efektywność można rozpatrywać z punktu widzenia produktywności (efektywność operacyjna), osiągniętej wartości dodanej (efektywność rynkowa), stopnia rozwoju (efektywność dynamiczna) czy alokacji zasobów (efektywność zasobowa)<sup>524</sup>. I. Witczak wskazuje również na efektywność pozaekonomiczną obejmującą wymiar kulturowy, moralny i relacyjny<sup>525</sup>.

W przypadku organizacji, w których funkcjonuje system zarządzania jakością, ocena efektywności podejmowanych działań staje się wymaganiem normatywnym mierzonym stopniem oceny działania systemu czy procesów. Znajduje to swoje odzwierciedlenie w poziomie efektywności np. audytów wewnętrznych, przeglądów zarządzania, monitorowania procesów czy satysfakcji klientów. W jeszcze większym stopniu efektywność działań pozwala zmierzyć norma ISO 9004. Dzięki wykorzystaniu samooceny umożliwia ona sklasyfikowanie organizacji do odpowiedniego poziomu dojrzałości w kontekście wymagań normy, funkcjonowania procesów czy wykorzystania zasobów<sup>526</sup>.

W kontekście ochrony zdrowia efektywność definiuje się m.in. jako miarę kosztów składających się na opiekę zdrowotną lub nakłady wykorzystane do uzyskania określonego jej poziomu, jak również jako relacja pomiędzy nakładami (kosztami wytworzenia), a wynikami końcowymi (np. liczby pacjentów wyleczonych)<sup>527</sup>. Do pomiaru efektywności w tej branży wykorzystuje się wiele różnych mierników zarówno jakościowych jak i ilościowych. R. Jacobs i in. wskazują, aby w działalności leczniczej do oceny efektywności wykorzystywać badania jakościowe, które pozwalają

---

<sup>522</sup> L. Drabik, A. Kubiak-Sokół, E. Sobol, *Słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 2021, s. 1072.

<sup>523</sup> R. Matwiejczuk, *Efektywność - próba interpretacji*, „Przegląd Organizacji” 2000, nr 11, s. 27–31.

<sup>524</sup> E. Skrzypek, *Dojrzałość...*, s. 44.

<sup>525</sup> I. Witczak, *Efektywność jako narzędzie kontroli zarządczej na przykładzie firm branży kosmetycznej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015, nr 76, t. 2, s. 351.

<sup>526</sup> PN-EN ISO 9004:2018..., s. 24–52.

<sup>527</sup> J. Suchecka, K. Owczarek, *Mierniki efektywności usług zdrowotnych w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej*, „Problemy Zarządzania” 2011, nr 3, s. 79–80.

w większym stopniu na wartościowanie badanego zjawiska<sup>528</sup>. W praktyce obserwuje się jednak liczne mierniki ilościowe, które w przejrzysty sposób umożliwiają dokonywanie porównań pomiędzy różnymi podmiotami leczniczymi. Przykładem zastosowania takich mierników mogą być wskaźniki ECHI (*Euro Health Care Indicators*), służące do oceny poziomu sprawności funkcjonowania systemów ochrony zdrowia w Unii Europejskiej. Pozwalają one na stworzenie rankingu systemów ochrony zdrowia, dzięki któremu pacjenci mogą podejmować świadome decyzje i działania z zakresu wyboru świadczeń czy podmiotów leczniczych<sup>529</sup>. Na wzór ECHI, w Polsce stworzono Indeks Sprawności Ochrony Zdrowia, który pozwala na dokonanie oceny sprawności i jakości systemu ochrony zdrowia w województwach w oparciu o badania benchmarkingowe<sup>530</sup>.

B. Ziębicki zauważa, że w pomiarze efektywności oprócz uwzględniania konkretnych wskaźników czy metod pomiaru, wiele zależy od specyfiki danej organizacji oraz kategorii efektywności, która może mieć charakter wielowymiarowy i dotyczyć aspektów tj.<sup>531</sup>:

- techniczno-ekonomicznych (ocena relacji pomiędzy nakładami, a efektami),
- prakseologicznych (ocena stopnia spełnienia celów),
- behawioralnych (ocena stopnia zaspokojenia potrzeb),
- instytucjonalnych (ocena poziomu postrzegania organizacji przez otoczenie),
- systemowych (ocena zdolności organizacji do rozwoju).

W tabeli 40 przedstawiono wybrane kryteria i mierniki oceny efektywności dotyczące powyższych aspektów.

Tabela 40. Przykładowe kryteria i mierniki oceny efektywności

Wymiar	Przykładowe kryteria pomiaru i mierniki pomiaru efektywności	
	Kryteria	Mierniki
Techniczno-ekonomiczny	Poziom rentowości	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zyskowność.</li> <li>– Koszty działalności/ceny usług.</li> <li>– Poziom zadłużenia.</li> </ul>
	Wielkość świadczeń	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ilość i kompleksowość usług.</li> <li>– Dostępność usług.</li> </ul>
	Wydajność i zaplecze techniczne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wydajność pracy.</li> <li>– Produktywność.</li> <li>– Stopień wykorzystania wyposażenia i sprzętu.</li> </ul>

<sup>528</sup> R. Jacobs [i in.], *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013, s. 40.

<sup>529</sup> *Euro Health Consumer Index 2018*, [15.12.2020].

<sup>530</sup> **Błąd! Nieprawidłowy odsyłacz typu hiperłącze.** [15.01.2021].

<sup>531</sup> B. Ziębicki, *Uwarunkowania oceny efektywności świadczenia usług użyteczności publicznej*, „Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Ekonomiczna” 2007, nr 6, s. 159.

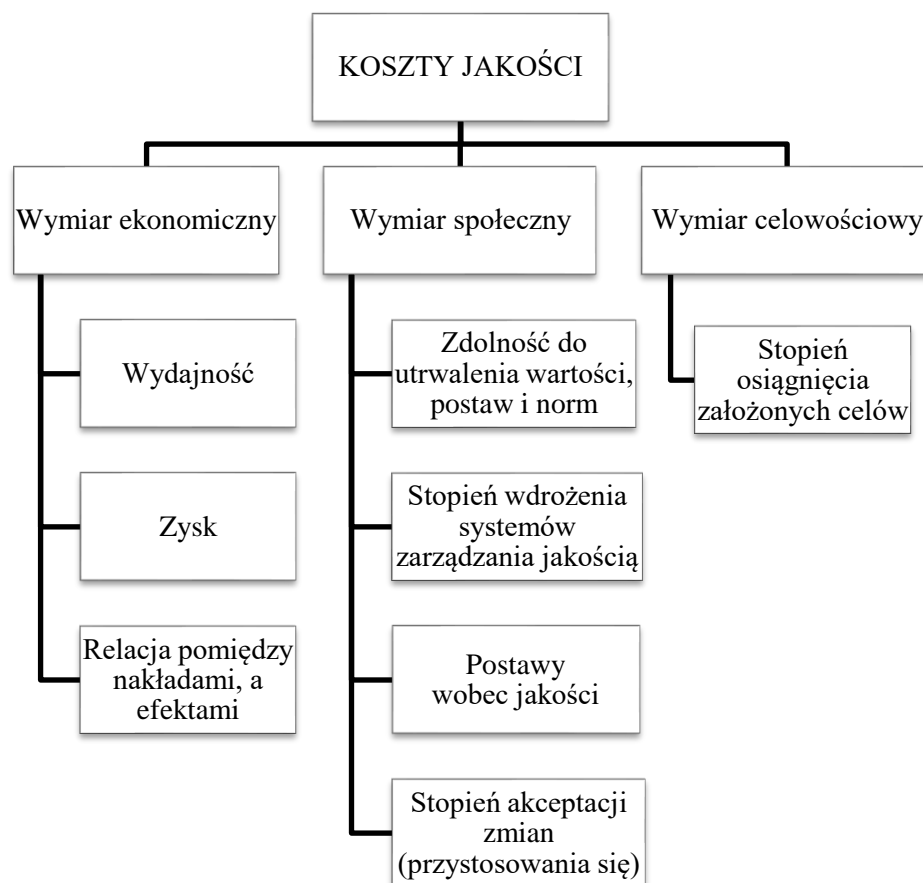
Wymiar	Przykładowe kryteria pomiaru i mierniki pomiaru efektywności	
	Kryteria	Mierniki
Prakseologiczny	Stopień realizacji celów	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dostępność usług.</li> <li>– Komplementarność usług.</li> </ul>
	Jakość świadczenia usług	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jakość świadczeń.</li> <li>– Profesjonalizm kadry.</li> <li>– Stopień orientacji na potrzeby klientów.</li> </ul>
Behawioralny	Motywacja	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fluktuacja, absencja.</li> <li>– Stopień decyzyjności.</li> </ul>
	Klimat organizacyjny	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stopień integracji pracowników.</li> <li>– Zgodność postaw z kulturą organizacyjną (uznawanymi wartościami, normami, zasadami).</li> </ul>
Instytucjonalny	Społeczny odbiór	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stabilność organizacji.</li> <li>– Renoma na rynku.</li> <li>– Poziom zaufania społecznego.</li> <li>– Przestrzeganie zasad moralnych i etycznych.</li> <li>– Ciągłość świadczenia usług.</li> </ul>
	Wsparcie zewnętrzne	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pozycja monopolistyczna.</li> <li>– Zależność od organów władzy.</li> </ul>
Systemowy	Rozwój organizacyjny	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wydatki na rozwój.</li> <li>– Ilość podejmowanych działań innowacyjnych.</li> <li>– Ilość szkoleń zwiększających kompetencje.</li> </ul>
	Sprawność systemu zarządzania	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Stosowanie nowoczesnych systemów, koncepcji, metod i technik zarządzania.</li> <li>– posiadanie certyfikatów np. ISO, Akredytacji CMJ.</li> </ul>

Źródło: B. Ziębicki, *Uwarunkowania oceny efektywności świadczenia usług użyteczności publicznej*, „Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Ekonomiczna” 2007, nr 6, s. 161–163

W kontekście projakościowego zarządzania oprócz zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń, mierniki efektywności (zaprezentowane w tabeli 40) odgrywają również ważną rolę w procesie optymalizacji realizowanych procesów, które na skutek niedoboru środków finansowych zmuszają zarządzających do szczególnej troski o efektywność działań<sup>532</sup>. Dlatego podmioty lecznicze zorientowane projakościowo mierzą efektywność np. poziomem kosztów jakości na poziomie profilaktyki, błędów, utraconych korzyści w wymiarze celowościowym, społecznym oraz ekonomicznym, co przedstawia rysunek 10.

Rysunek 10. Wymiary i mierniki efektywności w organizacjach projakościowo zarządzanych

<sup>532</sup> M. Węgrzyn, *Identyfikacja potrzeb finansowych i priorytetów zdrowotnych w praktyce polskiego systemu opieki zdrowotnej*, „Przedsiębiorstwo & Finanse” 2015, nr 3(10), s. 6–7.



Źródło: A. Kister, *Zarządzanie kosztami jakości*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005, s. 47

Jak wynika z rysunku 10, wymiar ekonomiczny traktuje efektywność jako relację pomiędzy efektami, a kosztami niezbędnymi do ich osiągnięcia mierzonymi stopniem realizacji celów i satysfakcją klienta. Wymiar społeczny odnosi się z kolei do czynników wynikających z kultury organizacyjnej tj. uznawane wartości, postawy wobec jakości czy poczucie bezpieczeństwa i satysfakcji z pracy. W wymiarze celowościowym najistotniejszy jest natomiast stopień realizacji celów zbliżających organizację do doskonałości jakościowej.

Wielowątkowość prowadzonych rozważań na temat miar efektywności wskazuje na jej interdyscyplinarność oraz niejednoznaczność pojęciową. Badania potwierdzają, że zapewnienie efektywności systemu zarządzania jakością wymaga przede wszystkim zaangażowania kierownictwa w podejmowane projekty projakościowe, opracowania zrozumiałej i zgodnej z normą dokumentacji, stworzenie warunków do kształtowania postaw projakościowych oraz do ciągłego doskonalenia i podnoszenia kwalifikacji pracowników przy ekonomicznie uzasadnionych kosztach i zasobach<sup>533</sup>. Mając jednak na uwadze społeczną misję ochrony zdrowia, gdzie życie i zdrowie człowieka jest

<sup>533</sup> E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia...*, s. 163.

najważniejsze, spojrzenie na funkcjonowanie podmiotów leczniczych powinno być z kolei dwubiegunowe, zarówno ekonomiczno-zarządcze jak i społeczno-kulturowe. Łączenie wymiarów zarówno społecznych jak i zarządczych w kontekście efektywności zarządzania jakością mobilizuje organizację oraz jej pracowników do zmiany zachowań, postaw, a nawet uznawanych wartości na bardziej projakościowe, co wpływa bezpośrednio na kolejną z miar dojrzałości jakościowej, jaką jest miara doskonałości.

### 3.3.3. Miary doskonałości

Doskonalenie jest pojęciem względnie stabilnym i określonym. W literaturze przedmiotu jest ono często wykorzystywane jako synonim takich terminów jak ulepszanie, usprawnianie czy poprawa. Według guru zarządzania jakością W.E. Deminga, doskonalenie to ograniczenie zmienności procesów w drodze ich poprawy. J.M. Juran traktuje to pojęcie jako nieustanny proces ustanawiania celów. Natomiast P.B. Crosby jako działanie pozwalające w przyszłości unikać błędów<sup>534</sup>. Definicja doskonalenia jest także mocno zakorzeniona w terminologii normy ISO 9000 zgodnie z którą, to powtarzające się działania, które mają na celu poprawę osiągniętych wyników<sup>535</sup>. W praktycznym znaczeniu, pojęcie doskonałości jest używane na określenie wyrobu, usługi, działań, które odznaczają się najwyższą jakością i pozwalają na dochodzenie do perfekcji w procesie osiągania trwałego sukcesu organizacji<sup>536</sup>. Można ją zatem określić jako stan docelowy, do którego zmierza organizacja zorientowana na jakość, zbliżając się tym samym do osiągania statusu organizacji doskonałych.

Doskonałe organizacje to organizacje posiadające zdolności do zaspokajania potrzeb i oczekiwań, a także reagowania na zmiany otoczenia, przez co są w stanie w większym stopniu realizować misję i cele jakościowe oraz osiągać pożądane wyniki na optymalnym poziomie. Aby jednak w jak największym stopniu zbliżyć się do takowej doskonałości, organizacja winna wykazywać symptomy, do których zalicza się m.in.<sup>537</sup>:

- wysoki stopień sprawności funkcjonowania organizacji,
- ciągłość działania,
- integralność wdrożonych systemów zarządzania,
- kreatywność (innowacyjność),

---

<sup>534</sup> M.Z. Wiśniewska, P. Grudowski, *Kultura jakości...*, s. 104.

<sup>535</sup> PN-EN ISO 9000:2015..., s. 21–23.

<sup>536</sup> D. Sosnowska, *Doskonałość doskonała*, „Znak” 2005, nr 6(601).

<sup>537</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 173–178.

- elastyczność,
- stosowanie rozwiązań satysfakcjonujących interesariuszy.

Cechy charakteryzujące powyższe symptomy szczegółowo opisano w tabeli 41.

Tabela 41. Symptomy doskonałości i ich cechy charakterystyczne

Symptomy doskonałości	Cechy charakterystyczne
Sprawność funkcjonowania organizacji	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sprawność realizacji procesów.</li> <li>– Przywództwo.</li> <li>– Orientacja na potrzeby i oczekiwania klientów.</li> <li>– Praca zespołowa.</li> <li>– Elastyczne podejście do zmian.</li> <li>– Kultura organizacyjna zorientowana na doskonałość.</li> </ul>
Zorientowanie na osiągnięcie wysokiego poziomu dojrzałości (jakościowej, procesowej)	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Zdolność identyfikacji, integracji i zarządzania procesami.</li> <li>– Skuteczność i efektywność osiągania celów.</li> <li>– Zdolność identyfikowania błędów i korygowania ich.</li> <li>– Otwartość na zmiany pochodzące z otoczenia.</li> <li>– Reagowanie na pojawiające się szanse rynkowe.</li> </ul>
Ciągłość działania	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identyfikacja zagrożeń dla procesów/systemów.</li> <li>– Zdolność reagowania na zmiany.</li> <li>– Elastyczność strategii, celów i działań.</li> <li>– Gotowość na sytuacje awaryjne.</li> </ul>
Zintegrowanie procesów	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Umiejętność integracji zasobów i działań.</li> <li>– Zdolność do integracji koncepcji, metod, narzędzi zarządzania jakością.</li> <li>– Optymalizacja procesów.</li> </ul>
Kreatywność i innowacyjność	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Umiejętność łączenia kreatywnych postaw i zachowań z motywacją i zaangażowaniem.</li> <li>– Zapewnienie warunków do rozwoju pracowników.</li> <li>– Umiejętność dostosowania się do nowych zjawisk.</li> <li>– Dążenie do zmian zorientowanych na przyszłość.</li> </ul>
Satysfakcja interesariuszy	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Satysfakcjonujące spełnianie oczekiwań interesariuszy tj. pracowników, pacjentów, dostawców.</li> <li>– Ukierunkowanie na obecne i przyszłe oczekiwania interesariuszy.</li> <li>– Wykreowanie wśród współpracowników poczucia satysfakcji, identyfikacji z organizacją skłaniających ich do pracy w jej strukturach.</li> </ul>

Źródło: W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2016, s. 173–178

Oprócz symptomów doskonałości opisanych w tabeli 41 organizacja, aby w jak największym stopniu być zorientowana na doskonałość, winna cechować się zdolnością dostosowania się do zmieniającego się otoczenia, otwartością na zmiany oraz zorientowaniem na ciągłe i kompleksowe doskonalenie. Często wiąże się to

z koniecznością odejścia od dotychczas stosowanych reguł działania, zachowań i postaw w kierunku bardziej zorientowanym na przyszłość<sup>538</sup>.

Problematyką doskonałości i doskonalenia zarządzania jakością w organizacjach, w tym w organizacjach ochrony zdrowia zajmowało się wielu naukowców. A. Juszczyk-Wiśniewska i M. Ligarski<sup>539</sup>, E. Skrzypek i G. Grela<sup>540</sup>, B.M. Wong i L.A. Headrick<sup>541</sup> czy T.G. Soylu<sup>542</sup> to tylko wybrani naukowcy, którzy źródeł swoich badań poszukiwali w turbulentnym otoczeniu czy konieczności poprawy jakości. Zaawansowane badania z tego zakresu prowadził również G. Zieliński analizując wpływ destabilizatorów na proces doskonalenia jakości w podmiotach leczniczych<sup>543</sup>.

Rozwój zainteresowania koncepcjami Business Excellence spowodował zainteresowanie problematyką osiągania doskonałości w różnych aspektach jej funkcjonowania, które mogą przybierać postać modeli doskonałości. Za pierwszy model tego typu uznano ustanowiony w Japonii model doskonałości Deminga. Równie istotnym narzędziem oceny poziomu doskonałości rozwiązań organizacyjnych jest model doskonałości EFQM (Europejskiej Fundacji Zarządzania Jakością)<sup>544</sup>. Inne przykłady modeli wraz ze stosowanymi kryteriami samooceny zaprezentowano w tabeli 42.

Tabela 42. Wybrane modele doskonałości

Model doskonałości	Stosowane kryteria samooceny
Model W.E. Deminga	Polityka i cele, organizacja i działania operacyjne, zarządzanie wiedzą, zbieranie danych, komunikacja, analiza, poziom standaryzacji, kontrola, zapewnienie jakości, osiągnięte efekty, planowanie strategiczne.
Model doskonałości wg T. Petersa i R. Watermana	Strategia, struktura, pracownicy, styl zarządzania, uznawane wartości, umiejętności, stosowane systemy zarządzania.

<sup>538</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 178.

<sup>539</sup> A. Juszczyk-Wiśniewska, M. Ligarski, *Doskonalenie systemu zarządzania jakością w wybranej placówce ochrony zdrowia*, „Systemy Wspomagania w Inżynierii Produkcji” 2016, nr 4(16), s. 188–192.

<sup>540</sup> E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia zarządzania jakością*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2019, s. 9–213.

<sup>541</sup> B.M. Wong, L.A. Headrick, *Application of continuous quality improvement to medical education*, „Medical Education” 2021, nr 55(1), s. 72–81.

<sup>542</sup> T.G. Soylu [i in.], *Engagement of small to medium-sized primary care practices in quality improvement efforts*, „The Journal of the American Board of Family Medicine” 2021, nr 34(1), s. 40–48.

<sup>543</sup> G. Zieliński, *Systemowe ujęcie wpływu destabilizatorów na poszukiwanie równowagi adaptacyjnej w procesie doskonalenia jakości w podmiotach leczniczych*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2017, nr 114, s. 670–673.

<sup>544</sup> B. Pattanaik, *Quality Assessment Using EFQM Model for Overall Excellence of Indian Health Care Sector*, „Indian Journal of Public Health Research & Development” 2020, nr 11(1), s. 822–825.



Model doskonałości	Stosowane kryteria samooceny
Model M. Baldrige'a	Przywództwo, orientacja na klienta, planowanie strategiczne, analiza, zarządzanie wiedzą, zarządzanie procesami, zarządzanie pracownikami, osiągnięte wyniki.
Model doskonałości J.S. Oaklanda	Planowanie, procesy, ludzie, kultura, komunikacja, zaangażowanie, podejście procesowe.
Model Doskonalenia Polskiej Nagrody Jakości	Przywództwo, strategia, pracownicy, partnerstwo i zasoby, procesy, wyroby i usługi, wyniki dotyczące: klientów zew., pracowników, społeczeństwa i wyniki końcowe.
Model samooceny wg ISO-EN ISO 9004:2018	Strony zainteresowane, kontekst wew. i zew., misja, wizja, wartości i kultura, przywództwo, polityka i strategia, cele, komunikacja, zarządzanie procesowe, determinanty procesów, odpowiedzialność, zasoby, zarządzanie wiedzą, technologia, środowisko pracy, analiza, wskaźniki monitorowania, audyty i przegląd.

Źródło: W.E. Deming, *Quality, productivity and competitive position*, „MIT Centre for Advance Engineering Study” 1982, s. 183-193; T.J. Peters, R.H. Waterman, *In Search of Excellence: Lessons from America's Best – Run Companies*, Harper, New York 1982, s. 120-121; J.S. Oakland, *Oakland on Quality Management*, Elsevier, Routledge 2004; J.R. Griffith, *An organizational model for excellence in healthcare delivery: evidence from winners of the Baldrige Quality Award*, „Journal of Healthcare Management” 2017, nr 62(5), s. 328–341; D. Książek, M.J. Ligarski, *Analysis of the functions and place of quality management system in a context of development of organization – survey of the participants of the Polish Quality Award contest*, „Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Szczecinie” 2015, nr 44(116), s. 182–186; PN-EN ISO 9004:2018 Zarządzanie jakością. Jakość organizacji. Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu

Zorientowanie na doskonałość poprzez osiąganie wysokiego stopnia spełnienia kryteriów samooceny wg modeli opisanych w tabeli 42 powinno przełożyć się na poprawę skuteczności i efektywności osiąganych wyników. Działaniami, które mogą przyczynić się do tego procesu są m.in. integracja i harmonizacja wdrożonych systemów, koncepcji i instrumentów zarządzania jakością, jak i podejmowanie praktyk projakościowych w wymiarze kulturowo-społecznym, zarządczo-organizacyjnym, techniczno-technologicznym, jak i ekonomicznym. Działania te w większym stopniu pozwalają na wykreowanie kultury jakości zorientowanej na doskonałość, jak również przyczyniają się do osiągania wyższej dojrzałości systemu zarządzania jakością<sup>545</sup>.

Poszczególne wymiary dojrzałości oraz praktyki zarządzania i elementy kształtujące doskonałość jakościową przedstawiono w tabeli 43.

Tabela 43. Wymiary dojrzałości jakościowej w praktyce zarządzania jakością

Wymiary dojrzałości	Praktyki zarządzania jakością	Elementy kształtujące dojrzałość jakościową
	Określone role oraz odpowiedzialności.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sprawność procesu zarządzania.</li> <li>– Zarządzanie procesami i zasobami.</li> </ul>

<sup>545</sup> R. Karaszewski, *Nowoczesne koncepcje zarządzania jakością*, Wydawnictwo Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa. Dom Organizatora, Toruń 2006, s. 121–122.

Wymiary dojrzałości	Praktyki zarządzania jakością	Elementy kształtujące dojrzałość jakościową
Wymiar zarządczo-organizacyjny	Uwzględnienie oczekiwań interesariuszy oraz zmiany w otoczeniu.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dobór celów pod kątem uwzględniania interesów różnych interesariuszy.</li> <li>– Dostosowanie się do nowych możliwości otoczenia.</li> </ul>
	Właściwy dobór celów jakościowych.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Realizacja celów uwzględniająca interesy różnych stron zainteresowanych.</li> </ul>
	Zgodność z przyjętymi celami, procedurami, standardami jakości.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Skuteczność i efektywność.</li> <li>– Zarządzanie procesami i zasobami - sprawność procesu zarządzania.</li> </ul>
	Powtarzalność działań w procesach.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Integracja wdrożonych systemów oraz procesów.</li> </ul>
	Pozytywne relacje z dostawcami i partnerami biznesowymi.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Współpraca z dostawcami (relacje).</li> <li>– Pozytywne relacje ze stronami zainteresowanymi.</li> </ul>
Wymiar społeczno-kulturowy	Kultura organizacyjna zorientowana na jakość, doskonałość i innowacyjność.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kreowanie kultury organizacyjnej zorientowanej na jakość oraz doskonalenie.</li> </ul>
	Satysfakcja klienta/stron zainteresowanych.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Satysfakcja interesariuszy.</li> <li>– Zrozumienie i spełnienie potrzeb oraz oczekiwań stron zainteresowanych.</li> </ul>
	Satysfakcja pracowników.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Satysfakcja członków organizacji.</li> <li>– Zrozumienie i spełnienie potrzeb członków organizacji.</li> </ul>
	Innowacyjność stosowanych rozwiązań.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Obszary doskonalenia.</li> </ul>
Wymiar techniczno-technologiczny	Zdolność do samodzielnego posługiwania się nowoczesną technologią.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kompetencje i wiedza.</li> <li>– Integracja czynnika ludzkiego z osiągnięciami techniki.</li> </ul>
	Bezpieczne świadczenie usług i optymalne wykorzystanie posiadanych zasobów.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Doskonalenie systemu wytwórczego.</li> <li>– Zarządzanie procesami i zasobami.</li> </ul>
	Odpowiednia relacja pomiędzy uzyskanymi wynikami a wykorzystanymi zasobami.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Efektywność wykorzystania zasobów.</li> <li>– Zarządzanie procesami i zasobami.</li> </ul>
Wymiar ekonomiczny	Czynności i procesy nie dodają wartości.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Efektywność realizacji celów oraz optymalizacja zasobów.</li> </ul>
	Pozycja rynkowa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wyniki ekonomiczne.</li> <li>– Zarządzanie procesami i zasobami oraz osiągnięte wyniki ekonomiczne.</li> </ul>
	Kondycja finansowa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Wyniki ekonomiczne.</li> <li>– Zarządzanie procesami i zasobami - osiągnięte wyniki ekonomiczne.</li> </ul>

Zródło: W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, Wydawnictwo PWE, Warszawa 2016, s. 98 – 141; PN-EN ISO 9004:2018 Zarządzanie jakością. Jakość organizacji. Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu, s. 24

Poza wielowymiarowymi praktykami zarządzania jakością i występowaniem elementów kształtujących dojrzałość jakościową (opisanych w tabeli 43) organizacje, w tym podmioty lecznicze, chcąc dostarczać usługi wysokiej jakości powinny być

szczególnie zorientowane na zaspokajanie potrzeb swoich klientów (pacjentów), których stopień mierzony jest najczęściej poziomem satysfakcji. Badania wskazują, że wysoki poziom zadowolenia wpływa na lojalność, która powoduje, że klienci nawet przy wyższej cenie będą korzystali z usług danej organizacji<sup>546</sup>.

Satysfakcja rozumiana jest jako odzwierciedlenie tego, w jakim stopniu produkt lub usługa zaspokaja wymagania<sup>547</sup> lub jako stan psychiczny związany z nabyciem i dostarczeniem danego produktu lub usługi<sup>548</sup>. M. Gąsior za główne czynniki kształtujące satysfakcję klientów wskazuje na cenę, asortyment, działania promocyjne, aspekty organizacyjne, poziom obsługi, lokalizację, wizerunek i potencjał biznesowy<sup>549</sup>. Wiele z tych aspektów można bezpośrednio odnosić do działalności podmiotów leczniczych, gdzie cena, kompleksowość świadczeń medycznych, ich jakość i terminowość, a także renoma i innowacyjność stosowanych rozwiązań często decydują o poziomie zadowolenia pacjentów.

Powszechnie przyjmuje się, że wdrożenie systemu zarządzania jakością sprzyja osiąganiu wyższej satysfakcji klientów<sup>550</sup>. Świadczą o tym chociażby zapisy normy ISO 9001:2015, które nakazują monitorować percepcję klienta i jego oczekiwania<sup>551</sup>. Na ten sam aspekt uwagę zwraca również norma ISO 9004 uznając satysfakcję jako kluczowy miernik sukcesu organizacji, a także norma ISO 10004, zgodnie z którą organizacja powinna w pełni zrozumieć oczekiwania klienta oraz dokonywać oceny jego satysfakcji<sup>552</sup>.

Kolejnym obszarem badania satysfakcji są pracownicy, którzy według wielu źródeł są najcenniejszym aktywem organizacji. Traktowanie pracowników jako cennego aktywu oraz stwarzanie warunków do kreowania środowiska sprzyjającego zadowoleniu, stanowi jedną z miar doskonałości jakościowej<sup>553</sup>. Jest także miarą dojrzałości społeczno-kulturowej i ekonomicznej pokazującą poziom zadowolenia z dostarczonych usług przy określonych nakładach ponoszonych na ten cel<sup>554</sup>. Satysfakcja pracownika jest efektem traktowania pracy jako wartości, a poziom zadowolenia jako źródło zaspokajania tych

---

<sup>546</sup> S. Kauf, A. Tłuczak, *Logistyczna obsługa klienta. Metody ilościowe*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2018, s. 33.

<sup>547</sup> E. Gołąb-Andrzejak, E. Badzińska, *Satysfakcja klientów jako źródło sukcesu organizacji - studium przypadku*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2015, nr 41, s. 83.

<sup>548</sup> S. Skowron, *Klient w organizacji sieciowej*, Difin, Warszawa 2013, s. 121.

<sup>549</sup> M. Gąsior, *Satysfakcja klienta w ujęciu nieliniowym*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2019, s. 113–176.

<sup>550</sup> M. Bugdol, *System zarządzania...*, s. 135–136.

<sup>551</sup> PN-EN ISO 9001:2015..., s. 26.

<sup>552</sup> K. Cholewicka-Goździk, *Norma 10004/2012*, „Problemy Jakości” 2013, nr 6, s. 3–4.

<sup>553</sup> E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia...*, s. 183–185.

<sup>554</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 98.

potrzeb. Dlatego wśród głównych wartości kształtujących zadowolenie uznaje się: adekwatne wynagrodzenie, odpowiednie warunki pracy, pozytywne relacje z przełożonymi i współpracownikami, możliwość uczenia się oraz odpowiedni styl kierowania<sup>555</sup>. A. Springer wartości te uzupełnia o stabilność pracy, autonomię, elastyczność pracy, możliwość awansu czy przejrzystość i dostępność informacji<sup>556</sup>.

Podsumowując rozważania podejmowane w obszarze miar doskonałości jakościowej, badacze są zgodni, że miary te stanowią jeden z głównych wyznaczników dojrzałości, które pozwalają na spełnienie oczekiwań i potrzeb klientów. Owa doskonałość sprzyja także lojalności, zaangażowaniu i kształtowaniu oczekiwanych postaw i zachowań pracowników, co ułatwia wprowadzanie zmian oraz skuteczniejsze osiągnięcie celów i wyników ekonomicznych<sup>557</sup>. Wszystko to powoduje, że świadomość podejmowanych działań zmierzających do osiągnięcia doskonałości stanowi istotne spoiwo łączące różne aspekty zarządzania jakością, które łącznie składają się na wyższy poziom dojrzałości jakościowej.

---

<sup>555</sup> Tamże, s. 98–99.

<sup>556</sup> A. Springer, *Wybrane czynniki kształtujące satysfakcję pracownika*, „Problemy Zarządzania” 2011, nr 9(4), s. 171.

<sup>557</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 115–118.

## ROZDZIAŁ 4. PRZEDMIOT I METODYKA BADAŃ WŁASNYCH

### 4.1. Szpital jako podmiot leczniczy i obiekt badań

#### 4.1.1. Charakterystyka podmiotów leczniczych w Polsce

Sektor ochrony zdrowia w Polsce poddawany jest nieustannym zmianom, co stanowi impuls do jego transformacji. W 1999 r. ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym wprowadzono w Polsce powszechne, obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne zmieniając tym samym charakter systemu ochrony zdrowia z modelu socjalistycznego na zachodni model ubezpieczeniowy<sup>558</sup>. Działania te miały doprowadzić do decentralizacji decyzyjności, wzrostu efektywności oraz podniesieniu finansowania ochrony zdrowia<sup>559</sup>. Efekty owych działań nie przyniosły pożądanych rezultatów, stąd kolejny etap procesu transformacji rozpoczął się wraz z wprowadzeniem ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ustawa ta likwidując kasy chorych i tworząc w ich miejsce centralny organ – Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) scentralizowała system, co w założeniu miało usprawnić jego działanie<sup>560</sup>. Wprowadzona w 2011 r. ustawa o działalności leczniczej (UDL) była kolejnym efektem zmian, jakie dokonały się na skutek reformy ochrony zdrowia. Wprowadzała ona między innymi do praktyki gospodarczej pojęcie podmiotu leczniczego. Ustawodawca definiuje to pojęcie w sposób funkcjonalny jako organizację prowadzącą działalność leczniczą polegającą na udzielaniu w sposób zorganizowany i ciągły świadczeń zdrowotnych. W ramach tej działalności mieści się również promocja zdrowia, realizacja zadań dydaktycznych i badawczych oraz wdrażanie nowych technologii medycznych oraz metod leczenia<sup>561</sup>. Należy zauważyć, że pojęcie podmiotu leczniczego jest zasadniczo inne od funkcjonującego dotychczas pojęcia zakładu opieki zdrowotnej (ZOZ) zwłaszcza, że ustawa o zakładach opieki zdrowotnej przewidywała dwa rodzaje owych zakładów. Z jednej strony istniały niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ), z drugiej samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ). Na gruncie UDL podmioty wykonujące działalność leczniczą dzieli się na dwie

---

<sup>558</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997 r. nr 28 poz. 153).

<sup>559</sup> E. Rabiej, *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce - w drodze do zrównoważonego rozwoju*, „Studia BAS” 2017, nr 45(52), s. 126.

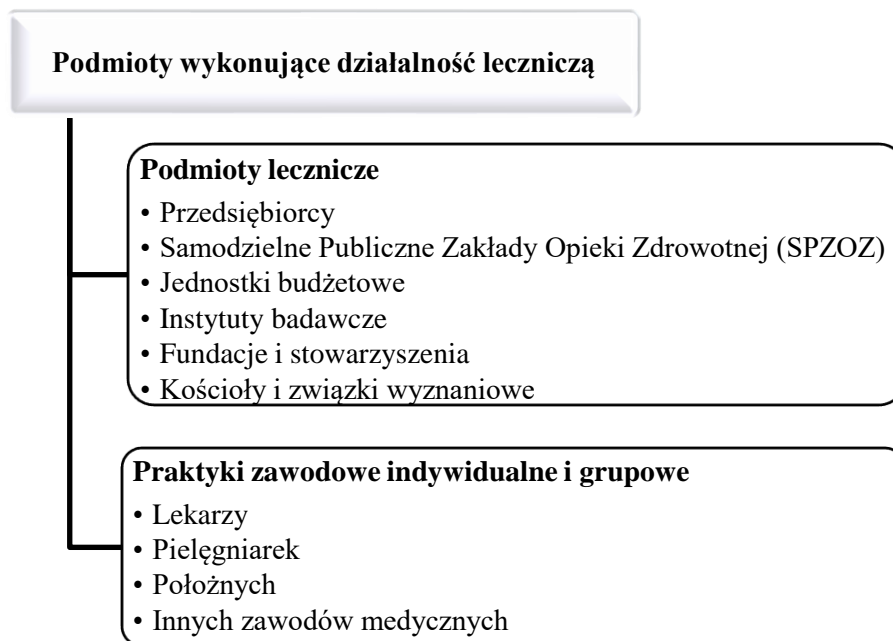
<sup>560</sup> Tamże.

<sup>561</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021, poz. 711, tekst jednolity z późn. zm.).

odmienne kategorie: podmioty lecznicze oraz indywidualne lub grupowe praktyki zawodowe prowadzone przez lekarzy, pielęgniarki, położne lub inne zawody medyczne w ramach działalności leczniczej<sup>562</sup>.

Podział podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce przedstawia rysunek 11.

Rysunek 11. Podział podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce



Źródło: Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021, poz. 711, tekst jednolity z późn. zm.).

Ustawa o działalności leczniczej, oprócz podziału podmiotów leczniczych na rodzaje działalności, dokonywała również ich różnicowania na formy aktywności związane z rodzajem udzielanych świadczeń zdrowotnych. Regulacja ta posługuje się dwiema kategoriami pojęciowymi: szerszą – działalnością leczniczą i węższą – świadczenia zdrowotnego celem zobrazowania ich wzajemnych relacji<sup>563</sup>. Według UDL świadczenie zdrowotne oznacza działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania<sup>564</sup>. Podobną definicję przytacza ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>565</sup>.

<sup>562</sup> Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej. Dz. U. z 1991 r. nr 91 poz. 408.

<sup>563</sup> U. Walasek-Walczak, *Komentarz do art. 3, w: Ustawa o działalności leczniczej. Komentarz*, pod red. nauk. F. Grzegorzczaka, Warszawa 2013, s. 37.

<sup>564</sup> B. Janiszewska, *Pojęcie świadczenia zdrowotnego*, „System Prawa Medycznego” 2018, s. 1036–1077.

<sup>565</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021, poz. 1285, tekst jednolity z późn. zm.).

Świadczenia zdrowotne realizowane przez podmioty w ramach działalności leczniczej obwarowane są wieloma przepisami prawa, których podstawowym celem jest zapewnienie odpowiedniej jakości oraz bezpieczeństwa. Tym samym jakość świadczonych usług zdrowotnych stanowi nadrzędny cel ich działania. Obecnie najistotniejszymi aktami prawnymi regulującymi obszar działalności leczniczej w Polsce są między innymi:

- Ustawa o działalności leczniczej<sup>566</sup>;
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>567</sup>;
- Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>568</sup>;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru<sup>569</sup>;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą<sup>570</sup>;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>571</sup>.

Działalność lecznicza w odróżnieniu od innych form prowadzenia działalności gospodarczej charakteryzuje się pewnym zestawem cech typowych dla tego typu organizacji, czyniąc ją interesującym obszarem badawczym zarówno w aspekcie zarządczym, jak i kulturowym<sup>572</sup>. Zarządzanie świadczeniami zdrowotnymi jako

---

<sup>566</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021, poz. 711, tekst jednolity z późn. zm.).

<sup>567</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021, poz. 1285, tekst jednolity z późn. zm.).

<sup>568</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2020, poz. 849, tekst jednolity z późn. zm.).

<sup>569</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. 2019, poz. 605).

<sup>570</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019, poz. 595).

<sup>571</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020, poz. 320, tekst jednolity z późn. zm.).

<sup>572</sup> Y.T. Yang [i in.], *Case study: international healthcare service quality, building a model for cultivating cultural sensitivity*, „International Journal for Quality in Health Care” 2020, nr 32(9), s. 639–642.

niematerialną sferą usług, nietrwałość owej usługi, jej zmienność, niepewność i niemożność odsprzedaży, to tylko niektóre cechy, którymi charakteryzują się usługi świadczone przez podmioty lecznicze<sup>573</sup>. Innymi aspektami związanymi z działalnością leczniczą prowadzoną przez podmioty lecznicze są m.in.<sup>574</sup>:

- specjalistyczne kwalifikacje kadr (czynności medyczne może wykonywać tylko personel medyczny o odpowiednich kwalifikacjach),
- swoboda w wyborze technologii świadczenia (lekarz ma swobodę decydowania o przebiegu i trybie leczenia),
- ograniczenie suwerenności pacjenta (w nagłych wypadkach pacjent nie może decydować o swoim leczeniu, lecz decyzję tę podejmuje za niego personel medyczny),
- złożoność procesu zaspokajania potrzeb zdrowotnych (np. różnego rodzaju świadczenia zdrowotne),
- delegowanie uprawnień i zaufanie (delegowanie przez pacjenta swoich uprawnień na lekarza, który podejmuje decyzję np. o trybie leczenia),
- ocena sprawności systemów opieki zdrowotnej.

Obecnie działalność podmiotów leczniczych w Polsce podlega zmianom już nie tylko systemowym, ale dotyczącym różnych obszarów organizacji i zarządzania. Wśród nich, najistotniejszą rolę pełni szeroko zakrojony proces informatyzacji<sup>575</sup> oraz coraz częściej pojawiające się elementy automatyzacji i transformacji cyfrowej zgodnie z koncepcją Health 4.0<sup>576</sup>. Nie mniejsze znaczenie posiada także racjonalizacja gospodarowania zasobami systemu opieki zdrowotnej (w postaci map potrzeb zdrowotnych), co wynika z rosnących potrzeb starzejącego się społeczeństwa, uwarunkowań zdrowotnych populacji oraz ograniczeń zasobów ludzkich<sup>577</sup>. Wciąż aktualnym i istotnym wyzwaniem jest również problematyka jakości, która jest ważna zarówno dla podmiotów leczniczych, pacjentów, jak również płatnika. Ten ostatni często premiuje podczas kontraktowania świadczeń wybrane standardy jakości ISO oraz programy akredytacyjne CMJ stanowiące formę potwierdzenia jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych<sup>578</sup>. Waga tego aspektu znajduje również odzwierciedlenie w procedowanej ustawie o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, która

---

<sup>573</sup> K. Knecht, A. Gurwin, *Kształtowanie kultury...*, s. 277–291.

<sup>574</sup> R. Lewandowski, A. Kożuch, J. Sasak, *Kontrola zarządcza...*, s. 41–49.

<sup>575</sup> M. Flis, *E-recepta: element cyfryzacji publicznego systemu zdrowia*, „Com.press” 2020, nr 2(3), s. 6–23.

<sup>576</sup> M. Ćwiklicki, M. Duplaga J. Klich, *Digital Transformation of Healthcare. Health 4.0.*, Routledge International Studies in Health Economics, New York 2022.

<sup>577</sup> T. Holecki [i in.], *Mapping Health Needs to Support Health System in Poland*, „Frontiers in Public Health” 2018, nr 6(82), s. 1–5.

<sup>578</sup> E. Raczyńska, *Problematyka jakości...*, s. 165–175.



zmienia dotychczasowe podejście do jakości i zapewnienia bezpieczeństwa świadczeń medycznych<sup>579</sup>.

Kwerenda literatury wskazuje również, że istotnym wyzwaniem działalności leczniczej są nie tylko aspekty zarządcze związane z innowacyjnością<sup>580</sup>, ale także wymiary kulturowe kształtujące odpowiednie kompetencje i inteligencję kulturową<sup>581</sup> oraz kulturę organizacyjną<sup>582</sup>. Stąd też podejmowanie tematyki kultury jakości w podmiotach leczniczych bezpośrednio wpisuje się w ową problematykę i nadaje jej innowacyjny, interdyscyplinarny i aplikacyjny charakter.

#### 4.1.2. Szpital jako obiekt badań

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, szpital to „zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego”<sup>583</sup>. Pod pojęciem świadczeń szpitalnych rozumie się „wykonywanie przez całą dobę kompleksowych świadczeń zdrowotnych polegających na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych”<sup>584</sup>. Do świadczeń zdrowotnych zalicza się także świadczenia udzielane z zamiarem ukończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin<sup>585</sup>.

Charakter oraz rodzaj usług prowadzonych przez podmioty lecznicze w ramach świadczeń szpitalnych sprawia, że pomimo faktu, iż działalność lecznicza jest aktywnością regulowaną m.in. w rozumieniu ustawy – Prawo przedsiębiorców<sup>586</sup>, to posiada ona wiele cech odrębnych od przedsiębiorstw, co w istotny sposób wpływa na proces ich zarządzania. Do cech tych należą w szczególności<sup>587</sup>:

- gotowość do niesienia pomocy 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę,

---

<sup>579</sup> Projekt ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta [www.gov.pl/web/krmc/projekt-ustawy-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-i-bezpieczenstwie-pacjenta](http://www.gov.pl/web/krmc/projekt-ustawy-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-i-bezpieczenstwie-pacjenta), [3.12.2021].

<sup>580</sup> P. Lipowski, *Prawne warunki bezpieczeństwa pacjenta a innowacyjność opieki zdrowotnej*, „Sztuka Leczenia” 2020, nr 35(1), s. 59–66.

<sup>581</sup> A. Majda, J. Zalewska-Puchała, *Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2018, nr 2, s. 197–201.

<sup>582</sup> K. Knecht, A. Gurwin, *Kształtowanie kultury...*, s. 277–288.

<sup>583</sup> Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021, poz. 711, tekst jednolity z późn. zm.).

<sup>584</sup> Tamże.

<sup>585</sup> Tamże.

<sup>586</sup> M. Hass-Symotiuk, *System pomiaru i oceny dokonanych szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021, s. 15.

<sup>587</sup> R. Lewandowski, A. Kozuch, J. Sasak, *Kontrola zarządcza...*, s. 63.

- charakter relacji zachodzący między usługodawcą, a usługobiorcą wynikający z faktu, że opłata za usługę jest często płacona przez płatnika publicznego,
- brak możliwości kształtowania polityki cenowej (obowiązek leczenia wszystkich pacjentów),
- specyfika zasobów ludzkich, gdzie najważniejszą rolę pełnią profesjonaliści medyczni tj. lekarze, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjni.

Zważając na szerokie uwarunkowania działalności podmiotów leczniczych w Polsce, których zakres opisano w podrozdziale 4.1.1., na potrzeby niniejszej dysertacji zdecydowano się ograniczyć obiekt badań z szerokiej grupy podmiotów leczniczych wyłącznie do szpitali, czyli do zakładów leczniczych skoncentrowanych na świadczeniu usług szpitalnych. Powodem takiej decyzji było szczególne miejsce i rola szpitali, jaką odgrywają one w całym systemie opieki zdrowotnej. Szpitale tworzą bowiem fundament systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej<sup>588</sup>. Kompleksowość oraz złożoność udzielanych w nich świadczeń medycznych, począwszy od leczenia szpitalnego, świadczeń wielospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy rehabilitacji leczniczej sprawia, że stanowią one wzorcowy przykład podmiotu leczniczego, w którym wyraźnie przenikają się różne style zarządzania, kultury organizacyjne, subkultury zawodowe, a także złożone mechanizmy kształtujące jakość, uznawane wartości i realizowane praktyki projakościowe. Ich rola w systemie opieki zdrowotnej powoduje także, że organizacje te poddawane są niemal ciągłej transformacji celem ich dostosowania do zmieniającego się otoczenia, prawa oraz wymagań szerokiego grona interesariuszy, co w największym stopniu rzutuje na ogólny obraz podmiotów leczniczych w Polsce<sup>589</sup>.

Wzrastająca rola zewnętrznych systemów zarządzania jakością w tych organizacjach tj. programów akredytacji wg standardów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia i standardów jakości wg norm ISO sprawia, że szpitale stanowią doskonały przykład pozytywnych efektów zmian ustrojowych wynikających z realizacji projakościowej polityki zdrowotnej państwa<sup>590</sup>. Wszystko to sprawia, że mogą one stanowić interesujący obiekt badań, zarówno w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości (aspekty zarządzania jakością, dojrzałość jakościowa), i w innych dziedzinach nauk

<sup>588</sup> Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. 2017, poz. 844).

<sup>589</sup> K. Lisiecka, E. Czyż-Gwiazda, M. Lisiecka-Bielanowicz, *Projakościowe zarządzanie...*, s. 16.

<sup>590</sup> K. Garbacz D. Guziak, *Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2016, nr 28, s. 37–51.

społecznych tj. psychologia czy nauki socjologiczne (np. problemy kultury organizacyjnej, zachowań organizacyjnych), jak również w ujęciu interdyscyplinarnym łączącym powyższe dyscypliny np. w zakresie kształtowania się kultury jakości.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 26.02.2021 r., w Polsce działa łącznie 890 stacjonarnych, ogólnodostępnych szpitali dysponujących łącznie 166,8 tys. łóżek, z których usług skorzystało prawie 7,5 mln pacjentów w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz prawie 3,9 mln pacjentów w tzw. szpitalach dziennych (leczenia jednego dnia)<sup>591</sup>. Zdecydowaną większość tych podmiotów stanowią jednostki publiczne, które dysponują około 90% wszystkich łóżek szpitalnych<sup>592</sup>. Z kolei w ramach sieci szpitali<sup>593</sup> (systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, które mają zapewnione finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia) pierwotnie znalazły się 594 podmioty lecznicze, w tym 516 to szpitale publiczne, a 78 to szpitale prywatne. Trudno się jednak odnosić do tych liczb, gdyż ulegają one częstej zmianie przez Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia<sup>594</sup>. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, wskazuje natomiast na 1416 podmiotów leczniczych wykonujące działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalnego. Obejmują one jednak zarówno szpitale zabiegowe, niezabiegowe, jak i sanatoryjne oraz oddziały leczenia jednego dnia<sup>595</sup>.

Charakteryzując szpitale jako obiekt badań oraz zważając, że mogą one funkcjonować jako jednostki publiczne i niepubliczne (prywatne), w tabeli 44 przedstawiono główne cechy różnicujące oba te podmioty.

Tabela 44. Porównanie wybranych cech szpitali publicznych i niepublicznych

<b>Szpital publiczny</b>	<b>Szpital niepubliczny</b>
Duża rola subkultur medycznych wpływających na zarządzanie podmiotem.	Ograniczona rola subkultur medycznych wpływających na zarządzanie podmiotem.
Stabilna forma zatrudnienia (przeważająca forma: umowa o pracę).	Mniej stabilna forma zatrudnienia (przeważająca forma: umowa cywilnoprawna, kontrakt menedżerski).

<sup>591</sup> Raport GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia - 2019*, Kraków 2020, s. 20.

<sup>592</sup> P. Lenik, *Wybrane czynniki ograniczające skuteczność zarządzania szpitalami publicznymi*, „Przegląd Organizacji” 2019, nr 5(952), s. 60.

<sup>593</sup> W ramach sieci szpitali wyróżniono 6 poziomów: I, II i III stopnie referencyjności oraz szpitale onkologiczne i pulmonologiczne, szpitale pediatryczne oraz szpitale ogólnopolskie.

<sup>594</sup> *Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ*, [www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-slaskiego-ow-nfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz](http://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-slaskiego-ow-nfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz), [2.04.2021].

<sup>595</sup> *Lista ksiąg rejestrowych*, [www.rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/RegistryList](http://www.rpwdl.ezdrowie.gov.pl/RPM/RegistryList), [18.01.2021].

<b>Szpital publiczny</b>	<b>Szpital niepubliczny</b>
Niższy poziom profesjonalnego podejścia menedżerskiego do zarządzania, w tym strategicznego. Ograniczona samodzielność decyzyjna, determinowana wpływami politycznymi organu założycielskiego.	Wyższy poziom przywództwa. Podejście menedżerskie mierzone rachunkiem ekonomicznym. Większa decyzyjność zarządzających.
Duże zainteresowanie wprowadzonymi zmianami.	Niewielkie zainteresowanie wprowadzanymi zmianami.
Działalność non-profit – unikanie strat.	Osiągnięcie zysku.
Działalność oparta głównie na finansowaniu przez zewnętrznego i publicznego płatnika (NFZ).	Działalność oparta głównie na finansowaniu mieszanym (odpłatne usługi prywatne, NFZ, prywatny płatnik).
Realizacja wszystkich procedur medycznych – dochodowych oraz kosztochłonnych.	Realizacja głównie dochodowych procedur medycznych.
Częściej stosowane standardy akredytacji CMJ.	Częściej stosowane systemy zarządzania oparte na normach ISO.
Kultura organizacyjna często zakorzeniona w poprzednim systemie gospodarczym, co wpływa na postawy, zachowania czy motywację pracowników.	Kultura organizacyjna kształtowana głównie poprzez przywództwo, zaangażowanie i komunikację, a także chęć uzyskania przewagi konkurencyjnej.

Źródło: P. Lenik, *Wybrane czynniki ograniczające skuteczność zarządzania szpitalami publicznymi*, „Przegląd Organizacji” 2019, nr 5(952), s. 60

Mając na uwadze różnice w zakresie cech charakteryzujących poszczególne szpitale uznano, iż błędem byłoby nierozróżnienie ich ze względu na np. formę własności czy źródło finansowania. Zwłaszcza, że wartości te potrafią znacznie się różnić w zależności od sektora publicznego lub prywatnego. Przykładowo, według danych GUS usługi szpitalne w 82% są finansowane głównie ze środków publicznych, a tylko w 18% ze środków prywatnych<sup>596</sup>. Istotne znaczenie posiada również kategoria szpitala, poziom jego referencyjności, obszar działania, ilość dostępnych łóżek szpitalnych czy poziom zatrudnienia. Także kwestie kulturowe czy wpływ poszczególnych subkultur zawodowych, w znaczącym stopniu mogą determinować sposób zarządzania podmiotem leczniczym.

Ze względu na bardzo szeroki zakres działalności leczniczej w Polsce uznano, że uwzględnienie w badaniach wyłącznie szpitali jako poniekąd przedstawicieli podmiotów leczniczych, w nieznacznym stopniu wpłynie na ryzyko związane z fragmentaryzacją czy zniekształceniem wyników badań. Z drugiej strony, takie rozwiązanie zapewni łatwiejszy

<sup>596</sup> Raport GUS, *Zdrowie i ochrona zdrowia...*, s. 134.

dobór reprezentatywnej grupy badawczej, co może mieć istotne znaczenie na etapie konceptualizacji oraz operacjonalizacji wyników<sup>597</sup>.

## **4.2. Cel, zakres i metodyka badań własnych**

### **4.2.1. Uzasadnienie i cele podjętych badań**

Wprowadzenie w latach osiemdziesiątych XX wieku do nauk o zarządzaniu koncepcji kultury organizacyjnej zapoczątkowało nowy sposób postrzegania organizacji w kontekście systemu kulturowego. Ujęcie to zakładało, że organizacje wykształcają własne wzorce i wartości, które z kolei wpływają na określone praktyki postępowania, postawy i zachowania pracowników<sup>598</sup>.

Opierając się na wynikach przeglądu literatury przedmiotu oraz na własnym doświadczeniu zawodowym związanym ze współpracą z podmiotami leczniczymi w zakresie wdrażania i utrzymania systemów zarządzania jakością, zauważono potrzebę pochylenia się nad sytuacją problemową braku dedykowanego dla podmiotów leczniczych modelu kultury jakości. Modelu, który pozwoliłby wykorzystać zależności zachodzące pomiędzy istotnymi wymiarami kulturowymi zarządzania jakością (w postaci typologii kultury jakości) w kontekście osiągnięcia wyższej dojrzałości jakościowej. Zauważono także, że obecne w podmiotach leczniczych podejście projakościowe, często ogranicza się wyłącznie do spełnienia wymagań technicznych, organizacyjno-zarządczych oraz systemowych wymaganych wprost przez standardy jakości. Czynniki społeczno-kulturowe traktowane są natomiast zbyt powierzchownie<sup>599</sup>. Jak wskazuje M. Gołębiowski, to właśnie kultura jakości łącząca oba te aspekty staje się podstawą ku temu, aby zarządzanie jakością przebiegało w sposób prawidłowy, rzetelny i przede wszystkim skuteczny oraz efektywny<sup>600</sup>. Aby jednak tak się stało, niezbędnym staje się zidentyfikowanie i zbadanie uwarunkowań kształtujących uznawane w organizacji wartości, występujące postawy oraz podejmowane praktyki projakościowe które określają, w jaki sposób oraz w jakim stopniu ów wartości i postawy są realizowane.

Kwerenda literatury krajowej jak i zagranicznej wskazuje, że relatywnie niewielu badaczy zajmowało się badaniem kultury jakości jako integralnego organizmu

---

<sup>597</sup> T. Karkowski, *Świadczenia szpitalne w powożeniu z procesami zaopatrzenia medycznego i niemedycznego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015, s. 84.

<sup>598</sup> B. Buchelt, J. Jończyk, *Powiązania kultury organizacyjnej...*, s. 53.

<sup>599</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 5.

<sup>600</sup> M. Gołębiowski, *Elementy kultury...*, s. 34–35.

wpływającego na projakościowe zarządzanie w kontekście wpływu na dojrzałość jakościową podmiotów leczniczych. Badania naukowe prowadzone w tym obszarze, często bywały cząstkowe i rzadko odnosiły się bezpośrednio do podmiotów leczniczych<sup>601</sup>. Bardziej koncentrowano się na pokrewnym dla kultury jakości obszarze tj. kultura bezpieczeństwa<sup>602</sup>, kultura doskonalenia jakości<sup>603</sup>, kultura doskonałości<sup>604</sup> oraz coraz bardziej popularna w ochronie zdrowia Just Culture<sup>605</sup>. Opisane w literaturze przedmiotu modele i typologie projakościowej kultury organizacyjnej oraz modele dojrzałości jakościowej, nie zawsze stwarzały możliwość zbadania związków zachodzących pomiędzy czynnikami kształtującymi kulturę jakości, a ich wpływem na poziom dojrzałości jakościowej. Nie zaobserwowano również zbyt wielu kompleksowych opracowań naukowych w zakresie propozycji metodycznych, pozwalających na zbadanie wymiarów kulturowych w powiązaniu ich z aspektami zarządzania jakością w postaci gotowych modeli, które odzwierciedlałyby specyfikę podmiotów leczniczych.

W oparciu o powyższe przesłanki dokonano wyboru tematu pracy oraz zdefiniowano problem badawczy, który dotyczy zjawiska uwzględniania wymiarów kulturowych w zarządzaniu jakością w kontekście kształtowania się poziomu dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych. Problem ten wpłynął na sformułowanie pytań badawczych, które pozwoliły określić trudności i przeszkody w formułowaniu zadań badawczych, a także pomogły ujawnić subiektywny brak wiedzy z zakresu tematyki objętej dysertacją.

Główne pytanie badawcze (PG) ukierunkowane było na uzyskanie odpowiedzi czy uwzględnienie wymiarów kulturowych zarządzania jakością w postaci typologii kultury jakości może wpływać na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów

---

<sup>601</sup> R. Mannion, H. Davies, *Understanding organisational...*, s. 363.

<sup>602</sup> F. Gutzeit, H. O'Brein, J. Valentine, *Organizational Safety Culture: The Foundation for Safety and Quality Improvement*, „Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare” Springer, 2021, s. 15–35; D. Liana [i in.], *Maturity Model and Safety Culture in Healthcare: A Systematic Review*, „Indian Journal of Public Health Research & Development” 2020, nr 11(3), s. 2402–2406.

<sup>603</sup> F. Farzadnia, Z. Hosseini, A. Riahi, *Study of hospital quality management and improvement rates in the hospitals*, „Journal of Humanities Insights” 2017, nr 1(01), s. 7–11.

<sup>604</sup> A.M. Campbell, D.E. Lighter, B.U. Mueller, *Creation of Quality Management Systems: Frameworks for Performance Excellence*. In *Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare*, Springer, Cham. 2021, s. 37–53; P. Stretton, *The just culture: why it is not just, and how it could be*, „British Journal of Healthcare Management” 2020, nr 26(11), s. 304–310.

<sup>605</sup> N.P. Barkell, S.S. Snyder, *Just culture in healthcare: An integrative review*, „Nursing Forum” 2020, vol. 56, nr 1, s. 103–111; D. Marx, *Patient Safety and the Just Culture*, „Obstetrics and Gynecology Clinics of North America” 2020, nr 46(2), s. 239–245.

lecniczych oraz czy zależność tę można przedstawić w postaci modelu – wzorca kultury jakości (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce?

Pytanie to pozwoliło na sformułowanie kolejnych, pomocniczych pytań badawczych (P), które miały na celu w większym stopniu przyczynić się do wyjaśnienia problemu badawczego i poszerzenia wiedzy w tym obszarze. Pytania te brzmią następująco:

P1: W jaki sposób można opisać kulturę jakości oraz praktyki zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?

P2: W jaki sposób można opisać dojrzałość jakościową podmiotów leczniczych?

P3: Czy uznawane wartości stanowią mechanizm wspierania praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?

P4: Czy deklarowane postawy stanowią mechanizm wspierania praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?

P5: Jakie typy kultury jakości występują w podmiotach leczniczych?

P6: Jaki typ kultury jakości w największym stopniu wpływa na stopień dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych?

P7: W jaki sposób można dokonać zmiany kultury jakości na wspierającą osiągnięcie dojrzałości jakościowej?

Należy zaznaczyć, że formułując problem badawczy oraz pytania badawcze odnoszono się do podmiotów leczniczych reprezentowanych przez szpitale, zgodnie z uzasadnieniem opisanym w pkt. 4.1.2 dysertacji. Kierowano się także:

- deficytem badań i opracowań naukowych dotyczących problematyki kultury jakości i dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych,
- niską świadomością roli uwarunkowań kulturowych w projakościowym zarządzaniu wśród pełnomocników ds. jakości, a także wśród osób zarządzających podmiotami leczniczymi w Polsce,
- potrzebą zbadania zależności występujących pomiędzy wybranymi wymiarami kulturowymi: wartościami, postawami i praktykami zarządzania jakością.

Badania nad problematyką kultury jakości są jednym z trudniejszych obszarów badań w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości. Wynika to przede wszystkim z trudności operacjonalizacji badawczej pojęcia kultury jakości oraz braku zakorzenienia jej w praktyce zarządzania jakością. Stąd też natura problemu naukowego podejmowanego w rozprawie doktorskiej wynika z marginalizowania wymiarów kulturowych zarówno w samych wymaganiach zewnętrznych systemów zarządzania jakością, jak również w praktyce ich stosowania. Taki punkt widzenia potwierdza

stanowisko wielu badaczy m.in. R. Wolniaka<sup>606</sup>, S. Lagrosena<sup>607</sup> czy A. Androniceanu<sup>608</sup>, którzy wręcz uważają, że aspekty społeczne posiadają niejednokrotnie dużo większy wpływ na poziom dojrzałości jakościowej, aniżeli samo wdrożenie i utrzymanie systemów zarządzania jakością.

Analiza literatury przedmiotu wymusiła także potrzebę dokonania przeglądu podejścia do dotychczasowych badań nad cechami, determinantami i stosowanymi modelami kształtowania kultury jakości w środowisku ochrony zdrowia. Na tej podstawie zdefiniowano problem naukowy, który dotyczy roli kulturowych aspektów zarządzania jakością w kontekście kształtowania dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych. Rozwiązaniem problemu naukowego będzie wypełnienie luki naukowej w zakresie potrzeby opracowania modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych, który w postaci reguły logicznej pozwoli na przypisanie podmiotu leczniczego do typu kultury w większym stopniu wspierającego osiągnięcie dojrzałości jakościowej.

Mając na uwadze powyższe rozważania oraz charakter podmiotów leczniczych w Polsce, zidentyfikowany interdyscyplinarny problem naukowy będzie usytuowany i badany w obszarze nauk społecznych w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości (w zakresie aspektów zarządzania jakością i dojrzałości jakościowej) oraz w dyscyplinie nauki socjologiczne (w zakresie wpływu wymiarów kulturowych tj. wartości, postaw i praktyk na pro jakościowe zarządzanie w podmiocie leczniczym).

Celem głównym rozprawy doktorskiej (CG) jest opracowanie modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce (reguły logicznej), który umożliwia zmianę typu kultury jakości na pozwalającą na osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej.

Aby zrealizować cel główny, określono również cele cząstkowe, które podzielono na cele teoriopoznawcze, empiryczne oraz metodyczne.

Na poziomie teoriopoznawczym wyodrębniono następujące cele cząstkowe:

C1: Usystematyzowanie i uzupełnienie wiedzy oraz badań naukowych w obszarze wymiarów kulturowych i praktyk zarządzania jakością poprzez dokonanie przeglądu dorobku naukowego i badań w zakresie m.in. typologii i modeli kultur jakości, wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań zarządzania jakością oraz składowych kultury jakości podmiotów leczniczych.

---

<sup>606</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 5.

<sup>607</sup> S. Lagrosen, *Exploring the impact of culture on quality management*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2003, iss. 4, s. 473–487.

<sup>608</sup> A. Androniceanu, *The three-dimensional approach of Total Quality Management, an essential strategic option for business excellence*, „Amfiteatru Economic” 2017, nr 19(44), s. 61–78.



C2: Usystematyzowanie i uzupełnienie wiedzy oraz badań naukowych w obszarze dojrzałości jakościowej poprzez dokonanie przeglądu dorobku naukowego i badań w obszarze wymiarów, modeli i miar dojrzałości jakościowej.

Na poziomie empirycznym określono następujące cele szczegółowe:

C3: Określenie zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością;

C4: Określenie zależności pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością;

C5: Opracowanie propozycji typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce;

C6: Określenie związku pomiędzy empirycznie wyznaczonymi typami kultury jakości podmiotów leczniczych, a ich wpływem na kształtowanie się poziomu dojrzałości jakościowej.

Na poziomie metodycznym wyodrębniono następujący cel cząstkowy:

C7: Wzbogacenie dostępnych metod badawczych o nowe narzędzie badawcze w postaci modelu – wzorca (reguły logicznej) pozwalające podmiotom leczniczym zmienić typ kultury jakości na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.

#### **4.2.2. Model postępowania badawczego. Hipotezy badawcze**

W dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości, podobnie jak w innych dyscyplinach naukowych, można wyróżnić różne modele postępowania badawczego, które pozwalają łączyć metody różnych dyscyplin, paradygmatów i pojęć przyczyniając się do osiągnięcia efektywności poznawczej. W literaturze można spotkać metody badań interpretatywnych (jakościowych) oraz związanych z testowaniem hipotez (badań ilościowych), jak również wykorzystujących logikę dedukcji i indukcji (empiryzm)<sup>609</sup>. Często wykorzystuje się również modele, które mogą przybierać formy modeli teoretycznych<sup>610</sup>, konceptualnych<sup>611</sup>, badawczych<sup>612</sup> oraz modeli – wzorców<sup>613</sup>.

---

<sup>609</sup> J. Niemczyk, *Metodologia nauk o zarządzaniu*, w: *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, pod red. nauk. W. Czakon, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 19–25.

<sup>610</sup> K. Krot, I. Rudawska, *Zaufanie jako zasób systemowy w sektorze zdrowia - w świetle badania polskich pacjentów*, „Studia Ekonomiczne” 2018, nr 350, s. 42–53.

<sup>611</sup> M. Baran, Z. Makiela, M. Stuss, *Menedżer zrównoważonego rozwoju w czasach społeczeństwa informacyjnego - Model konceptualny*, „Przegląd Organizacji” 2018, nr 11, s. 14–21.

<sup>612</sup> M. Cholewa-Wiktor, A. Sitko-Lutek, *Wykorzystanie benchmarkingu i outsourcingu w zarządzaniu szpitalem publicznym*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2020, s. 124–172.

<sup>613</sup> A. Ameljańczyk, *Modelowanie i optymalizacja procedur detekcji zagrożeń epidemiologicznych*, „Inżynieria Bezpieczeństwa Obiektów Antropogenicznych” 2019, s. 1–2.

Pod pojęciem modelu rozumie się hipotetyczną konstrukcję myślową składającą się z założeń, pojęć i zależności pozwalających opisać w przybliżony sposób określony aspekt rzeczywistości<sup>614</sup>. W badaniach naukowych modele stanowią specyficzną formę poznania, pełniąc z jednej strony funkcje teoretyczne poprzez dostarczenie szczegółowego obrazu rzeczywistości, z drugiej funkcje praktyczne będąc narzędziami w prowadzeniu badań empirycznych<sup>615</sup>.

W prowadzonych badaniach wykorzystano model hipotetyczno-dedukcyjny określający zależności między zmiennymi, na podstawie których przeprowadzono analizy zależności oraz opracowano konceptualny model badawczy. Pozwala on zrealizować założone cele badawcze przyczyniając się tym samym do wzbogacenia istniejącej teorii<sup>616</sup>. Modelem stanowiącym wynik prowadzonych badań empirycznych jest model – wzorzec badanego zjawiska. Jest on najczęściej przedstawiany w postaci zapisu równania, które pozwala dokonać klasyfikacji badanego podmiotu badań do indywidualnych warunków zjawiska. Jednak na potrzeby pracy zdecydowano, że będzie przybierał on bardziej przejrzystą postać reguły logicznej (ścieżki decyzyjnej) przedstawionej w formie graficznej.

Zależności między zmiennymi w modelu badawczym stanowią podstawę do sformułowania hipotez badawczych mających na celu odkrycie (wyjaśnienie) pewnych praw i uogólnień<sup>617</sup>. Formułując hipotezy zadbano, aby były one jasno sformułowane, umożliwiały identyfikację zmiennych oraz przedstawiały związki pomiędzy zmiennymi i warunki, w jakich związek ten będzie zachodził<sup>618</sup>.

Mając zatem na uwadze podejmowaną problematykę badawczą sformulowano hipotezę główną:

HG: Kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej determinowany

---

<sup>614</sup> T. Gospodarek, *Modelowanie w naukach o zarządzaniu oparte na metodzie programów badawczych i formalizmie reprezentatywnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009, nr 12, s. 61–63.

<sup>615</sup> M. Szarucki, *Modelowanie w rozwiązywaniu problemów zarządzania*, w: *Rozwój koncepcji i metod zarządzania*, pod red. nauk. J. Czekaj, M. Lisiński, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2011, s. 268.

<sup>616</sup> W. Czakon (red.), *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, Wydawnictwo Nieoczywiste, Warszawa 2016, s. 308.

<sup>617</sup> A. Zakrzewska-Bielawska, *Modele badawcze w naukach o zarządzaniu*, „Organizacja i Kierowanie”, nr 2, 2018, s. 16.

<sup>618</sup> Ł. Sułkowski, R. Lenart-Ganisiewicz, *Epistemologia, metodologia i metody badań w naukach o zarządzaniu i jakości*, Wydawnictwo Społeczna Akademia Nauk, Łódź 2021, s. 323–345.

typem kultury jakości. Zależności te można przedstawić w postaci modelu-wzorca (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce.

Aby potwierdzić hipotezę główną określono hipotezy cząstkowe, które podzielono na hipotezy teoriopoznawcze, empiryczne oraz metodyczne.

Przyjęto następujące hipotezy teoriopoznawcze:

H1: Wymiary kulturowe (kulturę jakości) podmiotów leczniczych można opisać poprzez wartości, postawy oraz praktyki zarządzania jakością;

H2: Dojrzałość jakościowa jest pojęciem wielowymiarowym, które można opisać poprzez cechy i miary skuteczności, efektywności i doskonałości jakościowej.

Przyjęto następujące hipotezy empiryczne:

H3: Istnieje zależność pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością;

H4: Istnieje zależność pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością;

H5: Na podstawie uznawanych wartości, deklarowanych postaw oraz realizowanych praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych, można opracować typologie kultur jakości podmiotów leczniczych;

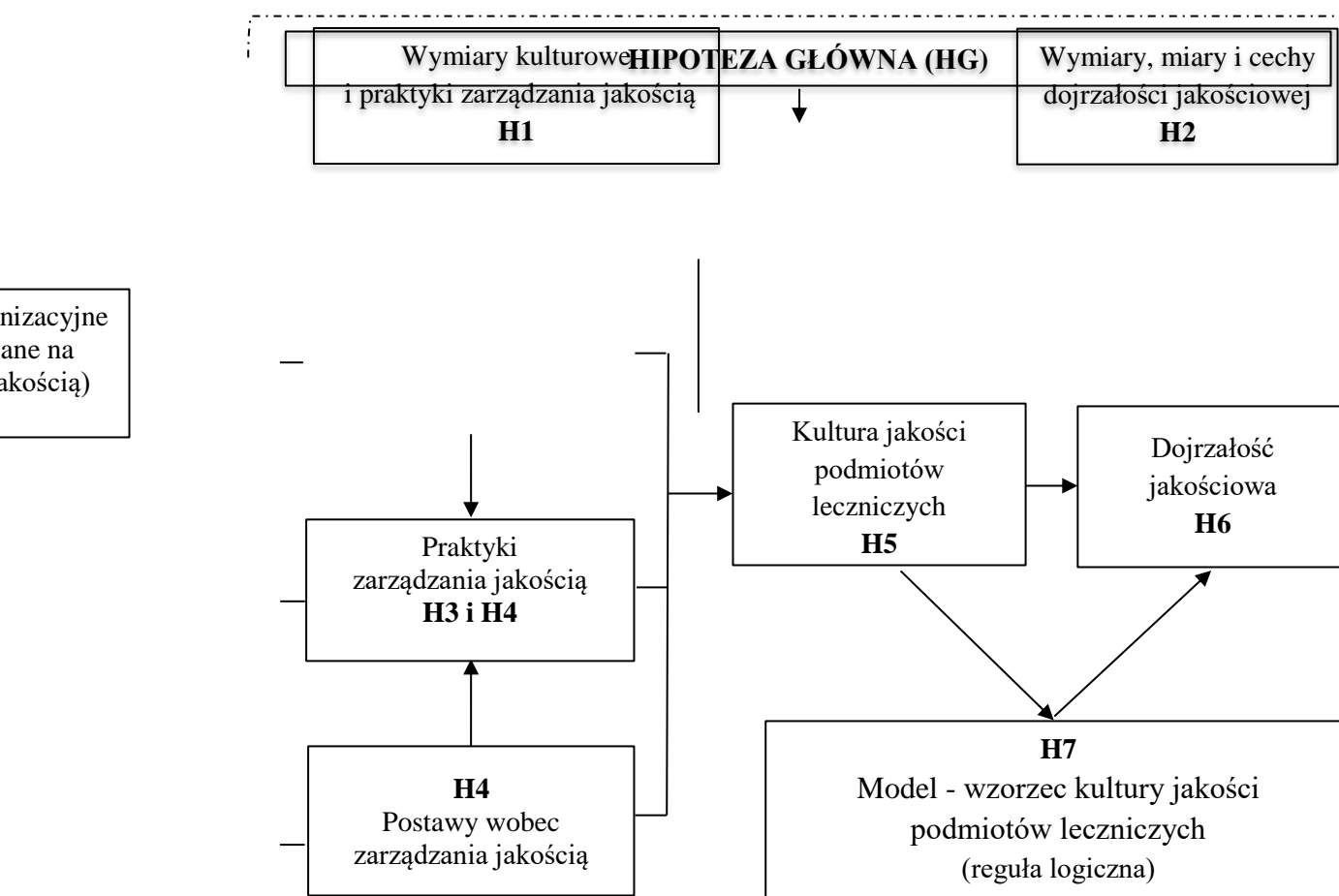
H6: Jeśli wyodrębni się empiryczne typy kultury jakości, to będą one w różnym stopniu wpływały na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.

Przyjęto następującą hipotezę metodyczną:

H7: Jeśli wyodrębni się zmienne klasyfikujące wartości, postawy i praktyki zarządzania jakością do danego typu kultury jakości, to będzie można stworzyć model – wzorzec kultury jakości (w postaci reguły logicznej) pozwalający podmiotom leczniczym zmienić typ kultury na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.

Próba realizacji wyznaczonych celów oraz weryfikacji założonych hipotez, jak również poszukiwanie odpowiedzi na zadane pytania badawcze wymagało określenia założeń i zmiennych, które opisano na rysunku 12 w postaci konceptualnego modelu badawczego.

Rysunek 12. Konceptualny model badawczy kultury jakości podmiotów leczniczych



Źródło: opracowanie własne

Zaprezentowany na rysunku 12 konceptualny model badawczy kultury jakości podmiotów leczniczych przedstawia zmienne badawcze (opisane w prostokątach) wraz z hipotezami. W modelu opisano zarówno zmienne dotyczące hipotez teoriopoznawczych (H1 i H2), hipotez empirycznych (H3 – H6) oraz hipotezy metodycznej (H7). Zmienne teoriopoznawcze stanowią przedmiot analiz literaturowych opisanych w części teoretycznej pracy (rozdział 1 – 3). Z kolei zmienne empiryczne i metodyczne są przedmiotem badań własnych, których założenia i efekty zaprezentowano w rozdziale 4 i 5 dysertacji.

Zaprezentowane na modelu strzałki przedstawiają kierunek wpływu zmiennych na siebie. Linia przerywana oddziela hipotezę główną od hipotez cząstkowych. Założono, że stopień weryfikacji hipotez cząstkowych wpływa na możliwość potwierdzenia hipotezy głównej. Linia prosta oznacza, że zmienna stanowi opis teoriopoznawczy zmiennych ją kształtujących. Ma to miejsce w przypadku wymiarów kulturowych i praktyk zarządzania jakością (H1), które można opisać poprzez wartości organizacyjne

ukierunkowane na zarządzanie jakością, postawy wobec zarządzania jakością i praktyki zarządzania jakością. Podobna sytuacja występuje w przypadku wymiarów, miar i cech dojrzałości jakościowej (H2), które opisują dojrzałość jakościową.

Analizując przedstawiony na rysunku 12 kierunek występujących związków, zmienna dotycząca uznawanych wartości organizacyjnych (ukierunkowanych na zarządzanie jakością) wpływa na praktyki zarządzania jakością. Zależność ta opisana jest poprzez hipotezę H3. Z kolei postawy wobec zarządzania jakością wpływają na praktyki zarządzania jakością. Zależność tę opisuje hipoteza H4. Praktyki zarządzania jakością odnoszą się zarówno do wartości jak i postaw, dlatego opisuje je jednocześnie hipoteza H3 jak i H4.

Zmienną, kulturę jakości podmiotów leczniczych opisują typologie kultury jakości (H5), na których kształt wpływają zarówno wartości, praktyki oraz postawy wobec zarządzania jakością. Empirycznie wyznaczone typologie kształtują z kolei poziom dojrzałości jakościowej. Owa zależność odnosi się do hipotezy H6, mówiącej o różnym stopniu osiągania poziomu dojrzałości jakościowej przez podmioty lecznicze, w zależności od występujących w nich typach kultury jakości.

Potwierdzenie hipotezy metodycznej H7 uwarunkowane jest potwierdzeniem hipotezy H5, mówiącej o możliwości stworzenia typologii kultury jakości podmiotów leczniczych, na bazie których będzie można opracować model – wzorzec kultury jakości (w postaci reguły logicznej) pozwalający podmiotom leczniczym zmienić typ kultury na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową (H6).

Problematyka badawcza kultury jakości stwarza wiele wątpliwości metodycznych. Wynikają one w dużej mierze z wielowymiarowości pojęciowej kultury jakości oraz jakości usług medycznych, jak również z różnorodności modeli dojrzałości jakościowej. Również złożoność i specyfika podmiotów leczniczych oraz mnogość subkultur zawodowych w nich występująca, stwarza problemy zarówno w obszarze ich ewaluacji, jak i próby jednoznacznego określenia typologii kultury jakości. Dlatego na potrzeby prowadzonych badań, zdecydowano się wyodrębnić kilka typów kultury jakości charakteryzujących się różnymi cechami, które w różnym stopniu wpływają na osiągany poziom dojrzałości jakościowej.

W celu weryfikacji hipotez oraz realizacji celów badawczych, zastosowano różne metody i narzędzia badawcze które zaprezentowano w tabeli 45.

Tabela 45. Wykorzystane metody badawcze i ich zastosowanie

<b>Metoda krytycznego przeglądu literatury</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Wykazanie luki naukowej i identyfikacja problemów badawczych.</li> <li>• Określenie nasycenia wiedzy podejmowanym tematem.</li> <li>• Wykazanie celowości i oryginalności pracy i prowadzonych badań.</li> </ul>
<b>Metoda analizy diagnostyczno-opisowej</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Analiza i synteza zależności i związków zachodzących pomiędzy zjawiskami.</li> </ul>
<b>Metoda badania samooceny</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Samoocena postaw według przyjętych kryteriów.</li> </ul>
<b>Metoda statystyczna</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zbieranie, porządkowanie i przetwarzanie danych dotyczących badanego zjawiska i wyciąganie wniosków.</li> <li>• Badanie oraz opis zbiorowości statystycznych.</li> <li>• Poznanie prawidłowości w zakresie badanych zjawisk.</li> </ul>
<b>Modelowanie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Określenie konstrukcji składającej się z pojęć i zależności pozwalających opisać w przybliżony sposób określony aspekt np. w postaci graficznej lub reguły logicznej.</li> </ul>

Źródło: Ł. Sułkowski, R. Lenart-Ganisiewicz, *Epistemologia, metodologia i metody badań w naukach o zarządzaniu i jakości*, Wydawnictwo Społeczna Akademia Nauk, Łódź 2021; A Zakrzewska-Bielawska, *Modele badawcze w naukach o zarządzaniu*, „Organizacja i Kierowanie”, nr 2, 2018

Różnorodność metod i narzędzi badawczych opisanych w tabeli 45 i wykorzystywanych na potrzeby realizacji założonych celów badawczych wynika z faktu, iż badania w zakresie kultury jakości stanowią interdyscyplinarny przedmiot zainteresowania wielu metod i narzędzi badawczych. Dlatego w celu zagwarantowania jak najwyższej jakości prowadzonych badań, opracowano plan postępowania badawczego, którego etapy, zadania oraz wykorzystywane metody i narzędzia badawcze przedstawiono w tabeli 46.

Tabela 46. Ogólny plan postępowania badawczego

Lp.	Etap	Zadanie badawcze	Metody i narzędzia badawcze
1.	Przygotowanie do badań - badania teoriopoznawcze i założenia badawcze	Kwerenda literatury krajowej i zagranicznej w celu określenia przesłanek podjęcia tematu, celu badań, założeń badawczych oraz zakresu pracy.	Przegląd literatury.
2.		Wybór metod i technik badawczych. Określenie zakresu badań. Opracowanie konceptualnego modelu badawczego. Określenie próby badawczej.	Przegląd literatury badań.
3.		Opracowanie wstępnego narzędzia badawczego.	Kwestionariusz ankietowy.
4.		Przeprowadzenie badań pilotażowych (ilościowych) celem sprawdzenia empirycznej poprawności narzędzia badawczego.	Kwestionariusz ankietowy.
5.	Przygotowanie do badań – badania pilotażowe	Weryfikacja konceptualnego modelu badawczego oraz narzędzia badawczego w oparciu o wyniki badań pilotażowych.	Analiza i ocena zgłoszonych uwag przez respondentów.
6.		Ostateczna konstrukcja narzędzia badawczego.	Kwestionariusz ankiety.
7.	Badania właściwe	Przeprowadzenie badań właściwych ilościowych.	Elektroniczny kwestionariusz ankietowy. Wywiady telefoniczne.
8.		Analiza wyników.	Metody statystyczne.
9.	Uogólnienie	Określenie empirycznej typologii kultury jakości. Opracowanie modelu kultury jakości podmiotów leczniczych w postaci reguły logicznej.	Metoda analizy diagnostyczno-opisowej. Modele drzew klasyfikacyjnych.
10.	Badania ewaluacyjne	Opracowanie wniosków, rekomendacji, ograniczeń oraz kierunków dalszych badań.	Wnioski i rekomendacje.

Źródło: opracowanie własne

Celem przyjętego postępowania badawczego jest stworzenie warunków pozwalających na realizację założonych pytań, celów i hipotez badawczych. Wymaga to jednak podjęcia wielu zadań zmierzających do skonstruowania odpowiedniego (dostosowanego do specyfiki podmiotów leczniczych) narzędzia badawczego, które pozwoliłoby zbadać zależności występujące pomiędzy zmiennymi: wymiarami kulturowymi zarządzania jakością, a dojrzałością jakościową.

#### 4.2.3. Przygotowanie do badań – konstrukcja narzędzia badawczego

Badania prowadzone w obszarze kultury jakości oraz dojrzałości jakościowej przybierają najczęściej postać badań ilościowych realizowanych w formie samooceny i pytań ankietowych. W kontekście przedmiotu badań, samoocena jest definiowana jako wszechstronny i systematyczny przegląd działań organizacji i jej wyników, które pozwalają ocenić sposób ich spełnienia. Z kolei kwestionariusz ankietowy można scharakteryzować jako zbiór pytań tak zapisanych, aby wywołać odpowiedź<sup>619</sup>.

Na potrzeby badań pilotażowych oraz badań właściwych kwestionariusz ankietowy stanowił główną technikę zbierania informacji. Zagadnienia wiążące się z przełożeniem pytań, celów i hipotez badawczych na pytania ankietowe, konstruowane były w taki sposób, aby spełniały wymagania dla tworzenia kwestionariuszy ankietowych. Ważne było zatem, aby odnosiły się one do problemu badawczego, umożliwiały udzielenie jednoznacznej odpowiedzi, nie sugerowały odpowiedzi oraz nie były dwuznaczne i miały charakter zamknięty<sup>620</sup>.

Dzięki dostępności zwalidowanych narzędzi badawczych, po odpowiednim ich dostosowaniu do specyfiki podmiotów leczniczych (w oparciu o wyniki kwerendy literaturowej), możliwe było przygotowanie dedykowanego dla podmiotów leczniczych narzędzia, które pozwoliłoby na rozwiązanie problemu badawczego, udzielenie odpowiedzi na zadane pytania badawcze i weryfikację założonych hipotez. Skonstruowany kwestionariusz ankietowy łączył w sobie elementy:

1. wartości organizacyjnych, które obejmują wartości często uznawane w podmiotach leczniczych (wybrane w oparciu o kwerendę literatury i stron internetowych podmiotów leczniczych),
2. kwestionariusza ACQC (Assessment Corporate Quality Culture) autorstwa K. Camerona i W. Sine służącego do pomiaru zawartości kultury jakości na poziomie praktyk<sup>621</sup>,
3. samooceny postaw wobec jakości, autorstwa K.S. Camerona, C.K. Barnett'a służącego do pomiaru natężenia postaw w systemach zarządzania jakością<sup>622</sup>,

---

<sup>619</sup> S. Adamczyk, *Ocena poziomu dojrzałości jakościowej...*, s. 350.

<sup>620</sup> K. Januszkiewicz, *Od teorii naukowych do badania empirycznego - budowa narzędzi do badania zachowań organizacyjnych*, „Przegląd Organizacji” 2016, nr 12, s. 38.

<sup>621</sup> K. Cameron, W. Sine, *A framework for organizational...*, s. 7–25.

<sup>622</sup> K.S. Cameron, C.K. Barnett, *Organizational quality as a cultural variable: An empirical investigation of quality culture, processes, and outcomes*, „The Quality Movement and Organization Theory” 2000, s. 271–294.



4. modelu dojrzałości jakościowej autorstwa W. Łukasińskiego służącego do pomiaru dojrzałości jakościowej w obszarach: zarządczo-organizacyjnym, kulturowo-społecznym, techniczno-technologicznym oraz ekonomicznym<sup>623</sup>.

Kwestionariusz wartości organizacyjnych obejmował zestaw kluczowych wartości, które mogą dotyczyć podmiotów leczniczych i korespondować z projakościowym zarządzaniem na poziomie pracownika, pacjenta, zarządzających oraz organizacji. Wybór wartości pogrupowanych na cztery kategorie wynikał z kwerendy literatury, stron internetowych podmiotów leczniczych oraz atrybutów jakościowych charakteryzujących działalność leczniczą – określonych w normach i standardach jakości tj. norma ISO 9001, EN 15224 czy standardach akredytacyjnych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia.

Zidentyfikowane wartości opisano w postaci krótkich haseł tj. jakość usług, kwalifikacje personelu, bezpieczeństwo procedur medycznych. Na potrzeby badań wybrano 20 wartości organizacyjnych. Celem zapewnienia jak największej wiarygodności uzyskanych wyników, poproszono respondentów o wskazanie wyłącznie 1 wartości (spośród 5), w każdej z 4 kategorii, która ich zdaniem uważana jest za najważniejszą i w największym stopniu charakteryzuje badany podmiot leczniczy. Pozwoliło to na uniknięcie ryzyka wskazywania wszystkich wartości, które z założenia są pozytywne i pożądane społecznie w podmiotach leczniczych. Przyjęty sposób zmusił respondentów do głębszego zastanowienia się i udzielenia bardziej rzetelnej odpowiedzi. Podobną metodą posłużył się R. Wolniak badając wymiary kulturowe polskich organizacji w kontekście wpływu na doskonalenie jakości<sup>624</sup>.

Wartości organizacyjne jako zmienną badawczą przedstawiono w tabeli 47.

Tabela 47. Opis zmiennych badawczych – wartości organizacyjnych

Lp.	Pytania/Stwierdzenia	Symbol	Badany obszar zmiennej
Proszę wskazać, która Pana/i zdaniem wartość jest uważana za najważniejszą w Państwa podmiocie leczniczym:			
na poziomie pracownika		wo1	
1.	Aдекватne wynagradzanie		
2.	Decyzyjność pracownika		
3.	Możliwość rozwoju / zaangażowania		
4.	Wsparcie kierownictwa		
5.	Praca zespołowa		

<sup>623</sup> W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 140-142.

<sup>624</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 16.

Lp.	Pytania/Stwierdzenia	Symbol	Badany obszar zmiennej
na poziomie pacjenta		wo2	Wartości organizacyjne (ukierunkowane na zarządzanie jakością)
1.	Indywidualne podejście		
2.	Bezpieczeństwo procedur medycznych		
3.	Kompleksowość i dostępność świadczeń w jednym miejscu		
4.	Jakość usług		
5.	Kwalifikacje personelu		
na poziomie zarządzających		wo3	
1	Wydajność opieki (liczba wyleczonych pacjentów przy ograniczonych zasobach)		
2.	Renoma na rynku (pod kątem jakości usług)		
3.	Elastyczność (reagowanie na zmiany, nowe możliwości i technologie)		
4.	Rozwój i innowacje		
5.	Zysk – wynik ekonomiczny		
na poziomie organizacji		wo4	
1.	Nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii medycznych		
2.	Warunki pracy		
3.	Dostawcy i partnerzy biznesowi		
4.	Zapewnienie ciągłości świadczeń medycznych		
5.	Etyczny kodeks postępowania		

Źródło: M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Instytut Naukowo-Wydawniczy Spatium, Radom 2021, s. 5–331; K. Cameron, W. Sine, *A framework for organizational quality culture*, „Quality Management Journal” 1999, nr 6(4), s. 7–25; J.A. Belohlav [i in.], *Core Values Hospital: A Comparative Study*, ASQ, 2010, vol. 17, nr 4, s. 2–16; P.M. Mitchell [i in.], *Core principles & values of effective team-based health care*, „Discussion Paper, Institute of Medicine” 2012, s. 5–20; A. Halligan, *The importance of values in healthcare*, „Journal of the Royal Society of Medicine” 2008, nr 101(10), s. 480–481; M. Molenda, *Znaczenie wartości organizacyjnych w rozwoju kultury jakości*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2012, nr 63(1891), s. 209–219; A. Misztal, M. Jasiulewicz-Kaczmarek, *Projektowanie i integracja systemów zarządzania projekcją*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2014, s. 50; P. Patel [i in.], *Culture Survey Report Quality*, „PDA Journal of Pharmaceutical Science and Technology” 2015, nr 69(5), s. 631–642; R. Wolniak, *Wymiary kulturowe polskich organizacji a doskonalenie zarządzania jakością*, CeDeWu, Warszawa 2012, s. 167; PN-EN 15224:2017-02 Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali. Dz. Urz. Min. Zdr. 2010.2.24

Badanie zawartości kultury jakości na poziomie praktyk zarządzania jakością przeprowadzono w oparciu o zmodyfikowane narzędzie badawcze Assessment Corporate Quality Culture (ACQC) autorstwa K. Camerona i W. Sine’a. Sformułowania zawarte w narzędziu dostosowano do specyfiki podmiotów leczniczych tak, aby praktyki odnosiły się do uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych systemów zarządzania.

Narzędzie do badania praktyk zarządzania jakością składało się z 4 części:

- część pierwsza badała stosowane zewnętrzne systemy zarządzania jakością mające zastosowanie w działalności leczniczej oraz systemy wspomagające,
- część druga badała wykorzystywane instrumenty zarządzania jakością,
- część trzecia badała postawy wobec stosowania znormalizowanych systemów zarządzania jakością,
- część czwarta służyła do badania praktyk zarządzania jakością wspierających realizację działań wysokiej jakości.

Do pomiaru praktyk zarządzania jakością zastosowano zmienne wynikające z wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań zarządzania jakością. Wśród zewnętrznych uwarunkowań (szerzej opisanych w pkt. 2.3) poszczególne zmienne wraz z przypisanym symbolem oraz obszarem zmiennej przedstawiono w tabeli 48.

Tabela 48. Opis zmiennych badawczych – uwarunkowań zewnętrznych praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych

Pytania/Stwierdzenia	Symbol (ID)	Badany obszar zmiennej
<b>Wdrożone zewnętrzne systemy zarządzania przez podmiot leczniczy:</b>	pz1_6	Zewnętrzne systemy zarządzania jakością
System zarządzania jakością wg ISO 9001	pz1	
System zarządzania jakością wg EN 15224	pz2	
Standardy akredytacyjne wg Centrum Monitorowania Jakości (CMJ)	pz3	
System zarządzania środowiskowego wg ISO 14001	pz4	
System zarządzania BHP wg ISO 45001	pz5	
System zarządzania bezpieczeństwem informacji wg ISO 27001	pz6	Postaw wobec systemów zarządzania
<b>Stosunek do stosowania zewnętrznych znormalizowanych systemów zarządzania</b>	pz7	
<b>Wykorzystywane instrumenty zarządzania jakością w podmiocie leczniczym:</b>	in 1_12	Instrumenty zarządzania jakością
Lean Manufacturing	in1	
Narzędzia Six Sigma	in2	
Zrównoważona Karta Wyników	in3	
Schemat blokowy	in4	
System sugestii	in5	
Burza Mózgów	in6	
Benchmarking	in7	
5WHY/Diagram Ishikawy	in8	

Pytania/Stwierdzenia	Symbol (ID)	Badany obszar zmiennej
Samooocena organizacji	in9	
Analiza ryzyka	in10	
Rachunek kosztów jakości	in11	
Histogram/Diagram Pareto-Lorenza	in12	

*Zródło: E. Raczyńska, Problematyka jakości w ochronie zdrowia - wyzwania dla zarządzania, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie” 2020, nr 2, s. 165–175; G. Głód, W. Głód, W kierunku integracji systemów zarządzania jakością i ryzykiem w publicznych jednostkach ochrony zdrowia, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 316, s. 83–90; R. Lewandowski, A. Kożuch, J. Sasak, Kontrola zarządcza w placówkach ochrony zdrowia, Wolters Kluwer, Warszawa 2018, s. 175–180; R. Wolniak, Wymiary kulturowe polskich organizacji a doskonalenie zarządzania jakością, CeDeWu, Warszawa 2012, s. 164; M.Z. Wiśniewska, Jakość usług medycznych - instrumenty i modele, CeDeWu, Warszawa 2016, s. 57–202; M. Lisiecka-Bielanowicz, T. Papaj, E. Czyż-Gwiazda, Wykorzystanie metod i narzędzi zarządzania jakością usług w podmiotach leczniczych. Analiza przypadków, „Problemy Jakości” 2019, nr 51(1), s. 30–39; J. Castello, R. De Castro, F. Marimon, Use of quality tools and techniques and their integration into ISO 9001, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2019, vol. 37, nr 1, s. 68–89*

Do pomiaru praktyk wynikających z wewnętrznych uwarunkowań zarządzania jakością zastosowano zmienne tj.: przywództwo i styl kierowania, zaangażowanie i motywacja, struktura organizacyjna, orientacja na potrzeby pacjentów oraz zasoby (uwarunkowania te szerzej opisano w pkt. 2.4.). Zmienne te, wraz ze stwierdzeniami je opisującymi oraz symbolem zmiennej przedstawiono w tabeli 49.

Tabela 49. Opis zmiennych badawczych – uwarunkowań wewnętrznych praktyk zarządzania jakością

Pytanie/Stwierdzenie	Symbol (ID)	Badany obszar zmiennej
Kadra zarządzająca aktywnie wspiera kreatywność pracowników, nagradza za dobre pomysły.	pw1_kr	Styl kreatywny
Kadra zarządzająca deleguje uprawnienia, zapewnia swobodę w podejmowaniu decyzji.	pw1_de	Styl demokratyczny
Kadra zarządzająca poszukuje możliwości rozwoju niezależnie od zasobów, jakimi dysponuje.	pw1_wi	Styl wizjonerski
Kadra zarządzająca jest otwarta na zmiany w organizacji, jeśli pozwalają one skutecznie poprawić jakość i/lub dostosować się do zmieniających się wymagań rynku.	pw1_el	Styl elastyczny
Kadra zarządzająca przywiązuje dużą wagę do sposobu wykorzystania zasobów, optymalizacji kosztów i ich wpływu na wynik finansowy.	pw1_pr	Styl zasobowy
Pracownicy aktywnie angażują się w poprawę jakości i poszukują (proponują) doskonalszych rozwiązań.	pw2_1	Zaangażowanie i motywacja

Pytanie/Stwierdzenie	Symbol (ID)	Badany obszar zmiennej
Pracownicy są sprawiedliwie wynagradzani adekwatnie do kwalifikacji i efektów pracy.	pw2_2	Zaangażowanie i motywacja
Pracownicy współpracują w zespołach wymieniając się wiedzą i doświadczeniem.	pw2_3	Zaangażowanie i motywacja
Pracownicy biorą udział w szkoleniach wykorzystując zdobytą wiedzę do poprawy jakości.	pw2_4	Zaangażowanie i motywacja
W podmiocie leczniczym szkolenia i rozwój pracowników mają wysoki priorytet, nawet w trudnej sytuacji finansowej.	pw5_zaan	Zaangażowanie i motywacja
Pracownicy stosują się do obowiązujących wewnętrznych procedur, instrukcji, zasad bezpieczeństwa.	pw3_sf	Struktura sformalizowana
Pracownicy stosują komunikację formalną przestrzegając stopni hierarchii służbowej.	pw3_hi	Struktura hierarchiczna
W podmiocie leczniczym kładzie się nacisk na rozwój i innowacyjność, nie polega się tylko na dotychczas stosowanych i sprawdzonych rozwiązaniach.	pw5_str_el	Struktura elastyczna
W podmiocie leczniczym realizowane procesy (medyczne i niemiedyczne) są w pełni zidentyfikowane, monitorowane, cyklicznie usprawniane i dostarczają wyników na oczekiwanym poziomie jakości.	pw5_str_pr	Struktura procesowa
W podmiocie leczniczym pacjenci są badani i leczeni zgodnie z ich potrzebami (oczekiwaniemi) oraz najaktualniejszą wiedzą medyczną.	pw5_po1	Orientacja na potrzeby
W podmiocie leczniczym pacjenci chętnie podejmują leczenie w placówce, mają o niej dobre zdanie oraz zaufanie do personelu.	pw5_po2	Orientacja na potrzeby
W podmiocie leczniczym osiąga się pozytywny wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u dużej liczby pacjentów przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach.	pw5_po3	Orientacja na potrzeby
W podmiocie leczniczym wymagane na danym etapie leczenia usługi są zapewnione i dostępne w jednym miejscu.	pw5_po4	Orientacja na potrzeby
W podmiocie leczniczym zapewniona jest ciągłość świadczeń usług medycznych bez względu na problemy finansowe czy braki kadrowe.	pw5_po5	Orientacja na potrzeby
W podmiocie leczniczym bez względu na formę świadczenia usług (usługi odpłatne, bezpłatne, refundowane) zapewnia się ich adekwatną jakość.	pw5_po6	Orientacja na potrzeby

Pytanie/Stwierdzenie	Symbol (ID)	Badany obszar zmiennej
W podmiocie leczniczym przestrzega się ustalonych zasad oraz norm etycznych i moralnych.	pw5_po7	Orientacja na potrzeby
W podmiocie leczniczym stwarza się pracownikom odpowiednie warunki pracy i zapewnia niezbędne zasoby (sprzętowe, materiałowe) do świadczenia wysokiej jakości, bezpiecznych usług.	pw5_infr	Zasoby infrastrukturalne
W podmiocie leczniczym wykorzystuje się najnowsze osiągnięcia medycyny oraz stosuje nowoczesne technologie i sprzęt medyczny.	pw5_rzecz	Zasoby rzeczowe
W podmiocie leczniczym współpracuje się ze sprawdzonymi i rzetelnymi dostawcami i podwykonawcami nawet, jeśli wiąże się to z wyższymi kosztami.	pw5_zew	Zasoby zewnętrzne
Pracownicy są lojalni, dyspozycyjni i kompetentni.	pw4	Zasoby ludzkie

Źródło: K. Cameron, W. Sine, *A framework for organizational quality culture*, „Quality Management Journal” 1999, nr 6(4), s. 7–25; PN-EN 15224:2017-02 Systemy zarządzania jakością - EN ISO 9001: 2015 dla sektora ochrony zdrowia; Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali. Dz. Urz. Min. Zdr. 2010.2.24; M.Z. Wiśniewska, P. Grudowski, *Kultura jakości, doskonałości i bezpieczeństwa w organizacji*, Wydawnictwo CeDeWu, Warszawa 2019, s. 63–64; M. Molenda, *Znaczenie wartości organizacyjnych w rozwoju kultury jakości*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2012, nr 63(1891), s. 209–210; B. Detyna, *Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2020, s. 330–359; W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej pro jakościowo*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2016, s. 118–120; S.P. Robbins, T.A. Judge, *Organizational behaviours*, Pearson Education, New Jersey 2013, vol. 4, s. 306–307; C.D. Willis [i in.], *Sustaining organizational culture change in health systems*, „Journal of Health Organization and Management” 2016, vol. 30, nr 1, s. 2–30; E. Skrzypek, G. Grela, A. Piasecka, *Uwarunkowania doskonalenia zarządzania jakością*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2019

Stosowane praktyki zarządzania jakością powinny być powiązane z uznawanymi za obecne w organizacji postawami wobec zarządzania jakością. Aby zbadać to zjawisko, przeprowadzono analizę 4 postaw wobec pro jakościowego zarządzania. Dokonano tego poprzez przypisanie stwierdzeniu opisanemu w tabeli 50, odpowiedniej wartości punktowej, która w największym stopniu odzwierciedla obecną w podmiocie leczniczym postawę tj.:

- ukierunkowaną na zysk,
- korygującą,
- zapobiegawczą,
- kreatywną (doskonalącą).

Tabela 50. Opis zmiennych badawczych – postaw zarządzania jakością

Pytanie/Stwierdzenie	Symbol (ID)	Badany obszar zmienne
<b>Proszę podzielić 100 punktów (pkt.) między cztery odpowiedzi w każdym opisie. Należy przyznać najwięcej punktów opisowi, który w największym stopniu odpowiada Państwa podmiotowi leczniczemu.</b>		
Zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług medycznych nie jest priorytetem. Organizacja nastawiona jest głównie na zysk i wysoką wydajność. Nie przywiązuje się większej wagi do identyfikacji potrzeb, spełniania oczekiwań czy osiągania satysfakcji klientów. Czynności wykonywane są rutynowo, przeważnie zawsze tak samo, niezależnie od ich skuteczności i efektywności.	kp1	Postawa nastawiona na zysk
Nacisk położony jest głównie na kontrolę oraz wykrywanie i korygowanie błędów. Problemy wykrywa się, ale tylko częściowo wyciąga z nich wnioski (przyczyny źródłowe problemu). Na skargi reaguje się szybko i adekwatnie. Uwzględnia się wyniki oceny satysfakcji klientów.	kp2	Postawa korygująca
Uwaga skoncentrowana jest głównie na zapobieganiu problemom. Skutecznie zarządza się ryzykiem. Stosuje się narzędzia ograniczające ilość błędów i zdarzeń niepożądanych.	kp3	Postawa zapobiegawcza
Nacisk położony jest głównie na ciągłe doskonalenie jakości i poszukiwanie innowacji. Identyfikuje się potrzeby klientów i dostosowuje do nich metody leczenia. Spełnianie potrzeb stanowi priorytet, a za jakość odpowiedzialny jest każdy pracownik. Komunikacja oparta jest na kreatywnej współpracy.	kp4	Postawa kreatywna (doskonaląca)

Zródło: K. Cameron, W. Sine, *A framework for organizational quality culture*, „Quality Management Journal” 1999, nr 6(4), s. 7–25; K.S Cameron, C.K. Barnett, *Organizational quality as a cultural variable: An empirical investigation of quality culture, processes, and outcomes*, „The Quality Movement and Organization Theory” 2000, s. 271–294

Wyniki badanych zmiennych (stopnia występowania wartości, postaw oraz praktyk zarządzania jakością opisanych w tabelach od 47–50) posłużyły określeniu typologii empirycznej kultury jakości w podmiotach leczniczych.

Ostatnią część formularza ankietowego poświęcono problematyce kształtowania się poziomu dojrzałości jakościowej. W badaniu tym skoncentrowano się na pomiarze aspektów, które w największym stopniu kształtują dojrzałość jakościową w wymiarze zarządczo-organizacyjnym, kulturowo-społecznym, techniczno-technologicznym i ekonomicznym. Wzorowano się na badaniach prowadzonych przez W. Łukasieńskiego<sup>625</sup> oraz na wytycznych normy PN-EN ISO 9004:2018-10 w obszarze dojrzałości jakościowej

<sup>625</sup> W. Łukasieński, *Dojrzałość organizacji...*, s. 140–142.

organizacji<sup>626</sup>. Z kolei wymiary i miary dojrzałości szczegółowo opisane w podrozdziale 3.1. i 3.3. pracy przełożono na stwierdzenia, które opisano w tabeli 51.

Tabela 51. Opis zmiennych badawczych - wymiarów dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych

Pytanie/Stwierdzenia	Symbol (ID)	Wymiar dojrzałości
<b>Proszę ocenić, w jakim stopniu poniższe działania lub cechy występują w Państwa podmiocie leczniczym. W naszym podmiocie leczniczym:</b>		
Każdy pracownik zna swoją rolę, zadania oraz odpowiedzialność (w tym w procesach) i realizuje je w pełni.	dw1	zarządczo-organizacyjny
Kierownictwo kształtując wizję oraz dobierając cele jakościowe uwzględnia oczekiwania interesariuszy (pacjentów, pracowników, dostawców...) oraz zmiany w otoczeniu organizacji.		
Zrealizowane w ostatnich 3 latach cele jakościowe wpłynęły na ogólną poprawę jakości w organizacji.		
Wyniki audytów/kontroli wew. i zew. oraz monitorowania procesów wykazują zgodność z przyjętymi celami, procedurami, standardami jakości (ISO/CMJ).		
Zdolność pełnej integracji procesów w jeden spójny system zarządzania pozwala osiągać powtarzalność działań i oczekiwane wyniki.		
Dostawcy oraz partnerzy biznesowi aktywnie angażowani są w doskonalenie jakości poprzez wzajemne pozytywne relacje oparte na współpracy i zaufaniu.	dw2	kulturowo-społeczny
Obecna w organizacji kultura organizacyjna (uznawane wartości, postawy, zachowania) zorientowane są na jakość, doskonałość i innowacyjność świadczonych usług.		
Poziom satysfakcji pacjentów/interesariuszy zew. przez ostatnie 3 lata był...		
Poziom satysfakcji pracowników (zorientowanie na spełnienie ich potrzeb i oczekiwań) przez ostatnie 3 lata był...		
W porównaniu z konkurencją wprowadza się nowe (innowacyjne) usługi, metody leczenia, technologie medyczne poprawiające jakość i bezpieczeństwo.	dw3	techniczno-technologiczny
Pracownicy posiadają zdolność do samodzielnego posługiwania się nowoczesną technologią (zarówno medyczną jak i informatyczną).		

<sup>626</sup> PN-EN ISO 9004:2018..., s. 24-54.



Pytanie/Stwierdzenia	Symbol (ID)	Wymiar dojrzałości
<b>Proszę ocenić, w jakim stopniu poniższe działania lub cechy występują w Państwa podmiocie leczniczym. W naszym podmiocie leczniczym:</b>		
Zapewnia się i doskonali stan techniczny infrastruktury, sprzętu i środowiska pracy pozwalający na bezpieczne świadczenie usług i optymalne wykorzystanie posiadanych zasobów.		
Realizowane cele i zadania wpływające na jakość zapewniają odpowiednią relację pomiędzy uzyskanymi wynikami a wykorzystanymi na ten cel zasobami.	dw4	ekonomiczny
Prowadzi się politykę racjonalnego wykorzystania zasobów i minimalizacji marnotrawstwa.		
Pozycja rynkowa (konkurencyjna) na tle konkurencji w przeciągu ostatnich 3 lat była...		
Kondycja finansowa na tle konkurencji była...		
Stwierdzenia z dw1 – dw4	dw5	ogólna dojrzałość jakościowa

Źródło: W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2016, s. 98, 141; PN-EN ISO 9004:2018 System zarządzania jakością. Jakość organizacji. Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu

Kwestionariusz ankietowy zawierał także część metryczkową, w której określono:

- stanowiska/funkcje respondentów (m1),
- formę własności (m2),
- kategorię podmiotu leczniczego (m3),
- poziom referencyjny szpitala (m4),
- województwo, w którym znajduje się podmiot leczniczy (m5),
- ilość łóżek szpitalnych (m6),
- poziom zatrudnienia – liczba przeliczeniowa pełnych etatów bez względu na formę zatrudnienia (m7),
- źródła finansowania (m8).

Pełne narzędzie badawcze w postaci kwestionariusza ankietowego przedstawiono w załączniku 1 do pracy.

Aby zweryfikować poprawność sporządzonego narzędzia badawczego, badania właściwe poprzedzono badaniem pilotażowym. Celem badania pilotażowego było sprawdzenie czy pytania określone w kwestionariuszu ankietowym dostarczają poszukiwanych przez badacza informacji oraz czy są zrozumiałe dla respondentów.

Badania pilotażowe poprzedzono szczegółowymi badaniami poznawczymi i diagnostycznymi zarówno w aspekcie teoretycznym (kwerenda literatury przedmiotu badań), jak również praktycznym (doświadczenia własne badacza).

Badania pilotażowe przeprowadzono na grupie wybranych publicznych i prywatnych podmiotów leczniczych – szpitali. Starano się zapewnić, aby szpitale pochodziły z różnych województw Polski oraz reprezentowały różne poziomy referencyjne oraz źródła finansowania tak, aby próba badawcza była różnorodna.

Badania przeprowadzono w miesiącach: luty – kwiecień 2021 r. Do badań wykorzystano kwestionariusz ankietowy, który został rozesłany do 120 podmiotów leczniczych – szpitali publicznych i prywatnych zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej (formularz Google). Na ankietę odpowiedziało 27 podmiotów, co stanowiło zwrotność na poziomie 22,5%. 7 podmiotów odesłało wypełnioną ankietę w wersji papierowej, natomiast 20 szpitali wypełniło anonimową ankietę elektroniczną. Respondentami byli głównie pełnomocnicy ds. jakości (systemów zarządzania jakością oraz akredytacją) – 17 osób. Kadre zarządzającą reprezentowało 9 osób. 1 osoba nie zajmowała się tematyką jakości.

Charakterystykę podmiotów leczniczych uczestniczących w badaniach pilotażowych przedstawiono w tabelach 52 i 53.

Tabela 52. Charakterystyka zbiorowości badania pilotażowego

Kryterium	Przedział	Liczba badanych organizacji	Procent populacji
Respondent	Kadra zarządzająca	9	33,0%
	Osoba odpowiedzialna za sprawy jakości (np. Pełnomocnik ds. Jakości)	17	63,0%
	Inny	1	4,0%
Forma własności	Podmioty publiczne	19	70,4%
	Podmioty prywatne	7	25,9%
	Podmioty publiczno-prywatne	1	3,7%
Kategoria podmiotu leczniczego	Szpital zabiegowy wielospecjalistyczny	18	66,7%
	Szpital zabiegowy monospecjalistyczny	3	11,1%
	Szpital niezabiegowy	1	3,7 %
	Szpital Chirurgii Jednego Dnia	5	18,5%
	Inny	0	0,0%
	Dolnośląskie	1	3,7%

Kryterium	Przedział	Liczba badanych organizacji	Procent populacji
Województwo, w którym znajduje się podmiot leczniczy	Kujawsko-pomorskie	1	3,7%
	Lubelskie	1	3,7%
	Lubuskie	1	3,7%
	Łódzkie	0	0,0%
	Małopolskie	3	11,1%
	Mazowieckie	3	11,1%
	Opolskie	0	0,0%
	Podkarpackie	3	11,1%
	Podlaskie	1	3,7%
	Pomorskie	1	3,7%
	Śląskie	7	25,9%
	Świętokrzyskie	1	3,7%
	Warmińsko-mazurskie	2	7,4%
	Wielkopolskie	1	3,7%
	Zachodniopomorskie	1	3,7%
Źródło finansowania usług medycznych	Wyłącznie publiczne	14	51,9%
	Publiczne z elementami prywatnego	2	7,4%
	Wyłącznie prywatne	5	18,5%
	Prywatne z elementami publicznego	6	22,2%
	Nie wiem	0	0,0%

Źródło: opracowanie własne

Tabela 53. Statystyki opisowe – wielkość szpitala wyrażona ilością łóżek szpitalnych oraz poziom zatrudnienia wyrażony liczbą przeliczeniową pełnych etatów bez względu na formę zatrudnienia (badania pilotażowe)

	N	Min	Max	Średnia
Liczba łóżek	27	5	1138	193,00
Liczba zatrudnionych	27	8	4135	535,74

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników badań pilotażowych dokonano nieznacznej modyfikacji kwestionariusza ankietowego. Zmiany nie wpłynęły jednak na zawartość merytoryczną kwestionariusza. Podczas weryfikacji kierowano się głównie uwagami respondentów dotyczącymi przejrzystości pytań, mogących sugerować brak ich zrozumienia, jak również odpowiedziami, które są ze sobą niespójne. W związku z powyższym,

doprecyzowano niektóre pytania, gdyż w opinii pojedynczych respondentów, niektóre z nich były niezrozumiałe np. w obszarze badającym uznawane wartości w podmiocie leczniczym. Ponadto w kilku przypadkach respondenci nie zaznaczali żadnej odpowiedzi, co mogło sugerować, że mogą nie dysponować wiedzą na temat zadanego pytania, czy istniejącego sformułowania. Zdecydowano się zatem na wprowadzenie do kwestionariusza ankiety opcji – „nie wiem”, „nie mam zdania”.

Zweryfikowany kwestionariusz ankietowy został skierowany do badań właściwych, które przeprowadzono częściowo we współpracy z agencją badawczą Quantify Sp. z o.o. Agencja, w ramach badań przeprowadziła wywiady telefoniczne. Z kolei pozostałe badania, w postaci badań ankietowych przy wykorzystaniu formularza Google, przeprowadzono we własnym zakresie.

Celem odpowiedniego doboru próby badawczej i zapewnienia jej reprezentatywności, badania właściwe poprzedzono określeniem minimalnej próby badawczej wykorzystując do tego celu wzór na minimalną liczebność próby<sup>627</sup>

$$N_{min} = \frac{N_P(\alpha^2 \cdot f(1 - f))}{N_P \cdot e^2 + \alpha^2 \cdot f(1 - f)}$$

gdzie:

$N_{min}$  – minimalna liczebność próby,

$N_P$  – wielkość populacji, z której brana jest próba,

$\alpha$  – poziom ufności dla wyników,

$f$  – wielkość frakcji,

$e$  – założony błąd maksymalny, wyrażony w liczbie ułamkowej.

Wzór na minimalną liczebność próby pozwala na obliczenie, ile powinno przebadac się elementów (szpitali), aby wyniki badań z określonym poziomem ufności i założonym błędem maksymalnym estymowały prawdziwe wyniki w populacji. Na potrzeby badań przyjęto wartości frakcji w populacji na poziomie 0,5, co oznacza, że badana cecha występuje w 50% populacji. Z kolei, poziom ufności przyjęto na poziomie  $\alpha = 0,95$ , co oznacza, że na 95% możemy być pewni uzyskanych rezultatów, gdzie wartość wyniku w rozkładzie normalnym dla założonego poziomu istotności 95% wynosi

---

<sup>627</sup> W.W. Daniel, *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 7th edition, John Wiley & Sons, New York 1999, s. 189-192; [www.naukowiec.org/wzory/metodologia/minimalna-liczebnos-proby\\_902.html](http://www.naukowiec.org/wzory/metodologia/minimalna-liczebnos-proby_902.html), [17.01.2021].

1,96<sup>628</sup>. Założono także błąd maksymalny wyrażony w liczbie ułamkowej na poziomie 0,06, co oznacza, że osiągnięty wynik może różnić się o 6%.

W celu przeprowadzenia badań właściwych związanych z opracowaniem modelu kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce, zdecydowano się na dobór próby badawczej obejmującej podmioty lecznicze – szpitale. Wśród szpitali stanowiących obiekt badań wybrano te, świadczące usługi medyczne zarówno w ramach hospitalizacji planowej, jak i leczenia jednego dnia. Próba obejmowała tym samym organizacje, dla których dostępne są programy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, jak również znormalizowane standardy zarządzania jakością ISO.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, w Polsce działa łącznie 890 szpitali publicznych, które stanowią zakładaną wielkość populacji poddanej badaniom. Dla tej wartości została wyliczona minimalna próba badawcza<sup>629</sup>.

$$N_{min} = \frac{890 \cdot (1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5))}{890 \cdot 0,06^2 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot (1 - 0,5)} = 205$$

Po podstawieniu do wzoru przyjętych wartości, minimalna liczebność próby badawczej wynosi 205 szpitali.

Minimalna próba dla szpitali niepublicznych nie została określona, gdyż w Polsce nie ma jednoznacznego wykazu tego typu jednostek, co uniemożliwia określenie dokładnej wielkości populacji. Dlatego, tego typu szpitale, na potrzeby badań zostały ujęte wyłącznie w kontekście porównawczym i uzupełniającym jako jedna z możliwych form świadczenia usług medycznych. Na potrzeby badań właściwych traktowano je jako szpitale działające w ramach hospitalizacji planowej lub chirurgii leczenia jednego dnia. Nie różnicowano ich według formy własności na etapie badania zależności, tworzenia typologii kultury jakości czy operacjonalizacji wyników badań.

W zakresie przestrzennym badania objęły szpitale zlokalizowane w obrębie wszystkich województw Polski, co zapewnia wysoką reprezentatywność podmiotów w skali kraju.

#### 4.2.4. Opis wykorzystanych narzędzi statystycznych

---

<sup>628</sup> Tamże.

<sup>629</sup> *Raport GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia - 2019*, Kraków 2020, s. 20.

Przeprowadzając badania ilościowe mające na celu zweryfikować przyjęte hipotezy badawcze, wykorzystywano różne narzędzia statystyczne pozwalające na grupowanie danych, analizę rzetelności uzyskanych wyników, analizę zachodzących zależności oraz budowę modelu kultury jakości podmiotów leczniczych.

W przypadku miar dojrzałości jakościowej, obliczano skale sumaryczne będące średnimi ze zmiennych należących do określonego obszaru. Rzetelność otrzymanych skal sumarycznych oceniano za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, przyjmując akceptowalny poziom rzetelności równy co najmniej 0,7<sup>630</sup>.

Do badania zależności pomiędzy wyodrębnionymi klasami, a skalami sumarycznymi miar dojrzałości jakościowej, stosowano modele regresji liniowej w postaci wzoru:

$$Y_i = \alpha_0 + \sum_{j=1}^{r-1} \alpha_j \cdot D_{ji} + \sum_{j=1}^k \beta_j \cdot C_{ji} + \xi_i$$

gdzie  $Y$  oznacza określoną miarę dojrzałości,  $D_j$  to zmienne zerojedynkowe reprezentujące poszczególne klasy, a  $C_j$  to zmienne kontrolne z metryczki reprezentujące pytania m2, m4, m6 (logarytm) oraz m8. Ponadto, indeks  $i$  oznacza badane obiekty,  $r$  jest liczbą klas,  $k$  jest liczbą zmiennych kontrolnych, a  $\xi$  oznacza składnik losowy modelu. Parametry  $\alpha_j$  oraz  $\beta_j$  modelu szacowane były metodą najmniejszych kwadratów, a błędy standardowe oszacowań obliczano stosując wersję odporną na możliwą heteroskedastyczność składnika losowego.

W przypadku analizy zależności pomiędzy parami zmiennych obliczano właściwe miary zależności. W szczególności w przypadku, gdy obie zmienne mierzone były na skali nominalnej wyznaczano współczynnik V Cramera. Gdy jedna ze zmiennych była nominalna, a druga była co najmniej porządkowa, przeprowadzano test Kruskala-Wallisa lub test  $t$  dla dwóch prób niezależnych przy założeniu różnych wariancji. Dla zmiennych mierzonych na skalach mocnych obliczano współczynniki korelacji liniowej Pearsona. Dla każdej z miar wyznaczono poziomy istotności ( $p$ -wartości), dla których założono poziomy istotności  $p < 0,01$ (\*\*\*),  $p < 0,05$ (\*\*) oraz  $p < 0,1$ (\*), gdzie gwiazdkami oznaczono w treści zależności istotne statystycznie. Należy podkreślić, że do ich obliczania

---

<sup>630</sup> M. Walesiak, E. Gatnar, *Metody statystycznej analizy wielowymiarowej w badaniach marketingowych*, Wydawnictwo AE we Wrocławiu, Wrocław 2004, s. 65.

wykorzystano standardowe wzory zakładające, że liczebność próby badawczej jest mała w stosunku do liczebności populacji. Faktycznie jednak badana próba stanowi istotną część zbiorowości szpitali w Polsce, co w praktyce oznacza, że podawane w pracy p-wartości są generalnie zawyżone, zbyt często wskazując na niemożność odrzucenia hipotezy dotyczącej braku zależności pomiędzy badanymi zmiennymi. Dlatego badając zależności, głównie w obszarze wymiarów, postaw i praktyk zarządzania jakością wykazywano istotność statystyczną na poziomie  $p < 0,1(*)$  w tabelach prezentujących wyniki. Jednak na potrzeby ich interpretacji, ze względu na dodatkowo dużą ilość zmiennych nie były one przedmiotem głębszej analizy na tym poziomie istotności, gdyż mogłyby one zaburzać realny obraz badanego problemu.

W celu podziału przebadanych podmiotów na rozłączne klasy, wykorzystano dwa standardowe narzędzia grupowania, tj. metody hierarchiczne oraz metodę k-średnich<sup>631</sup>. Zbiór zmiennych wykorzystanych w grupowaniu tworzyły: zmienne reprezentujące wartości organizacyjne (wo1-wo4; przekodowane od zmiennych zerojedynkowych; łącznie 20 zmiennych), zmienna zliczająca ilość stosowanych systemów zarządzania reprezentowanych przez zmienne pw1-pw6 (z uwagi na liczniejsze braki danych wśród tych zmiennych nie zdecydowano się na bezpośrednie ich wykorzystanie; w przypadku zmiennej zagregowanej braki danych traktowano jako brak danego systemu), zmienna zliczająca ilość stosowanych instrumentów zarządzania reprezentowanych przez zmienne in1-in12, zmienne opisujące praktyki zarządzania jakością stosowane przez badane podmioty (pz1-kr-pz5\_po7; 25 zmiennych) oraz zmienne reprezentujące postawy wobec zarządzania jakością (kp1-kp4; 4 zmienne; wartości każdej z nich zostały podzielone przez 10, aby uzyskać zbliżoną zmienność do pozostałych zmiennych użytych w grupowaniu). Z uwagi na mieszany charakter zmiennych, z których część była binarna, a pozostałą część traktowano jako zmienne ciągłe, do pomiaru odległości pomiędzy obiektami lub klasami wykorzystano współczynnik Gowera<sup>632</sup>. Wśród metod hierarchicznych rozważano kilka różnych algorytmów łączenia klas: metodę najbliższego sąsiada, metodę najdalszego sąsiada, metodę średnich połączeń oraz metodę Warda.

---

<sup>631</sup> A. Balicki, *Statystyczna analiza wielowymiarowa i jej zastosowania społeczno-ekonomiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013, s. 205–316; J.F. Hair Jr [i .in], *Multivariate Data Analysis*, 7th International Edition, Pearson, Harlows, 2014, s. 205–316, 415–474; *StatSoft, Elektroniczny Podręcznik Statystyki PL*, Kraków 2006, [www.statsoft.pl/textbook/stathome.html](http://www.statsoft.pl/textbook/stathome.html), [dostęp: 10 czerwiec 2021].

<sup>632</sup> J.C. Gower, *A general coefficient of similarity and some of its properties*, „Biometrics” 1971, nr 27, s. 127, 857–871; Stata Corp, *Stata Multivariate Statistics. Reference Manual*, Stata Press, College Station 2017, nr 15, s. 547–548.

Liczbę klas ustalano na podstawie analizy dendrogramu oraz kryterium Calińskiego-Harabasza<sup>633</sup>.

W przypadku metody k-średnich rozważano podział na 2, 3 oraz 4 klastry. Ostatecznego wyboru podziałów dokonano na podstawie subiektywnej oceny uzyskanych klastrow z punktu widzenia możliwości ich interpretacji w odniesieniu do typów kultury jakości.

Do budowy modelu kultury jakości, który przyjmuje postać zbioru reguł przydziału badanych jednostek do określonych klastrow, wykorzystano drzewa klasyfikacyjne<sup>634</sup>, a dokładnie klasyczny algorytm C&RT<sup>635</sup>. Jako regułę zatrzymania tworzenia drzewa przyjęto metodę przycinania przy błędnej klasyfikacji. Do oceny jakości uzyskanych reguł wykorzystano standardowe tabele i współczynniki poprawności klasyfikacji.

Modele drzew klasyfikacyjnych i regresyjnych (Classification and Regression Trees – C&RT) umożliwiają zarówno budowę modeli służących do rozwiązywania problemów regresyjnych (gdzie zmienną zależną jest cecha ilościowa) jak i klasyfikacyjnych (jakościowa zmienna zależna). Najogólniej można powiedzieć, że celem analizy z zastosowaniem algorytmu budowy drzew jest znalezienie zbioru logicznych warunków podziału prowadzących do jednoznacznego zaklasyfikowania obiektów. Z kolei drzewo klasyfikacyjne, to zbiór warunków logicznych pozwalających zaklasyfikować obiekt<sup>636</sup>.

Odpowiedni rozmiar drzewa w analizie za pomocą drzew klasyfikacyjnych i regresyjnych jest istotnym problemem, gdyż zbyt duże drzewo może być trudne do zinterpretowania. Dlatego jako regułę zatrzymania tworzenia drzewa przyjęto metodę przycinania przy błędnej klasyfikacji. Strategia ta polega na wykorzystaniu procedur do wybrania drzewa „właściwej wielkości”. Procedura ta nie jest może niezawodna, ale jak to zaznaczają autorzy metody, nie opiera się na subiektywnych ocenach<sup>637</sup>.

Większość obliczeń przeprowadzono w programie Stata 15. Jedynie do tworzenia drzew klasyfikacyjnych wykorzystano program Statistica 13.

---

<sup>633</sup> M. Walesiak, *Zagadnienie doboru liczby klas w klasyfikacji spektralnej*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2013, nr 278, s. 36.

<sup>634</sup> Tamże, s. 103–138.

<sup>635</sup> L. Breiman [i in.], *Classification and Regression Trees*, Taylor & Francis, Boca Raton 1984.

<sup>636</sup> StatSoft, *Elektroniczny Podręcznik Statystyki PL*, Kraków 2006, [www.statsoft.pl/textbook/stathome.html](http://www.statsoft.pl/textbook/stathome.html), [dostęp: 10 czerwiec 2021].

<sup>637</sup> Tamże.



## ROZDZIAŁ 5. KONCEPTUALIZACJA I OPERACJONALIZACJA WYNIKÓW BADAŃ

### 5.1. Charakterystyka podmiotu badań

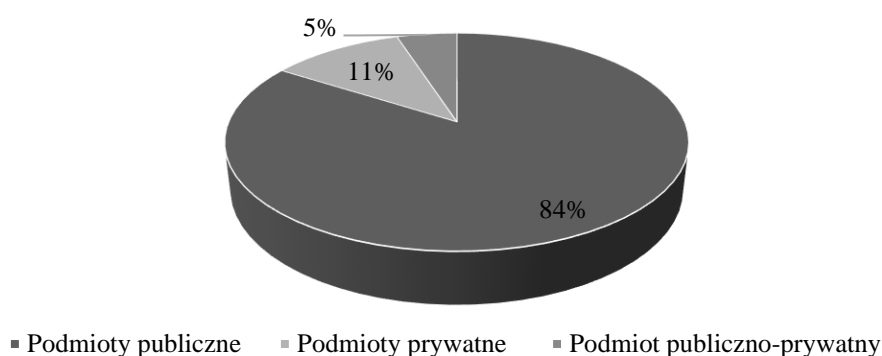
Obiektem badań stanowiącym przedmiot zainteresowania podejmowanej tematyki badawczej były podmioty lecznicze – szpitale, których szczegółową charakterystykę przedstawiono w podrozdziale 4.1 pracy. Badania właściwe (ilościowe) wśród tej grupy badawczej zostały przeprowadzone w okresie od sierpnia do października 2021 r. w formie bezpośrednich wywiadów telefonicznych oraz przy wykorzystaniu kwestionariusza ankiety przygotowanego na platformie Google Forms.

Wywiady telefoniczne zrealizowano przy wsparciu zewnętrznej agencji badawczej – firmy Quantify Sp. z o.o, która skutecznie zrealizowała 109 wywiadów w oparciu o ustrukturyzowany kwestionariusz ankietowy. Pozostałe badania (102 ankiety) zrealizowano dzięki otrzymaniu wypełnionych kwestionariuszy ankietowych przesłanych drogą elektroniczną do 480 podmiotów leczniczych. Wybierając tę metodę uznano, że w dobie powszechnej cyfryzacji w ochronie zdrowia stanowi ona optymalny i powszechny sposób pozyskiwania informacji do badań<sup>638</sup>. Aby dodatkowo zwiększyć zwrotność ankiet wsparto się kontaktem telefonicznym w celu poinformowania respondentów o prowadzonych badaniach.

Aktywnie w badaniach empirycznych uczestniczyło 211 podmiotów leczniczych, co stanowiło 35,9 % wszystkich szpitali, do których skierowano formularz ankietowy i z którymi przeprowadzono wywiady telefoniczne.

Na wykresie 1 przedstawiono strukturę badanych szpitali według formy własności.

Wykres 1. Struktura badanych szpitali wg formy własności



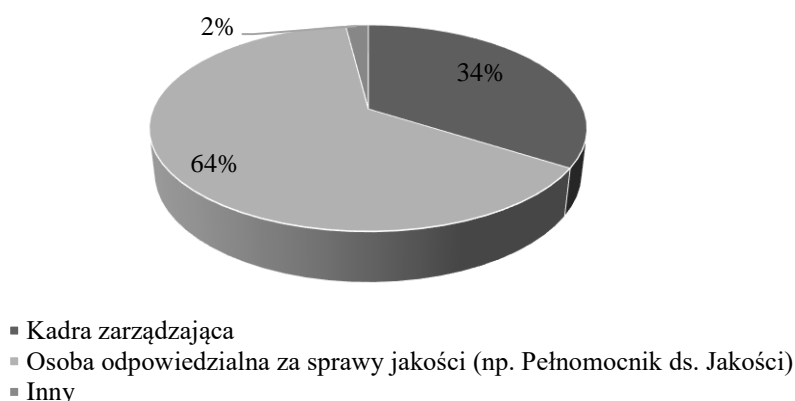
Źródło: opracowanie własne

<sup>638</sup> Tamże, s. 191–192.

Zdecydowana większość podmiotów uczestniczących w badaniach reprezentowała szpitale publiczne – 84%. Podmioty prywatne (niepubliczne) stanowiły 11%, a 5% to podmioty publiczno-prywatne. Taka struktura, którą zobrazowano na wykresie 1 wskazuje na wysoką koncentrację badań na szpitalach publicznych i publiczno-prywatnych, które łącznie stanowiły 89% badanej zbiorowości. Szpitale prywatne w tym przypadku stanowiły wyłącznie uzupełnienie badań o podmioty realizujące mniej inwazyjne procedury medyczne, głównie w formie leczenia jednego dnia.

Strukturę badanych szpitali według respondentów przedstawiono na wykresie 2.

Wykres 2. Struktura badanych szpitali wg respondentów



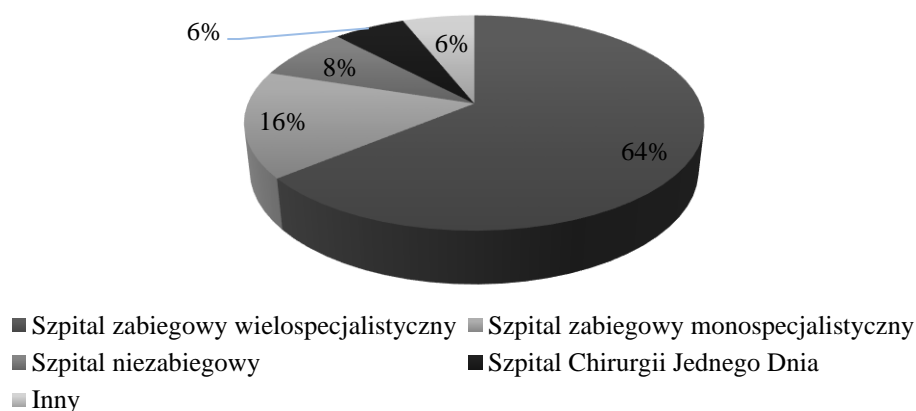
Źródło: opracowanie własne

Prośbę o udział w badaniach skierowano głównie do osób odpowiedzialnych w szpitalach za jakość tj. pełnomocników ds. jakości, pełnomocników ds. systemów zarządzania jakością, pełnomocników ds. zintegrowanych systemów zarządzania, pełnomocników ds. akredytacji, którzy stanowili 64% wszystkich respondentów. Badaniem objęto również menedżerów wyższego szczebla tj. prezesów zarządu, dyrektorów, zastępców dyrektorów oraz naczelnice pielęgniarki. Stanowili oni łącznie 34% badanych. Pozostałe 2% stanowiły osoby, które na co dzień nie były odpowiedzialne w organizacji za sprawy jakości. Badaniem objęte zostały zatem osoby, od których postaw, zachowań i stylu kierowania zależy w dużym stopniu obecny w organizacji typ kultury jakości. Osoby te posiadają lub co najmniej powinny posiadać także największą wiedzę z zakresu projakościowego zarządzania w porównaniu z innymi pracownikami, co też predysponuje je do udzielania rzetelnych informacji z zakresu podejmowanej problematyki badawczej.

Podmioty lecznicze scharakteryzowano również według kategorii szpitala z podziałem na szpitale zabiegowe wielospecjalistyczne, zabiegowe monospecjalistyczne, niezabiegowe, chirurgii jednego dnia oraz pozostałe. Podział ten wynikał m.in.

z kryteriów, jakie stosuje Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia podczas tworzenia rankingu szpitali w Polsce<sup>639</sup>. Strukturę badanych podmiotów leczniczych według kategorii szpitali przedstawiono na wykresie 3.

Wykres 3. Struktura badanych podmiotów leczniczych wg kategorii szpitala



Źródło: opracowanie własne

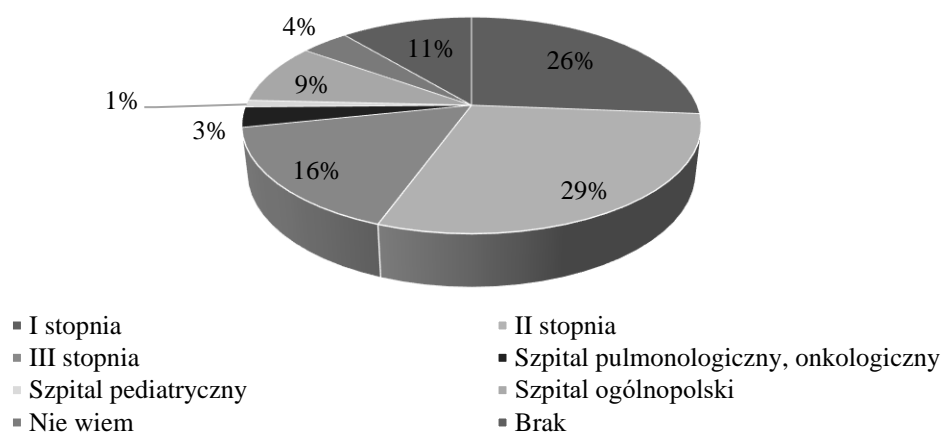
W badaniach dominowały szpitale zabiegowe wielospecjalistyczne – 64%. Udział szpitali zabiegowych monospecjalistycznych wynosił 16%, szpitali niezabiegowych 8%, z kolei realizujących procedury w ramach leczenia chirurgii jednego dnia 6%. Również 6% stanowiły pozostałe kategorie szpitali. Wysoki udział szpitali wielospecjalistycznych jest o tyle ważny z punktu widzenia badawczego, gdyż kategoria ta bardzo często jest beneficjentem wielu zewnętrznych systemów zarządzania jakością (ISO/standardów akredytacyjnych). Tego typu podmioty realizują także najbardziej złożone procedury medyczne oraz oferują najszerszy zakres usług, począwszy od leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a na rehabilitacji leczniczej skończywszy. Tym samym przenikają się w nich różne systemy jakości, style kierowania, kultury organizacyjne, subkultury, co może mieć istotne przełożenie na ogólny obraz kulturowy podmiotów leczniczych w Polsce.

Podmioty lecznicze świadczące usługi z zakresu leczenia szpitalnego reprezentowały wszystkie poziomy świadczeń, zgodnie z podziałem zaproponowanym w ramach podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego (sieci szpitali)<sup>640</sup>. Na wykresie 4 przedstawiono strukturę szpitali ze względu na klasyfikację do poszczególnych poziomów referencyjności.

<sup>639</sup> *Ranking szpitali CMJ*, [www.cmj.org.pl/ranking/wyniki\\_2020/](http://www.cmj.org.pl/ranking/wyniki_2020/), [8.01.2021].

<sup>640</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021, poz. 1285, tekst jednolity z późn. zm.).

Wykres 4. Struktura badanych szpitali wg poziomu referencyjności

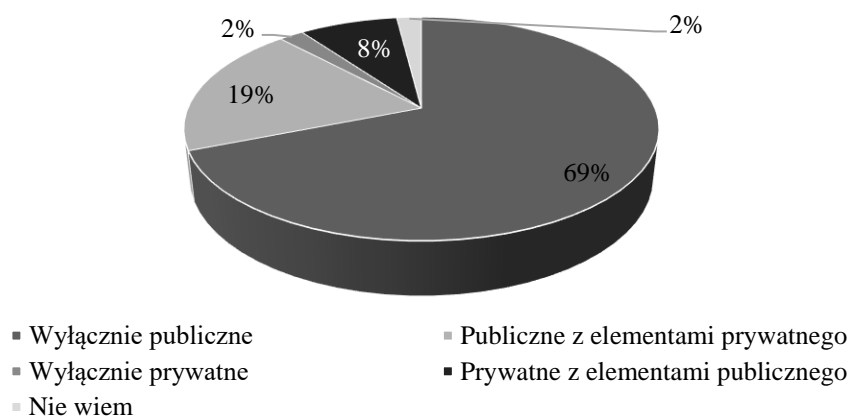


Źródło: opracowanie własne

I poziom referencyjności reprezentowało 26% szpitali, II poziom 29% szpitali, z kolei III poziom 16%. 1% stanowiły szpitale pediatryczne, a 9% szpitale ogólnopolskie. 11% podmiotów nie należało do sieci szpitali, a w przypadku 4% podmiotów respondenci nie byli w stanie udzielić odpowiedzi na pytanie dotyczące kategorii, do której należy podmiot. Różnorodność szpitali w ramach podziału na poziomy referencyjności sprawiła, że możliwe było uwzględnienie specyfiki różnych szpitali o zróżnicowanym zakresie świadczeń medycznych, co może znaleźć odzwierciedlenie w różnych wymiarach kulturowych i aspektach zarządzania jakością czyniąc tym samym wyniki badań bardziej wartościowymi.

Na wykresie 5 przedstawiono podział przeprowadzony według źródeł finansowania podmiotów leczniczych.

Wykres 5. Struktura badanych szpitali wg źródła finansowania

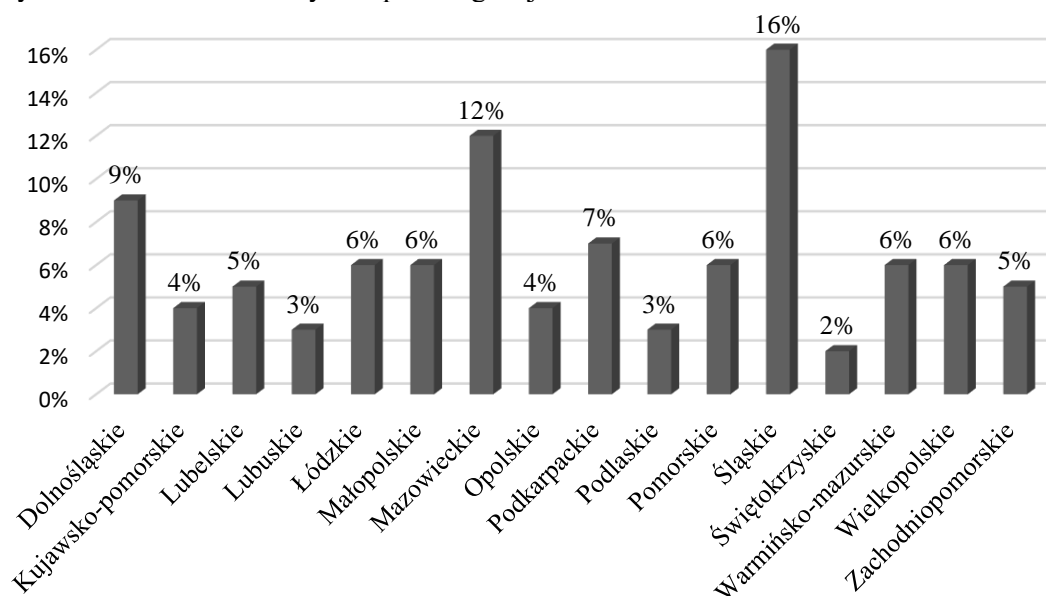


Źródło: opracowanie własne

Większość szpitali finansowana była wyłącznie ze źródeł publicznych tj. NFZ – 69%. Finansowanie publiczne z elementami prywatnego deklarowało 19% podmiotów. Na finansowanie wyłącznie prywatne wskazało tylko 2% badanych, a prywatne połączone z elementami publicznego 8%. Taka struktura ma swoje uzasadnienie w praktyce funkcjonowania podmiotów leczniczych, gdzie procedury szpitalne należące do najbardziej kosztochłonnnych, są w zdecydowanej większości finansowane przez płatnika publicznego w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Taki podział wpływa również na wykształcenie się uniwersalnego modelu kultury jakości podmiotów leczniczych, który uwzględniać będzie szpitale o różnym źródle finansowania.

W badaniach właściwych udział wzięły podmioty lecznicze – szpitale ze wszystkich 16 województw Polski. Zapewniło to tym samym wysoką reprezentatywność geograficzną próby badawczej oraz odpowiednią proporcję pomiędzy ilością przebadanych podmiotów, a ilością szpitali funkcjonujących na terenie badanego województwa. Strukturę wszystkich szpitali biorących udział w badaniach według podziału na województwa przedstawiono na wykresie 6.

Wykres 6. Struktura badanych szpitali wg województw



Źródło: opracowanie własne

Najwięcej informacji zwrotnych z badań pochodziło z województw: śląskiego (16%), mazowieckiego (12%) oraz dolnośląskiego (9%). Z kolei najmniej respondentów wywodziło się z województwa świętokrzyskiego (2%) i lubuskiego (3%), czyli z województw, w których występuje najmniejsza ilość szpitali.

W tabeli 54 przedstawiono strukturę badanych szpitali według kryterium wielkości, mierzone ilością łóżek szpitalnych oraz poziomem zatrudnienia.

Tabela 54. Statystyki opisowe – wielkość szpitala wyrażona ilością łóżek szpitalnych oraz poziom zatrudnienia wyrażony liczbą przeliczeniową pełnych etatów bez względu na formę zatrudnienia (badania właściwe)

	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Średnia</b>
Liczba łóżek	191	0	1138	306,07
Liczba zatrudnionych	168	8	4135	668,35

Źródło: opracowanie własne

Średnio badany podmiot leczniczy dysponował 306 łózkami. Jednak największe szpitale posiadały nawet 1138 łóżek dla pacjentów. Poziom zatrudnienia mierzony liczbą przeliczeniową pełnych etatów, bez względu na formę zatrudnienia mieścił się w przedziale od 8 do 4135 pracowników. Tym samym, badane szpitale należały w większości do szpitali dużych i bardzo dużych ze średnio 668 zatrudnionymi pracownikami. W badaniach brały udział zarówno małe, z reguły prywatne podmioty realizujące świadczenia chirurgii jednego dnia oraz duże, wielospecjalistyczne i ogólnopolskie szpitale kliniczne zatrudniające tysiące osób i posiadające setki łóżek szpitalnych.

Podsumowując charakterystykę podmiotu badań można stwierdzić, że próbę badawczą reprezentowały podmioty ze wszystkich województw Polski działające według sześciu poziomów zabezpieczenia zdrowotnego, a także posiadające różne formy własności (publiczne, publiczno-prywatne i prywatne) oraz źródła finansowania. Pozwoliło to na zapewnienie wysokiej reprezentatywności próby badawczej, a także zróżnicowanie podmiotów według różnych aspektów. To z kolei w większym stopniu umożliwiło realizację celu pracy oraz zaproponowanie modelu kultury jakości odnoszącego się do ogółu zbiorowości podmiotów leczniczych – szpitali w Polsce.

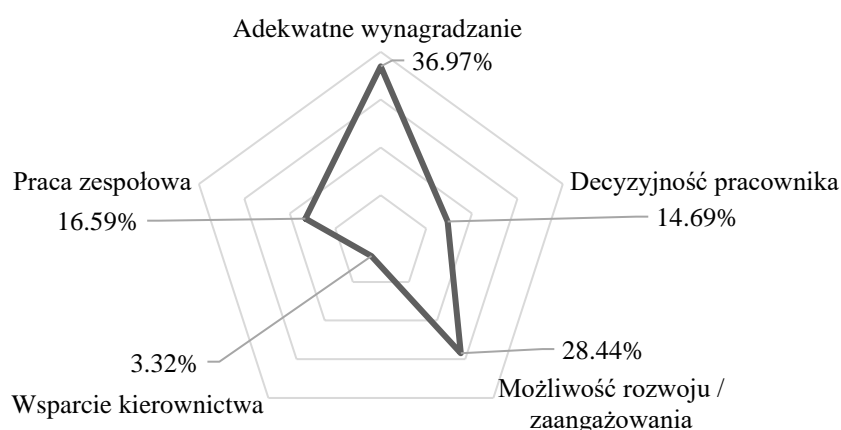
## 5.2. Charakterystyka statystyczna wyników badań

Wartości organizacyjne zorientowane na projakościowe zarządzanie stanowią jeden z kluczowych komponentów kultury jakości. Ich zbadanie na różnych poziomach, pozwala na zobrazowanie, co jest w organizacji uważane za ważne i do czego dąży się realizując przyjętą misję, wizję oraz strategię organizacji.

Mając na uwadze powyższe, celem określenia komponentów kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce, na podstawie analizy literatury przedmiotu wyodrębniono 20 wartości, które w działalności leczniczej uchodzą za ważne i mogą wpływać na osiągnięcie wysokiej dojrzałości zarządzania jakością. Aby jednak uzyskać większą wiarygodność otrzymanych wyników, poproszono respondentów, aby w ramach badań dokonali wyboru tylko jednej wartości z każdego poziomu. Zidentyfikowane w ten sposób zmienne stały się przedmiotem dalszych analiz w kierunku konceptualizacji typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce.

Aby w prosty i przejrzysty sposób zwizualizować wyniki badań w obszarze wartości organizacyjnych, wykorzystano narzędzie w postaci radaru natężenia poszczególnych zmiennych. Wyniki przedstawiono na wykresach od 7 do 10, gdzie wykres 7 przedstawia wartości uznawane na poziomie pracownika.

Wykres 7. Radar uznawanych wartości na poziomie pracownika



Źródło: opracowanie własne

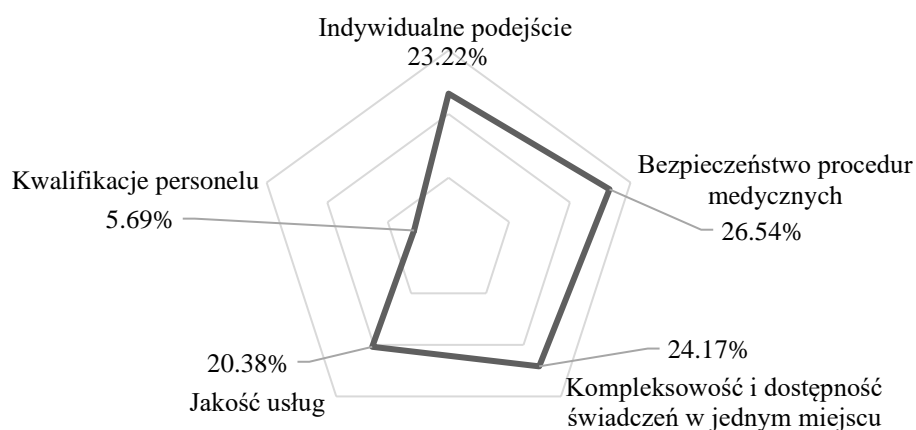
Na podstawie natężenia wartości, których rozkład prezentuje wykres 7 można stwierdzić, że wśród komponentów (wartości) uznawanych na poziomie pracownika za najważniejsze uznaje się adekwatne wynagrodzenie, na które wskazało prawie 37% respondentów. Za nie mniej ważne uznano zapewnienie rozwoju oraz stwarzanie możliwości do angażowania się pracowników w różne inicjatywy, w tym te odnoszące się do poprawy jakości organizacji, jak i rozwoju osobistego. Owe wartości wskazują, że pracownicy cenią sobie zarówno wartości materialne (wynagrodzenie), jak i pozamaterialne (możliwość rozwoju i zaangażowanie). Z punktu widzenia zarządzania jakością ma to swoje źródło w motywacji do podnoszenia poziomu jakości, gdzie

wynagrodzenie, rozwój i zaangażowanie są jego kluczowymi składowymi wpisującymi się m.in. w kluczowe zasady zarządzania jakością.

W literaturze przedmiotu można spotkać również opinię, że jeśli istotną wartością dla pracowników jest wynagrodzenie, to jest ono silnie związane ze statusem społecznym<sup>641</sup>. Wpisuje się to w przykład działalności leczniczej, gdzie zawody medyczne od lat cieszą się wysokim prestiżem społecznym oraz co się z tym wiąże wysokim wynagrodzeniem, często wyższym niż innych pracowników tj. personelu pomocniczego czy administracyjnego.

Rozkład uznawanych wartości na poziomie pacjenta zaprezentowano na wykresie 8.

Wykres 8. Radar uznawanych wartości na poziomie pacjenta



Źródło: opracowanie własne

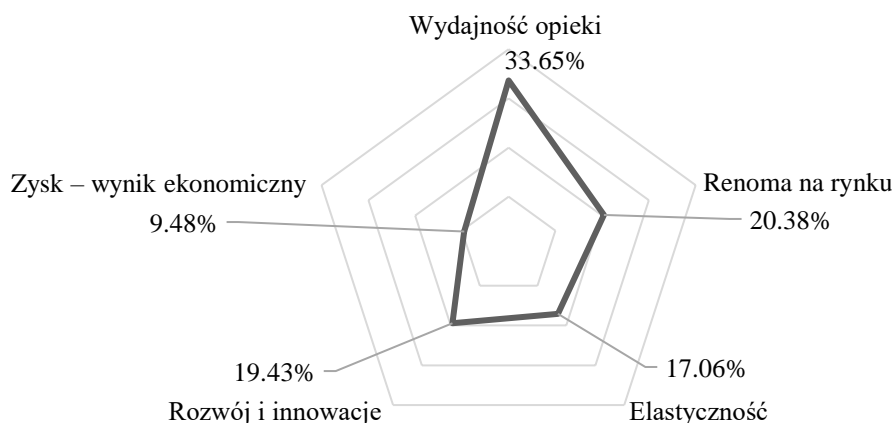
Spośród wartości uznawanych za najważniejsze na poziomie pacjenta, najwyższy współczynnik nasycenia dotyczy wartości związanych z zapewnieniem bezpieczeństwa pacjenta, a także kompleksowości i dostępności świadczeń medycznych. Również dużą wagę przywiązuje się do indywidualnego podejścia do pacjenta oraz zapewnienia odpowiedniej jakości usług. Są to wartości, które wprost odnoszą się do sprawności zarządzania jakością i często decydują o stopniu jego dojrzałości. W badanych podmiotach leczniczych zdecydowanie w mniejszym stopniu uznaje się wartości odnoszące się do kwalifikacji personelu. Brak istotności tego aspektu może wynikać nie z faktu ich znikomej roli w procesie zapewnienia jakości, ale z podświadomego traktowania tej wartości jako coś naturalnego, bez czego trudno jest realizować inne praktyki uznawane za projakościowe.

Radar uznawanych wartości na poziomie zarządzających przedstawia wykres 9.

<sup>641</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 250–251.



Wykres 9. Radar uznawanych wartości na poziomie zarządzających

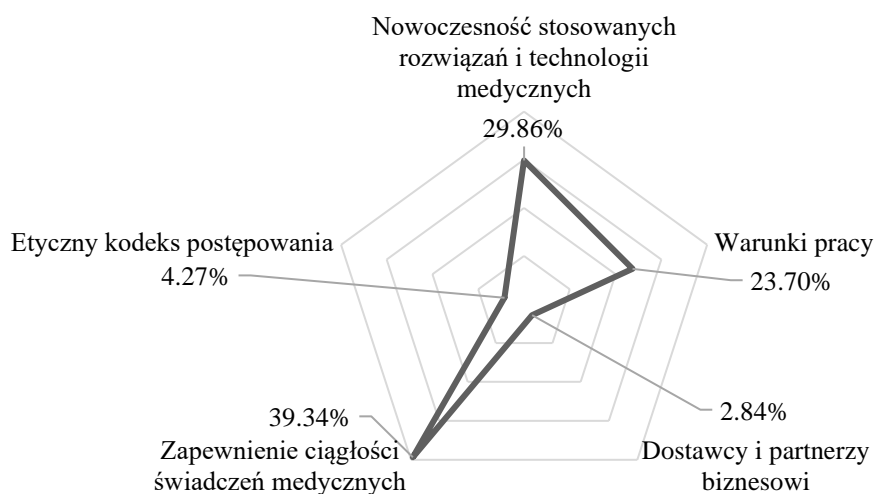


Źródło: opracowanie własne

Wydajność opieki, mierzona ilością wyleczonych pacjentów przy ograniczonych zasobach została wskazana jako najważniejsza wartość na poziomie zarządzających. Jak można zaobserwować na wykresie 9, znaczenie posiadają także wartości związane z renomą podmiotu, jak również z dostrzeganych w otoczeniu możliwości rozwoju. Zdecydowanie najmniejszą wagę przywiązuje się do chęci osiągnięcia zysku. Ma to swoje uzasadnienie w obiekcie badań, gdzie szpitale publiczne, które stanowiły 69% respondentów są głównie organizacjami nienastawionymi na zysk (non-profit). Dla nich, w wielu przypadkach osiągnięcie wydajności opieki przy braku straty finansowej, często stanowi sam w sobie przykład dobrego zarządzania.

Wykres 10 obrazuje wartości uznawane na poziomie organizacji.

Wykres 10. Radar uznawanych wartości na poziomie organizacji



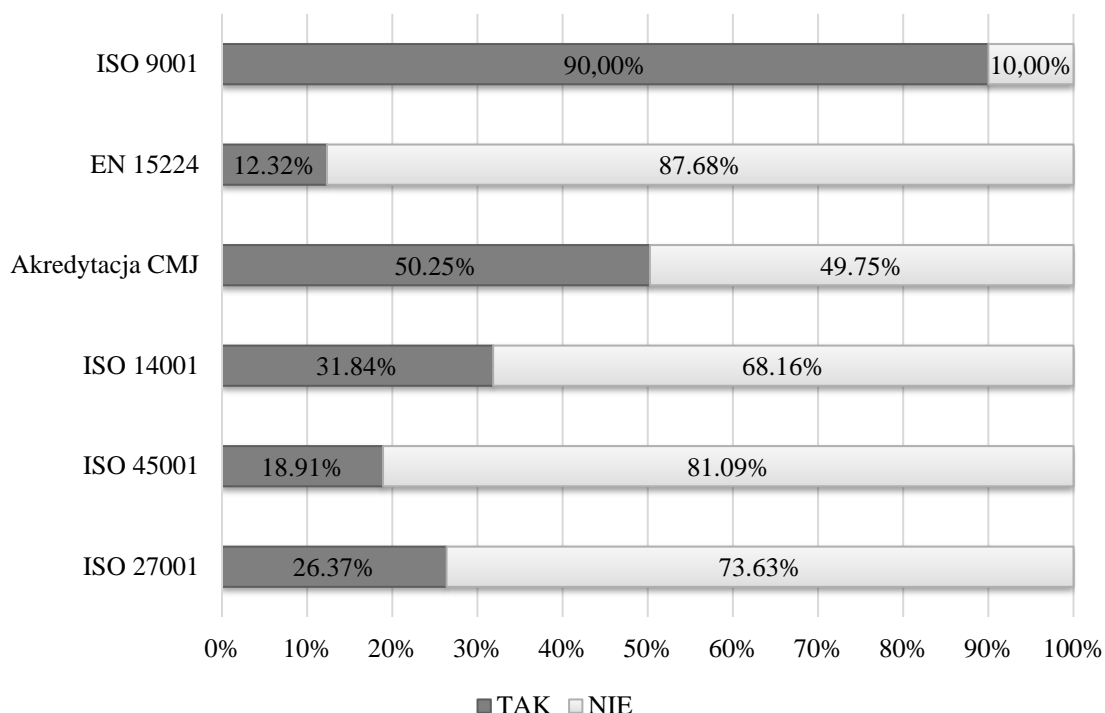
Źródło: opracowanie własne

Na poziomie organizacji respondenci jako ważne uznali wartości odnoszące się do zapewnienia ciągłości świadczeń medycznych oraz związane z wykorzystaniem nowoczesnych rozwiązań i technologii medycznych. Równie istotne są warunki pracy, w jakich świadczone są usługi. Z kolei wartości etyczne oraz rola kooperantów nie mają większego znaczenia na tym poziomie kultury organizacyjnej. Takie podejście wskazuje, że respondenci cenią sobie wartości, które pozwalają stwarzać stabilne, nowoczesne i wydajne warunki pracy. Ma to swoje przełożenie na sprawność zarządzania jakością, gdzie odpowiednie środowisko pracy, sprzęt czy infrastruktura często stanowią czynnik sukcesu organizacji, a także decydują o potencjale osiągnięcia wyższego poziomu dojrzałości jakościowej.

Podsumowując, wśród wartości uznawanych w podmiotach leczniczych za najważniejsze uważa się: adekwatne wynagrodzenie, zapewnienie ciągłości świadczeń medycznych, rozwój, bezpieczeństwo procedur medycznych, wydajność opieki oraz nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii medycznych. Wartości te, pomimo iż odnoszą się do różnych obszarów funkcjonowania podmiotów leczniczych, wskazują kierunek zmian, jaki dokonuje się w ochronie zdrowia. Wynikają one nie tylko ze zmieniających się oczekiwań społecznych, rozwoju technologii medycznych czy konieczności zapewnienia większej efektywności ekonomicznej, ale także z potrzeby stwarzania warunków do poprawy jakości udzielanych świadczeń medycznych i tym samym do budowania kultury organizacyjnej zorientowanej na jakość.

Kolejnym ważnym aspektem decydującym o istnieniu kultury zorientowanej na projakościowe zarządzanie są praktyki związane ze stosowaniem zewnętrznych systemów zarządzania. Na wykresie 11 przedstawiono najczęściej wykorzystywane systemy zarządzania w podmiotach leczniczych. Ich stosowanie wynika nie tylko z potrzeby osiągnięcia przewagi konkurencyjnej, ale także coraz częściej ze świadomej decyzji zarządzających podyktowanej chęcią zapewnienia wysokiej jakości usług.

Wykres 11. Struktura badanych podmiotów leczniczych deklarujących posiadanie zewnętrznych znormalizowanych systemów zarządzania



Źródło: opracowanie własne

W badanej zbiorowości podmiotów leczniczych aż 90% szpitali stosowało system zarządzania jakością wg normy ISO 9001. 50,25% podmiotów posiadało wdrożone standardy akredytacyjne dla szpitali według wytycznych Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ), a jedynie 12,32% deklarowało stosowanie branżowej normy systemu zarządzania jakością wg EN 15224. Jak wynika ze struktury badanych podmiotów leczniczych zaprezentowanych na wykresie 11, wiele szpitali deklaruje również stosowanie innych norm ISO, które wspomagają zarządzanie jakością. Najczęściej wskazywano na normę ISO 14001 (system zarządzania środowiskowego) – 31,84% oraz normę ISO 27001 (system zarządzania bezpieczeństwem informacji) – 26,37%. Zdecydowanie najmniej, tylko 18,91% podmiotów deklarowało wdrożenie normy ISO 45001 (system zarządzania bezpieczeństwem i higieną pracy).

Tak relatywnie wysoki stopień stosowania zewnętrznych systemów zarządzania ma swoje źródło w realizowanej przez ostatnie lata projakościowej polityce państwa oraz płatnika (NFZ) premiującego szpitale legitymujące się certyfikatem ISO lub akredytacji CMJ. Potwierdza to ilość posiadanych zewnętrznych systemów zarządzania, która wynosi średnio 2,2 na 6 badanych standardów, a w niektórych przypadkach może wynosić nawet ponad 3,5 zgodnie z opisem przedstawionym w tabeli 55.

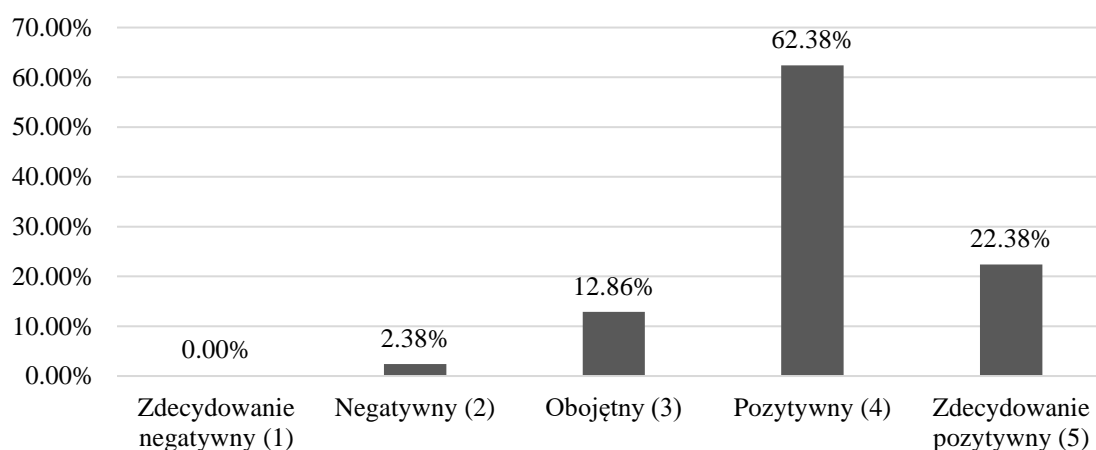
Tabela 55. Statystyki opisowe dla liczby stosowanych znormalizowanych systemów zarządzania

Zmienna	N	Średnia	Odch. st.	Min	Max
pw1_6	211	2,223	1,360	0	6

Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z przeglądu literatury badań, bardziej szczegółowo opisanych w podrozdziale 2.3. i 3.3.3, stosowanie zewnętrznych systemów jest miarą doskonałości zarządzania jakością i niesie ze sobą wiele korzyści w postaci optymalizacji procesów, redukcji kosztów działalności oraz poprawy jakości realizowanych świadczeń medycznych. Korzyści te przybierają na sile w sytuacji, kiedy oprócz samego faktu stosowania zewnętrznych systemów zarządzania występuje również pozytywna wobec nich postawa. Na wykresie 12 przedstawiono stosunek respondentów do stosowania znormalizowanych systemów zarządzania w badanych podmiotach leczniczych.

Wykres 12. Stosunek podmiotów leczniczych do stosowania znormalizowanych systemów zarządzania



Źródło: opracowanie własne

Wyniki badań potwierdzają, że zdecydowana większość podmiotów deklaruwała pozytywny (62,4%) lub zdecydowanie pozytywny (22,4%) stosunek do stosowania znormalizowanych systemów zarządzania. Negatywną postawę deklarowało zaledwie 2,4% respondentów, a zdecydowanie negatywnego stosunku nie wskazał żaden z ankietowanych. Taka struktura postaw stanowi mocny fundament dla budowania kultury projakościowej, zgodnie z którą pracownicy, którzy w wysokim stopniu identyfikują się z wdrożonymi systemami jakości odzwierciedlają to w większym stopniu angażując się w ich utrzymanie i doskonalenie, a tym samym w kształtowanie postaw projakościowych.

Opis statystyczny postaw wobec znormalizowanych systemów zarządzania przedstawiono w tabeli 56.

Tabela 56. Statystyki opisowe dla deklarowanej postawy wobec znormalizowanych systemów zarządzania

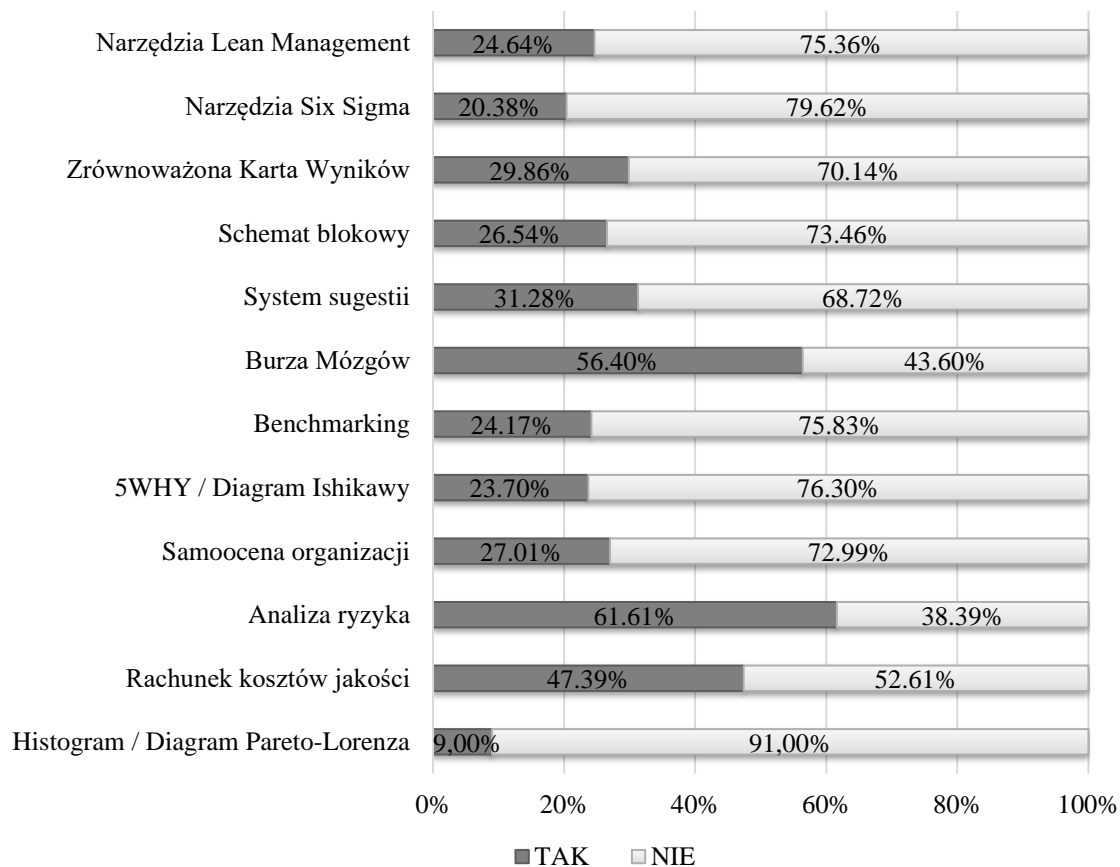
Zmienna	N	Średnia	Odch. st.	Min	Max
pw 9	210	4,048	0,670	2	5

Źródło: opracowanie własne

Z tabeli 56 wynika, że w podmiotach leczniczych występuje średnio pozytywny stosunek do znormalizowanych systemów zarządzania na poziomie 4,05 w skali 5-stopniowej, co świadczy o potrzebie stosowania tego typu rozwiązań w organizacji.

Kolejnym miernikiem zewnętrznych uwarunkowań, obok systemów zarządzania jakością jest stopień stosowania instrumentów zarządzania jakością. Instrumenty te obejmują różne koncepcje, metody i narzędzia służące poprawie jakości. Na wykresie 13 przedstawiono ich strukturę pod względem częstotliwości występowania w podmiotach leczniczych.

Wykres 13. Struktura badanych podmiotów leczniczych deklarujących stosowanie instrumentów zarządzania jakością



Źródło: opracowanie własne

Wyniki badań przedstawione na wykresie 13 wskazują, że szpitale ukierunkowane są głównie na stosowanie prostych instrumentów tj. burza mózgów czy system sugestii, jak również wprost wymaganych normami lub przepisami prawa tj. analiza ryzyka czy rachunek kosztów jakości. Zaawansowane koncepcje tj. Lean Management, Six Sigma czy zrównoważona karta wyników występują zdecydowanie rzadziej.

W tabeli 57 przedstawiono wyniki badań statystycznych odnoszące się do liczby wykorzystywanych instrumentów zarządzania jakością w badanych podmiotach leczniczych.

Tabela 57. Statystyki opisowe dla liczby wykorzystywanych instrumentów zarządzania jakością

<b>Zmienna</b>	<b>N</b>	<b>Średnia</b>	<b>Odch. st.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
in1_12	211	3,820	2,456	0	12

Zródło: opracowanie własne

Wyniki badań pokazują, że spośród 12 poddanych analizie instrumentów zarządzania jakością, średnio 3,8 były regularnie stosowane w podmiotach leczniczych. Zdarzały się jednak podmioty, które stosowały 6 i więcej narzędzi w codziennej praktyce. Świadczy to o potrzebie stosowania instrumentów zarządzania jakością w bieżącej działalności, co wpływa na stopień osiągnięcia dojrzałości jakościowej organizacji.

Praktyki stanowią kolejną grupę zmiennych wewnętrznych uwarunkowań zarządzania jakością. Wyniki badań przedstawione w tabeli 58 wskazują, że zdecydowana większość podmiotów leczniczych często podejmuje działania ukierunkowane na poprawę jakości.

Tabela 58. Statystyki opisowe dla wewnętrznych uwarunkowań praktyk zarządzania jakością

<b>Zmienna</b>	<b>N</b>	<b>Średnia</b>	<b>Odch. st.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
pw1_kr	210	3,638	0,929	1	5
pw1_de	210	3,752	0,878	1	5
pw1_wi	209	3,947	0,873	2	5
pw1_el	208	4,063	0,805	2	5
pw1_pr	206	4,189	0,795	2	5
pw2_1	209	3,641	0,936	1	5
pw2_2	209	3,904	0,920	1	5
pw2_3	211	3,872	0,925	1	5
pw2_4	210	3,852	0,882	2	5

Zmienna	N	Średnia	Odch. st.	Min	Max
pw3_sf	210	4,100	0,791	2	5
pw3_hi	209	4,029	0,837	2	5
pw4	208	4,087	0,902	2	5
pw5_po1	211	4,256	0,756	2	5
pw5_po2	209	4,120	0,784	2	5
pw5_po3	211	4,052	0,782	2	5
pw5_po4	211	4,047	0,761	2	5
pw5_po5	210	4,129	0,851	2	5
pw5_po6	211	4,270	0,736	2	5
pw5_po7	209	4,368	0,742	2	5
pw5_str_el	208	4,048	0,815	2	5
pw5_str_pr	209	4,081	0,825	1	5
pw5_zaan	209	3,828	0,898	1	5
pw5_infr	211	4,100	0,848	2	5
pw5_rzecz	210	4,071	0,824	2	5
pw5_zew	209	3,995	0,835	2	5

Zródło: opracowanie własne

Wśród badanych praktyk, podmioty lecznicze najczęściej deklarowały przestrzeganie zasad oraz norm etycznych i moralnych (pw5\_po7) 4,37 (w skali 5 punktowej), co w dużym stopniu potwierdza realizacją zapisów przysięgi Hipokratesa *primum non nocere*. Maksyma ta wypełnia podstawowe założenia leżące u podstaw zarządzania jakością odnoszące się m.in. do etyki oraz zaufania. M. Wiśniewska uważa nawet, że etyka i zaufanie stanowią fundament każdego podmiotu leczniczego, na którym należy budować kulturę organizacyjną, gdyż w przeciwnym wypadku fundament ten będzie kruchy i niestabilny<sup>642</sup>. Wiele szpitali deklaruje chęć zapewnienia adekwatnej jakości, niezależnie od formy jej świadczenia (odpłatnie lub nieodpłatnie). Praktyka ta stanowi potwierdzenie indywidualnego podejścia do pacjenta oraz misji niesienia pomocy przez podmioty lecznicze, często bez względu na koszty. Ma ona także bezpośrednie przełożenie na proces leczenia, poprzez ukierunkowanie na spełnienie oczekiwań pacjenta, a także na realizację zasady zarządzania jakością – orientacja na pacjenta. W praktyce zarządzania jakością w podmiotach leczniczych dużą uwagę przywiązuje się również do adekwatności wykorzystania zasobów i optymalizacji

<sup>642</sup> M.Z. Wiśniewska, *Kultura organizacyjna...*, s. 5.

kosztów, co ma wpływ na wynik finansowy. Z punktu widzenia menedżerów, są to kluczowe atrybuty jakości, dzięki którym można zmierzyć efektywność procesu zarządzania jakością. Zaniepokojenie może budzić natomiast nisko oceniane praktyki związane ze wspieraniem kreatywności, delegowaniem uprawnień czy angażowaniem się pracowników w doskonalenie jakości. Stanowią one bowiem elementy projakościowego zarządzania, które bezpośrednio wpływają na poziom dojrzałości jakościowej, jak również na kształt kultury jakości.

Na potrzeby zbadania poziomu kształtowania się postaw w procesie zarządzania jakością, wykorzystano typologię K.S. Camerona i C.K. Barnett'a, w ramach której wyodrębniono 4 rodzaje postaw, które wykreowały 4 typy kultury jakości podmiotów leczniczych ukierunkowanych na: brak nacisku na jakość (kp1), wykrywanie błędów (kp2), zapobieganie błędom (kp3) oraz kreatywność i doskonalenie (kp4). Do przeprowadzenia oceny postaw wykorzystano narzędzia badawcze do samooceny postaw, które występują w podmiocie leczniczym i które ukierunkowane są na różne aspekty zarządzania jakością. Przyjęte kryteria oceny postaw przedstawiono w tabeli 50, a otrzymane wyniki badania w tabeli 59.

Tabela 59. Statystyki opisowe dla postaw wobec zarządzania jakością

<b>Zmienna</b>	<b>N</b>	<b>Średnia</b>	<b>Odch. st.</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
kp1	211	17,180	20,528	0	100
kp2	211	25,284	13,668	0	90
kp3	211	27,014	12,624	0	70
kp4	211	32,512	18,325	0	100

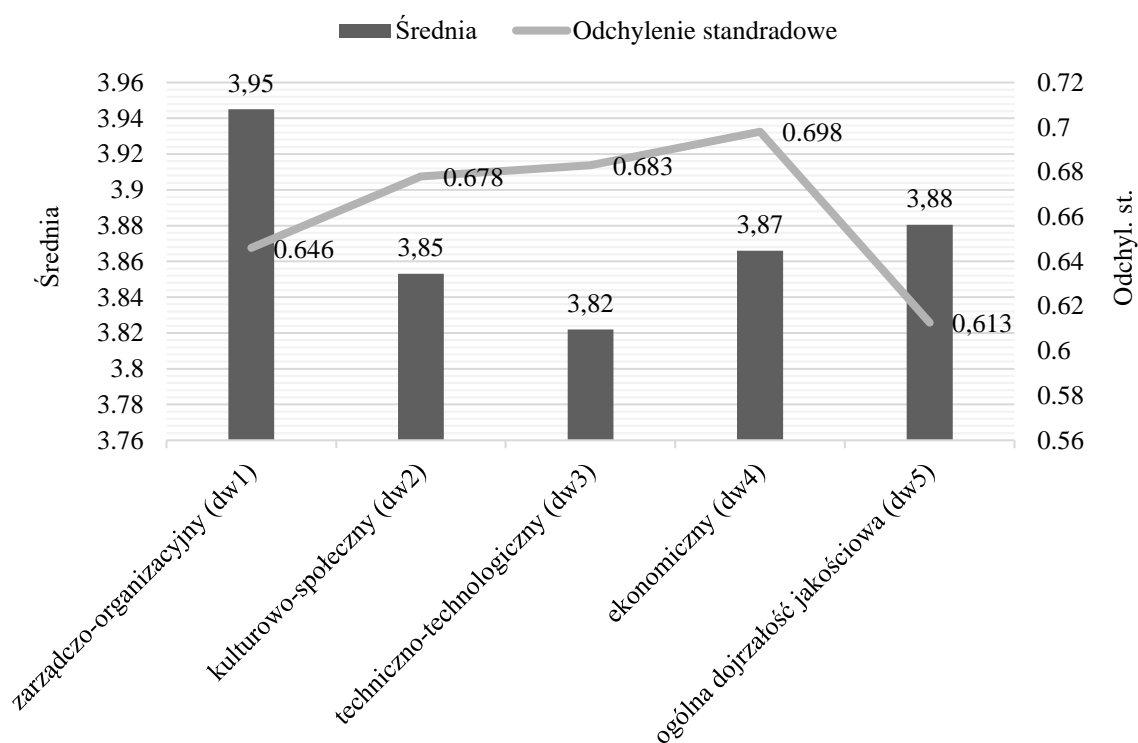
Źródło: opracowanie własne

Wyniki samooceny wskazują, że postawę bez nacisku na jakość, gdzie zysk i wydajność odgrywają istotne znaczenie wskazało prawie 17.2% badanych podmiotów leczniczych. Postawa ukierunkowana na identyfikowanie i korygowanie błędów występowała u prawie 25,3% organizacji. Z kolei postawę ukierunkowaną na zarządzanie ryzykiem i proaktywne podejście do zarządzania jakością wskazało 27,0% respondentów. Najbardziej zaawansowaną pod względem kształtowania projakościowego zarządzania – postawę kreatywną, skoncentrowaną na innowacjach, rozwoju i doskonaleniu wskazało 32.5% respondentów. Świadczy to o wysokiej świadomości projakościowej i solidnych podstawach, na których można zbudować kulturę zorientowaną na jakość.



Zmienną wykorzystaną w badaniach empirycznych stanowiącą jednocześnie zmienną wynikową, jest osiągany poziom dojrzałości jakościowej. Średni poziom kształtowania się dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych w ujęciu wielowymiarowym przedstawiono na wykresie 14.

Wykres 14. Średni poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych (z podziałem na wymiary) wraz z odchyleniem standardowym



Źródło: opracowanie własne

Jak wynika z badań przedstawionych na wykresie 14, ogólny poziom dojrzałości jakościowej badanych szpitali kształtuje się na poziomie 3,88, gdzie poziom 5 odzwierciedla najwyższy poziom dojrzałości. Uzyskany wynik z punktu widzenia klasyfikacji cech i stopnia dojrzałości jakościowej (opisanych w tabeli 37) jest zadowalający i świadczy o sprawnym zarządzaniu jakością. Organizacje znajdujące się na tym poziomie zorientowane są na doskonałość. Procesy, działania i ich rezultaty są przewidywalne, a związki przyczynowo-skutkowe analizowane. Na tym poziomie dojrzałości zaczyna powoli pojawiać się kompleksowe doskonalenie ukierunkowane na optymalizację jakości. Wysoka wartość odchylenia standardowego sięgająca 0,613 w przypadku skrajnie usytuowanych szpitali, może wręcz zbliżać je do najwyższego

poziomu dojrzałości, co oznacza, że niektóre z nich w większym stopniu są zorientowane na doskonałość, systematyczne poprawianie osiąganych wyników oraz uwzględnianie aspektów kulturowych.

W podziale na poszczególne wymiary dojrzałości jakościowej najczęściej podmiotów przejawia dojrzałość zarządczo-organizacyjną (3,95), co oznacza, że relatywnie w dużym stopniu szpitale zorientowane są na realizację celów, podejście procesowe oraz rozwój. Z kolei wymiary techniczno-technologiczne (3,82) odnoszące się do stopnia stosowania nowoczesnych technik i technologii poprawiających jakość i bezpieczeństwo usług oceniane są najniżej. W obszarze wymiaru kulturowo-społecznego oraz ekonomicznego nie zaobserwowano istotnych rozbieżności. Otrzymane wyniki są bardzo zbliżone i nie odbiegają znacznie od ogólnego poziomu dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.

Szczegółowy opis statystyczny zmiennych badający poszczególne wymiary dojrzałości jakościowej przedstawiono w załączniku 3 do pracy.

### **5.3. Analiza zależności i konceptualizacja kultury jakości podmiotów leczniczych**

#### **5.3.1. Analiza zależności pomiędzy wartościami, a praktykami zarządzania jakością**

Przegląd literatury przedmiotu wskazuje, że kultura jakości jest kształtowana przez różne wymiary społeczne, które wpływają na sposób zarządzania jakością w organizacji. Wymiary te mogą przybierać formę uznawanych wartości, deklarowanych postaw oraz praktyk ukierunkowanych na projakościowe zarządzanie. Ważnym jest jednak, aby pomiędzy tymi zmiennymi zachodziła obustronna, istotna statystycznie zależność, która pozwala uznać, że są one ze sobą powiązane i wzajemnie z siebie wynikają.

Aby dokonać stosownej analizy pomiędzy parami zmiennych obliczono właściwe miary zależności. W przypadku, gdy obie zmienne mierzone były na skali nominalnej, wyznaczano współczynnik V Cramera. Gdy jedna ze zmiennych była nominalna, a druga była co najmniej porządkowa, przeprowadzono test Kruskala-Wallisa. Dla każdej z miar wyznaczono również empiryczne poziomy istotności (p-wartości).

Aby określić, w jakim stopniu uznawane wartości są uwzględniane w praktykach zarządzania jakością, została przeprowadzona analiza uznawanych wartości na poziomie

pracownika (wo1), pacjenta (wo2), zarządzających (wo3) i organizacji (wo4) w korelacji z praktykami odnoszącymi się do wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań zarządzania jakością, które szczegółowo opisano w podrozdziale 2.3 i 2.4. Owe uwarunkowania na potrzeby badań opisano w postaci stwierdzeń w tabeli 49, na podstawie których respondenci dokonali oceny stopnia ich występowania w podmiotach leczniczych w postaci 5-stopniowej skali Likerta.

W tabeli 60 przedstawiono wyniki parametrów statystycznych otrzymanych dla zmiennych opisujących zależności zachodzące pomiędzy uznawanymi wartościami, a stosowanymi zewnętrznymi znormalizowanymi systemami zarządzania.

Tabela 60. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a stosowanymi zewnętrznymi znormalizowanymi systemami zarządzania mierzone wartością współczynnika V Cramera

	pz1	pz2	pz3	pz4	pz5	pz6
<b>wo1</b>	0,126	<b>0,266**</b>	0,151	0,166	0,177	0,167
<b>wo2</b>	0,092	0,053	<b>0,315***</b>	0,151	0,116	0,143
<b>wo3</b>	0,206	0,136	0,147	0,129	0,193	<b>0,259**</b>
<b>wo4</b>	0,199	0,157	0,197	0,193	0,138	<b>0,234**</b>

Legenda: gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$

Źródło: opracowanie własne

Wartości współczynnika V Cramera dla większości istniejących zależności są bliskie 0, co oznacza brak lub bardzo słabą zależność istniejącą pomiędzy uznawanymi wartościami, a stosowanymi znormalizowanymi systemami zarządzania. Są one jednak tylko w kilku przypadkach istotne statystycznie, na co wskazują uzyskane wartości współczynnika istotności p-wartości.

Wyniki badań przedstawione w tabeli 60 pokazują, że rodzaj stosowanego systemu zarządzania wykazuje istotny związek w stosunku do pojedynczych wartości tylko w przypadku standardów akredytacyjnych CMJ oraz w mniejszym stopniu w przypadku normy EN 15224 – system zarządzania jakością w ochronie zdrowia. Słaba, ale istotna statystycznie zależność występuje również w przypadku stosowania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji wg normy ISO 27001.

Występowanie owych zależności świadczyć może o tym, że wraz ze wzrostem uznawanych wartości odnoszących się do bezpieczeństwa stosowania procedur medycznych oraz kompleksowości i dostępności świadczeń medycznych wzrasta odsetek ankietowanych stosujących standardy akredytacyjne. Również istotna rola zapewnienia

adekwatnego wynagrodzenia oraz warunków do rozwoju pracowników wzrasta wraz ze zwiększonym zainteresowaniem stosowania systemu zarządzania opartego na normie EN 15224. Istotna statystycznie zależność, jednak o słabej sile oddziaływania, występuje również pomiędzy uznawaniem wartości promujących wydajność opieki i ciągłość świadczeń medycznych, a praktyką stosowania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji. W pozostałych przypadkach pomiędzy uznawanymi wartościami, a stosowanymi zewnętrznymi systemami zarządzania istnieje bardzo słaba korelacja, która nie jest istotna statystycznie, co może sugerować, iż otrzymany wynik badania może być kwestią przypadku i nie powinien być tym samym rozpatrywany na potrzeby dalszych badań.

Realizacja uznawanych wartości może być również dodatnio skorelowana z instrumentami zarządzania jakością. W tabeli 61 przedstawiono związki istniejące pomiędzy wartościami, a najpopularniejszymi instrumentami zarządzania jakością mającymi zastosowanie w podmiotach leczniczych w Polsce.

Tabela 61. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a stosowanymi instrumentami zarządzania jakością mierzone wartością współczynnika V Cramera

	in1	in2	in3	in4	in5	in6	in7	in8	in9	in10	in11	in12
<b>wo1</b>	<b>0,261</b> ***	0,158	0,198	0,081	<b>0,226</b> **	0,150	0,181	0,069	<b>0,231</b> **	0,189	<b>0,269</b> ***	0,061
<b>wo2</b>	<b>0,221</b> **	0,091	0,183	<b>0,227</b> **	0,170	0,157	0,165	0,201	<b>0,231</b> **	0,129	0,177	0,099
<b>wo3</b>	0,132	<b>0,252</b> ***	0,113	0,116	0,210	0,134	<b>0,241</b> **	<b>0,227</b> **	<b>0,255</b> ***	0,109	<b>0,249</b> **	0,148
<b>wo4</b>	0,159	0,133	0,197	0,114	0,184	<b>0,232</b> **	0,090	0,038	0,161	0,137	0,166	0,095

Legenda: gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$

Źródło: opracowanie własne

Wartości współczynnika V Cramera dla zależności (wskazanych pogrubioną czcionką w tabeli 61) kształtują się w przedziale od 0,221 do 0,269, co oznacza dodatnią, aczkolwiek słabą zależność pomiędzy zmiennymi. Są one jednak istotne statystycznie, na co wskazują uzyskane wartości współczynnika istotności p-wartości oznaczone gwiazdką, gdzie \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$ .

Z przeprowadzonej analizy wynika, że podmioty lecznicze stosujące narzędzia Lean Manufacturing oraz narzędzia samooceny, w większym stopniu uznają wartości związane z zaangażowaniem, motywowaniem i rozwojem pracowników. Tym samym wspierają identyfikację obszarów poprawy jakości oraz ich optymalizację. Wartości uznawane na poziomie pacjenta tj. bezpieczeństwo procedur medycznych, ciągłość

świadczenia usług medycznych oraz indywidualne podejście, częściej pojawiają się w szpitalach, w których oprócz narzędzi Lean i samooceny stosuje się proste narzędzia wizualizacji działań tj. schematy blokowe. Z kolei stosowanie instrumentów tj. Six Sigma, benchmarking, diagram Ishikawy czy rachunek kosztów związane są z uznawaniem wartości odnoszących się do wydajności opieki, rozwoju i innowacyjności.

Wartości promowane na poziomie organizacji tj. zapewnienie ciągłości świadczenia usług medycznych oraz związane z wykorzystywaniem nowoczesnego sprzętu i technologii w niewielkim, ale istotnym statystycznie stopniu korelują ze stosowaniem prostych narzędzi generowania pomysłów takich jak np. burza mózgów. W przypadku pozostałych badanych zmiennych nie zanotowano istotnych statystycznie związków, co uniemożliwia ich rzetelne analizowanie i wyciąganie wniosków.

W 9 na 12 badanych instrumentów zarządzania jakością zachodzą dodatnie, słabe, ale istotne statystycznie zależności w stosunku do uznawanych wartości co najmniej na jednym z poziomów: pracownika, pacjenta, zarządzających oraz organizacji. W największym stopniu występują one w obszarze bardziej zaawansowanych narzędzi tj. Lean, samoocena czy rachunek kosztów jakości. W przypadku prostych narzędzi tj. burza mózgów czy diagram Ishikawy zależności te są słabe lub bardzo słabe, a w przypadku pozostałych instrumentów nie są one istotne statystycznie. Powoduje to, że trudno jest jednoznacznie wykazać, czy uznawane wartości w wyraźny sposób wpływają na stosowanie różnych instrumentów zarządzania jakością.

Kolejną zmienną badającą związki zachodzące pomiędzy uznawanymi wartościami, a zewnętrznymi uwarunkowaniami zarządzania jakością jest stosunek respondentów do zewnętrznych znormalizowanych systemów zarządzania. Wyniki badań w tym obszarze przedstawiono w tabeli 62. Do zbadania owych zależności wykorzystano statystyki  $\chi^2$  testu Kruskala-Wallisa oraz p-wartości.

Tabela 62. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo1-wo4), a stosunkiem do zewnętrznych znormalizowanych systemów zarządzania ISO/CMJ (p7) mierzone wartością statystyki  $\chi^2$  testu Kruskala-Wallisa

ID	pz7					KW $\chi^2$
	1	2	3	4	5	–
wo1	3,97	3,97	4,24	3,71	4,03	6,44
wo2	3,90	3,93	4,14	4,30	3,92	<b>11,99**</b>
wo3	4,06	3,90	4,25	4,17	3,70	<b>11,80**</b>
wo4	4,14	4,06	3,8	3,99	4,00	2,84

Legenda: gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Z analizy wynika, że większość podmiotów leczniczych, dla których znaczenie mają wartości odnoszące się do bezpieczeństwa pacjenta, kompleksowości i dostępności świadczeń medycznych posiadają pozytywny stosunek do stosowania zewnętrznych systemów zarządzania (ISO/CMJ). Obojętny stosunek posiadają te podmioty, w których uznawane wartości odnoszą się do nacisku na optymalizację czy konieczność zapewnienia coraz większej wydajności opieki medycznej. Potwierdza to m.in. istotę stosowania standardów jakości, które z założenia służą standaryzacji działań projakościowych i ich doskonaleniu. Z kolei do poprawy wydajności wykorzystuje się narzędzia jakości, szczególnie te ukierunkowane na optymalizację, czyli np. Lean Manufacturing czy Six Sigma.

Badając zależności zachodzące pomiędzy zewnętrznymi uwarunkowaniami zarządzania jakością można stwierdzić, że tylko część z nich wykazuje istotną statystycznie, dodatnią zależność wobec uznawanych wartości na poziomie pracownika, pacjenta, zarządzających oraz organizacji. Zależności te odnoszą się do bardziej zaawansowanych instrumentów tj. Lean, Six Sigma czy analiza ryzyka, ale również do prostych narzędzi tj. burza mózgów, system sugestii czy diagram Ishikawy. W przypadku systemów zarządzania pozytywne związki wykazują jedynie standardy akredytacyjne, norma EN 15224 oraz system zarządzania bezpieczeństwem informacji. Nie pozwala to zatem jednoznacznie stwierdzić, czy uznawane wartości mogą służyć jako mechanizmy wzmacniania zewnętrznych praktyk w postaci systemów czy instrumentów zarządzania jakością.

Kontynuując rozważania dotyczące stosowania praktyk w kontekście uznawanych wartości, w tabelach 63–66 dokonano oceny zależności występujących pomiędzy wartościami uznawanymi na poziomie pracowników (wo1), pacjentów (wo2), zarządzających (wo3) i organizacji (wo4), a wewnętrznymi praktykami zarządzania jakością, które szczegółowo w obszarze teoriopoznawczym opisano w podrozdziale 2.4.

W tabeli 63 przedstawiono wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo1 – uznawane na poziomie pracownika), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością.

Tabela 63. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo1), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością mierzone wartością statystyki  $\chi^2$  testu Kruskala-Wallisa

ID	wo1=					KW $\chi^2$
	1	2	3	4	5	-
pw1_kr	3,56	3,58	3,82	2,86	3,71	7,17
pw1_de	3,60	3,71	4,03	3,57	3,69	<b>9,46*</b>
pw1_wi	3,89	3,84	4,15	4,00	3,80	4,49
pw1_el	4,09	3,65	4,22	4,43	4,03	9,41
pw1_pr	4,33	3,87	4,22	4,14	4,11	5,68
pw2_1	3,30	3,68	3,97	4,00	3,71	<b>18,85***</b>
pw2_2	3,64	3,97	4,23	4,00	3,85	<b>15,10***</b>
pw2_3	3,60	4,00	4,12	4,00	3,91	<b>11,21**</b>
pw2_4	3,60	3,84	4,15	4,00	3,89	<b>13,64***</b>
pw3_sf	3,92	3,84	4,37	4,43	4,20	<b>15,67***</b>
pw3_hi	3,92	3,74	4,17	4,14	4,26	<b>8,65*</b>
pw4	3,73	4,03	4,37	4,29	4,37	<b>21,84***</b>
pw5_po1	4,03	4,00	4,48	4,57	4,54	<b>20,00***</b>
pw5_po2	3,95	3,87	4,28	4,71	4,34	<b>14,55**</b>
pw5_po3	3,82	3,84	4,35	4,57	4,14	<b>20,98***</b>
pw5_po4	3,82	3,90	4,27	4,43	4,23	<b>15,68**</b>
pw5_po5	4,01	3,94	4,15	4,57	4,43	<b>8,94*</b>
pw5_po6	4,12	4,06	4,47	4,57	4,40	<b>10,49**</b>
pw5_po7	4,24	4,00	4,65	4,29	4,51	<b>16,58***</b>
pw5_str_el	3,80	3,97	4,32	4,43	4,11	<b>15,56**</b>
pw5_str_pr	3,88	3,94	4,28	4,29	4,26	<b>8,67*</b>
pw5_zaan	3,65	3,80	4,05	4,29	3,77	<b>7,95*</b>
pw5_infr	3,97	3,87	4,42	4,29	4,00	<b>12,34**</b>
pw5_rzecz	3,90	4,00	4,28	4,29	4,11	6,95
pw5_zew	3,81	3,94	4,25	4,14	4,00	8,72

Legenda: gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Źródło: opracowanie własne

Analiza związków pomiędzy zmiennymi przeprowadzona przy wykorzystaniu testu Kruskala-Wallisa w tabeli 63 pozwala stwierdzić, że statystycznie istotne różnice występują w większości praktyk ukierunkowanych na projakościowe zarządzanie. Także wiele z nich ma „p” wyraźnie niższe niż 0,05, a więc występują istotne statystycznie różnice (zależności) pomiędzy średnimi. W szczególności są one obserwowane w obszarze wartości wo1=1 (niski stopień zależności pomiędzy wpływem adekwatnego wynagrodzenia na praktyki zarządzania jakością), względem wo1=3 (wysoki wpływ możliwości rozwoju i zaangażowania) i względem wo1=4 (bardzo wysoki wpływ wsparcia ze strony przywództwa). Z powyższego wynika, że podmioty lecznicze, w

których dużą wagę przywiązuje się do wynagrodzenia, w niskim stopniu przekładają tę wartość na praktyki poprawiające jakość. Z kolei docenianie wartości odnoszących się do zaangażowania i rozwoju, przy jednoczesnym zapewnieniu wsparcia kierownictwa ma wysokie przełożenie na zarządzanie projakościowe.

Nie wszystkie z badanych wartości opisanych w tabeli 63 mają swoje przełożenie na praktyki. W kilku przypadkach  $p \geq 0,1$ , czyli pomiędzy średnimi nie ma istotnych różnic, a te które występują mogą być dziełem przypadku. W szczególności można to zaobserwować w obszarze poszukiwania możliwości rozwoju (pw1\_wi) i optymalizacji zasobów (pw1\_pr) przez kadrę zarządzającą.

Podsumowując należy stwierdzić, iż pomiędzy wartościami uznawanymi na poziomie pracownika (wo1), a realizowanymi praktykami zarządzania jakością, w większości przypadków istnieje dodatnia, istotna statystycznie zależność, która potwierdziła się w 19 na 25 badanych praktyk. W pozostałych przypadkach zależności, mimo, iż lewostronne, nie są istotne statystycznie.

W tabeli 64 przedstawiono wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo2 – na poziomie pacjenta) w kontekście stosowanych praktyk zarządzania jakością.

Tabela 64. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo2), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością mierzone wartością statystyki  $\chi^2$  testu Kruskala-Wallisa

ID	wo2=					KW $\chi^2$
	1	2	3	4	5	-
pw1_kr	3,59	3,58	3,55	3,70	4,25	6,09
pw1_de	3,69	3,62	3,75	3,88	4,17	5,06
pw1_wi	3,80	3,74	4,12	4,12	4,17	<b>9,88**</b>
pw1_el	3,96	3,87	4,18	4,21	4,33	7,66
pw1_pr	4,04	4,09	4,31	4,23	4,58	5,93
pw2_1	3,63	3,65	3,52	3,63	4,17	4,55
pw2_2	3,96	3,89	3,78	3,90	4,25	2,72
pw2_3	3,78	3,86	3,84	3,93	4,25	3,12
pw2_4	3,69	3,73	3,94	4,05	4,00	4,41
pw3_sf	4,00	3,98	4,20	4,21	4,25	4,37
pw3_hi	4,12	3,80	4,06	4,02	4,58	<b>9,92**</b>
pw4	4,04	4,09	4,00	4,16	4,33	2,50
pw5_po1	4,14	4,25	4,12	4,51	4,42	6,23



ID	wo2=					KW $\chi^2$
	1	2	3	4	5	-
pw5_po2	4,08	3,89	4,10	4,36	4,58	<b>11,77**</b>
pw5_po3	3,96	3,93	4,02	4,21	4,58	<b>9,14*</b>
pw5_po4	4,14	3,96	3,96	4,19	3,92	3,07
pw5_po5	4,08	4,02	4,14	4,24	4,42	4,48
pw5_po6	4,24	4,20	4,22	4,49	4,17	4,11
pw5_po7	4,33	4,20	4,38	4,58	4,50	6,66
pw5_str_el	4,06	3,95	3,96	4,16	4,42	4,79
pw5_str_pr	3,98	4,00	4,12	4,19	4,33	2,26
pw5_zaan	3,79	3,66	3,86	4,02	3,92	4,66
pw5_infr	4,08	3,98	3,98	4,33	4,42	6,37
pw5_rzecz	3,90	4,07	4,06	4,19	4,42	4,62
pw5_zew	4,02	3,96	3,88	4,07	4,25	1,84

Legenda: gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$

Źródło: opracowanie własne

Analiza potwierdziła, że istnieje dodatnia zależność statystyczna pomiędzy wartościami uznawanymi na poziomie pacjenta tj. bezpieczeństwo pacjenta, jakość usług, kompleksowość i dostępność do świadczeń medycznych w odniesieniu do praktyk związanych z zapewnieniem kwalifikacji personelu, poszukiwaniem możliwości rozwoju przez pracowników, stosowaniem komunikacji nieformalnej czy podejmowaniem przez pacjentów leczenia w danym podmiocie leczniczym ze względu na ich renomę. Owe praktyki łączą się z opisanymi powyżej wartościami, gdyż zapewnienie odpowiednich kwalifikacji, z jednej strony wymaga praktykowania ustawicznego rozwoju pracowników i tworzenia bardziej lub mniej nieformalnych ścieżek zdobywania wiedzy, efektem czego jest większy profesjonalizm pracowników wzbudzający zaufanie wśród pacjentów.

W większości badanych przypadków, nie występowała jednak istotna statystycznie zależność pomiędzy wartościami uznawanymi na poziomie pacjenta, a badanymi praktykami zarządzania jakością. Dlatego brak jest możliwości jednoznacznego wykazania, że konkretne wartości ważne dla pacjentów, z punktu widzenia respondentów faktycznie wpływają na wzmocnienie praktyk projakościowych.

Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo3 - na poziomie zarządzających), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością przedstawiono w tabeli 65.

Tabela 65. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo3), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością mierzone wartością statystyki  $\chi^2$  testu Kruskala-Wallisa

ID	wo3=					KW $\chi^2$
	1	2	3	4	5	–
pw1_kr	3,74	3,53	3,67	3,85	3,00	<b>11,77**</b>
pw1_de	3,73	3,67	3,78	4,05	3,35	<b>9,55**</b>
pw1_wi	3,90	3,79	4,14	4,27	3,45	<b>13,61***</b>
pw1_el	4,00	3,86	4,25	4,44	3,60	<b>19,38***</b>
pw1_pr	4,07	4,05	4,19	4,44	4,40	6,86
pw2_1	3,64	3,74	3,58	4,02	2,75	<b>26,15***</b>
pw2_2	3,96	3,98	4,00	4,10	3,00	<b>19,92***</b>
pw2_3	3,94	3,91	3,94	4,10	2,95	<b>18,98***</b>
pw2_4	3,91	3,81	3,86	4,17	3,05	<b>19,51***</b>
pw3_sf	4,10	4,05	4,25	4,37	3,40	<b>18,98***</b>
pw3_hi	4,14	3,86	3,97	4,22	3,70	6,91
pw4	4,18	4,09	4,14	4,24	3,35	<b>11,68**</b>
pw5_po1	4,23	4,30	4,25	4,51	3,75	<b>11,66**</b>
pw5_po2	4,07	3,95	4,22	4,51	3,70	<b>17,00***</b>
pw5_po3	4,00	4,05	4,06	4,29	3,75	6,39
pw5_po4	4,07	4,05	4,03	4,22	3,65	6,24
pw5_po5	4,10	4,09	4,33	4,13	3,95	2,31
pw5_po6	4,14	4,26	4,39	4,66	3,75	<b>25,39***</b>
pw5_po7	4,35	4,23	4,44	4,66	4,00	<b>11,18**</b>
pw5_str_el	3,93	4,02	4,08	4,41	3,70	<b>14,10***</b>
pw5_str_pr	4,06	3,98	4,19	4,34	3,65	<b>9,59**</b>
pw5_zaan	3,91	3,74	3,94	4,00	3,15	<b>9,31*</b>
pw5_infr	4,00	4,16	4,17	4,37	3,65	<b>9,80**</b>
pw5_rzecz	3,99	4,19	4,06	4,29	3,70	7,36
pw5_zew	3,93	4,16	4,17	4,05	3,45	<b>11,70**</b>

Legenda: gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Źródło: opracowanie własne

W obszarze wartości uznawanych na poziomie zarządzających, gdzie kluczowe wartości związane są z możliwościami zapewnienia rozwoju i innowacji, zaobserwować można wiele zmiennych posiadających dodatni, istotny statystycznie związek z większością praktyk wspierających projakościowe zarządzanie. Ma to swoje uzasadnienie w praktyce zarządzania jakością, gdzie rozwój, doskonalenie, poprawa jakości stanowią fundament sprawnych i dojrzałych systemów zarządzania. Warto

również zwrócić uwagę, że wartości związane z osiąganiem wyniku ekonomicznego (wo3\_5), mają bardzo słabą siłę oddziaływania na poprawę jakości. Można dzięki temu potwierdzić, że działalność podmiotu leczniczego dla zysku niekoniecznie pozytywnie koreluje z osiągnięciem jakości przez podmiot leczniczy.

Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo4 – na poziomie organizacji – podmiotu leczniczego), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością przedstawiono w tabeli 66.

Tabela 66. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo4), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością mierzone wartością statystyki  $\chi^2$  testu Kruskala-Wallisa

ID	wo4=					KW chi^2
	1	2	3	4	5	–
pw1_kr	3,92	3,66	4,17	3,40	3,44	<b>12,28**</b>
pw1_de	3,92	3,68	4,17	3,64	3,78	4,63
pw1_wi	4,05	3,86	4,50	3,88	4,00	4,24
pw1_el	4,13	3,98	4,00	4,05	4,22	1,19
pw1_pr	4,13	4,18	3,83	4,30	3,89	5,13
pw2_1	4,10	3,60	4,00	3,36	3,11	<b>26,75***</b>
pw2_2	4,21	4,00	3,67	3,63	3,89	<b>14,48***</b>
pw2_3	4,06	3,88	4,17	3,73	3,56	6,50
pw2_4	3,92	3,90	4,00	3,74	4,00	2,42
pw3_sf	4,10	4,02	4,50	4,12	4,11	1,77
pw3_hi	4,05	3,96	4,00	4,07	3,89	0,32
pw4	4,26	4,10	4,17	3,93	4,22	5,38
pw5_po1	4,32	4,14	4,17	4,25	4,56	5,61
pw5_po2	4,20	4,02	4,17	4,13	4,00	1,19
pw5_po3	4,22	3,98	4,33	3,98	3,78	6,38
pw5_po4	4,19	3,92	4,00	4,05	3,78	5,39
pw5_po5	4,31	3,94	3,83	4,19	3,56	9,33
pw5_po6	4,33	4,16	4,33	4,31	4,00	4,13
pw5_po7	4,44	4,10	4,50	4,45	4,56	6,05
pw5_str_el	4,32	3,94	4,00	3,95	3,67	<b>11,12**</b>
pw5_str_pr	4,24	4,04	4,33	4,01	3,67	5,73
pw5_zaan	3,98	3,80	3,83	3,76	3,56	2,63
pw5_infr	4,24	3,92	4,00	4,10	4,22	3,28
pw5_rzecz	4,22	4,02	4,00	3,99	4,11	3,68
pw5_zew	4,13	3,90	4,33	3,93	4,00	3,09

Legenda: gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie przeprowadzonych badań, których wyniki przedstawiono w tabeli 66 stwierdzono, że zmienną (wartością na poziomie organizacji) najbardziej skorelowaną z większością wewnętrznych praktyk zarządzania jakością jest nowoczesność stosowania rozwiązań i technologii medycznych. Owa wartość szczególnie mocno koreluje z praktykami, takimi jak nacisk na innowacje i rozwój oraz zaangażowanie pracowników w poprawę i doskonalenie jakości. Co więcej wydaje się to być związek dwukierunkowy, gdzie uznawana wartość stanowi mechanizm wzmacniający ową praktykę. W większości przypadków, podobnie jak to zaobserwowano w sytuacji wartości uznawanych na poziomie pacjenta, wystąpiło wiele wartości i praktyk, które w niskim stopniu są ze sobą powiązane i to na poziomie nieistotnym statystycznie.

Podsumowując przeprowadzone analizy w obszarze uznawanych wartości i wewnętrznych praktyk zarządzania jakością, dodatnie, istotne statystycznie zależności w największym stopniu istnieją pomiędzy wartościami uznawanymi na poziomie zarządzających. Potwierdziły się one w 19 na 25 badanych zmiennych. Najniższy stopień zależności obserwowany jest pomiędzy wartościami uznawanymi na poziomie pacjenta oraz w przypadku wartości uznawanych na poziomie organizacji (4 na 25 badanych zmiennych). W pozostałych przypadkach (wartości na poziomie pracownika) istniejące związki charakteryzują się często współczynnikiem p-wartości  $>0,05$ , a w 6 przypadkach nawet  $p>0,1$  co świadczy o niskim lub braku istotności statystycznej tych zmiennych i ryzyku, że mogą być one kwestią przypadku.

Analiza zależności występująca pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością (zarówno wewnętrznymi jak i zewnętrznymi) pozwala na dokonanie podziału wartości (wo1 – wo4) na trzy grupy z punktu widzenia ich wpływu na projakościowe zarządzanie.

Pierwszą grupę stanowią podmioty lecznicze uznające wartości posiadające pozytywny wpływ na realizowane praktyki w obszarze zarządzania jakością. Do takich wartości zaliczamy przede wszystkim: wsparcie kierownictwa, kwalifikacje personelu, elastyczność (reagowanie na zmiany, nowe możliwości i technologie) oraz nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii medycznych. Wartości te stanowią głównie o przywództwie, otwartości na zmiany, innowacyjności i wiedzy, czyli elementach, które z punktu widzenia literatury przedmiotu badań są niezbędne do sprawnego zarządzania jakością.

Drugą grupę stanowią wartości, które posiadają słaby lub bardzo słaby wpływ na wzmacnianie praktyk pro jakościowych, ale są istotne statystycznie. Do tej grupy możemy zaliczyć w szczególności wartości tj.: adekwatne wynagrodzenie, bezpieczeństwo procedur medycznych, potrzeba osiągnięcia zysku czy zapewnienie ciągłości świadczenia usług medycznych. Powyższe, mimo iż uznawane w organizacji, w niewielkim stopniu wpływają na sprawność zarządzania jakością. Należy jednak mieć na uwadze, że wartości często mają charakter deklarowany, a ich przełożenie na konkretne praktyki w niektórych sytuacjach może okazać się bardzo trudne tj. np. potrzeba zapewnienia adekwatnego wynagrodzenia dla wszystkich pracowników czy osiągnięcie zysku przy niskich wycenach świadczeń medycznych.

Trzecią grupę stanowią wartości nieokreślone, których nie da się zweryfikować, gdyż ich istotność statystyczna jest zbyt mała, aby uznać, że istniejący związek nie jest kwestią przypadku. Do tej grupy możemy zaliczyć w szczególności wartości, które same w sobie są istotne dla pro jakościowego zarządzania tj. indywidualne podejście do pacjenta, jakość usług medycznych czy zapewnienie odpowiednich warunków pracy.

Brak jasnych dowodów na nieistnienie zależności, pomimo braku istotności statystycznej wielu zmiennych uniemożliwia pełne odrzucenie hipotezy H3 mówiącej o istnieniu zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością. Zwłaszcza, że istnieje dodatni związek pomiędzy wszystkimi uznawanymi wartościami, a stosowanymi praktykami zarządzania jakością.

### **5.3.2. Analiza zależności pomiędzy postawami, a praktykami zarządzania jakością**

Zidentyfikowanie związków występujących na poziomie praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych z różnymi postawami zarządzania jakością jest kolejnym celem badań empirycznych. Podobnie, jak w przypadku analizy przeprowadzonej w podrozdziale 5.3.1 dotyczącej badania zależności pomiędzy wartościami i praktykami, wykorzystano również narzędzia statystyczne tj. analizy zależności zachodzące pomiędzy parami zmiennych, na podstawie których obliczano właściwe miary związków. Do tego celu wykorzystano test t studenta dla dwóch prób niezależnych przy założeniu różnych wariancji. Dla zmiennych mierzonych na skalach mocnych obliczano współczynniki korelacji liniowej Pearsona. Dla każdej z miar wyznaczono również empiryczne poziomy istotności (p-wartości).

W tabeli 67 przedstawiono wyniki analizy zależności średnich występujących pomiędzy postawą kp1 (nastawioną na zysk), a zewnętrznymi uwarunkowaniami praktyk (stosowane systemy i instrumenty zarządzania jakością). Symbolem „\*” zaznaczono p-wartości, które są istotne statystycznie i które będą stanowiły przedmiot pogłębionej analizy. Stosowane skróty w kolumnie ID wyjaśniono w podrozdziale 4.2.3.

Tabela 67. Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp1 (nastawioną na zysk), a stosowanymi systemami i instrumentami zarządzania jakością

ID	kp1		
	śr (v=0)	śr (v=1)	t
pz1	22,14	16,56	0,99
pz2	15,48	18,80	-0,85
pz3	19,26	12,50	<b>2,69***</b>
pz4	16,20	14,30	0,75
pz5	15,18	13,95	0,47
pz6	15,95	12,55	<b>1,50*</b>
in1	13,99	26,92	<b>-3,24***</b>
in2	18,36	12,56	<b>2,32**</b>
in3	17,26	16,98	0,09
in4	17,29	16,88	0,13
in5	19,38	12,35	<b>2,84***</b>
in6	21,96	13,49	<b>2,82***</b>
in7	18,16	14,12	1,46
in8	18,45	13,10	<b>1,96**</b>
in9	19,12	11,93	<b>2,60***</b>
in10	15,93	17,96	-0,73
in11	19,46	14,65	<b>1,73**</b>
in12	17,81	10,79	1,65

Legenda: śr.(v=0) – Średnia kp1 gdy pz1=0; śr. (v=1) – Średnia kp1 gdy pz1=1; t – wartość statystyki testu t Studenta dla dwóch średnich niezależnych z różnymi wariancjami. Gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Źródło: opracowanie własne

Wyniki przedstawione w tabeli 67 pokazują, że dla oznaczonych „\*” liczb odnoszących się do systemów (pz) i instrumentów (in) zarządzania jakością występuje statystycznie istotny związek w kontekście postawy nastawionej na zysk. Postawa ta świadczy o tym, że zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług medycznych nie jest priorytetem w organizacji, a większe znaczenie posiada wydajność oraz osiągnięty wynik ekonomiczny. Na podstawie zebranych danych stwierdzono, że akredytacja najsilniej koreluje z postawą nastawioną na zysk. Wyniki badań wskazują, że szpitale,

które nie stosują standardów akredytacyjnych, w większym stopniu wykazują ową postawę aniżeli te, które korzystają z tego standardu. Potwierdza to tym samym, że postawa nastawiona na zysk kieruje organizację w kierunku strategii kosztowej. Z kolei akredytacja jako branżowy standard jakościowy, w większym stopniu zorientowana jest na kwestie zapewnienia jakości i bezpieczeństwa świadczeń medycznych. Wyniki analiz wskazują także, że większość szpitali, które nie stosowały prostych narzędzi generowania pomysłów, dochodzenia przyczyn źródłowych problemów oraz analizy ryzyka, wykazują postawy w mniejszym stopniu ukierunkowane na jakość, a w większym stopniu na osiągnięcie zysku. Wyjątek stanowią narzędzia Lean Manufacturing, których głównym celem jest eliminacja zbędnych działań niedostarczających wartości dodanej, stąd też zorientowanie postawy ukierunkowanej na zysk w tym przypadku wydaje się naturalnym zjawiskiem.

Kolejna postawa poddana badaniom to postawa korygująca (k2), w której nacisk położony jest głównie na kontrolę oraz wykrywanie i korygowanie błędów. W badaniach postawa ta cechuje się jednak w wielu przypadkach brakiem istotności statystycznej w kontekście stosowanych systemów i instrumentów zarządzania jakością.

Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp2 (korygującą), a stosowanymi systemami i instrumentami zarządzania jakością przedstawiono w tabeli 68.

Tabela 68. Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp2 (korygującą), a stosowanymi systemami i instrumentami zarządzania jakością

ID	Kp2		
	śr (v=0)	śr (v=1)	t
pz1	24,52	25,40	-0,25
pz2	26,26	22,40	<b>1,56*</b>
pz3	26,09	26,00	0,05
pz4	24,71	27,97	<b>-1,59*</b>
pz5	25,98	25,79	0,10
pz6	25,51	26,98	-0,66
in1	27,01	20,00	<b>3,73***</b>
in2	25,15	25,81	-0,32
in3	26,45	22,54	<b>1,98**</b>
in4	25,68	24,20	0,73
in5	24,31	27,42	<b>-1,70**</b>
in6	23,70	26,51	-1,46
in7	25,91	23,33	1,19
in8	25,00	26,20	-0,62
in9	25,19	25,53	-0,15

ID	Kp2		
	śr (v=0)	śr (v=1)	t
in10	25,00	25,46	-0,25
in11	24,23	26,45	-1,18
in12	25,60	22,11	1,16

Legenda: śr.(v=0) – Średnia kp2 gdy pz1=0; śr. (v=1) – Średnia kp2 gdy pz1=1; t – wartość statystyki testu t Studenta dla dwóch średnich niezależnych z różnymi wariancjami. Gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Źródło: opracowanie własne

Wyniki przedstawione w tabeli 68 mogą sugerować, że postawa korygująca w niewielkim stopniu zależy od stosowania ww. rozwiązań. Zaprzecza to tym samym wymaganiom normatywnym, w których konieczność podejmowania działań korygujących stanowi obowiązek, a brak jego stosowania determinuje skuteczność systemów zarządzania jakością. Postawa ta powinna występować już na etapie wdrażania systemów, gdzie usuwa się przyczyny błędów będących czynnikami niezgodności w obszarze wymagań normatywnych. Dlatego istniejący dodatni związek, aczkolwiek w wielu przypadkach nieistotny statystycznie może sugerować, iż powszechność tej postawy w systemach i instrumentach zarządzania nie jest najważniejsza w podmiotach leczniczych. Badania wskazują, że w ramach postawy korygującej, istotne statystycznie są tylko 3 instrumenty – Lean (in1), BSC (in3) i system sugestii (in5). Tym samym można stwierdzić, że w szpitalach, w których w mniejszym stopniu wykorzystuje się narzędzia Lean i zrównoważoną kartę wyników, a w większym stopniu stosuje systemy zgłaszania pomysłów, to postawa zorientowana na korygowanie przyczyn błędów jest większa.

Postawa zapobiegawcza (kp3) szczególny nacisk kładzie na ograniczenie problemów, zarządzanie ryzykiem oraz stosowanie narzędzi minimalizacji błędów i zdarzeń niepożądanych.

Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp3 (zapobiegawczą), a stosowanymi systemami i instrumentami zarządzania jakością przedstawiono w tabeli 69.

Tabela 69. Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp3 (zapobiegawczą), a stosowanymi systemami i instrumentami zarządzania jakością

ID	Kp3		
	śr (v=0)	śr (v=1)	t
pz1	29,29	26,80	0,71
pz2	27,47	26,00	0,52
pz3	27,48	27,95	-0,28
pz4	28,10	26,72	0,78
pz5	28,37	24,61	<b>1,90**</b>
pz6	27,57	27,17	0,21



ID	Kp3		
	śr (v=0)	śr (v=1)	t
in1	28,52	22,40	<b>3,10***</b>
in2	26,88	27,56	-0,37
in3	26,72	27,70	-0,54
in4	27,52	25,63	1,04
in5	25,93	29,39	<b>-1,92**</b>
in6	25,92	27,86	-1,06
in7	26,75	27,84	-0,49
in8	26,74	27,90	-0,64
in9	27,40	25,96	0,72
in10	26,73	27,19	-0,26
in11	27,66	26,30	0,79
in12	26,69	30,26	-1,07

Legenda: śr.(v=0) – Średnia kp3 gdy pz1=0; śr. (v=1) – Średnia kp3 gdy pz1=1; t – wartość statystyki testu t Studenta dla dwóch średnich niezależnych z różnymi wariancjami. Gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Źródło: opracowanie własne

Wyniki badania przedstawione w tabeli 69 pokazują, że tylko 1 system i 2 narzędzia wykazują istotność statystyczną. Odnoszą się one do systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz narzędzi Lean Manufacturing i systemu sugestii. Interpretując wyniki można stwierdzić, że brak stosowania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji oraz narzędzi Lean powoduje w większym stopniu wpływ na postawy zapobiegawcze w organizacji. Z kolei stosowanie systemu sugestii przynosi efekt odwrotny. Analizując wyniki badań można zauważyć również wiele rozbieżności pomiędzy istniejącymi związkami, które są dodatnie albo ujemne, jednak w większości nieistotne statystycznie.

Postawa kreatywna stanowi ostatnią, a jednocześnie najbardziej zaawansowaną pod kątem pro jakościowego zarządzania postawę.

Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp4 (kreatywną), a zewnętrznymi uwarunkowaniami praktyk zarządzania jakością przedstawiono w tabeli 70.

Tabela 70. Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp4 (kreatywną), a zewnętrznymi uwarunkowaniami praktyk zarządzania jakością

ID	Kp4		
	śr (v=0)	śr (v=1)	t
pz1	30,24	32,78	-0,65
pz2	33,26	32,00	0,26
pz3	29,95	34,95	<b>-2,10**</b>
pz4	31,72	36,02	<b>-1,60*</b>

ID	Kp4		
	śr (v=0)	śr (v=1)	t
pz5	33,10	35,39	-0,76
pz6	33,01	35,57	-0,93
in1	32,42	32,79	-0,12
in2	32,23	33,60	-0,49
in3	32,47	32,62	-0,06
in4	32,48	32,59	-0,04
in5	32,66	32,20	0,18
in6	32,01	32,90	-0,34
in7	32,00	34,12	-0,67
in8	32,61	32,20	0,14
in9	30,49	37,98	<b>-2,42***</b>
in10	34,57	31,23	<b>1,30*</b>
in11	31,62	33,50	-0,74
in12	32,08	36,84	-1,53

Legenda: śr.(v=0) – Średnia kp4 gdy pz1=0; śr. (v=1) - Średnia kp4 gdy pz1=1; t – wartość statystyki testu t Studenta dla dwóch średnich niezależnych z różnymi wariancjami. Gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Źródło: opracowanie własne

Postawa kreatywna w literaturze przedmiotu uchodzi za najbardziej projakościową, gdyż nacisk położony jest głównie na ciągłe doskonalenie jakości i poszukiwanie innowacji.

Stosowanie standardów akredytacyjnych, jak wskazują wyniki badań przekłada się w większym stopniu na przyjmowanie postaw kreatywnych, aniżeli w przypadku pozostałych standardów jakości. Z kolei wykorzystywanie narzędzi samooceny, mocniej wpływa na deklarowanie postawy ukierunkowane na doskonalenie. W pozostałych przypadkach (nieoznaczony \*) obserwuje się nieistotne statystycznie związki.

Podsumowując przeprowadzoną analizę zależności pomiędzy różnymi postawami prezentowanymi w systemach zarządzania jakością, a najczęściej stosowanymi w podmiotach leczniczych systemami i instrumentami zarządzania obserwuje się, że wraz ze wzrostem postawy na bardziej projakościową, następuje zwiększenie stopnia stosowania systemów i instrumentów zarządzania jakością. Stanowi to jednocześnie potwierdzenie filozofii ciągłego doskonalenia, stanowiącej fundament norm ISO. Z kolei z punktu widzenia badawczego uzasadnione wydaje się uwzględnianie wymiarów kulturowych (postaw) w kształtowaniu kultury jakości podmiotów leczniczych. Należy także podkreślić, że owe zależności mogą wynikać w dużym stopniu ze specyfiki

podmiotów leczniczych, które z racji nieustannej presji na poprawę jakości i coraz większe wymagania pacjentów, zmuszone są do przyjmowania postaw, a także wdrażania systemów i instrumentów zorientowanych na doskonalenie.

Kontynuując badania w obszarze postaw, dokonano również analizy zależności w obszarze ich wpływu na wewnętrzne praktyki zarządzania jakością. Jak wynika z przedstawionych w tabeli 71 wyników, prawie wszystkie istniejące związki pomiędzy deklarowaną postawą nastawioną na zysk (kp1) i postawą kreatywną (kp4), posiadają wysoki współczynnik korelacji Pearsona. W przypadku postawy zorientowanej na zapobieganie, p-wartość  $<0,05$  występuje rzadziej, a w przypadku postawy korygującej wyłącznie raz na 25 praktyk.

Tabela 71. Wyniki badania zależności pomiędzy postawami kp1 – kp4, a wewnętrznymi uwarunkowaniami praktyk zarządzania jakością

ID	kp1	kp2	kp3	kp4
pw1_kr	<b>-0,232***</b>	-0,108	0,042	<b>0,230***</b>
pw1_de	<b>-0,285***</b>	-0,026	0,096	<b>0,269***</b>
pw1_wi	<b>-0,288***</b>	-0,103	0,048	<b>0,274***</b>
pw1_el	<b>-0,253***</b>	<b>-0,183***</b>	0,063	<b>0,285***</b>
pw1_pr	-0,104	-0,062	0,078	0,090
pw2_1	<b>-0,292***</b>	-0,130	0,048	<b>0,222***</b>
pw2_2	<b>-0,299***</b>	-0,004	<b>0,205***</b>	0,106
pw2_3	<b>-0,331***</b>	-0,097	0,124	<b>0,241***</b>
pw2_4	<b>-0,330***</b>	-0,091	<b>0,233***</b>	<b>0,224***</b>
pw3_sf	<b>-0,322***</b>	-0,030	<b>0,263***</b>	<b>0,257***</b>
pw3_hi	<b>-0,213***</b>	-0,020	0,089	0,120
pw4	<b>-0,349***</b>	-0,121	0,073	<b>0,238***</b>
pw5_po1	<b>-0,419***</b>	0,025	<b>0,170**</b>	<b>0,366***</b>
pw5_po2	<b>-0,375***</b>	0,003	0,120	<b>0,341***</b>
pw5_po3	<b>-0,359***</b>	-0,004	<b>0,177**</b>	<b>0,252***</b>
pw5_po4	<b>-0,333**</b>	-0,061	<b>0,250**</b>	<b>0,225***</b>
pw5_po5	<b>-0,178***</b>	-0,042	<b>0,153**</b>	<b>0,173**</b>
pw5_po6	<b>-0,361***</b>	-0,060	<b>0,159***</b>	<b>0,320***</b>
pw5_po7	<b>-0,406***</b>	-0,009	<b>0,192</b>	<b>0,271***</b>
pw5_str_el	<b>-0,254***</b>	-0,042	0,046	<b>0,164**</b>
pw5_str_pr	<b>-0,326***</b>	0,003	<b>0,146**</b>	<b>0,224***</b>
pw5_zaan	<b>-0,257***</b>	-0,069	<b>0,157**</b>	<b>0,143**</b>
pw5_infr	<b>-0,303***</b>	-0,113	<b>0,199***</b>	<b>0,246***</b>
pw5_rzecz	<b>-0,284***</b>	-0,114	<b>0,158**</b>	<b>0,229***</b>

ID	kp1	kp2	kp3	kp4
pw5_zew	<b>-0,313***</b>	-0,098	<b>0,180***</b>	<b>0,217***</b>

Legenda: gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,05$ , \*  $p < 0,1$

Źródło: opracowanie własne

Z informacji pochodzących z powyższej tabeli wynika, że istnieje słaba, ale statystycznie istotna zależność pomiędzy typem postawy, a realizowanymi praktykami. Co więcej, wraz ze wzrostem dojrzałości postawy (od kp1 do kp4) obserwuje się wzrost udziału praktyk projakościowych, co ma pozytywne przełożenie na kształtowanie się kultury jakości i dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych. Szczególnie pozytywny wpływ postawy kreatywnej obserwuje się w obszarze zapewnienia ciągłości świadczeń medycznych, budowania wizerunku i renomy podmiotu leczniczego oraz zapewnienia adekwatnej jakości podczas procesu leczenia, niezależnie od formy jej udzielania. Z kolei wartość współczynnika korelacji Pearsona dla zdecydowanej większości praktyk realizowanych przy uwzględnieniu postawy nastawionej na zysk (gdzie jakość nie jest priorytetem), wskazuje na słabą lub umiarkowaną zależność ujemną. Skutkuje ona tym, że im większy udział praktyki projakościowej, tym postawy nastawione na zysk i wynik ekonomiczny są mniejsze. Potwierdza to realizację filozofii ciągłego doskonalenia, zgodnie z którą podejmowanie działań projakościowych wpływa na poprawę jakości.

Wyniki badań w zakresie występowania związków w stosowaniu praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych z różnymi postawami zarządzania jakością potwierdziły także, że istnieje związek między typami postaw, a stosowanymi praktykami zarządzania jakością. Postawy kreatywne (doskonalące) tworzące najbardziej zaawansowany typ kultury jakości, występują w powiązaniu z większością badanych praktyk pomimo, iż stopień ich oddziaływania jest słaby lub w niektórych przypadkach (pw5\_po1, pw5\_po2, pw5\_po6) umiarkowany. Także podmioty lecznicze stosujące dużą ilość systemów zarządzania jakością i wykorzystujące zaawansowane instrumenty zarządzania jakością częściej wykazują postawy kreatywno-doskonalące, co potwierdza realizację praktyk związanych z filozofią ciągłego doskonalenia leżącą u podstaw znormalizowanych systemów i narzędzi zarządzania jakością.

Opierając się na rozważaniach przedstawionych w niniejszym podrozdziale można uznać, że wyniki badań potwierdzają istnienie zależności pomiędzy deklarowaną postawą wobec jakości, a stosowanymi praktykami zarządzania jakością, potwierdzając tym samym hipotezę H4.

### 5.3.3. Propozycja typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce

Podmioty lecznicze działając w turbulentnym otoczeniu poddawane są nieustannemu procesowi zmiany, nie tylko w obszarze aspektów zarządczo-organizacyjnych, techniczno-technologicznych oraz ekonomicznych, ale także kulturowo-społecznych. Jak zauważa K. Lisiecka, w procesie zarządzania organizacją często niedoceniany jest aspekt społeczny tworzony przez pracowników, pacjentów, zarządzających, jak i samą organizację. Dzieje się tak pomimo, iż między tymi grupami zachodzą relacje, które często różnicują podejście do stosowanych praktyk czy uznawanych wartości<sup>643</sup>. Aby zatem kulturowy wymiar działalności podmiotów leczniczych w większym stopniu przyczyniał się do osiągnięcia wysokiej jakości usług medycznych, kultura organizacyjna powinna być bardziej projakościowa. Dlatego celem zbliżenia się do tego typu kultury, w niniejszym podrozdziale podjęto próbę zaproponowania typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w oparciu o wiedzę pozyskaną z badań teoriopoznawczych oraz empirycznych.

Aby dokonać typologii kultury jakości, wykorzystano do tego celu narzędzia statystyczne służące do grupowania podmiotów leczniczych na oddzielne klastry. Na kolejnym etapie badań zostały one opisane poprzez cechy i aspekty je różnicujące. Następnie, nazwano poszczególne klastry tak, aby w jak największym stopniu odzwierciedlały one specyfikę szpitali z danego klastra. Do podziału na grupy wykorzystano narzędzia grupowania tj. metody hierarchiczne oraz metodę k-średnich, które bardziej szczegółowo opisano w podrozdziale 4.2.4. Ze względu na brak możliwości obiektywnego określenia liczby klastrów rozważano trzy różne podziały obejmujące 2, 3 i 4 klastry. Szczegółowe statystyki opisowe charakteryzujące poszczególne klastry oraz ich liczebności przedstawiono w aneksie do pracy – załącznik 2.

W ramach określenia typologii kultury jakości w podziale na rozłączne klastry, jednym z trzech opracowanych wariantów był podział podmiotów leczniczych na 2 klastry spośród 201 szpitali, które udzieliły pełnych informacji na etapie ankietyzacji.

W tabeli 72 przedstawiono porównanie elementów kształtujących kulturę jakości podmiotów leczniczych wg podziału na 2 klastry.

---

<sup>643</sup> K. Lisiecka, M. Bielanowicz, *Duchowość i system społeczny organizacji a innowacyjność*, „Problemy Jakości” 2009, nr 1, s. 15.

Tabela 72. Porównanie elementów kształtujących kulturę jakości podmiotów leczniczych wg podziału na 2 klastry

Kryterium oceny	Klaster 1	Klaster 2
Wysoko uznawane wartości	Adekwatne wynagrodzenie. Jakość usług. Zapewnienie ciągłości świadczeń medycznych.	Wydajność opieki medycznej. Warunki pracy. Bezpieczeństwo procedur medycznych.
Nisko uznawane wartości	Decyzyjność pracownika.	Zysk – wynik ekonomiczny.
Praktyki zarządzania jakością (najwyższe)	Wykorzystanie zasobów, optymalizacja kosztów. Wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u dużej liczby pacjentów, przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach. Praca zespołowa. Ciągłość udzielania świadczeń medycznych.	Nacisk na rozwój i innowacyjność. Lojalność, dyspozycyjność i wysokie kwalifikacje personelu. Adekwatne i sprawiedliwe wynagradzanie w stosunku do efektów pracy. Współpraca ze sprawdzonymi i rzetelnymi dostawcami i podwykonawcami nawet, jeśli wiąże się to z wyższymi kosztami.
Praktyki zarządzania jakością (najniższe)	Aktywne wsparcie kreatywności pracowników ze strony kierownictwa. Nagradzanie za dobre pomysły. Aktywne zaangażowanie pracowników w poprawę jakości i poszukiwanie doskonalszych rozwiązań.	Wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u dużej liczby pacjentów przy optymalnych nakładach.
Wykorzystywane zewnętrzne standardy	ISO 9001. Akredytacja CMJ. Porównywalny udział systemów wspomagających zarządzanie jakością (większy nacisk na ISO 27001).	Nieznacznie niższy stopień stosowania standardów jakości (ISO 9001/Akredytacja CMJ) w porównaniu z klastrem 1. Porównywalny udział systemów wspomagających zarządzanie jakością (większy nacisk na ISO 14001).
Wykorzystywane instrumenty zarządzania jakością	Proste narzędzia ukierunkowane na identyfikację i zapobieganie problemom jakościowym.	Zaawansowane narzędzia optymalizacji i doskonalenia tj. Lean, Six Sigma, BSC.
Dominująca postawa w systemie zarządzania jakością	Kreatywno – zapobiegawcza z większym udziałem postawy korygującej.	Kreatywno – zapobiegawcza z większym udziałem postawy zorientowanej na zysk.
Propozycja nazwy kultury jakości	Kultura jakości zorientowana na wynik.	Kultura jakości zorientowana na doskonalenie jakości.

W ramach podziału podmiotów leczniczych na 2 klastry (przedstawionych w tabeli 72), kulturę jakości podmiotów leczniczych – szpitali z klastra 1 w największym stopniu charakteryzują wartości mające swoje źródło w sprawnym funkcjonowaniu organizacji. Wynikają one z motywacji (zapewnienia adekwatnego wynagrodzenia dla pracowników), jakości (utrzymania usług medycznych na wysokim poziomie) oraz dostępności (zapewniania ciągłości świadczenia usług). W mniejszym stopniu wagę przywiązuje się do samodzielności w podejmowaniu decyzji przez pracowników czyniąc tę kulturę bardziej hierarchiczną niż elastyczną, co w mniejszym stopniu sprzyja kreatywności i podejmowaniu działań innowacyjnych.

W podmiotach z klastra 1, kadra kierownicza w codziennym działaniu przywiązuje dużą wagę do optymalizacji, mierzonej stopniem wykorzystania zasobów i redukcji kosztów. Z kolei podmioty lecznicze starają się zapewnić ciągłość świadczeń usług medycznych bez względu na problemy finansowe czy braki kadrowe oraz osiągać wysokie wyniki diagnostyczne i efekty terapeutyczne. W praktyce zarządzania jakością mniejsze znaczenie odgrywa wspieranie kreatywności pracowników i nagradzanie ich za efekty pracy. Również motywowanie odgrywa mniejszą rolę utrudniając tym samym zaangażowanie się pracowników w poprawę jakości i poszukiwanie doskonalszych, bardziej efektywnych rozwiązań.

Szpital z klastra 1 chętniej wdrażają zewnętrzne systemy zarządzania jakością, szczególnie uniwersalny system zarządzania jakością wg ISO 9001 oraz medyczną akredytację wg standardów Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia. Istotny nacisk kładzie się na stosowanie systemów wspomagających zarządzanie jakością np. według normy PN-EN ISO/IEC 27001. W szpitalach tych w większości przypadków stosuje się proste, ukierunkowane na identyfikację i rozwiązanie problemów instrumenty zarządzania jakością tj. schemat blokowy, burzę mózgów czy analizę ryzyka.

Analizując postawę prezentowaną w systemach zarządzania, szpitale te nastawione są głównie na doskonalenie i podejmowanie proaktywnych działań (postawa kreatywno-zapobiegawcza). Obserwuje się również orientację na korygowanie, czyli wyciąganie wniosków z bieżących problemów i podejmowanie prób ich zapobieżenia w przyszłości.

Mając na uwadze powyższy opis podmiotów zgrupowanych w klastrze 1, charakteryzują się one kulturą zorientowaną głównie na osiągnięcie wyniku

diagnostycznego i/lub terapeutycznego u dużej liczby pacjentów przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach. Obserwuje się również niski stopień zaangażowania pracowników w poprawę jakości i w poszukiwaniu doskonalszych rozwiązań – pomimo stosowania wielu zewnętrznych systemów i instrumentów zarządzania jakością. Dlatego kulturę szpitali z klastra 1, według podziału na 2 klastry określono jako – kulturę jakości zorientowaną na wynik.

W kulturze jakości podmiotów leczniczych – szpitali z klastra 2 wysoko ceni się wartości związane z efektywnością, bezpieczeństwem pacjenta i środowiskiem pracy. Mniejsze znaczenie posiadają wartości kojarzone z zyskiem, czy osiąganym wynikiem ekonomicznym, który w pewnych sytuacjach może determinować działania poprawiające jakość. Wartości te są wspierane wewnętrznymi praktykami projakościowymi, które pozwalają poszukiwać możliwości rozwoju poprzez nacisk na stosowanie innowacji oraz współpracę ze sprawdzonymi i rzetelnymi dostawcami i podwykonawcami.

W codziennej praktyce dużą wagę przywiązuje się do kompetencji i kwalifikacji pracowników, lojalności oraz warunków pracy. Przekłada się to na ogólną satysfakcję z wynagrodzenia. W porównaniu ze szpitalami z klastra 1, szpitale te w mniejszym stopniu stosują zewnętrzne systemy zarządzania jakością oraz systemy wspomagające (głównie normę ISO 14001). Charakteryzuje ich z kolei wyższy stopień wykorzystania zaawansowanych narzędzi optymalizacji i doskonalenia tj. Lean Manufacturing, Six Sigma czy zrównoważona karta wyników. Postawa wobec zarządzania jakością jest nastawiona głównie na doskonalenie oraz zapobieganie, jednak istotną rolę w tej grupie odgrywa również osiągnięcie zysku, stabilizacji finansowej i wysokiej wydajności usług. Z punktu widzenia ważności poszczególnych praktyk, istotny w tej grupie jest również nacisk na rozwój i innowacyjność oraz korzystanie z usług wiarygodnych dostawców i podwykonawców. Nie bez znaczenia są również kwalifikacje pracowników, które są odpowiednio wynagradzane. Z kolei osiągany wynik kliniczny schodzi na drugi plan.

Mając na uwadze opis kultury szpitali zgrupowanych w klastrze 2 według podziału na 2 klastry, kulturę jakości, jaką one odzwierciedlają nazwano – zorientowaną na doskonalenie jakości.

Celem wyodrębnienia bardziej szczegółowej typologii kultury jakości podmiotów leczniczych, przeprowadzono także grupowanie szpitali z podziałem na 3 klastry. Takie działanie pozwala na bardziej pogłębioną klasyfikację.

W tabeli 73 przedstawiono porównanie elementów kształtujących kulturę jakości podmiotów leczniczych według podziału na 3 klastry.



Tabela 73. Porównanie elementów kształtujących kulturę jakości podmiotów leczniczych wg podziału na 3 klastry

Kryterium oceny	Klaster 1	Klaster 2	Klaster 3
Wysoko uznawane wartości	Aдекватne wynagrodzenie. Zapewnienie ciągłości świadczeń medycznych. Wynik ekonomiczny.	Możliwość rozwoju i zaangażowania. Bezpieczeństwo procedur medycznych. Nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii.	Indywidualne podejście do pacjenta. Wydajność opieki (liczba wyleczonych pacjentów przy ograniczonych zasobach).
Nisko uznawane wartości	Decyzyjność pracownika.	Praca zespołowa.	Elastyczność.
Praktyki zarządzania jakością (najwyższe)	Wykorzystanie zasobów, optymalizacja kosztów. Ciągłość świadczeń usług medycznych bez względu na problemy finansowe czy braki kadrowe. Wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny przy optymalnych nakładach.	Stosowanie się do procedur, instrukcji, zasad. Lojalność, dyspozycyjność i wysokie kwalifikacje. Zidentyfikowane, monitorowane i usprawniane procesy. Odpowiednie warunki pracy i niezbędne zasoby do świadczenia wysokiej jakości, bezpiecznych usług. Współpraca ze sprawdzonymi i rzetelnymi dostawcami i podwykonawcami.	Otwartość na zmiany pozwalająca skutecznie poprawić jakość i / lub dostosować się do zmian. Adekwatne i sprawiedliwe wynagradzanie w stosunku do efektów pracy. Adekwatna jakość bez względu na formę świadczenia usług (usługi odpłatne, bezpłatne, refundowane).
Praktyki zarządzania jakością (najniższe)	Wsparcie kreatywności pracowników. Nagradzanie za dobre pomysły. Rozwój i innowacyjność.	Ciągłość świadczeń usług medycznych bez względu na problemy finansowe czy braki kadrowe.	Wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u dużej liczby pacjentów, przy optymalnych nakładach.
Wykorzystywane zewnętrzne standardy	Akredytacja. Porównywalny udział systemów wspomagających zarządzanie jakością (większy nacisk na ISO 14001).	ISO 9001. Porównywalny udział systemów wspomagających zarządzanie jakością (większy nacisk na ISO 27001 i ISO 45001).	Brak dominacji standardu jakości. Najniższy ogólny poziom wykorzystania wszystkich badanych systemów wspomagających zarządzanie jakością.

Kryterium oceny	Klaster 1	Klaster 2	Klaster 3
Wykorzystywane instrumenty zarządzania jakością	Proste narzędzia do rozwiązywania problemów tj. system sugestii czy diagram Ishikawy.	Lean/Six Sigma/BSC.	W niewielkim stopniu, proste instrumenty tj. schemat blokowy.
Dominująca postawa w systemie zarządzania jakością	Bardziej kreatywno-zapobiegawcza w porównaniu z klastrem 2	Kreatywno-zapobiegawcza.	Brak wyraźnie dominującej postawy. Porównywalny udział wszystkich postaw: kreatywno-zapobiegawczo-korygującej oraz nastawionej na zysk.
Propozycja nazwy kultury jakości	Kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność.	Kultura jakości zorientowana na doskonałość (z mniejszym naciskiem na efektywność).	Kultura jakości zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany.

Źródło: opracowanie własne

Szpitaly zgrupowane w klastrze 1 (według podziału na 3 klastry) przywiązują bardzo dużą wagę do wartości związanych z osiąganym wynikiem. Zapewnienie adekwatnego wynagrodzenia, ukierunkowanie na wynik ekonomiczny oraz optymalizacja kosztów to wartości, którymi kierują się te podmioty w codziennej praktyce. Z jednej strony świadczy to o wysokiej efektywności działań, z drugiej jednak może stwarzać ryzyko ograniczenia inicjatyw projakościowych, które z punktu widzenia ekonomicznego mogą być nieopłacalne.

Bardzo istotnym elementem charakteryzującym szpitale w klastrze 1 jest podejście zorientowane na zapewnienie ciągłości świadczenia usług. Dzięki temu, aspekty takie jak dostępność i stabilizacja w działaniu są zapewnione. Ważną rolę odgrywa również poziom osiąganych wyników klinicznych – efektów leczenia, przy optymalnych kosztach. Świadczyć to może o wykształconej kulturze zorientowanej na sprawne działanie, gdzie wysokie efekty stara się osiągać przy optymalnych kosztach.

W klastrze 1 na niskim poziomie uznaje się jednak wartości związane z decyzyjnością pracowników. Może to powodować, że wiele decyzji i inicjatyw zapada odgórnie i często może rodzić opór przed ich wprowadzeniem, zwłaszcza w sytuacji, kiedy pracownicy nie identyfikują się z nimi. Ograniczenie decyzyjności pracowników jest mocno skorelowane z niską praktyką wspierającą ich kreatywność, co w wielu przypadkach może ograniczać otwartość na zmiany i podejmowanie nowych działań

innowacyjnych. W klastrze 1 występuje najwyższy odsetek szpitali stosujących standardy akredytacyjne oraz proste narzędzia służące do rozwiązywania problemów tj. system sugestii czy diagram Ishikawy. Świadczyć to może o mniejszym ukierunkowaniu szpitali na systemowe kształtowanie jakości, a w większym na podejście wynikowe, skoncentrowane na faktycznie osiągniętych rezultatach leczenia.

Podsumowując opis szpitali zgrupowanych w klastrze 1 można stwierdzić, że ukierunkowane są one głównie na aspekty związane z osiąganym wynikiem, zarówno w aspekcie wynagrodzenia (satisfakcjonujące personel wynagrodzenie), osiągania wysokiego wyniku terapeutycznego (wynik kliniczny), optymalizacji wykorzystania zasobów (wynik ekonomiczny), zapewnienie ciągłości świadczenia wysokiej jakości usług (wynik mierzony dostępnością świadczeń) oraz wysokim stopniem wykorzystania zewnętrznych systemów zarządzania, szczególnie akredytacji (wynik systemowego działania w oparciu o zewnętrzne standardy jakości). Zważając na powyższe oraz na aspekty różnicujące wymiary kulturowe i systemowe klastra 1 (opisane w tabeli 72), kulturę podmiotów leczniczych klastra 1 nazwano kulturą jakości zorientowaną na wynik i efektywność.

Szpitala zgrupowane w klastrze 2 wg podziału trzystopniowego bardzo cenią sobie wartości, które stwarzają warunki do rozwoju i angażowania się w sprawy organizacji. Także stosowanie się do przyjętych procedur oraz wykorzystanie nowoczesnych rozwiązań i technologii medycznych mocno wpisuje się w politykę projakościowego działania szpitali z tego klastra. Obserwuje się skoncentrowanie na kluczowych atrybutach jakości, związanych z zaangażowaniem, bezpieczeństwem oraz szeroko pojętym wykorzystaniem zasobów sprzętowych i infrastrukturalnych. Z wartościami uznawanymi wśród szpitali zgrupowanych w klastrze 2 mocno korespondują praktyki odnoszące się do zapewnienia odpowiednich warunków i środowiska pracy, niezbędnych do świadczenia wysokiej jakości, bezpiecznych usług. Wysokie kwalifikacje pracowników oraz współpraca ze sprawdzonymi i rzetelnymi dostawcami i podwykonawcami (nawet, jeśli wiąże się to z wyższymi kosztami), to najczęściej obserwowane praktyki na tle innych klastrów wg trójwarstwowego podziału. Wszystkie powyższe atrybuty ukierunkowują kulturę na osiąganie wysokiej jakości usług, w niższym stopniu uwzględniającą ich efektywność ekonomiczną i kliniczną. Ma to także swoje potwierdzenie w niskim stopniu stosowania praktyk odnoszących się do zapewnienia ciągłości świadczeń medycznych, co w wielu przypadkach warunkuje jakość odczuwaną przez pacjenta.

Cechą charakterystyczną szpitali zgrupowanych w klastrze 2 jest hierarchizacja struktury organizacyjnej oraz niski stopień wykorzystania szans z otoczenia organizacji. Szpitale trzymają się utartych schematów nawet, gdy jest to szkodliwe dla zapewnienia jakości. W wysokim stopniu stosują się do przyjętych procedur, instrukcji czy zasad. Identyfikacja i monitorowanie procesów jest na wysokim poziomie. Wpływa na to zapewne fakt, iż szpitale z klastra 2 w najwyższym stopniu (w porównaniu z innymi klastrami) stosują systemy zarządzania jakością wg norm ISO, które uchodzą za mocno sformalizowane, a wręcz w niektórych przypadkach zbiurokratyzowane. W szpitalach stosuje się zaawansowane instrumenty jakości tj. Lean Manufacturing czy Six Sigma, które oprócz optymalizacji wykorzystywane są do porządkowania organizacji.

Kultura jakości szpitali z klastra 2 to kultura, w której w wysokim stopniu ceni się sprawność działania oraz dba o odpowiednie warunki do kształtowania i poprawy jakości. Dlatego kulturę tę nazwano jako zorientowaną na doskonałość (z mniejszym naciskiem na efektywność).

Ostatnią grupę szpitali w ramach trójwarstwowego podziału prezentują szpitale zgrupowane w klastrze 3. Szpitale z tego klastra koncentrują się wokół szczytnych wartości związanych z indywidualnym podejściem do pacjenta oraz zapewnieniem wysokiej wydajności systemu opieki zdrowotnej. Takie podejście może jednak stwarzać ryzyko, że możliwość np. zastosowania indywidualnych terapii będzie warunkowane dostępnymi zasobami, zwłaszcza w podmiotach finansowanych wyłącznie ze środków publicznych. Przechodząc na grunt pracownika i pacjenta, w podmiotach leczniczych z klastra 3 sprawiedliwie podchodzi się do kwestii wynagradzania i dostępu do świadczeń medycznych, niezależnie od formy ich świadczenia (odpłatnie lub w ramach finansowania publicznego). Takie podejście nie ma jednak pokrycia w praktykach związanych z osiąganym, wysokim wynikiem diagnostycznym i terapeutycznym. W małym stopniu uznaje się wartości związane z elastycznością ograniczając tym samym otwartość na zmiany, które pozwalają skuteczniej poprawić jakość oraz stwarzać szansę na rozwój. Niski stopień wykorzystania zewnętrznych standardów jakości oraz stosowania prostych narzędzi jakości dodatkowo hamuje proces doskonalenia się. Deklarowane postawy wobec zewnętrznych systemów, zarówno w stosunku do zasadności ich stosowania, jak i postaw w nich wynikających, ukierunkowane są w równym stopniu na postawy kreatywno-zapobiegawczo-korygujące oraz nastawione na zysk, gdzie jakość nie stanowi priorytetu.

Kultura jakości podmiotów leczniczych z klastra 3 ukierunkowana jest głównie na ważne wartości, które wymuszają podejmowanie praktyk w kierunku projakościowego zarządzania. Dlatego kulturę jakości szpitali z klastra 3 nazwano kulturą jakości zorientowaną na doskonalenie i wymuszone zmiany.

W ramach prowadzonych badań empirycznych przeprowadzono dodatkowo grupowanie podmiotów leczniczych na 4 klastry. Jednak uzyskane wyniki tylko w przypadku 2 grup istotnie różnicowały aspekty kulturowe, a w pozostałych 2 przypadkach różnice były mało istotne. Powodowało to trudności z wyodrębnieniem 4 unikalnych typów kultur projakościowych. Dlatego zrezygnowano z omawiania tego podziału w dalszej części pracy na rzecz prowadzenia badań w podziale na 2 i 3 klastry.

W dalszej części badań, zaproponowane typologie kultury jakości podmiotów leczniczych przyporządkowano do zbiorowości badanych szpitali, odzwierciedlające poszczególne podziały. Według podziału na 2 klastry wyodrębniono kulturę jakości zorientowaną na wynik, z którą utożsamiało się 91 badanych szpitali. Kultura jakości zorientowana na doskonalenie jakości występowała w 110 podmiotach leczniczych. Przedstawiona typologia w wysokim stopniu koresponduje z typologią wyodrębnioną dla podziału na 3 klastry, w ramach której zidentyfikowano 3 typy kultur jakości: zorientowana na wynik i efektywność (klaster 1), doskonałość jakościową (z mniejszym naciskiem na efektywność) - klaster 2 oraz doskonalenie jakości i wymuszone zmiany (klaster 3). W świetle przedstawionej empirycznej typologii, kultura jakości zorientowana na wyniki i efektywność występowała w 66 badanych szpitalach, 91 szpitali charakteryzowało się kulturą zorientowaną na doskonałość, a w 44 podmiotach istniała kultura zorientowana na doskonalenie jakości i wymuszone zmiany.

Podsumowując proces konceptualizacji wyników badań, którego efektem była propozycja typologii kultury jakości w podziale na 2 i 3 klastry można uznać, że kultury te są ze sobą spójne i wzajemnie się nie wykluczają. Kultura szpitali z klastra 1 zarówno dla podziału dwu, jak i trzywarstwowego odzwierciedla podobny typ kultury – ukierunkowany głównie na wynik. Z kolei klaster 2 (wg podziału na 2 klastry) i klaster 2 i 3 (według podziału na 3 klastry) wzajemnie się uzupełniają i odnoszą do kwestii poprawy jakości. Zważając jednak na poziom szczegółowości grupowania, podział na 2 klastry w świetle wyników badań, stanowić powinien podział wstępny. Z kolei typologia z podziałem na 3 klastry prezentuje bardziej pogłębioną analizę, pozwalającą tym samym w większym stopniu wyodrębnić podmioty ukierunkowane na zróżnicowane aspekty kulturowe i praktyki zarządzania jakością.

W dalszej części pracy skoncentrowano się na operacjonalizacji wyodrębnionych kultur w kontekście ich wpływu na osiągnięcie dojrzałości jakościowej.

## **5.4. Operacjonalizacja wyników badań**

### **5.4.1. Wpływ empirycznych typów kultury jakości podmiotów leczniczych na poziom dojrzałości jakościowej**

Poziom dojrzałości jakościowej kreowany jest przez wiele wymiarów, które wynikają z aspektów kulturowo-społecznych, techniczno-technologicznych, zarządczo-organizacyjnych oraz ekonomicznych. Takie wielowymiarowe podejście sprawia, że podejmowanie badań w tym obszarze uwarunkowane jest nie tylko wpływem wielu dyscyplin naukowych, ale także koniecznością uwzględniania wielu zmiennych, które odnoszą się zarówno do aspektów społecznych tj. kultura organizacyjna, jak i zarządczych tj. zarządzanie jakością. Kultura jakości jest pojęciem, które scala oba te aspekty oraz w zależności od jej typu może różnie oddziaływać na stopień dojrzałości jakościowej.

Celem określenia zależności zachodzących pomiędzy zidentyfikowanymi w podrozdziale 5.3.3 empirycznymi typami kultury jakości, a poziomem dojrzałości jakościowej, zastosowano skale sumaryczne, czyli agregowano wyniki obliczając średnie dla odpowiedzi udzielanych przez respondentów dotyczących różnych wymiarów dojrzałości jakościowej tj. zarządczo-organizacyjnych (dw1), kulturowo-społecznych (dw2), techniczno-technologicznych (dw3), ekonomicznych (dw4) oraz w ogólnym wymiarze dojrzałości (dw5).

W tabeli 74 przedstawiono uzyskane wartości współczynnika rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych wymiarów dojrzałości jakościowej.

Tabela 74. Wartości współczynnika rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych wymiarów dojrzałości jakościowej

<b>Wymiar dojrzałości jakościowej</b>	<b>Współczynnik alfa Cronbacha</b>
Wymiar zarządczo-organizacyjny (dw1)	0,864
Wymiar kulturowo-społeczny (dw2)	0,849
Wymiar techniczno-technologiczny (dw3)	0,722

Wymiar dojrzałości jakościowej	Współczynnik alfa Cronbacha
Wymiar ekonomiczny (dw4)	0,818
Ogólny wymiar dojrzałości jakościowej (dw5)	0,945

Źródło: opracowanie własne

Analiza rzetelności poszczególnych wymiarów (której wyniki przedstawiono w tabeli 74) wskazuje, że rzetelność wyników dla 3 wymiarów jest wysoka i wynosi powyżej 0,8. W jednym przypadku wynosi niewiele powyżej 0,7, ale poziom ten jest powszechnie akceptowalny. Sumaryczny ogólny wymiar dojrzałości jakościowej wskazuje na bardzo wysoki współczynnik alfa Cronbacha na poziomie powyżej 0,9. Potwierdza to tym samym, że przyjęta agregacja jest uzasadniona.

W tabelach 75 i 76 przedstawiono wyniki analizy regresji, gdzie pierwsze wiersze opisują różnice w zakresie poziomu dojrzałości jakościowej poszczególnych grup (klastrów) w kontekście zidentyfikowanych empirycznie typów kultury jakości podmiotów leczniczych. Do badania zależności wykorzystano regresję liniową w postaci:

$$Y = a_0 + a_1 \cdot KLAS + a_2 \cdot C_1 + a_3 \cdot C_2 + \dots$$

gdzie Y to jedna ze zmiennych dw, KLAS to zmienna reprezentująca daną grupę szpitali, a  $C_1, C_2, \dots$  to zmienne kontrolne z metryczki: m2, m4, m6 (logarytm), m8.

Poszczególne kolumny w tabelach 75 i 76 przedstawiają wyniki dla 5 różnych wymiarów: dw1 – dw5, gdzie dw5 odzwierciedla ogólny poziom dojrzałości jakościowej agregujący w sobie wszystkie badane wymiary. Pogrubione współczynniki przedstawiają istotne różnice (zależności) istniejące między zmiennymi.

W tabeli 75 przedstawiono wyniki badań zależności pomiędzy wymiarami dojrzałości jakościowej, a podziałem kultury jakości na 2 klastry i zmienne metryczkowe.

Tabela 75. Wyniki badań zależności pomiędzy wymiarami dojrzałości jakościowej, a podziałem kultury jakości na 2 klastry i zmienne metryczkowe

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	DW1	DW2	DW3	DW4	DW5
<b>Kultura jakości zorientowana na doskonalenie jakości (Klaster 2)</b>					
Kultura jakości zorientowana na wynik (Klaster 1)	<b>0,614***</b>	<b>0,754***</b>	<b>0,553***</b>	<b>0,596***</b>	<b>0,633***</b>
	<b>(0,085)</b>	<b>(0,085)</b>	<b>(0,099)</b>	<b>(0,088)</b>	<b>(0,079)</b>
Log (liczba łóżek)	-0,002	-0,014	0,055	-0,022	0,001
	(0,058)	(0,06)	(0,069)	(0,066)	(0,057)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	DW1	DW2	DW3	DW4	DW5
<b>Forma własności [baza: publiczny]</b>					
Prywatny	0,225	0,175	0,246	0,248	0,222
	(0,214)	(0,33)	(0,38)	(0,412)	(0,306)
Publiczno-prywatny	0,112	-0,086	0,017	0,078	0,036
	(0,192)	(0,16)	(0,316)	(0,219)	(0,183)
<b>Poziom referencyjny [baza: I stopień]</b>					
II stopień	-0,077	0,034	0,09	<b>0,315***</b>	0,008
	(0,119)	(0,108)	(0,129)	<b>(0,12)</b>	(0,105)
III stopień	0,021	0,193	0,175	<b>0,297*</b>	0,162
	(0,14)	(0,153)	(0,164)	<b>(0,153)</b>	(0,134)
Szpital pulmonologiczny, onkologiczny	<b>0,382**</b>	0,306	<b>0,361*</b>	0,225	<b>0,320*</b>
	<b>(0,175)</b>	(0,213)	<b>(0,191)</b>	(0,184)	<b>(0,176)</b>
Szpital pediatryczny	<b>-0,388***</b>	-0,169	-0,38	0,258	-0,170
	<b>(0,135)</b>	(0,209)	(0,266)	(0,559)	(0,190)
Szpital ogólnopolski	-0,029	0,11	0,06	<b>0,288**</b>	0,102
	(0,142)	(0,127)	(0,172)	<b>(0,143)</b>	(0,127)
Brak	<b>-0,56***</b>	-0,237	-0,213	-0,324	<b>-0,355**</b>
	<b>(0,132)</b>	(0,177)	(0,264)	(0,211)	<b>(0,155)</b>
<b>Źródło finansowania [baza: Wyłącznie publiczne]</b>					
Publiczne z elementami prywatnego	0,144	0,072	0,088	0,154	0,118
	(0,12)	(0,099)	(0,129)	(0,11)	(0,098)
Wyłącznie prywatne	0,446	0,442	0,353	0,394	0,415
	(0,364)	(0,33)	(0,333)	(0,363)	(0,324)
Prywatne z elementami publicznego	0,396	0,208	0,407	0,443	0,327
	(0,253)	(0,263)	(0,294)	(0,302)	(0,246)
Stała	<b>3,686***</b>	<b>3,495***</b>	<b>3,182***</b>	<b>3,52***</b>	<b>3,502***</b>
	<b>(0,314)</b>	<b>(0,322)</b>	<b>(0,374)</b>	<b>(0,356)</b>	<b>(0,310)</b>
N	178	178	178	178	178
R <sup>2</sup>	0,328	0,403	0,238	0,329	0,375

Legenda: w nawiasach podano odporne błędy standardowe. Gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Źródło: opracowanie własne

Na podstawie wyników badań zawartych w tabeli 75 można stwierdzić, że zmienne wpływające na poziom dojrzałości jakościowej są ze sobą dodatnio skorelowane na wysokim poziomie istotności. Jest to zgodne z treścią hipotezy (H6), którą założono przed przeprowadzeniem badań i mówiącą, że jeśli wyodrębni się empiryczne typy



kultury jakości, to będą one w różnym stopniu wpływały na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych

Analizując zależności występujące pomiędzy różnymi wymiarami dojrzałości jakościowej, a 2 empirycznymi typami kultury jakości zidentyfikowanymi podczas grupowania podmiotów na 2 klastry można stwierdzić, że dla szpitali z klastra 1 (z kulturą jakości zorientowaną na wynik), dojrzałość jakościowa w wymiarze zarządczo-organizacyjnym była średnio o 0,614 wyższa, niż dla szpitali z klastra 2 (z kulturą jakości zorientowaną na doskonalenie jakości). Podobnie sytuacja kształtowała się dla pozostałych wymiarów. Dla szpitali z kulturą nastawioną na wynik, wymiar dojrzałości kulturowo-społecznej był wyższy o 0,754, dla wymiaru techniczno-technologicznego wyższy o 0,553, a dla wymiaru ekonomicznego wyższy o 0,596 w porównaniu ze szpitalami z klastra 2 (nastawionymi na doskonalenie). Ogólny wymiar dojrzałości jakościowej obejmujący wymiary dw1 – dw4 dla szpitali z kulturą jakości zorientowaną na wynik (klaster 1) jest średnio o 0,633 wyższy, niż dla szpitali z kulturą zorientowaną na doskonalenie (klaster 2).

Wyniki badań wskazują, że istnieje silna i istotna statystycznie zależność pomiędzy typem kultury jakości, a osiąganym poziomem dojrzałości jakościowej. Podmioty lecznicze w podziale na 2 typy kultury jednoznacznie wskazują, że kultura jakości zorientowana na wynik w większym stopniu wpływa na dojrzałość jakościową, aniżeli kultura jakości zorientowana na doskonalenie. Świadczy to o tym, że np. podejmowanie praktyk zmierzających do osiągnięcia lepszego wyniku diagnostycznego i/lub terapeutycznego u dużej liczby pacjentów, przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach, w większym stopniu wpływa na poziom dojrzałości jakościowej, aniżeli ukierunkowanie na rozwój, innowacje i kwalifikacje pracowników. Można więc wywnioskować, że podejście systemowe (wynikające ze stosowania większej ilości standardów jakości), procesowe (charakterystyczne dla wynikowego zarządzania) oraz efektywnościowe (zorientowane na optymalizację kosztów i zasobów) w osiągnięciu wyższego poziomu dojrzałości jakościowej ma większe znaczenie, niż np. otwartość na zmiany, kwalifikacje pracowników oraz wykorzystywanie szans i możliwości rozwoju.

Wśród badanych szpitali, można także zaobserwować istotne statystycznie wyniki w obszarze podziału na poziomy referencyjności. Szpitale reprezentujące II i III poziom referencyjności (realizujące szerszy zakres świadczeń medycznych) posiadają odpowiednio o 0,315 i 0,297 wyższą dojrzałość w wymiarze ekonomicznym, niż szpitale z I poziomu referencyjności. Z kolei szpitale nie będące w sieci szpitali (brak poziomu

referencyjności) posiadają niższą ogólną dojrzałość jakościową (o 3,555) w porównaniu ze szpitalami będącymi w sieci. Według innego podziału, szpitale monospecjalistyczne tj. onkologiczne czy pulmonologiczne posiadają wyższą dojrzałość w wymiarze zarządczo-organizacyjnym (o 0,382), techniczno-technologicznym (o 0,361) oraz ogólną dojrzałość jakościową (o 0,320) w porównaniu ze szpitalami z I poziomu referencyjności. Wyniki badań wskazują zatem, że poziom dojrzałości jakościowej uzależniony jest od poziomu finansowania i zwiększa się wraz poziomem referencyjności. Wpisuje się to w ustalenia, że podmioty z kulturą zorientowaną na wynik (rachunek ekonomiczny) charakteryzują się wyższym poziomem ogólnej dojrzałości jakościowej, niż podmioty zorientowane na aspekty pozaekonomiczne tj. rozwój, innowacje i kwalifikacje pracowników.

W oparciu o powyższe wnioski można stwierdzić, że cechy charakteryzujące kulturę jakości podmiotów leczniczych – szpitali z klastra 1 (z kulturą jakości zorientowaną na wynik) w większym stopniu wpływają na dojrzałość jakościową, niż cechy podmiotów z klastra 2 (z kulturą jakości zorientowaną na doskonalenie jakości).

Z powodu braku wyraźnego zróżnicowania stopnia zaawansowania kultur jakości na etapie tworzenia typologii trudno jest wskazać, które cechy poszczególnych typów kultury czynią je bardziej projakościowymi, a które mniej. Dlatego w badaniach ograniczono się wyłącznie do porównania cech charakteryzujących daną typologię (które opisano w pkt. 5.5.3) w kontekście osiągnięcia dojrzałości jakościowej.

Celem zapewnienia pogłębionych badań oraz bardziej wyrazistego wyodrębnienia stopnia osiągnięcia dojrzałości jakościowej wśród zidentyfikowanych typów kultury jakości, podjęto próbę przeprowadzenia analizy dla grup szpitali podzielonych na 3 klastry.

Szczegółowy opis uzyskanych zależności statystycznych pomiędzy wymiarami dojrzałości jakościowej z podziałem na 3 klastry i innymi zmiennymi metryczkowymi przedstawiono w tabeli 76.

Tabela 76. Wyniki badania zależności pomiędzy wymiarami dojrzałości jakościowej z podziałem na 3 klastry i zmienne metryczkowe

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	DW1	DW2	DW3	DW4	DW5
<b>Kultura jakości zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany (klaster 3)</b>					
Kultura jakości zorientowana na	<b>0,922***</b>	<b>1,083***</b>	<b>0,802***</b>	<b>0,840***</b>	<b>0,919***</b>
	<b>(0,12)</b>	<b>(0,113)</b>	<b>(0,134)</b>	<b>(0,133)</b>	<b>(0,105)</b>

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	DW1	DW2	DW3	DW4	DW5
wynik i efektywność (Klaster 1)					
Kultura jakości zorientowana na doskonałość z mniejszym naciskiem na efektywność (Klaster 2)	<b>0,451***</b>	<b>0,482***</b>	<b>0,364***</b>	<b>0,357***</b>	<b>0,419***</b>
	<b>(0,124)</b>	<b>(0,11)</b>	<b>(0,132)</b>	<b>(0,133)</b>	<b>(0,105)</b>
Log (liczba łóżek)	0,015	0,005	0,069	-0,008	0,017
	(0,058)	(0,059)	(0,069)	(0,066)	(0,057)
<b>Forma własności [baza: publiczny]</b>					
Prywatny	<b>0,339*</b>	0,297	0,338	0,338	0,328
	<b>(0,195)</b>	(0,281)	(0,346)	(0,373)	(0,266)
Publiczno-prywatny	0,218	0,028	0,102	0,162	0,135
	(0,201)	(0,156)	(0,287)	(0,241)	(0,182)
<b>Poziom referencyjny [baza: I stopień]</b>					
II stopień	-0,096	0,014	0,075	<b>0,3**</b>	0,063
	(0,116)	(0,104)	(0,126)	<b>(0,119)</b>	(0,102)
III stopień	-0,093	0,071	0,084	0,207	0,057
	(0,14)	(0,152)	(0,165)	(0,156)	(0,135)
Szpital pulmonologiczny, onkologiczny	0,291	0,209	0,288	0,153	0,235
	(0,185)	(0,219)	(0,199)	(0,191)	(0,184)
Szpital pediatryczny	<b>-0,43***</b>	-0,215	-0,415	0,224	-0,210
	<b>(0,138)</b>	(0,213)	(0,264)	(0,563)	(0,194)
Szpital ogólnopolski	-0,085	0,05	0,015	<b>0,243*</b>	0,049
	(0,135)	(0,119)	(0,17)	<b>(0,139)</b>	(0,121)
Brak	<b>-0,415***</b>	-0,082	-0,096	-0,208	-0,220
	<b>(0,133)</b>	(0,168)	(0,285)	(0,207)	(0,154)
<b>Źródło finansowania [baza: Wyłącznie publiczne]</b>					
Publiczne z elementami prywatnego	0,086	0,009	0,041	0,107	0,064
	(0,111)	(0,092)	(0,126)	(0,108)	(0,091)
Wyłącznie prywatne	0,292	0,276	0,228	0,272	0,271
	(0,339)	(0,283)	(0,32)	(0,319)	(0,288)
Prywatne z elementami publicznego	0,178	-0,025	0,231	0,27	0,160
	(0,269)	(0,247)	(0,284)	(0,282)	(0,235)
Stała	<b>3,32***</b>	<b>3,104***</b>	<b>2,887***</b>	<b>3,23***</b>	<b>3,162***</b>
	<b>(0,348)</b>	<b>(0,334)</b>	<b>(0,396)</b>	<b>(0,381)</b>	<b>(0,330)</b>
N	178	178	178	178	178
R <sup>2</sup>	0,384	0,46	0,268	0,361	0,457

Legenda: w nawiasach podano odporne błędy standardowe. Gwiazdkami oznaczano zależności istotne statystycznie: \*\*\* p<0,01, \*\* p<0,05, \* p<0,1

Źródło: opracowanie własne

Według przeprowadzonej analizy zależności pomiędzy wymiarami dojrzałości jakościowej (z podziałem na 3 typy kultury jakości), największą siłę oddziaływania, istotną statystycznie reprezentują szpitale z klastra 1 (z kulturą jakości zorientowaną na wynik i efektywność). Dla tych podmiotów ogólny poziom dojrzałości jakościowej był o 0,919 wyższy w porównaniu do szpitali bazowych (klaster 3 – z kulturą zorientowaną na doskonalenie i wymuszone zmiany). Z kolei szpitale z kulturą zorientowaną na doskonałość (z mniejszym naciskiem na efektywność) posiadały o 0,419 wyższą dojrzałość, niż szpitale z kulturą klastra 1. Taka zależność mocno koresponduje z podziałem na 2 klastry, gdzie podmioty zorientowane na wynik również charakteryzowały się największym wpływem na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej.

Analizując poszczególne wymiary dojrzałości jakościowej można zauważyć, że szpitale z klastra 1 (wg podziału na 3 klastry) posiadają odpowiednio o 0,922 wyższy poziom dojrzałości jakościowej w wymiarze zarządczo-organizacyjnym, o 1,083 wyższy w wymiarze kulturowo-społecznym, o 0,802 wyższy w wymiarze techniczno-technologicznym oraz o 0,840 wyższy w wymiarze ekonomicznym w porównaniu do szpitali z grupy bazowej (klaster 3). Czyni to grupę tych szpitali najbardziej predysponowaną pod kątem osiągania dojrzałości jakościowej. Z kolei szpitale z klastra 2 w porównaniu ze szpitalami z klastra 3, posiadają wyższą dojrzałość jakościową we wszystkich badanych wymiarach, przy czym wartości te są istotnie niższe niż dla szpitali z klastra 1.

Odnosząc się do powyższych zależności można stwierdzić, że podobnie jak w podziale szpitali na 2 klastry, kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność w zdecydowanie większym stopniu wpływa na dojrzałość jakościową, niż kultura zorientowana na doskonałość. Z kolei kultura zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany (gdzie często wiele inicjatyw projakościowych jest wymuszanych poprzez otoczenie, a nie wynika wprost z kultury organizacyjnej) charakteryzuje się najniższym wpływem na poziom dojrzałości jakościowej.

Opierając się na wynikach badania zależności pomiędzy wymiarami kulturowymi z podziałem na 3 klastry, można również stwierdzić, że szpitale prywatne wykazują się zasadniczo wyższą dojrzałością jakościową w wymiarze zarządczo-organizacyjnym. Potwierdza to często występujące przekonanie, że szpitale prywatne są lepiej zarządzane, co w tym przypadku ma odzwierciedlenie również w wyższym poziomie dojrzałości. Podobnie szpitale z II poziomu referencyjności oraz szpitale ogólnopolskie osiągają

nieznacznie wyższą dojrzałość w obszarze ekonomicznym w porównaniu ze szpitalami na niższym – I poziomie referencyjności. Pozostałe zmienne wskazane w tabeli 76 w dużym stopniu różnicują podmioty lecznicze pod względem wpływu zmiennych, jednak poziom ich istotności statystycznej jest zbyt niski, aby uznać je za wiarygodne.

Opisane powyżej wyniki badań wyraźnie różnicują empiryczne typy kultury jakości według osiągania stopnia dojrzałości jakościowej. Kultura jakości zorientowana na wynik (wynik i efektywność), zarówno według podziału na 2, jak i na 3 klastry odzwierciedla najwyższy poziom zaawansowania kultury, mierzony osiąganym poziomem dojrzałości jakościowej. Mniejszy, ale istotny wpływ posiada kultura jakości zorientowana na doskonałość (z mniejszym naciskiem na efektywność), gdzie w wysokim stopniu ceni się sprawność działania oraz dba o odpowiednie warunki do kształtowania jakości. Kultura doskonalenia i wymuszonych zmian stanowi kulturę bardziej deklaratywną, gdyż wszelkie zmiany w obszarze jakości wynikają bardziej z realizowanych praktyk i deklarowanych postaw, aniżeli z uznawanych wartości. Dlatego kultura ta w najmniejszym stopniu wspiera osiągnięcie wysokiej dojrzałości zarządzania jakością.

Przeprowadzone analizy zależności pomiędzy wymiarami dojrzałości jakościowej z podziałem na 2 i 3 klastry pozwalają stwierdzić, że istnieje statystycznie istotna, dodatnia zależność pomiędzy danym typem kultury jakości, a osiąganym poziomem dojrzałości jakościowej.

#### **5.4.2. Reguła logiczna – model kultury jakości podmiotów leczniczych**

Prowadzone w poprzednich podrozdziałach analizy miały charakter bardziej statyczny pozwalający na określenie zależności między zmiennymi oraz przedstawienie propozycji typologii kultury jakości podmiotów leczniczych. W niniejszym podrozdziale przyjęto podejście bardziej dynamiczne, które oprócz próby stworzenia modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych, pozwoli również przedstawić rekomendacje dla kadry zarządzającej i pełnomocników ds. jakości w zakresie przeprowadzenia zmiany kulturowej w większym stopniu wspierającej osiągnięcie dojrzałości jakościowej.

Do budowy modelu, który przyjmuje postać zbioru reguł przydziału badanych jednostek do określonych klas, wykorzystano drzewa klasyfikacyjne<sup>644</sup>, a dokładnie klasyczny algorytm C&RT<sup>645</sup>. Jako regułę zatrzymania tworzenia drzewa przyjęto

---

<sup>644</sup> Tamże, s. 103-138.

<sup>645</sup> L. Breiman [i in.], *Classification and Regression Trees*, Taylor & Francis, Boca Raton 1984.

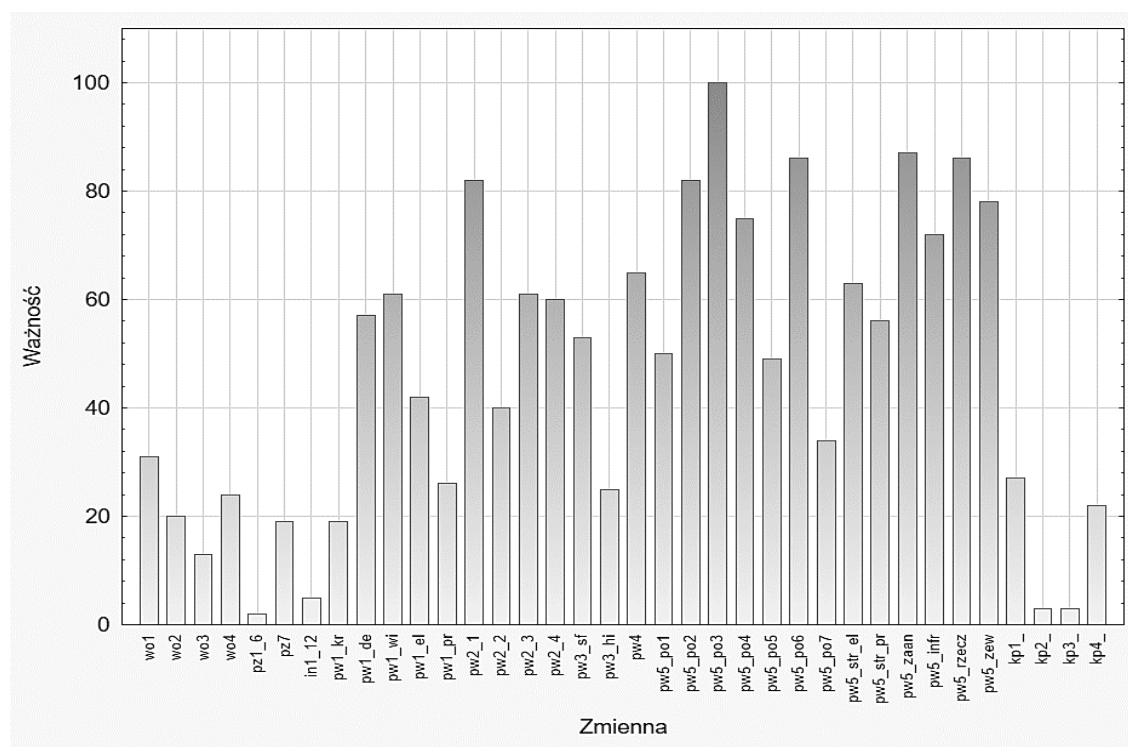
metodę przycinania przy błędnej klasyfikacji. Do oceny jakości uzyskanych reguł wykorzystano standardowe tabele i współczynniki poprawności klasyfikacji. W przeciwieństwie do liniowej analizy dyskryminacyjnej podejście to nie wymaga spełnienia szeregu silnych założeń. Dodatkowo, w naturalny sposób pozwala na włączenie do analizy zarówno zmiennych nominalnych, jak i mierzonych na skalach silniejszych. Uzyskane reguły podziału mają intuicyjny i czytelny format drzewa decyzyjnego, który pozwala na łatwe przypisanie nowych obiektów do poszczególnych klas. Jednocześnie metoda ta pozwala na określenie znaczenia poszczególnych zmiennych dla celów klasyfikacji.

Z przeprowadzonych analiz wynika, że dwa najważniejsze czynniki kulturowe dla badanych podmiotów leczniczych to: wewnętrzne praktyki zarządzania jakością oraz w mniejszym stopniu wartości organizacyjne ukierunkowane na jakość. Zmienne te posiadają najwyższą zdolność klasyfikacji do danego typu kultury jakości (co przedstawiono na wykresach 15 i 17) i tym samym pozwalają na przeprowadzenie zmiany kultury jakości na bardziej wspierającą osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej.

Na potrzeby opracowania modelu, klasyfikację zmiennych wykonano oddzielnie dla podziału na 2 i 3 klastry, które odzwierciedlały empiryczne typologie kultury jakości podmiotów leczniczych, które szczegółowo opisano w podrozdziale 5.5.3.

Wykres 15 przedstawia strukturę klasyfikacji zmiennych dla 2 klas.

Wykres 15. Struktura klasyfikacji zmiennych dla 2 klas

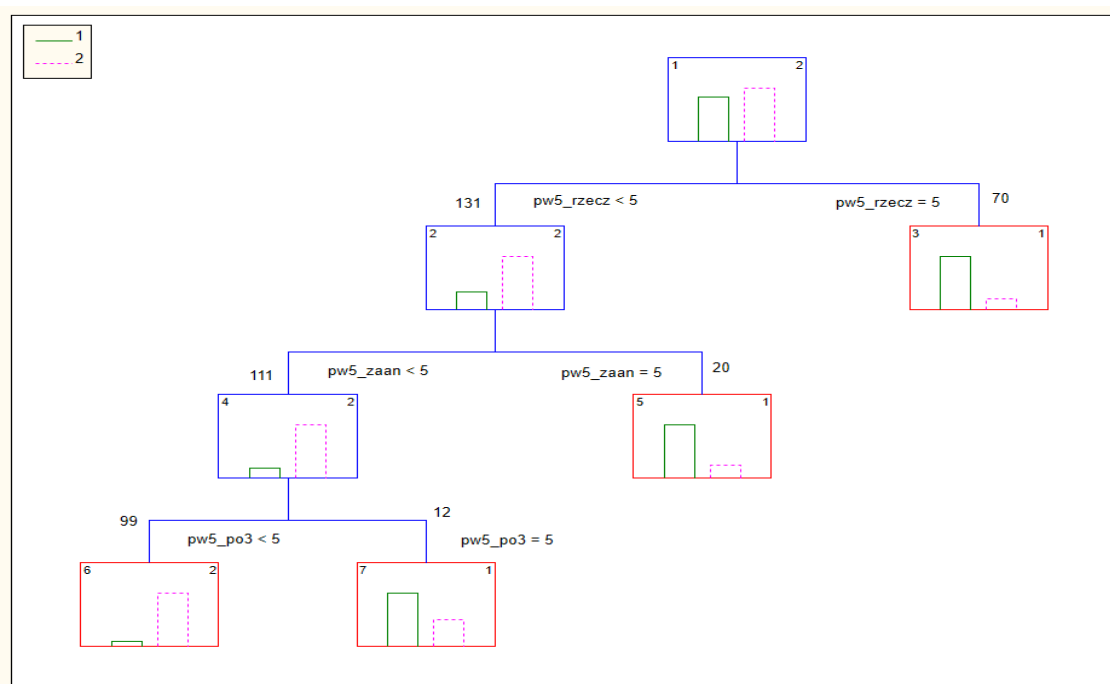


Przedstawione na wykresie 15 zmienne (wartości, praktyki i postawy), dzięki zastosowaniu metod klasyfikacji, umożliwiły graficzne zobrazowanie ich znaczenia (wagi) w celu przypisania podmiotów leczniczych do empirycznej typologii kultury jakości wg podziału na 2 klastry. Pozwoliło to w łatwy sposób dokonać wyboru zmiennych spośród tych, które są najważniejsze. Stały się one następnie podstawą do opracowania reguły logicznej w postaci drzewa decyzyjnego, która stanowić będzie model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych, wykorzystywany do przeprowadzenia zmiany kulturowej na bardziej projakościową.

Na potrzeby stworzenia owego modelu, spośród zmiennych zidentyfikowanych na wykresie 15 wybrano zmienną pw5\_rzecz (wykorzystywanie najnowszych osiągnięć medycyny oraz stosowanie nowoczesnych technologii i sprzętu medycznego) jako zmienną rozpoczynającą regułę logiczną.

Na wykresie 16 przedstawiono model z wykorzystaniem reguły logicznej dla 2 klas (dwie grupy zbiorowości badanych szpitali – według podziału 2 klastrowego). Cały zbiór zobrazowany został w postaci histogramu wewnątrz prostokąta – węzła w górnej części wykresu. Wykorzystane na wykresach symbole szczegółowo opisano w podrozdziale 4.2.3. Z kolei przywołane na wykresach wartości liczbowe i ich skala występowania odpowiadała punktom, które przypisywali respondenci odpowiedziom podczas badania empirycznego tj.: nigdy (1), rzadko (2), czasami (3), często (4) i zawsze (5). Zaletą wykorzystanej metody jest jej elastyczność, która pozwala na wykorzystanie innych zmiennych (np. posiadających mniejszą zdolność klasyfikacji), zmieniając tym samym model graficzny reguły oraz przedstawiając inną ścieżkę decyzyjną do osiągnięcia danego typu kultury jakości. Prostota tej metody polega na łatwości interpretacji wyników. Zgodnie z przebiegiem drzewa decyzyjnego w szybki i elastyczny sposób można dokonać kwalifikacji szpitali do danej empirycznej typologii kultury jakości.

Wykres 16. Model kultury jakości podmiotów leczniczych – reguła logiczna dla 2 klas



Źródło: opracowanie własne

Kierując się przebiegiem drzewa decyzyjnego zobrazowanego na wykresie 16 i chcąc tym samym zbliżyć się do kultury jakości zorientowanej na wynik (czyli kulturę w większym stopniu wspierającą osiągnięcie wyższego poziomu dojrzałości jakościowej), należy podjąć działania, które pozwolą osiągnąć najwyższy udział w zbiorze zobrazowanym kolorem zielonym w postaci histogramu wewnątrz prostokąta – węzła. Jeżeli zatem uwzględnimy szpitale, w których zawsze wykorzystuje się najnowsze osiągnięcia medycyny oraz stosuje nowoczesne technologie i sprzęt medycznych –  $pw5\_rzecz = 5$  (prawa gałąź, jest ich razem 70), zdecydowanie dominują w tej grupie szpitale z klastra 1 (słupek zielony), stąd węzeł ten reprezentuje klastr 1. W pozostałych (lewa gałąź) przeważają jednostki klastra 2. Zatem algorytm proponuje dalszy ich podział celem lepszego wyodrębnienia poszczególnych klastrów. Jeżeli weźmiemy pod uwagę podmioty, gdzie szkolenia i rozwój pracowników zawsze mają wysoki priorytet – nawet w trudnej sytuacji finansowej ( $pw5\_zaan = 5$ ), to mamy węzeł reprezentujący 20 szpitali, przede wszystkim z klastra 1. Podobnie, jeżeli z pozostałych weźmiemy pod uwagę zmienną  $pw5\_po3 = 5$ , czyli uwzględniając szpitale, które nie zawsze zapewniają osiągnięcie pozytywnego wyniku diagnostycznego lub terapeutycznego u dużej liczby pacjentów, przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach. Wówczas mamy 12 szpitali, przede wszystkim z klastra 1. Pozostałe, zaliczane są do klastra 2 (stanowią 99 podmiotów leczniczych).



Zastosowanie powyższego kryterium prawidłowo klasyfikuje 85,6% szpitali do danego klastra, przy zachowaniu poprawności klasyfikacji dla 2 klas. Wyniki poprawności klasyfikacji dla 2 klas zaprezentowano w tabeli 77.

Tabela 77. Poprawność klasyfikacji dla 2 klas

		Obserwowane klasy	
		1	2
Prognozowane klasy	1	82	20
	2	9	90
Poprawność klasyfikacji: 85,6%			

Źródło: opracowanie własne

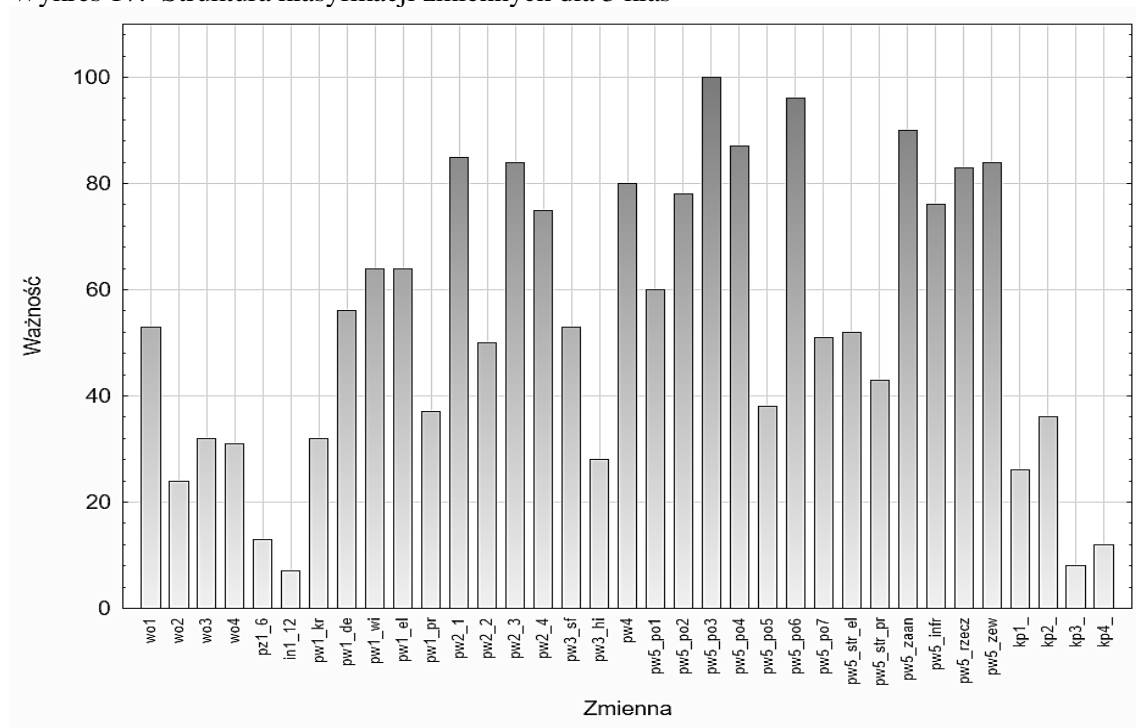
Zgodnie z przyjętą regułą, przy zachowaniu poprawności klasyfikacji na poziomie 85,6%, wśród badanych szpitali do 1 klastra (według podziału 2 klastrowego opisanego w pkt 5.3.3) klasyfikują się 102 podmioty lecznicze, natomiast do 2 klastra 99 spośród podmiotów poddanych badaniom empirycznym.

Podsumowując rezultaty procedury można stwierdzić, że aby szpital został zaliczony do klastra 1 (szpitali charakteryzujących się kulturą zorientowaną na wynik) wówczas przynajmniej jedna z praktyk zarządzania jakością musi występować zawsze (ocena 5) wśród takich obszarów jak: wykorzystanie najnowszych osiągnięć medycyny i stosowanie nowoczesnych technologii i sprzętu (pw5\_rzecz), szkolenia i rozwój pracowników – nawet w trudnej sytuacji finansowej (pw5\_zaan), pozytywny wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u dużej ilości pacjentów przy optymalnych nakładach finansowych (pw5\_po3).

Opierając się na podziale zaproponowanym dla typologii kultury jakości wykonanej dla 2 klastrów oraz zważając, że wpływ poszczególnych klastrów na dojrzałość jakościową może być tylko albo wyższy, albo niższy, to w dalszej części podrozdziału, postanowiono stworzyć model bardziej szczegółowy, z podziałem na 3 klasy (wg empirycznej typologii kultury jakości zaproponowanej dla 3 klastrów, opisanej w pkt 5.5.3 pracy).

Na wykresie 17 przedstawiono zmienne najbardziej istotne z punktu widzenia podziału zbiorowości na 3 klasy i w oparciu o nie opracowano analogiczną regułę logiczną, jak dla podziału na 2 klasy (wykres 16), klasyfikującą podmioty lecznicze do danego typu kultury jakości.

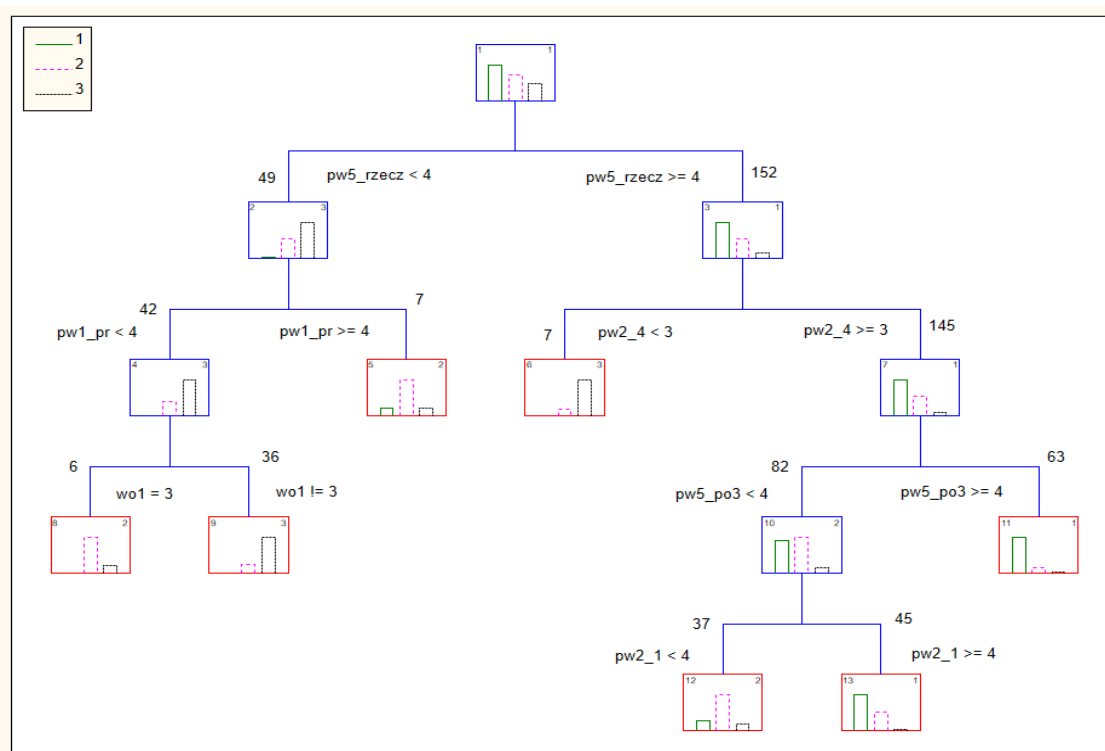
Wykres 17. Struktura klasyfikacji zmiennych dla 3 klas



Źródło: opracowanie własne

Podobnie jak w przypadku modelu kultury jakości podmiotów leczniczych – reguły logicznej dla 2 klas, w przypadku zmiennych klasyfikacyjnych dla 3 klas wybrano zmienną pw5\_rzecz (wykorzystywanie najnowszych osiągnięć medycyny oraz stosowanie nowoczesnych technologii i sprzętu medycznego) jako zmienną rozpoczynającą regułę logiczną. W oparciu o tą zmienną na wykresie 18 zobrażowano w postaci reguły logicznej (drzewa decyzyjnego) model kultury jakości podmiotów leczniczych dla podziału na 3 klasy.

Wykres 18. Model kultury jakości podmiotów leczniczych – reguła logiczna dla 3 klas



Źródło: opracowanie własne

Opierając się na przebiegu powyższego drzewa decyzyjnego, aby szpital mógł zostać zaliczony do kultury reprezentującej klaster 1 – wg podziału na 3 klastry (kultura zorientowana na wynik i efektywność) w największym stopniu pozwalająca osiągnąć wysoką dojrzałość jakościową, to poziom wykorzystania osiągnięć medycyny i stosowania nowoczesnych technologii i sprzętu medycznego (pw5\_rzecz) musi występować w podmiocie leczniczym co najmniej często, a pracownicy co najmniej czasami powinni brać udział w szkoleniach i wykorzystywać zdobytą wiedzę do poprawy jakości (pw2\_4). Co więcej, osiągany wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u danej liczby pacjentów winien występować co najmniej często przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach (pw5\_po3). Natomiast, jeśli występuje rzadziej, to winien być wsparty częstym (wyższym) zaangażowaniem pracowników w poprawę jakości i poszukiwanie (proponowanie) przez nich doskonalszych rozwiązań (pw2\_1).

Jeśli z kolei zadowolający, lub możliwy do osiągnięcia będzie typ kultury reprezentowany przez klaster 2 (kultura jakości zorientowana na doskonałość – z mniejszym naciskiem na efektywność) pozwalający osiągnąć wyższy od szpitali z klastra 3, ale niższy od szpitali klastra 1 poziom dojrzałości jakościowej, to wówczas stosowanie osiągnięć medycyny, nowoczesnych technologii i sprzętu medycznego (pw5\_rzecz) nie musi występować zawsze, ani nawet często, ale należy przywiązywać

częściej wagę do sposobu wykorzystania zasobów i optymalizacji kosztów mających wpływ na wynik finansowy. Z kolei, jeśli realizuje się tą praktykę na poziomie niższym, należy w wysokim stopniu uznawać w organizacji wartości promujące rozwój i zaangażowanie pracowników. Jeśli powyższa reguła będzie zachowana, to wówczas szansa na poprawność zakwalifikowania szpitali do danej kultury wynosi 76,1%.

W tabeli 78 przedstawiono poprawność klasyfikacji dla 3 klas, z podziałem na ilość podmiotów leczniczych – szpitali spełniających kryteria danej klasy.

Tabela 78. Poprawność klasyfikacji dla 3 klas

		Obserwowane klasy		
		1	2	3
Prognozowane klasy	1	83	23	2
	2	8	35	7
	3	0	8	35
Poprawność klasyfikacji: 76,1%				

Źródło: opracowanie własne

Uwzględniając regułę opisaną na wykresie 18, na podstawie danych opisanych w tabeli 78, w grupie badanych szpitali do kultury wspierającej w największym stopniu podnoszenie dojrzałości jakościowej (kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność) kwalifikuje się 108 podmiotów leczniczych, 50 szpitali odnosi się do kultury w średnim stopniu wspierającej dojrzałość (kultura jakości zorientowana na doskonałość – z mniejszym naciskiem na efektywność), a tylko 43 podmioty kwalifikują kulturę mającą najmniejsze odzwierciedlenie w poziomie dojrzałości jakościowej (kultura zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany).

Konkludując poczynione badania oraz mając na uwadze poziom szczegółowości i możliwości klasyfikacji podmiotów leczniczych do określonego typu kultury jakości, jak również zważając na stopień poprawności klasyfikacji, zasadnym wydaje się wskazanie reguły logicznej dla 3 klas (wg podziału dla 3 klastrów) jako modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce. Model ten wykazuje się odpowiednią poprawnością klasyfikującą oraz pozwala stopniować podejmowane działania w drodze do osiągnięcia wyższego poziomu dojrzałości jakościowej. Podział ten nie jest ani zbyt ogólny, ani przeciwny do podziału zaproponowanego dla 2 klas. Ponadto zaproponowany model można wykorzystać zarówno do analizy pojedynczych podmiotów leczniczych, jak i całej zbiorowości. W oparciu o zmienne klasyfikujące można także stwierdzić, jaki powinien być kierunek zmian, aby kultura była bardziej

projakościowa, czyli w większym stopniu wpływała na stopień osiągania dojrzałości jakościowej. Zaproponowany model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych wydaje się być jednak optymalny, gdyż uwzględnia on zmienne najbardziej istotne pod względem możliwości klasyfikacji do danego typu kultury jakości. Pozwala on, poprzez swoje założenia i zastosowane kryteria wypełnić zidentyfikowaną lukę badawczą związaną z brakiem tego typu rozwiązania dedykowanego dla podmiotów leczniczych. Może być on także wykorzystywany jako narzędzie do osiągania wyższej dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych. Proces ten wymaga jednak przeprowadzenia szerszej zmiany kulturowej, która wiąże się z przejściem z kultury, która istnieje w organizacji, do kultury, którą chcemy osiągnąć. Zatem proces ten wymaga nie tylko zaangażowania wszystkich członków organizacji, ale także zasobów, wiedzy, otwartości na wprowadzenie zmian i przede wszystkim świadomości projakościowej. Jak twierdzi E. Robinson, sukces w kształtowaniu kultury organizacyjnej jest możliwy tylko wtedy, kiedy istnieje relacja dwukierunkowa między kierownictwem, a pozostałymi pracownikami<sup>646</sup>. Efektem tej relacji jest świadomość projakościowa, która wymaga motywowania, stwarzania warunków do rozwoju jakości, kreowania postawy do rozwiązywania problemów i poszukiwania źródeł poprawy jakości<sup>647</sup>.

Obecnie, podmioty lecznicze są dopiero na początku drogi do zmiany kultury organizacyjnej na bardziej projakościową. Dlatego jednym z pierwszych działań powinna być zmiana postaw na bardziej elastyczne. To z kolei wymaga intensywnych szkoleń oraz promowania świadomości projakościowej. Trudno bowiem zmienić kulturę w organizacji, jeśli sami pracownicy nie dostrzegają potrzeby zmian w obszarze uznawanych wartości, istniejących postaw czy realizacji praktyk projakościowych.

Przedstawiony model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych odpowiada na wyzwania zarówno teoriopoznawcze, jak i aplikacyjne. Stanowi innowacyjne narzędzie do budowania dojrzałych jakościowo podmiotów leczniczych w ujęciu kulturowym, co tym samym podnosi jego wartość użyteczną na rynku ochrony zdrowia w Polsce.

---

<sup>646</sup> E. Robinson, *A method form imaginative measurement and developement of quality culture*, „Total Quality Management” 1997, nr 8, s. 256.

<sup>647</sup> R. Wolniak, *Wymiary kulturowe...*, s. 279–280.

## **5.5. Wnioski z badań, ograniczenia oraz przyszłościowa perspektywa prac badawczych**

Wnioski z przeprowadzonych badań pozwoliły na przedstawienie zależności zachodzących pomiędzy różnymi wymiarami kulturowymi tj. wartościami, postawami i praktykami zarządzania jakością. Dały także podstawę do stworzenia typologii kultury jakości oraz przeprowadzenia oceny wpływu poszczególnych jej typów na kształtowanie się stopnia dojrzałości jakościowej. Finalnym efektem prowadzonych badań była propozycja modelu – wzorca kultury jakości opisanego w postaci reguły logicznej, który umożliwia podjęcie decyzji i działań w zakresie zmiany typu kultury jakości na w większym stopniu wspierającym osiąganie dojrzałości jakościowej.

Badania empiryczne poprzedzono kwerendą literatury pozwalającą na zweryfikowanie przyjętych hipotez teoriopoznawczych. Wykazały one, że kultura jakości może być kształtowana przez różne wymiary kulturowe tj. wartości organizacyjne ukierunkowane na jakość, uwarunkowania wewnętrzne i zewnętrzne praktyk zarządzania jakością oraz postawy wobec jakości. Także zależności występujące pomiędzy tymi zmiennymi wykazały istnienie relacji dwukierunkowej. Zidentyfikowane na podstawie przeglądu literatury wartości, postawy i praktyki posłużyły do przeprowadzenia badań empirycznych związanych z opracowaniem typologii kultury jakości, a następnie modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce. Szczegółowy opis oraz przegląd badań prowadzonych w obszarze kulturowych aspektów zarządzania jakością przedstawiono w 1 oraz 2 rozdziale pracy. Przegląd ten pozwolił na zebranie wystarczającej ilości dowodów badawczych, aby potwierdzić hipotezę H1 mówiącą o tym, że wymiary kulturowe (kulturę jakości) podmiotów leczniczych można opisać poprzez wartości, postawy oraz praktyki zarządzania jakością.

Wyniki przeglądu literatury i badań, opisane w rozdziale 3 pracy, a dotyczące cech, wymiarów, miar i modeli dojrzałości jakościowej potwierdziły także założenia hipotezy H2, mówiącej o tym, że dojrzałość jakościowa jest pojęciem wielowymiarowym, które można opisać poprzez cechy i miary skuteczności, efektywności i doskonałości jakościowej. Badania teoriopoznawcze pozwoliły na zweryfikowanie tej hipotezy, a także stały się podstawą do opracowania zmiennych pozwalających odnieść zaproponowaną typologię i model kultury jakości podmiotów leczniczych do stopnia kształtowania się dojrzałości jakościowej.

Kolejnym etapem badań była analiza zależności występujących pomiędzy różnymi wymiarami kulturowymi zarządzania jakością w kontekście osiąganego poziomu dojrzałości jakościowej. Badania te przeprowadzono na reprezentatywnej próbie badawczej 211 podmiotów leczniczych świadczących usługi leczenia szpitalnego w różnym zakresie świadczeń medycznych. Zależności analizowano na trzech poziomach kultury, a mianowicie:

- uznawanych wartości organizacyjnych ukierunkowanych na promowanie działań wspierających jakość,
- deklarowanych postaw występujących w projakościowym zarządzaniu,
- realizowanych praktyk wspierających zarządzanie jakością.

W oparciu o analizę statystyczną częstotliwości występowania poszczególnych zmiennych oraz zależności istniejących pomiędzy nimi, wyodrębniono składniki pozwalające zaproponować różne typologie kultury jakości. Wykorzystano do tego celu podmioty lecznicze – szpitale, które zostały zgrupowane w 2, 3 i 4 klastrach. Z powodu niskiego różnicowania kultur, zrezygnowano jednak z wykorzystania podziału na 4 klastry w dalszej części badań empirycznych.

W oparciu o wyniki grupowania wyodrębniono empiryczne typy kultury jakości, które nazwano:

1. kultura jakości zorientowana na wynik (klaster 1),
2. kultura jakości zorientowana na doskonalenie (klaster 2).

W podziale na 3 klastry wyodrębniono z kolei 3 typologie kultury jakości podmiotów leczniczych i nazwano je:

1. kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność (klaster 1),
2. kultura jakości zorientowana na doskonałość, z mniejszym naciskiem na efektywność (klaster 2),
3. kultura jakości zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany (klaster 3).

Powyższe typologie kultury jakości, zarówno te bardziej ogólne (podział na 2 klastry), jak i bardziej szczegółowe (podział na 3 klastry), stanowią potwierdzenie hipotezy H5 mówiącej o tym, że na podstawie uznawanych wartości, deklarowanych postaw oraz realizowanych praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych można opracować typologie kultur jakości podmiotów leczniczych. Empirycznie wyznaczone typologie stanowiły następnie podstawę do przeprowadzenia dalszych badań w zakresie ich wpływu na kształtowanie się dojrzałości jakościowej oraz w obszarze opracowania modelu – wzorca kultury jakości.

Celem wyodrębnienia najważniejszych zmiennych kwalifikujących typy kultury jakości na potrzeby opracowania modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce, uznano za zasadne zbadanie, czy pomiędzy jej poszczególnymi elementami składowymi tj. wartościami i postawami, a realizowanymi praktykami wspierającymi projakościowe zarządzanie istnieją statystycznie istotne, dodatnie zależności. Przyjęto, że kultura jakości wymaga istnienia takich relacji, które zapewniają, że uznawane wartości nie pozostają wyłącznie w sferze deklaracji, ale mają swoje odzwierciedlenie w praktyce.

Wyniki analiz wskazują, że występują dodatnie i istotnie statystycznie zależności w największym stopniu pomiędzy uznawanymi wartościami w obszarze osób zarządzających podmiotem leczniczym w kontekście wewnętrznych praktyk zarządzania jakością. Najniższy stopień zależności obserwowany jest z kolei w obszarze wartości uznawanych na poziomie pacjenta oraz na poziomie organizacji. Badając zależności zachodzące pomiędzy zewnętrznymi uwarunkowaniami zarządzania jakością (systemy i instrumenty zarządzania jakością) można stwierdzić, że tylko część z nich wykazuje istotną statystycznie i dodatnią zależność wobec uznawanych wartości na różnych poziomach. Odnoszą się one głównie do standardów akredytacyjnych oraz stosowania systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji zgodnie z normą PN-EN ISO/IEC 27001.

Zależności występujące pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością (zarówno wewnętrznymi jak i zewnętrznymi), pozwoliły na dokonanie podziału wartości na trzy grupy z punktu widzenia ich wpływu na projakościowe zarządzanie. Pierwszą grupę stanowiły podmioty lecznicze uznające wartości posiadające pozytywny wpływ na realizowane praktyki w obszarze zarządzania jakością. Do takich wartości zaliczono przede wszystkim: wsparcie kierownictwa, kwalifikacje personelu, elastyczność (reagowanie na zmiany, nowe możliwości i technologie) oraz nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii medycznych. Drugą grupę stanowiły wartości, które posiadają słaby lub bardzo słaby wpływ na wzmacnianie praktyk projakościowych, ale są istotne statystycznie. Do tej grupy możemy zaliczyć w szczególności wartości tj.: adekwatne wynagrodzenie, bezpieczeństwo procedur medycznych, potrzeba osiągania zysku czy zapewnienie ciągłości świadczenia usług medycznych. Trzecią grupę stanowiły wartości nieokreślone, których nie da się zweryfikować, gdyż ich istotność statystyczna jest zbyt mała, aby uznać, że istniejący związek nie jest kwestią przypadku. Do tej grupy możemy zaliczyć szczególnie wartości



jakże istotne dla projakościowego zarządzania tj. indywidualne podejście do pacjenta, jakość usług medycznych czy zapewnienie odpowiednich warunków pracy.

Brak jednoznacznych dowodów na nieistnienie zależności, pomimo braku istotności statystycznej wielu zmiennych uniemożliwia pełne odrzucenie hipotezy H3, mówiącej o istnieniu zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a praktykami zarządzania jakością. Stanowisko to argumentuje się faktem, że dodatnia zależność pomiędzy zmiennymi została potwierdzona, jednak nie zawsze poparta jest ona odpowiednio niskim wskaźnikiem p-wartości świadczącym o istotności statystycznej. Potwierdzono zatem częściowo hipotezę H3 zaznaczając jednocześnie, że zależności zachodzące między zmiennymi często są słabe i w wielu obszarach wskazują na brak istotności statystycznej.

Do zbadania deklarowanych postaw w systemach zarządzania jakością wykorzystano analizy zależności zachodzących pomiędzy parami zmiennych. Badania wykazały, że deklarowane postawy występujące w podmiotach leczniczych koncentrują się głównie na ciągłym doskonaleniu jakości i poszukiwaniu innowacji. Identyfikują one także potrzeby pacjentów i dostosowują do nich metody leczenia, a spełnianie potrzeb pacjentów stanowi priorytet organizacji. Udział tej postawy zwanej kreatywną, stanowił ponad 32% badanych postaw. W nieco mniejszym stopniu występowała postawa zapobiegawcza, skoncentrowana głównie na zapobieganiu problemom i skutecznym zarządzaniu ryzykiem. Średnio była ona obecna w około 27% deklarowanych postaw w badanych podmiotach leczniczych. Podobnie jak postawa korygująca, gdzie nacisk położony był głównie na kontrolę oraz wykrywanie i korygowanie błędów. Występowała ona w około 25% przypadków. Z kolei udział postawy ukierunkowanej na zysk kształtował się w okolicach 17%. Badania pokazały, że udział poszczególnych postaw w niewielkim stopniu różnił się, gdy dokonano podziału szpitali na klastry. W przypadku szpitali z podziałem na 3 klastry, postawa kreatywna, zapobiegawcza i korygująca dominowała w 1 klastrze (odpowiednio 33,9%, 28,6%, 26,5%), a postawa ukierunkowana na zysk w klastrze 3 (22,3%). Postawy kreatywne (doskonalące) kreujące najbardziej zaawansowany typ kultury jakości, występowały w powiązaniu z większością praktyk zarządzania jakością, jednak ich stopień oddziaływania często był słaby lub w niektórych przypadkach umiarkowany tj. pw5\_po1 (pacjenci są badani i leczeni zgodnie z ich potrzebami oraz najaktualniejszą wiedzą medyczną), pw5\_po2 (pacjenci chętnie podejmują leczenie w szpitalu, mają o niej dobre zdanie oraz zaufanie do personelu) oraz

pw5\_po6 (w podmiocie leczniczym bez względu na formę świadczenia usług zapewnia się ich adekwatną jakość).

Podmioty lecznicze stosujące dużą ilość systemów zarządzania jakością i wykorzystujące zaawansowane instrumenty zarządzania jakością, częściej wykazywały postawy kreatywne. Wyniki badań prowadzonych w obszarze postaw potwierdziły, że istnieje związek pomiędzy różnymi typami postaw wobec jakości, a stosowanymi praktykami zarządzania jakością. Wzrost projakościowych praktyk pociąga za sobą większy udział projakościowych postaw, co ma pozytywny wpływ na kształtowanie się zarówno wymiarów kulturowych jak i jakościowych w organizacji.

Reasumując powyższe można przyjąć, iż hipoteza H4 mówiąca o istnieniu zależności pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością została potwierdzona.

W obszarze kulturowych aspektów zarządzania jakością, wyniki analizy zależności występujące pomiędzy empirycznymi typologiami kultury jakości, a osiąganym poziomem dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych wskazują na istnienie dodatniej i istotnej statystycznie zależności. Dotyczy ona zarówno ogólnego poziomu dojrzałości jakościowej, jak i różnych jej wymiarów tj. zarządczo-organizacyjnych, kulturowo-społecznych, techniczno-technologicznych oraz ekonomicznych. Szczegółowy opis zależności opisano w podrozdziale 5.4.1. Wnioski z badań potwierdzają, że pomiędzy empirycznymi typami kultury jakości, a osiąganym poziomem dojrzałości jakościowej istnieje statystycznie istotny związek pozwalający wskazać na typ kultury jakości, który w największym stopniu wspiera osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej. Związek ten zbadano w oparciu o szpitale zgrupowane w klastrach z podziałem na 2 i 3 klastry. Wyniki badań wykazały, że w szpitalach pogrupowanych na 2 klastry, klaster 1 (kultura jakości zorientowana na wynik) w większym stopniu wspiera podnoszenie dojrzałości jakościowej, niż szpitale zgrupowane w klastrze 2 (kultura jakości zorientowana na doskonalenie jakości). Jeszcze bardziej wyraźnie pod kątem zróżnicowania kultur i kształtowania stopnia dojrzałości przedstawia się podział podmiotów według 3 klastrów. Wyniki badań wg tego podziału wskazały, że szpitale zgrupowane w klastrze 1 (kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność) w największym stopniu wspierają osiągnięcie dojrzałości jakościowej we wszystkich badanych wymiarach. Kultura jakości zorientowana na doskonałość – z mniejszym naciskiem na efektywność (klaster 2) wspiera dojrzałość w stopniu

umiarkowanym, natomiast kultura zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany (klastery 3) realizuje ten proces w najniższym stopniu.

Badania zależności pomiędzy empirycznym typem kultury jakości, a osiąganym poziomem dojrzałości jakościowej potwierdzają, że poszczególne typologie kultury jakości w różnym stopniu wpływają na osiąganie dojrzałości jakościowej. Tym samym potwierdzono hipotezę H6, mówiącą o tym, że jeśli wyodrębni się empiryczne typy kultury jakości, to będą one w różnym stopniu wpływały na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.

Końcowym efektem prowadzonych badań empirycznych była propozycja modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce. W toku badań na potrzeby realizacji tego celu wykorzystano drzewa klasyfikacyjne (algorytm C&RT), które przyjęły postać zbioru reguł przydziału badanych jednostek do określonych klastrów (empirycznych typologii kultury jakości). Narzędzie to wraz z wykorzystaniem standardowych tabel i współczynników poprawności klasyfikacji, pozwoliło wyodrębnić zmienne w największym stopniu klasyfikujące je do poszczególnych klastrów. Na tej podstawie opracowano dwa modele w postaci drzewa decyzyjnego (stanowiącego regułę logiczną) pozwalającego przypisać daną grupę szpitali do typu kultury jakości najbardziej wspierającej osiąganie dojrzałości jakościowej. W oparciu o uzyskane wyniki stwierdzono, iż model dla 2 klastrów jest zbyt prosty, aby w sposób jednoznaczny klasyfikował szpitale pomimo faktu, iż zdolność jego klasyfikacji kształtowała się na poziomie 85,3%. Prosta ścieżka decyzyjna nie uwzględniała wielu zmiennych i klasyfikowała szpitale tylko na 2 grupy – szpitale z kulturą wspierającą wyższą dojrzałość i szpitale bazowe. Dlatego uznano, że podział szpitali na 3 klastry w bardziej dokładny sposób pozwoli określić ścieżkę zmiany kulturowej i tym samym będzie stanowił optymalny model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych (wykres 18). Nie jest on ani zbyt ogólny, ani też rozbieżny z podziałem na 2 klastry, a jednocześnie wykazuje się odpowiednią poprawnością klasyfikującą (76,1%). Pozwala także w większym zakresie stopniować działania podejmowane w dochodzeniu do wyższej dojrzałości jakościowej. Tym samym potwierdzono hipotezę badawczą H7 zgodnie z którą, jeśli wyodrębni się zmienne klasyfikujące wartości, postawy i praktyki zarządzania jakością do danego typu kultury jakości, to będzie można stworzyć model – wzorzec kultury jakości (w postaci reguły logicznej) pozwalający podmiotom leczniczym zmienić typ kultury na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.

W tabeli 79 przedstawiono zbiorczo wnioski z badań, które pozwoliły na weryfikację cząstkowych hipotez badawczych i hipotezy głównej poprzez ich potwierdzenie (+), zaprzeczenie (-) lub potwierdzenie w ograniczonym zakresie (\*).

Tabela 79. Wnioski z badań literaturowych i empirycznych – weryfikacja hipotez

Symbol hipotezy	Opis hipotezy	Wynik badań (potwierdzenie lub zaprzeczenie hipotezy)		
		Opis wyniku	Badania literaturowe - teoriopoznawcze	Badania empiryczne
H1	Wymiary kulturowe (kulturę jakości) podmiotów leczniczych można opisać poprzez wartości, postawy oraz praktyki zarządzania jakością.	Potwierdzono na podstawie przeglądu literatury (rozdział 1 i 2 pracy).	+	n/d
H2	Dojrzałość jakościowa jest pojęciem wielowymiarowym, które można opisać poprzez cechy i miary skuteczności, efektywności i doskonałości jakościowej.	Potwierdzono na podstawie przeglądu literatury (rozdział 3 pracy).	+	n/d
H3	Istnieje zależność pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.	Potwierdzono na podstawie przeglądu literatury (rozdział 1 i 2), jak i częściowo na podstawie badań empirycznych - podrozdział 5.3.1 i 5.5.	+	*
H4	Istnieje zależność pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.	Potwierdzono na podstawie przeglądu literatury (rozdział 1 i 2 pracy), jak i badań empirycznych podrozdział 5.3.2 i 5.5.	+	+
H5	Na podstawie uznawanych wartości, deklarowanych postaw oraz realizowanych praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych, można opracować typologie kultur jakości podmiotów leczniczych.	Potwierdzono na podstawie przeglądu literatury (rozdział 1 i 2 pracy), jak i badań empirycznych. 5.3.3 i 5.5	+	+
H6	Jeśli wyodrębni się empiryczne typy kultury jakości, to będą one w różnym stopniu wpływały na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.	Potwierdzono na podstawie badań empirycznych - podrozdział 5.4.1.	n/d	+

Symbol hipotezy	Opis hipotezy	Wynik badań (potwierdzenie lub zaprzeczenie hipotezy)		
		Opis wyniku	Badania literaturowe - teoriopoznawcze	Badania empiryczne
H7	Jeśli wyodrębni się zmienne klasyfikujące wartości, postawy i praktyki zarządzania jakością do danego typu kultury jakości, to będzie można stworzyć model – wzorzec kultury jakości (w postaci reguły logicznej) pozwalający podmiotom leczniczym zmienić typ kultury na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.	Potwierdzono na podstawie badań empirycznych - podrozdział 5.4.2.	n/d	+
HG	Kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej determinowany typem kultury jakości. Zależności te można przedstawić w postaci modelu - wzorca (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce.	Potwierdzono na podstawie przeglądu literatury - rozdział 1-3, jak i badań empirycznych - rozdział 4-5.	+	+

Legenda: + potwierdzenie hipotezy badawczej; - zaprzeczenie hipotezy badawczej, \* - potwierdzono w ograniczonym zakresie, n/d – nie dotyczy

Źródło: opracowanie własne

Odnosząc się do wniosków pochodzących z analiz literaturowych i badań empirycznych przedstawionych w tabeli 79 można stwierdzić, iż hipotezy cząstkowe H1 i H2 oraz od H4 do H7 zostały potwierdzone. Hipoteza H3 została potwierdzona w obszarze badań literaturowych, jednak podczas badań empirycznych potwierdzenie to występowało w ograniczonym zakresie. Reasumując powyższe wnioski można uznać, że hipoteza główna mówiąca, że kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej determinowany typem kultury jakości i które można przedstawić w postaci modelu wzorca – reguły logicznej została potwierdzona.

Odnosząc się do celów badawczych, sformułowanych na podstawie pytań badawczych dla teoretycznej i empirycznej części pracy osiągnięto założone cele, których opis realizacji przedstawiono w tabeli 80.

Tabela 80. Stopień realizacji celów badawczych

Symbol celu	Opis celu badawczego	Opis realizacji celu	Stopień realizacji
C1	Usystematyzowanie i uzupełnienie wiedzy oraz badań naukowych w obszarze wymiarów kulturowych i praktyk zarządzania jakością poprzez dokonanie przeglądu dorobku naukowego i badań w zakresie m.in. typologii i modeli kultur jakości, wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań zarządzania jakością oraz składowych kultury jakości podmiotów leczniczych.	Przedstawiono w rozdziale 1-2 pracy.	+
C2	Usystematyzowanie i uzupełnienie wiedzy oraz badań naukowych w obszarze dojrzałości jakościowej poprzez dokonanie przeglądu dorobku naukowego i badań w obszarze wymiarów, modeli i miar dojrzałości jakościowej.	Przedstawiono w rozdziale 3 pracy.	+
C3	Określenie zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.	Analizę zależności pomiędzy wartościami, a praktykami zarządzania jakością przedstawiono w podrozdziale 5.3.1. pracy	+
C4	Określenie zależności pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.	Analizę zależności pomiędzy postawami, a praktykami zarządzania jakością przedstawiono w podrozdziale 5.3.2. pracy.	+
C5	Opracowanie propozycji typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce.	Koncepcję typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce przedstawiono w podrozdziale 5.3.3. pracy.	+
C6	Określenie związku pomiędzy empirycznie wyznaczonymi typami kultury jakości podmiotów leczniczych, a ich wpływem na kształtowanie się poziomu dojrzałości jakościowej.	Analizę wpływu empirycznych typów kultury jakości na poziom dojrzałości jakościowej przedstawiono w podrozdziale 5.4.1. pracy.	+
C7	Wzbogacenie dostępnych metod badawczych o nowe narzędzie badawcze w postaci modelu – wzorca (reguły logicznej) pozwalające podmiotom leczniczym zmienić typ kultury jakości na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.	Regułę logiczną – model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce przedstawiono w podrozdziale 5.4.2. pracy. Korzyści dla praktyki przedstawiono w podrozdziale 5.5. pracy.	+

Symbol celu	Opis celu badawczego	Opis realizacji celu	Stopień realizacji
CG	Opracowanie modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce (reguły logicznej), który umożliwia zmianę typu kultury jakości na pozwalającą na osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej.	Opisano w części teoriopoznawczej rozdział 1-3 oraz w części metodycznej w rozdziale 4 i 5.	+

Legenda: Opis stopnia realizacji: „+” zrealizowany, „\*” częściowo zrealizowany, „-” niezrealizowany  
Źródło: opracowanie własne

Stopień realizacji założonych celów badawczych opisany w tabeli 80 potwierdza, że zarówno cele cząstkowe (C1–C7), jak i cel główny polegający na opracowaniu modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce (reguły logicznej), który umożliwia zmianę typu kultury jakości na pozwalającą na osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej zostały osiągnięte. Dzięki temu możliwe było również udzielenie odpowiedzi na wszystkie sformułowane w pkt. 4.2.1. pracy pytania badawcze, których wyniki przedstawiono w tabeli 81.

Tabela 81. Stopień uzyskania odpowiedzi na pytania badawcze

Symbol pytania	Pytanie badawcze	Odpowiedź na pytanie	Uzyskano odp.
P1	W jaki sposób można opisać kulturę jakości oraz praktyki zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?	Udzielono w rozdziale 1-2 pracy.	Tak
P2	W jaki sposób można opisać dojrzałość jakościową podmiotów leczniczych?	Udzielono w rozdziale 3 pracy.	Tak
P3	Czy uznawane wartości stanowią mechanizm wspierania praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?	Udzielono w podrozdziale 5.3.1. pracy.	Tak
P4	Czy deklarowane postawy stanowią mechanizm wspierania praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?	Udzielono w podrozdziale 5.3.2. pracy.	Tak
P5	Jakie typy kultury jakości występują w podmiotach leczniczych?	Udzielono w podrozdziale 5.3.3. pracy.	Tak
P6	Jaki typ kultury jakości w największym stopniu wpływa na stopień dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych?	Udzielono w podrozdziale 5.4.1. pracy.	Tak
P7	W jaki sposób można dokonać zmiany kultury jakości na wspierającą osiągnięcie dojrzałości jakościowej?	Udzielono w podrozdziale 5.4.2. i 5.5. pracy.	Tak

Symbol pytania	Pytanie badawcze	Odpowiedź na pytanie	Uzyskano odp.
PG	Czy uwzględnienie wymiarów kulturowych zarządzania jakością w postaci typologii kultury jakości może wpływać na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych oraz czy zależność tę można przedstawić w postaci modelu – wzorca kultury jakości (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce?	Udzielono w części teoriopoznawczej, rozdział 1-3 oraz w części empirycznej w rozdziale 4 i 5.	Tak

Źródło: opracowanie własne

Spójność przyjętych pytań, celów i hipotez badawczych opisano w aneksie stanowiącym załącznik 4 do pracy.

Przeprowadzając kwerendę literatury oraz badania empiryczne posiadano świadomość, iż mogą istnieć pewne ograniczenia, które mogą wynikać z turbulentnego otoczenia, w jakim funkcjonują podmioty lecznicze. Z jednej strony mogą one pochodzić z częstych zmian legislacyjnych oraz podejścia państwa i płatnika usług medycznych (Narodowy Fundusz Zdrowia) do kwestii kształtowania jakości w podmiotach leczniczych. Z drugiej strony, mozaika kulturowa, jaką spotykamy w tego typu organizacjach powoduje, że na co dzień przeplatają się tam różne kultury zawodowe oraz subkultury. Nie bez znaczenia jest również sytuacja epidemiczna (pandemia wirusa SARS-CoV-2), w trakcie której prowadzono badania zarówno pilotażowe, jak i właściwe. Sytuacja ta spowodowała, że respondenci (pełnomocnicy ds. jakości i kadra zarządzająca szpitali) pochłonięci byli innymi obowiązkami związanymi głównie z zapobieganiem rozprzestrzeniania się koronawirusa oraz zapewnieniem ciągłości opieki, co utrudniało do nich dostęp. Ograniczony dostęp do pracowników ochrony zdrowia spowodował również, że bardzo trudno było osiągnąć dużą próbę badawczą wśród szpitali. Stąd też, aby wykazać reprezentatywność próby badawczej założono błąd pomiaru na poziomie 6%. W ograniczeniach badań warto również zaznaczyć, że pandemia koronawirusa mogła także wpłynąć na zmianę dotychczas uznawanych w podmiotach leczniczych wartości, postaw i praktyki zarządzania jakością. Stąd też, w zależności od stopnia, w jakim szpital doznał skutków pandemii, mogły one kształtować się w odmienny sposób i zniekształcać zaproponowany typ kultury jakości. Pewne ograniczenie stanowi również grupa badawcza – szpitale. Źródła literaturowe przedstawiają odmienne zasady podziału szpitali, jak również ich faktyczną ilość w Polsce. Dlatego na potrzeby badań przyjęto dane dotyczące ilości szpitali w oparciu o



informacje pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego oraz ujednolicono zbiorowość badawczą do podmiotów leczniczych - szpitali.

Celem prowadzonych badań było przede wszystkim wyodrębnienie typologii kultury jakości w podmiotach leczniczych oraz opracowanie modelu pozwalającego zbliżyć się podmiotom leczniczym do typu kultury w największym stopniu wspierającym podnoszenie dojrzałości jakościowej. Nie prowadzono natomiast badań związanych z określeniem typologii kultury jakości najbardziej zaawansowanej, czy z podziałem na zmienne metryczkowe tj. województwo, wielkość szpitala, formę finansowania czy rodzaj prowadzonej działalności. Aspekty te stanowią zatem pewne ograniczenia pracy, ale jednocześnie mogą stanowić kierunek dalszych badań w obrębie kształtowania się kultury jakości w podmiotach leczniczych.

Kierunki dalszych badań w obszarze kultury jakości mogą dotyczyć konfrontacji tematu z rozwojem systemów zarządzania jakością w trakcie trwającej transformacji w ochronie zdrowia, jak również na skutek zmian wywołanych pandemią wirusa SARS-CoV-2. Mogą one uwzględniać zagadnienia związane z tworzeniem kolejnych propozycji modeli kultury jakości podmiotów leczniczych (nie tylko szpitali), czy próby wyodrębnienia typologii wg stopnia zaawansowania kultury jakości. Interesujący badawczo może być także rozwój empirycznych typologii o nowe wymiary kulturowe tj. np. założenia podstawowe czy normy postępowania. Warto również uzyskane wyniki badań skonfrontować z wymaganiami projektowanej normy ISO 10010 – Zarządzanie jakością – Kultura jakości organizacji –Wskazówki do osiągnięcia trwałego sukcesu. Norma ta wskazuje na potrzebę ukierunkowania badań oraz działań aplikacyjnych w stronę większego uwzględnienia wymiarów kulturowych w zarządzaniu jakością, głównie poprzez łączenie uznawanych wartości, realizowanych praktyk oraz wyrażanych postaw w zarządzaniu jakością. Cennym wydaje się również, aby przyszłe badania ukierunkowane były na wypracowanie uniwersalnych rozwiązań modelowych oraz założeń do prac nad nowymi, bądź aktualizowanymi standardami zarządzania jakością, ze szczególnym uwzględnieniem sektora ochrony zdrowia.

Korzyści płynące z przeprowadzonych badań można zaobserwować na dwóch płaszczyznach, zarówno w teorii, jak i praktyce. Główne korzyści, jakie mogą wnieść wyniki badań do teorii dyscypliny nauki o zarządzaniu i jakości oraz w dyscyplinie nauki socjologiczne, to przede wszystkim poszerzenie wiedzy teoretycznej:

- na temat kulturowych aspektów projakościowego zarządzania oraz kształtowania się różnych wymiarów dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych,

- w obszarze diagnostyki kultury jakości,
- w obszarze nowych typologii kultury jakości wspierających podnoszenie dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.

Ponadto, korzyści mogą odnosić się do wykazania zależności zachodzących pomiędzy wymiarami kulturowymi (wartościami, postawami), a praktykami zarządzania jakością, co pozwala na lepsze zrozumienie praw kształtujących kulturę jakości w działalności podmiotów leczniczych w Polsce. Opracowany model – wzorzec pozwala z kolei na dopełnienie narzędzi badawczych wykorzystywanych przez naukowców na przykład w zakresie zmiany kulturowej w obszarze zarządzania jakością.

Kluczowe korzyści płynące z badań dla praktyki zarządzania jakością wiążą się z:

- stworzeniem typologii kultury jakości pozwalających zakwalifikować podmiot leczniczy do danego typu kultury,
- stworzeniem modelu – wzorca kultury jakości, który pozwoli dokonać zmiany kulturowej (w obszarze empirycznej kultury jakości) na kulturę w większym stopniu wspierającą podnoszenie poziomu dojrzałości jakościowej,
- wykorzystaniem wiedzy na temat opracowanych typologii i modelu - wzorca kultury jakości do rozwoju obecnych, jak i przyszłych standardów jakości w podmiotach leczniczych.

Wyniki badań stanowią punkt wyjścia dla zarządzających podmiotami leczniczymi do zmiany kultury na bardziej projakościową. Model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce pozwala nie tylko na praktyczne wykorzystanie opracowanej reguły logicznej do kształtowania kultury jakości – charakteryzującej dojrzałe jakościowo podmioty lecznicze, ale może mieć także zastosowanie w szeroko pojętej normalizacji oraz wśród organizacji odpowiedzialnych za tworzenie standardów akredytacyjnych. Nie bez znaczenia jest także zastosowanie osiągniętych wyników w analizie zainteresowań poszczególnych naukowców, instytucji badawczych czy akademickich pozwalających określić wspólne obszary prowadzonych badań.

## ZAKOŃCZENIE

Projakościowe aspekty kultury organizacyjnej stanowią ważny obszar badawczy, zwłaszcza w kontekście tak istotnej dla społeczeństwa branży, jaką jest ochrona zdrowia. Kwerenda literatury wskazuje, że istotnym wyzwaniem działalności leczniczej, w ramach której funkcjonują podmioty lecznicze, są nie tylko aspekty zarządcze związane z jakością, ale także wymiary kulturowe kształtujące odpowiednią kulturę organizacyjną. Stąd też podejmowanie tematyki kultury jakości w podmiotach leczniczych bezpośrednio wpisuje się w ową problematykę i nadaje jej innowacyjny, interdyscyplinarny i aplikacyjny charakter.

Opierając się na wynikach krytycznego przeglądu literatury w zakresie wymiarów kulturowych, praktyk zarządzania jakością oraz dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych, zauważono potrzebę pochylenia się nad sytuacją problemową braku dedykowanego dla podmiotów leczniczych modelu kultury jakości, który pozwoliłby opisać zależności zachodzące pomiędzy wymiarami kulturowymi, a aspektami zarządzania jakością. Dotychczas opisane w literaturze przedmiotu typologie i modele projakościowej kultury organizacyjnej oraz dojrzałości jakościowej nie zawsze stwarzały możliwość zbadania związków zachodzących pomiędzy tymi zagadnieniami, ani nie definiowały wprost wartości, postaw oraz praktyk odnoszących się do podmiotów leczniczych. Przeprowadzona na potrzeby niniejszej pracy kwerenda literatury oraz badania empiryczne pozwoliły na uporządkowanie wiedzy z zakresu kulturowych aspektów zarządzania jakością, przyczyniając się tym samym do rozwoju dyscyplin naukowych tj. nauki o zarządzaniu i jakości oraz nauki socjologiczne. Pozwoliły także na zweryfikowanie przyjętych hipotez badawczych oraz osiągnięcie celów sformułowanych w oparciu o przyjęte pytania badawcze.

Przegląd badań prowadzonych w obszarze kulturowych aspektów zarządzania jakością pozwolił na zebranie wystarczającej ilości dowodów badawczych, aby potwierdzić hipotezę 1 (H1) mówiącą o tym, że wymiary kulturowe (kulturę jakości) podmiotów leczniczych można opisać poprzez wartości, postawy oraz praktyki zarządzania jakością. Również wyniki przeglądu literaturowego i badań dotyczące cech, wymiarów, miar i modeli dojrzałości jakościowej potwierdziły założenia hipotezy 2 (H2), zgodnie z którą dojrzałość jakościowa jest pojęciem wielowymiarowym, które można opisać poprzez cechy i miary skuteczności, efektywności i doskonałości jakościowej.

Badania teoriopoznawcze stały się także podstawą do opracowania zmiennych pozwalających odnieść zaproponowaną typologię i model kultury jakości podmiotów leczniczych do stopnia kształtowania się ich dojrzałości jakościowej.

Rozważania prowadzone w obszarze wartości organizacyjnych podmiotów leczniczych pokazały, że największą siłę oddziaływania na kulturę jakości z punktu widzenia pracownika, pacjentów i zarządzających oraz samej organizacji posiadają wartości tj.: adekwatne wynagrodzenie, bezpieczeństwo procedur medycznych, wydajność opieki oraz nowoczesność stosowanego sprzętu i technologii medycznych. Badania w zakresie istnienia zależności pomiędzy wartościami uznawanymi w organizacji, a praktykami zarządzania jakością potwierdziły jednak tylko częściowe występowanie owych związków. Świadczy to tym samym, że analizowane wartości w ograniczonym zakresie służą jako mechanizmy wzmacniania praktyk. Tym samym założona hipoteza 3 (H3) mówiąca o istnieniu zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością została empirycznie częściowo potwierdzona, zaznaczając jednocześnie, że związki zachodzące między zmiennymi często są słabe i w wielu obszarach wskazują na brak istotności statystycznej.

W badanych podmiotach leczniczych najczęściej występująca postawa w zarządzaniu jakością odnosi się do ciągłego doskonalenia i poszukiwania innowacji. Nie mniej popularna jest również postawa zapobiegawcza, ukierunkowana głównie na zarządzanie ryzykiem i ograniczenie ilości błędów i zdarzeń niepożądanych. Kwerenda literatury, jak i badania empiryczne w tym obszarze potwierdzają istnienie istotnych i dodatnich statystycznie zależności pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością, weryfikując tym samym pozytywnie hipotezę 4 (H4).

Wśród praktyk projakościowego zarządzania w podmiotach leczniczych wiele z nich występuje na porównywalnym, wysokim poziomie. Dlatego opierając się na kryterium ich ważności i stopniu, w jakim klasyfikują one zmienną do danego typu kultury jakości, za najważniejsze uznano: osiągnięcie pozytywnego wyniku diagnostycznego i/lub terapeutycznego u dużej liczby pacjentów (przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach), szkolenia i rozwój pracowników oraz nowoczesność stosowanego sprzętu i technologii medycznych. Zmienne te, w połączeniu z uznawanymi wartościami i obecnymi w podmiotach leczniczych postawami zarządzania jakością, pozwoliły na opracowanie empirycznych typologii kultur jakości podmiotów leczniczych potwierdzając tym samym założoną hipotezę 5 (H5), zgodnie z którą na podstawie

uznawanych wartości, deklarowanych postaw oraz realizowanych praktyk zarządzania jakością, można opracować typologie kultury jakości podmiotów leczniczych.

Zaproponowana przez autora typologia kultury jakości podmiotów leczniczych powstała ze grupowania szpitali na klastry w różnych wymiarach kulturowych (wg wartości, postaw oraz praktyk). Typologię tę zaproponowano dla podziału na 2 i 3 klastry. Na etapie prowadzenia badań dokonano także podziału na 4 klastry, jednak brak możliwości jednoznacznego wyodrębnienia cech charakteryzujących poszczególne kultury w ramach tego podziału sprawił, że zrezygnowano z jego korzystania na potrzeby dalszych badań.

Wyniki badań empirycznych pozwoliły również na wskazanie typologii kultury jakości podmiotów leczniczych, które w największym stopniu pozwalają osiągnąć wyższą dojrzałość jakościową. Wśród wyodrębnionych empirycznie typologii, najbardziej zorientowaną na osiąganie dojrzałości jest kultura jakości, którą na etapie konceptualizacji wyników badań nazwano jako zorientowaną na wyniki (wg podziału na 2 klastry) oraz wyniki i efektywność (wg podziału dla 3 klastrów). Koresponduje ona z wysoko ocenianym wymiarem zarządczo-organizacyjnym oraz wymiarem ekonomicznym dojrzałości jakościowej. Z kolei kultura zorientowana na doskonałość (wg podziału na 3 klastry), czyli czynniki jakościotwórcze tj. innowacje i szeroko pojęty rozwój, odzwierciedla przeciętny poziom dojrzałości jakościowej. Najniższy wpływ na dojrzałość jakościową posiada kultura określana przez autora jako zorientowana na doskonalenie jakości (wg. podziału na 2 klastry) oraz na doskonalenie i wymuszone zmiany (wg podziału na 3 klastry). Kultura ta zapewnia poprawę jakości, jednak nie jest ona przedmiotem głębszego planowania, czy przyjętej strategii projakościowej. Wynika ona głównie z wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań, które tkwią w systemach i instrumentach zarządzania jakością, a także zarządczo-organizacyjnych wymiarach dojrzałości jakościowej.

Powyższe działania potwierdziły tym samym hipotezę 6 (H6) mówiącą o tym, że jeśli wyodrębni się empiryczne typy kultury jakości, to będą one w różnym stopniu wpływały na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.

Operacjonalizacja wyników badań pozwoliła także na pozytywną weryfikację hipotezy 7 (H7), zgodnie z którą, jeśli wyodrębni się zmienne klasyfikujące wartości, postawy i praktyki zarządzania jakością do danego typu kultury jakości, to będzie można stworzyć model – wzorzec kultury jakości (w postaci reguły logicznej) pozwalający podmiotom leczniczym zmienić typ kultury na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.

Opracowana reguła logiczna pozwoliła na przypisanie podmiotów leczniczych do poszczególnych empirycznych typów kultury jakości. Przy jej użyciu można dokonać zmiany kultury na bardziej projakościową. Zaproponowany w pracy model kultury jakości podmiotów leczniczych (z podziałem na 2 i 3 klastry) uwzględnia zmienne kulturowe zarządzania jakością najbardziej istotne pod względem klasyfikacji szpitali do danego typu kultury. Modelem uznawanym jednak za wzorzec przyjęto podział wg 3 klastrów. Wynika to z faktu, iż wykazuje się on odpowiednią poprawnością klasyfikującą oraz pozwala stopniować podejmowane działania w drodze do osiągnięcia wyższego poziomu dojrzałości jakościowej. Ponadto, można go wykorzystać zarówno do analizy pojedynczych podmiotów leczniczych, jak i całej zbiorowości. Dodatkowo w oparciu o zmienne klasyfikujące pozwala on stwierdzić, jaki powinien być kierunek zmian, aby kultura była bardziej projakościowa, czyli w większym stopniu wpływała na stopień osiągnięcia dojrzałości jakościowej.

Mając na uwadze powyższą argumentację oraz potwierdzenie przyjętych hipotez częściowych można uznać, że hipoteza główna głosząca, że kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej determinowany typem kultury jakości i można przedstawić owe zależności w postaci modelu wzorca – reguły logicznej, została potwierdzona.

Przyjęta w pracy metodyka badawcza oprócz weryfikacji przyjętych hipotez, pozwoliła również na osiągnięcie założonych celów częściowych, zarówno ustanowionych na poziomie teoriopoznawczym, empirycznym oraz metodycznym. Tym samym umożliwiło to osiągnięcie celu głównego pracy, jakim było opracowanie modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce (reguły logicznej), który pozwala na zmianę typu kultury jakości na umożliwiający osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej. Dzięki prowadzonym badaniom możliwe stało się również udzielenie odpowiedzi na sformułowane pytania badawcze, w tym pytanie główne.

Spójność przyjętych pytań, celów i hipotez badawczych opisano w aneksie stanowiącym załącznik 4 do pracy, natomiast stopień weryfikacji przyjętych hipotez, osiągnięcia poszczególnych szczegółowych celów badawczych oraz odpowiedzi na zadane pytania badawcze przedstawiono odpowiednio w tabelach 79-81 dysertacji.

Osiągnięte cele badawcze oraz potwierdzone hipotezy stały się także podstawą do wyciągnięcia wniosków i formułowania rekomendacji na rzecz większego uwzględniania aspektów kulturowych w zarządzaniu jakością, zarówno na gruncie teoriopoznawczym

jak i praktycznym. Szczególnie opracowany model – wzorzec kultury jakości na gruncie naukowym dopełnia narzędzia badawcze wykorzystywane przez naukowców, na przykład w zakresie zmiany kulturowej w obszarze zarządzania jakością. Z kolei w obszarze aplikacyjnym może stanowić on przedmiot kształtowania przez podmioty lecznicze indywidualnej kultury jakości pozwalającej przyjąć jeden z empirycznie wyznaczonych typów np. według podziału na 3 klastry tj. kultury jakości zorientowanej na wyniki i efektywność, kultury jakości zorientowanej na doskonałość (z mniejszym naciskiem na efektywność) oraz kultury jakości zorientowanej na doskonalenie i wymuszone zmiany. Kultury te w przedstawionej kolejności posiadają największą siłę oddziaływania na dojrzałość jakościową. Potwierdza to tym samym, że kulturą najbardziej wspierającą projakościowe zarządzanie nie jest, jak mogłoby się wydawać kultura ukierunkowana na doskonałość jakościową czy doskonalenie, ale kultura zorientowana na wynik i efektywność, gdzie aspekty związane z osiąganym wynikiem, zarówno w aspekcie: wynagrodzenia, osiągania wysokiego wyniku terapeutycznego, optymalizacji wykorzystania zasobów, zapewnienia ciągłości świadczenia usług oraz wykorzystania zewnętrznych systemów zarządzania, stanowią w największym stopniu o dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych. Powyższe potwierdza również, że typ kultury jakości zorientowany na wyniki i efektywność występował w 91 badanych szpitalach, zorientowany na doskonałość w 66 przypadkach, a na doskonalenie i wymuszone zmiany w 44 spośród 211 poddanych analizie.

Opisane w pracy empiryczne typologie oraz model kultury jakości dają nadzieję, że naukowe i praktyczne rozwiązania w tym zakresie zostaną zoperacjonalizowane i zastosowane na szerszą skalę w podmiotach leczniczych, jak również wykorzystane podczas rozwoju obecnych, jak i przyszłych standardów jakości w podmiotach leczniczych. Ponadto, uporządkowanie teoretycznych rozważań powinno nie tylko dostarczyć interdyscyplinarnej wiedzy w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości oraz nauki socjologiczne, ale także w obszarze utylitarnym wpłynąć na większe zainteresowanie kulturowymi aspektami zarządzania jakością w środowisku medycznym.

Autor ma świadomość, że podejmowana problematyka nie wyczerpuje w pełni tak złożonego i interdyscyplinarnego zagadnienia, jakim jest kultura jakości. Ma jednak nadzieję, że zaprezentowane wyniki badań uwzględniające pewne ograniczenia, staną się przedmiotem dalszych dyskusji, badań naukowych np. w obszarze tworzenia kolejnych typologii wg stopnia zaawansowania kultury jakości, czy w obszarze wypracowania bardziej uniwersalnych rozwiązań modelowych dla różnych grup podmiotów leczniczych, czy form świadczenia usług medycznych.

## BIBLIOGRAFIA

### Literatura

1. Adamczyk S., *Ocena poziomu dojrzałości jakościowej przedsiębiorstwa*, „Nauki Ekonomiczne” 2018, nr 341, t. 28.
2. Akhtulov A.L., Ivanova L.A., Charushina E.B., *Measuring the effectiveness of the quality management systems a tool for improving the organizations activities*, IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering 2019, nr 537.
3. Ameljańczyk A., *Modelowanie i optymalizacja procedur detekcji zagrożeń epidemiologicznych*, „Inżynieria Bezpieczeństwa Obiektów Antropogenicznych” 2019.
4. Amer F. [i in.], *The Impact for implementing Balanced Scorecard in Health Care Organizations: A Systematic Review*, „medRxiv” 2021.
5. Androniceanu A., *The three-dimensional approach of Total Quality Management, an essential strategic option for business excellence*, „Amfiteatru Economic” 2017, nr 19(44).
6. Anjalee J.A., Rutter V., Samaranyake N.R., *Application of Failure Mode and Effect Analysis (FMEA) to improve medication safety: a systematic review*, „Postgraduate Medical Journal” 2021, nr 97(1145).
7. Antony J. [i in.], *Six Sigma in healthcare: a systematic review of the literature*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2018, vol. 35, nr 5.
8. Aronson E., Wilson T., Akert R., *Psychologia społeczna: serce i umysł*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań 2012.
9. Arya D., *Use of quality management tools and methods is essential to support effective governance of healthcare organisations*, „Asia Pacific Journal of Health Management” 2020, nr 15(1).
10. Atella V. [i in.], *How health policy shapes healthcare sector productivity? Evidence from Italy and UK*, „Health Policy” 2019, nr 123.
11. Aycan Z., Kanungo R.N., Sinha J.B., *Organizational culture and human resource management practices: The model of cultural fit*, „Journal of Cross-Cultural Psychology” 1999, nr 4.
12. Bandura A., *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change*, „Psychological Review” 1977, nr 84.



13. Balicki A., *Statystyczna analiza wielowymiarowa i jej zastosowania społeczno-ekonomiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2013.
14. Baran M., Makiela Z., Stuss M., *Menedżer zrównoważonego rozwoju w czasach społeczeństwa informacyjnego - Model konceptualny*, „Przegląd Organizacji” 2018, nr 11.
15. Barkell N.P, Snyder S.S., *Just culture in healthcare: An integrative review*, „Nursing Forum” 2020, vol. 56, nr 1.
16. Barney J., *Firm resources and sustained competitive advantage*, „In International Business Strategy” 2015.
17. Barrett B., Waddell D., *Quality culture and its impact on quality performance*, „Australian and New Zealand Academy of Management” 2000, nr 14
18. Belohlav J.A. [i in.], *Core Values Hospital: A Comparative Study*, ASQ, 2010, vol. 17, nr 4.
19. Bembnowska M., Joško-Ochojska J., *Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia*, „Hygeia Public Health” 2015, nr 50(3).
20. Bernais J., *Zarządzanie przez kulturę. ABC współczesnych koncepcji i metod zarządzania*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach, Katowice 2010.
21. Błaszczyk F., Bazanowski W., *Pojęcie i koncepcja jakości*, „Antidotum”, 2004, nr 4.
22. Bolcaş C., Ionescu V., *Organization Culture. Models and Approaches*, „Manager Journal” 2019, nr 30(1).
23. Borkowska S., *Skuteczne strategie wynagrodzeń*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2012.
24. Bose E., Oliveras E., Edson W.N., *How can self assessment improve the quality of healthcare?* „QA Operations Research Issue Paper” 2001, nr 2(4).
25. Brajer-Marczak R., *Dobre praktyki w doskonaleniu procesów biznesowych*, „Studia Informatica Pomerania” 2017, nr 1(43).
26. Brajer-Marczak R., *Dojrzałość procesowa przedsiębiorstw do doskonalenia z perspektywy zdolności organizacji*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2015, nr 367.
27. Bratnicki M., *Kompetencje przedsiębiorstwa, Od określenia kompetencji do zbudowania strategii*, Agencja Wydawnicza Placet, Warszawa 2000.
28. Breiman L. [i in.], *Classification and Regression Trees*, Taylor & Francis, Boca Raton 1984.

29. Bruce R., *Culture of quality. Accelerating growth and performance in the enterprise*, „Forbes Insights”, 2014.
30. Buchelt B., Jończyk J., *Powiązania kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych*, „Zarządzanie Publiczne” 2017, nr 2(40).
31. Bugdol M., *Systemy zarządzania jakością według normy ISO 9001:2015*, Wydawnictwo Helion, Gliwice 2018.
32. Bugdol M., *Wartości organizacyjne. Szkice z teorii organizacji i zarządzania*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
33. Bugdol M., *Zarządzanie jakością w urzędach administracji publicznej: teoria i praktyka*, Difin, Warszawa 2011.
34. Bugdol M., *Zaufanie jako wyznacznik działania organizacji*, w: *Orientacja na wyniki we współczesnej gospodarce*, pod red. nauk. T. Borys, P. Rogala, Wydawnictwo UE we Wrocławiu, Wrocław 2012.
35. Bukowska-Piestrzyńska A., *Koncepcja lean w usprawnianiu działań pracowników podmiotów leczniczych*, „Studia i Prace Kolegium Zarządzania i Finansów, Zeszyty Naukowe 167” 2018.
36. Burszta W.J., Januszkiewicz M., *Słowo wstępne: kłopot zwany kulturoznawstwem*, w: *Kulturoznawstwo. Dyscyplina bez dyscypliny?* pod red. nauk. W.J. Burszta, M. Januszkiewicz, SWPS „Academica” Warszawa 2010.
37. Cameron K.S., Barnett C.K., *Organizational quality as a cultural variable: An empirical investigation of quality culture, processes, and outcomes*, „The Quality Movement and Organization Theory” 2000.
38. Cameron K.S., Quinn R.E., *Kultura organizacyjna – diagnoza i zmiana. Model wartości konkurujących*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2003.
39. Cameron K., Sine W., *A framework for organizational quality culture*, „Quality Management Journal” 1999, nr 6(4).
40. Cameron K.S., Quinn R.E., *Diagnosing and Changing Organizational Culture, Based on The Competing Values Framework*, Jossey-Bass, San Francisco 2006.
41. Campbell A.M., Lighter D.E., Mueller B.U., *Creation of Quality Management Systems: Frameworks for Performance Excellence*, „In Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare”, Springer, Cham. 2021.
42. Carvalho R. [i in.], *Analysis of Root Causes of Problems Affecting the Quality Hospital Administrative*, „International Journal of Medical Informatics” 2021, vol. 156.

43. Castello J., De Castro R., Marimon F., *Use of quality tools and techniques and their integration into ISO 9001*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2019, vol. 37, nr 1.
44. Chartier L.B. [i in.], *Quality improvement: Executive a quality improvement project in the emergency department*, „Canadian Journal of Emergency Medicine” 2018, nr 20(4).
45. Chmielewska-Muciek D., *Dyskusja nad pojęciem kultury organizacyjnej*, „Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia” 2009,
46. Cholewa-Wiktor M., *Efektywność w szpitalach publicznych*, „Studia Ekonomiczne, Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach” 2014, nr 180.
47. Cholewa-Wiktor M., Sitko-Lutek A., *Wykorzystanie benchmarkingu i outsourcingu w zarządzaniu szpitalem publicznym*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2020.
48. Cholewicka-Goździk K., *Norma 10004/2012*, „Problemy Jakości” 2013, nr 6.
49. Chou C.Y., Naimi L., *Discussion of Leadership Theories as they Relate to Information Systems Leadership*, „Leadership & Organizational Management Journal” 2020, nr 2.
50. Christiansson M.T, Van Looy A., *Business process management forum*, w: *Business Process Management Conference Business Process Management Forum*, pod red. nauk. J. Carmona, G. Engels, A. Kumar, Springer Cham, 2017.
51. Chuda A., Majchrzak J., *Jakościowe ujęcie kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa*, „Marketing i Rynek” 2018, nr 12.
52. Chuda A., Wyrwicka M.K., *Diagnoza kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa usługowego*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2013, nr 59.
53. Claver E. [i in.], *Public administration. From bureaucratic culture to citizen-oriented culture*, „The International Journal of Public Sector Management” 1999, vol. 12, nr 5.
54. Cobbett L.M, Rastrick K.N., *Quality performance and organizational culture*, „International Journal of Quality and Reliability Management” 2000, nr 17.
55. Coskun S., Gulhan Y., *TS EN 15224 healthcare service - the comparison of quality management system to other quality systems in healthcare*, „Research Journal of Business and Management” 2017, vol. 4, iss. 3.
56. Crosby P.B., *Quality is Free. The Art of Making Quality Certain*, McGraw-Hill, New York 1979.

57. Curran C.R., Totten M.K., *Governing for Improved Quality and Patient Safety*, „Nursing Economics” 2011, nr 29(1).
58. Czakon W. (red.), *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, Wydawnictwo Nieoczywiste, Warszawa 2016.
59. Czerniachowicz B., *Budowanie konkurencyjności przedsiębiorstwa w podejściu zasobowym na podstawie firmy „a”*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2012, nr 25.
60. Czerska M., *Zmiana kulturowa w organizacji. Wyzwanie dla współczesnego menadżera*, Difin, Warszawa 2003.
61. Czerw A., Religioni U., Olejniczak D., *Metody pomiaru oraz oceny jakości świadczonych usług w podmiotach leczniczych*, „Problemy Higieny Epidemiologicznej” 2012, nr 93(2).
62. Ćwiklicki M., Duplaga M. Klich J., *Digital Transformation of Healthcare. Health 4.0.*, Routledge International Studies in Health Economics, New York 2022.
63. Dahlgard J.J., Kristensen K., Kanji G.K., *Podstawy zarządzania jakością*, PWN, Warszawa 2004.
64. Daniel W.W., *Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences*. 7th edition, John Wiley & Sons, New York 1999.
65. Dash S.S., Padhi M., *Relevance of Max Weber's Rational Bureaucratic Organizations in Modern Society*, „Management Review” 2020, nr 31(1).
66. Daszkiewicz W., *Podstawowe rozumienie kultury - ujęcie filozoficzne*, „Roczniki kulturoznawcze”, Warszawa 2010.
67. Deal T.E., Kennedy A.A., *Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life*, Addison Wesley Publishing Company, Massachusetts 1982.
68. Dean J., *Pricing policies for new products*, „Harvard Business Review” 1950, nr 28(6).
69. Deming W.E., *Quality, productivity and competitive position*, „MIT Centre for Advance Engineering Study” 1982.
70. Deshpande R., Parasuraman R., *Linking corporate culture to strategic planning*, „Business Horizons” 1986, vol. 29(3).
71. Deszczyński P., *Fenomen kultury, Kultura fenomenem*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2018, nr 378.
72. Detyna B., *Dojrzałość procesowa szpitali a jakość usług medycznych*, Wydawnictwo Politechniki Częstochowskiej, Częstochowa 2020.

73. Dewanto A., Febrina S.S., Wardhani V., *The importance of nurses cognitive and emotional engagement in developing hospital quality culture*, „Enfermería Clínica” 2020, nr 30.
74. Dhir S., Shukla A., *Role of organizational image in employee engagement and performance, Benchmarking*, „An International Journal” 2019, vol. 26, nr 3.
75. Dobska M., *Rola konsumeryzmu w menedżerskiej reorientacji projakościowej na przykładzie branży usług medycznych*, „Ekonomiczne Problemy Usług” 2018.
76. Donabedian A., *An introduction to quality assurance in health care*, Oxford University Press, 2003.
77. Donabedian A., *The quality of care: How can it be assessed?* „JAMA” 1998, nr 12(260).
78. Drabik L., Kubiak-Sokół A., Sobol E., *Słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 2021.
79. Drucker P., *Zarządzanie XXI wieku – wyzwania*, MT Biznes, Warszawa 2009.
80. Dubas K., *Problematyka efektywności w ochronie zdrowia - znaczenie i metody pomiaru*, „Problemy Zarządzania” 2011, vol. 9, nr 3.
81. Dudzik-Urbaniak E. [i in.], *Zestaw standardów akredytacyjnych – Szpitale, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia*, Kraków 2009.
82. Duncan S., Oliver S., *Engagement for change*, „Research for All” 2021, nr 5(21).
83. Durana P. [i in.], *Quality Culture of Manufacturing Enterprises: A Possible Way to Adaptation to Industry 4.0*, „Social Science” 2019, nr 8.
84. Dytko J., *Postępowanie w sprawie akredytacji w ochronie zdrowia*, „Studia prawnicze KUL” 2019, nr 2(78).
85. Dziadkowiec J.M., *Ewolucja definiowania jakości w normach ISO serii 9000*, w: *Zarządzanie jakością w przestrzeni organizacyjno-społecznej*, pod red. nauk. T Sikora, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2017.
86. Evans C., *Zarządzanie wiedzą*, PWE, Warszawa 2005.
87. Farzadnia F., Hosseini Z., Riahi A., *Study of hospital quality management and improvement rates in the hospitals*, „Journal of Humanities Insights” 2017, nr 1(01).
88. Feigenbaum A.V., *Total Quality Control, 4th Edition*. McGraw–Hill Corporation, New York 1992.
89. Felipe C.M., Roldán J.L., Leal-Rodríguez A.L., *Impact of organizational culture values on organizational agility*, „Sustainability” 2017, nr 9(12).

90. Finn M., Porter L.J., *TQM self assessment in the UK*, „The TQM Magazine” 1997, nr 6.
91. Firlej F., *Warunki sprawności funkcjonowania systemu zarządzania jakością w placówkach sektora ochrony zdrowia*, „Współczesne Zarządzanie” 2007, nr 3.
92. Flis M., *E-recepta: element cyfryzacji publicznego systemu zdrowia*, „Com.press” 2020, nr 2(3).
93. Fobel P., Fobelová D., *Etyka i kultura w organizacji*, Wydawnictwo WSZiNS, Tychy 2017.
94. Frączkiewicz-Wronka A., *Wykorzystanie analizy interesariuszy w zarządzaniu organizacją zdrowotną*, Wydawnictwo Śląsk, 2012.
95. Frączkiewicz-Wronka A., *Diagnozowanie kultury organizacyjnej w podmiocie leczniczym – studium szpitala publicznego*, w: *Instrumentarium zarządzania publicznego*, pod red. nauk. B. Kożuch, Ł. Sułkowski, Difin, Warszawa 2015.
96. French W.L., Bell C.H., *Organization Development*, Prentice Hall, New Jersey 1979.
97. Freeman R.E., *Strategic Management: A stakeholder approach*, Pitman, Boston 2014.
98. Gaigne C., Larue B., *Quality standards, industry structure, and welfare in a global economy*, „American Journal of Agricultural Economics” 2016, nr 98.
99. Gajda D., *Wykorzystanie benchmarkingu w pomiarze efektywności pracy zespołowej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach. Studia Ekonomiczne” 2015, nr 230.
100. Garbacz K., Guziak D., *Znaczenie jakości w usługach medycznych w zarządzaniu szpitalem*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2016, nr 28.
101. Garbon M., *Lean Hospital: Lean Hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction*, ProdPublishing, Wrocław 2011.
102. Garvin D.A., *Managing quality: The strategic and competitive edge*, Free Press, New York 1988
103. Gąsior M., *Satysfakcja klienta w ujęciu nieliniowym*, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2019.
104. Gembalska-Kwiecień A., *Zarys problematyki kultury bezpieczeństwa pracy na przykładzie wybranego przedsiębiorstwa*, „Promotor BHP” 2018, nr 5.
105. Giddens A., *Socjologia*, PWN, Warszawa 2016.
106. Gimenez-Espin J.A., Jimenez-Jimenez D., Martinez-Costa M., *Organizational culture for TQM*, „Total Quality Management & Business Excellence” 2013, nr 24.

107. Gitling M., *Znaczenie wartości organizacyjnych w budowaniu kultury przedsiębiorstw*, „Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy” 2019, nr 57.
108. Głód G., Głód W., *W kierunku integracji systemów zarządzania jakością i ryzykiem w publicznych jednostkach ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach” 2017, nr 316.
109. Goetsch D.L., Davis S.B., *Quality management. Introduction to total quality management for production, processing and services*, Pearson Education, Upper Saddle River 2006.
110. Goffee R., Jones G., *What holds the modern company together*, „Harvard Business Review” 1996, vol. 74, nr 6.
111. Gołąb-Andrzejak E., Badzińska E., *Satysfakcja klientów jako źródło sukcesu organizacji - studium przypadku*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego” 2015, nr 41.
112. Gołębiowski R.M., *Elementy kultury jakości w organizacji*, „Studia i Prace Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2014, nr 38(1).
113. Gospodarek T., *Modelowanie w naukach o zarządzaniu oparte na metodzie programów badawczych i formalizmie reprezentatywnym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2009, nr 12.
114. Gower J.C., *A general coefficient of similarity and some of its properties*, „Biometrics” 1971, nr 27.
115. Grajewski P., *Procesowe zarządzanie organizacją*, PWE, Warszawa 2013.
116. Grau C., Moormann J., *Investigating the relationship between process management and organizational culture: Literature review and research agenda*, „Management and Organizational Studies” 2014, vol. 1, nr 2.
117. Greene P.G., Brown T.E., *Resource needs and the dynamic capitalism typology*, „Journal of Business Venturing” 1997, nr 12(3).
118. Griffin W.R., *Podstawy zarządzania organizacjami*, PWN, Warszawa 2017.
119. Griffith J.R., *An organizational model for excellence in healthcare delivery: evidence from winners of the Baldrige Quality Award*, „Journal of Healthcare Management” 2017, nr 62(5).
120. Groene O. [i in.], *Is the maturity of hospitals quality improvement systems associated with measures of quality and patient safety?* „BMC Health Services Research” 2020, Vol. 11.

121. Grönroos Ch., *A service quality model and its marketing implications*, „European Journal of Marketing” 1984, nr 18(4).
122. Gunasekaran A.N., Subramanian N., Ngai W.T., *Quality management in the 21st century enterprises*, „International Journal of Production Economics” 2019, nr 207.
123. Gutzeit F., O’Brein H., Valentine J., *Organizational Safety Culture: The Foundation for Safety and Quality Improvement*, „Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare” Springer, 2021.
124. Haffer R., *Samoocena i pomiar wyników działalności w systemach zarządzania przedsiębiorstwem*, Wydawnictwo Naukowe UMK, Toruń 2011, s. 45.
125. Haigh B., Morris D., *Quality and productivity in health services through the implementation of total quality management*, Proceedings of the European Group of Public Administration, Strasbourg 2003.
126. Hair Jr J.F. [i in.], *Multivariate Data Analysis*, 7th International Edition, Pearson, Harlows, 2014.
127. Halligan A., *The importance of values in healthcare*, „Journal of the Royal Society of Medicine” 2008, nr 101(10).
128. Hamrol A., *Strategie i praktyki sprawnego działania, Lean, Six Sigma i inne*, PWN, Warszawa 2018.
129. Hamrol A., *Zarządzanie jakością z przykładami*, PWN, Warszawa 2008.
130. Harrison R., Handy C., *Understanding your organizations character*, „Harvard Business Review” 1972, nr 3.
131. Hass-Symotiuk M., *System pomiaru i oceny dokonań szpitala*, Wolters Kluwer, Warszawa 2021.
132. Hawrysz L., *Determinanty jakości w kontekście skuteczności na przykładzie organizacji sektora publicznego*, „Ekonomia i Organizacja Przedsiębiorstwa” 2015, nr 4.
133. Hawrysz L., Hyś K., *Communication channels of middle managers and non-managers in public sector organisations in Poland*, „International Journal of Contemporary Management” 2014, nr 13(2).
134. Heinze K.L., Heinze J.E., *Individual innovation adoption and the role of organizational culture*, „Review of Managerial Science” 2020, nr 14.
135. Henrique D.B., Filho M.G., *A systematic literature review of empirical research in Lean and Six Sigma in healthcare*, „Total Quality Management & Business Excellence” 2020, nr 31(3-4).



136. Heracleous L., *An ethnographic study of culture in the context of organizational change*, „Journal of Applied Behavioral Science” 2001, vol. 37, nr 4.
137. Hofstede G., *Kultura i organizacje*, PWE, Warszawa 2007.
138. Hofstede G., *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2000.
139. Holecki T. [i in.], *Mapping Health Needs to Support Health System in Poland*, „Frontiers in Public Health” 2018, nr 6(82).
140. Hopej M. [i in.], *Kultura i prostota struktur organizacyjnych*, „Organizacja i Kierowanie” 2017, nr 4A.
141. Huszлак W., Skrzypek A., *Dojrzałość i doskonalenie organizacji*, „Bezpieczeństwo. Teoria i Praktyka” 2019, nr 37(4).
142. Hyś K., Mazurek R., *The physiognomy of (selected) maturity models*, w: *Maturity Management*, pod red. nauk. E. Skrzypek, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2013.
143. Hyś K., *Wybrane modele dojrzałości systemu zarządzania jakością w organizacji*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2016, nr 421.
144. Ingvaldsen J.A., Engesbak V., *Organizational learning and bureaucracy: an alternative view*, „The Learning Organization” 2020, nr 27(5).
145. Isniah S., Purba H.H., Debora F., *Plan do check action (PDCA) method: literature review and research issues*, „Journal Sistem Dan Manajemen Industri” 2020, nr 4(1).
146. Jacobs R. [i in.] *Mierzenie efektywności w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
147. Jakimiuk B., *Etyczne aspekty realizacji kariery zawodowej*, „Szkoła-Zawód-Praca” 2015, nr 10.
148. Janiszewska B., *Pojęcie świadczenia zdrowotnego*, „System Prawa Medycznego”, Warszawa 2018, nr 33(5).
149. Januszkiewicz K., *Od teorii naukowych do badania empirycznego - budowa narzędzi do badania zachowań organizacyjnych*, „Przegląd Organizacji” 2016, nr 12.
150. Jedynak P., Bąk S., *Modele oceny dojrzałości zarządzania ryzykiem*, „Problemy Jakości” 2018, nr 10.
151. Jończyk J., *Model of pro-innovative organizational culture theoretical study*, „Journal of Intercultural” 2011, vol. 3, nr 2.
152. Jung J. [i in.], *The effect of organizational culture stemming from national culture towards quality management deployment*, „The TQM Journal” 2008.
153. Juran J.M., *Leadership for Quality. An Executive Handbook*, The Free Press, New York 1989.

154. Juran J.M., *Upper Management and Quality*, Juran Institute, New York 1982.
155. Juszczak-Wisniewska A., Ligarski M., *Doskonalenie systemu zarządzania jakością w wybranej placówce ochrony zdrowia*, „Systemy Wspomagania w Inżynierii Produkcji” 2016, nr 4(16).
156. Juszczak-Wisniewska A., Ligarski M., *Akredytacja i certyfikacja systemów zarządzania jakością w placówkach medycznych w Polsce – Wyniki badań*, „Systemy wspomagania w Inżynierii Produkcji” 2016, nr 2(14).
157. Kanownik G., *Rola logistyki w racjonalizacji kosztów funkcjonowania szpitala*, „Acta Universitatis Nicolai Copernici Ekonomia” 2015, nr 46(2).
158. Kalinowski B.T., *Dojrzałość procesowa, a wyniki organizacji*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 463.
159. Kaniecka E. [i in.], *EN ISO 9001:2015 Quality management system for health care sector in accordance with PN-EN 15224:2017-02 Standard and accreditation standards of the Minister of Health - comparative analysis*, „Journal of Health Study and Medicine” 2021, nr 1.
160. Kaouthar L., *TQM and Six Sigma: A Literature Review of Similarities, Dissimilarities and Criticisms*, „Studies” 2020, nr 2(4).
161. Karahanna E., Evaristo J.R., Srite M., *Level of culture and individual behavior: A investigative perspective*, „Journal of Global Information Management” 2005, vol. 13.
162. Karaszewski R., *Nowoczesne koncepcje zarządzania jakością*, Wydawnictwo Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa. Dom Organizatora, Toruń 2006.
163. Karkowski T., *Restrukturyzacja szpitali*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
164. Karkowski T., *Świadczenia szpitalne w powożeniu z procesami zaopatrzenia medycznego i niemedycznego*, Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
165. Karwińska A., Wiktor D., *Przedsiębiorczość i korzyści społeczne: identyfikacja dobrych praktyk w ekonomii społecznej*, „Ekonomia Społeczna” 2008, t. 6.
166. Kasprzak E., *Pozytywna organizacja i pozytywna praca. Nowe trendy w zarządzaniu ludźmi*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2017, nr 1(114).
167. Kassem R., Ajmal M., *Organizational Culture and Achieving Business Excellence*, IGI Global, 2019.
168. Kauf S., Tłuczak A., *Logistyczna obsługa klienta. Metody ilościowe*, PWN, Warszawa 2018.

169. Kenny J., *Strategy and the learning organization: a maturity model for the formation of strategy*, „The Learning Organization” 2006, nr 13.
170. Kister A., *Jakość usług i bezpieczeństwo pacjenta w sektorze opieki zdrowotnej*, „Problemy Jakości” 2019, nr 51.
171. Kister A., *Zarządzanie kosztami jakości*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2005.
172. Kluckhohn C.A., *Values and Values Orientation in the Theory of Actions*, Harper-Row, New York 1962
173. Kłosowska A., *Kultura masowa. Krytyka i obrona*, PWN, Warszawa 2011.
174. Knecht K., Gurwin A., *Kształtowanie kultury organizacyjnej w zarządzaniu szpitalem – wybrane aspekty*, „Przegląd Naukowo-Metodyczny. Edukacja dla Bezpieczeństwa” 2019, nr 1.
175. Kobylińska U., *Ewolucja czy rewolucja, Zmiany w standardzie ISO 9001:2015*, „Economics and Management” 2018, nr 1.
176. Kobyliński W., *Podstawy organizacji i kierowania w oświacie*, Stowarzyszenie Oświatowców Polskich, Warszawa 1996.
177. Kocurek K., *Klasyczne i współczesne struktury organizacyjne oraz ich wpływ na zarządzanie przedsiębiorstwem*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomii i Informatyki w Krakowie” 2010, nr 6.
178. Ko K.P., Stein M., *Design methodologies for continuous improvement*, AHFE International Conference on Ergonomics in Design, Orlando, 2018.
179. Korombel A., *Cechy skutecznego menedżera XXI wieku*, „Przegląd Organizacji”, 2013, nr 11(83).
180. Kotter P., Heskett J.L., *Corporate Culture and Performance*, Free Press, New York 1992.
181. Kowalik K., *Diagram Pareto-Lorenza w teorii i praktyce zarządzania jakością*, „Archiwum Wiedzy Inżynierskiej” 2018, nr 3.
182. Koźmiński A.K., *Zarządzanie od podstaw*, WAIP, Warszawa 2011.
183. Kózka M. [i in.], *Wybrane czynniki determinujące jakość opieki pielęgniarstwa w szpitalach posiadających oddziały ratunkowe. Wyniki projektu RN4CAST*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2012, nr 10.
184. Krawczuk A., *Wdrażanie systemu zarządzania jakością wg ISO 9001*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Przyrodniczo-Humanistycznego w Siedlcach” 2016, nr 108.
185. Kroeber A.L., Kluckhohn C.A., *Culture, a critical review of concepts and definitions*, „Peabody Museum of Archeology & Ethnology” 1952, nr 47(1).

186. Krot K., *Jakość i marketing usług medycznych*, Kraków 2021.
187. Krot K., Rudawska I., *Zaufanie jako zasób systemowy w sektorze zdrowia - w świetle badania polskich pacjentów*, „Studia Ekonomiczne” 2018, nr 350.
188. Krukowski K., Siemiński M., *Kultura w ocenie dojrzałości procesowej organizacji*, w: *Współczesne tendencje zmian kultury zarządzania organizacją*, pod red. nauk. D. Walczak-Duraj, R. Knap, „Humanizacja pracy” 2017, nr 3(289).
189. Książek D., Ligarski M.J., *Analysis of the functions and place of quality management system in a context of development of organization – survey of the participants of the Polish Quality Award contest*, „Zeszyty Naukowe Akademii Morskiej w Szczecinie” 2015, nr 44(116).
190. Kull T.J., Wacker J.G., *Quality management effectiveness in Asia: The influence of culture*, „Journal of Operations Management” 2010, nr 28.
191. Kunt N., *Filozoficzne rozumienie kultury w ujęciu Mieczysław A. Krąpca*, „Drohiczyński Przegląd Naukowy. Wielokulturowe Studia Drohiczyńskiego Towarzystwa Naukowego” 2017, nr 9.
192. Kush P. [i in.], *Systematic literature review of quality maturity matrix*, „Total Quality Management & Business Excellence” 2021, nr 32.
193. Kutryba B., Kutaj-Wąsikowska H., *Programy bezpieczeństwa*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2003, nr 6.
194. La Montagne R.M., *Ethical dilemmas in the workplace: HR managers perceptions of behavioral influences with implications for building an ethical culture in organizations*, „The International Journal of Knowledge, Culture, and Change Management: Annual Review” 2016, nr 15.
195. Lagrosen S., *Exploring the impact of culture on quality management*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2003, nr 4.
196. Lee J., *Accelerating Organisation Culture Change*, Emerald Publishing Limited, 2020.
197. Lendzion A., *Kultura jakości – teoria a praktyka*, „Zeszyt Problemowy” 2019, nr 6.
198. Lenik P., *Wybrane czynniki ograniczające skuteczność zarządzania szpitalami publicznymi*, „Przegląd Organizacji” 2019, nr 5(952).
199. Levine K., Carmody M., Silk K.J., *The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors*, „Journal of Nursing Management” 2020, nr 28(1).

200. Lewandowski R., Kożuch A., Sasak J., *Kontrola zarządcza w placówkach ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2018.
201. Lewis S., *Family Friendly Employment Policies: A Route to Changing Organizational Culture or Playing About at the Margins?* „Gender, Work and Organization” 1997, nr 4(1).
202. Liana D. [i in.], *Maturity Model and Safety Culture in Healthcare: A Systematic Review*, „Indian Journal of Public Health Research & Development” 2020, nr 11(3).
203. Liker J., *Droga Toyoty. 14 zasad zarządzania wiodącej firmy produkcyjnej świata*, MT Biznes, 2016.
204. Likert R., Likert J., *New Ways of Managing Conflict*, McGraw-Hill, New York 1976.
205. Lipińska J., *Kultura grup dyskusyjnych w Internecie*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2008.
206. Lipowski P., *Prawne warunki bezpieczeństwa pacjenta a innowacyjność opieki zdrowotnej*, „Sztuka Leczenia” 2020, nr 35(1).
207. Lisiecka K., Bielanowicz M., *Duchowość i system społeczny organizacji a innowacyjność*, „Problemy jakości” 2009, nr 1.
208. Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., Lisiecka-Bielanowicz M., *Projakościowe zarządzanie w organizacjach ochrony zdrowia. Diagnoza i kierunki doskonalenia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach, Katowice 2017.
209. Lisiecka K., Czyż-Gwiazda E., *Ocena dojrzałości systemu zarządzania w organizacjach sektora ochrony zdrowia – wyniki badań*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 463.
210. Lisiecka-Bielanowicz M., Papaj T., Czyż-Gwiazda E., *Wykorzystanie metod i narzędzi zarządzania jakością usług w podmiotach leczniczych. Analiza przypadków*, „Problemy Jakości” 2019, nr 51(1).
211. Lisiński M., Ostrowski B., *Lean Management restrukturyzacji przedsiębiorstwa*. Antykwa, Kraków 2006.
212. Liu S. [i in.], *The Influence of Individual and Team Mindfulness on Work Engagement*, „Frontiers in Psychology” 2020.
213. Luburić R., *A model of crisis prevention (Based on managing change, quality management and risk management)*, „Journal of Central Banking Theory and Practice” 2019, nr 8(2).

214. Ludwiczak A., *Pozyskiwanie informacji od klienta w kształtowaniu jakości usług zdrowotnych w ujęciu procesowym*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2014, nr 463.
215. Łobodziński A., *Kluczowe wartości kultury organizacyjnej przedsiębiorstw. Ocena i kształtowanie, rozprawa doktorska*, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wrocław 2015.
216. Łukasiński W., *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2016.
217. Maciąg J., *Kultura lean management w polskich szkołach wyższych (wyniki badań pilotażowych)*, „Nauka i Szkolnictwo Wyższe” 2018, nr 1(51).
218. Maier A.M., Moultrie J., Clarkson P., *Assessing Organizational Capabilities: Reviewing and Guiding the Development of Maturity Grids*, „IEEE Transactions on Engineering Management” 2012, nr 59(1).
219. Majda A., Zalewska-Puchała J., *Kompetencje kulturowe i inteligencja kulturowa w pielęgniarstwie*, „Pielęgniarstwo Polskie” 2018, nr 2.
220. Malik J.N., Mahmood R.B., *Facilitating Corporate Entrepreneurship in Public Sector Higher Education Institutions. A Conceptual Model*, „Issues in Social and Environmental Accounting” 2012, vol. 6, nr 1(2).
221. Manning L., *The value of food safety culture to the hospitality industry*, „Worldwide Hospitality and Tourism Themes” 2018, nr 3.
222. Mannion R., Davies H., *Understanding organisational culture for healthcare quality improvement*, „British Medical Journal” 2018, nr 363.
223. Marcisz J., *Kultura organizacyjna i jej specyfika*, w: *Kultura organizacyjna przedsiębiorstwa. Wybrane zagadnienia*, pod red. nauk. I. Gawron, T. Myjak, WN Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Nowym Sączu, Nowy Sącz 2017.
224. Markocka-Mączka K., Grabowski K., Taboła R., *Holistyczne podejście do pacjenta*, w: *Profilaktyka i Edukacja Zdrowotna*, pod red. nauk. E. Dubińska, M. Springer, R. Sienkiewicz, Wydawnictwo Neurocentrum, Lublin 2017.
225. Marx D., *Patient Safety and the Just Culture*, „Obstetrics and Gynecology Clinics of North America” 2020, nr 46(2).
226. Martusewicz J., Szumowski W., *Modele dojrzałości a modele doskonałości. Niezależność czy współzależność na drodze do rozwoju organizacji*, „Organizacja i Kierowanie” 2018, nr 1.

227. Matwiejczuk R., *Efektywność – próba interpretacji*, „Przegląd Organizacji” 2000, nr 11.
228. May E.L., *The Power of Zero, Toward High Reliability Healthcare*, „Healthcare Executive” 2013, nr 28(2).
229. Mazur A., Gołaś H., *Zasady, metody i techniki wykorzystywane w zarządzaniu jakością*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2010.
230. Mazur B., *Wartości organizacji*, w: *Zarządzanie organizacją i informacją*, pod red. nauk. A. Paździor, Wydawnictwo Politechniki Lubelskiej, Lublin 2020.
231. McBain R., *The practice of engagement: Research into current employee engagement practice*, „Strategic HR Review” 2007.
232. Mika S., *Psychologia społeczna*, PWN, Warszawa 1984.
233. Mikosz J., *Człowiek jako podstawowe ogniwo w dążeniu do jakości*, Kraków 2008.
234. Misztal A., Jasiulewicz-Kaczmarek M., *Projektowanie i integracja systemów zarządzania projakościowego*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2014.
235. Misztal A., *Nowoczesne metody zarządzania przedsiębiorstwem w warunkach nowej gospodarki – implikacje w sektorze TLS*, w: *Technologie i nowe trendy w zarządzaniu a rozwój przedsiębiorstw sektora TLS*, pod red. nauk. A. Fajczak-Kowalska, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2020.
236. Mitchell P.M. [i in.], *Core principles & values of effective team-based health care*, „Discussion Paper, Institute of Medicine” 2012.
237. Moghadam M.R., Safari H., Yousefi N., *Clustering quality management models and methods: systematic literature review and text-mining analysis approach*, „Total Quality Management & Business Excellence” 2021, nr 32(3/4).
238. Molenda M., *Znaczenie wartości organizacyjnych w rozwoju kultury jakości*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2012, nr 63(1891).
239. Montella E. [i in.], *The application of Lean Six Sigma methodology to reduce the risk of healthcare – associated infections in surgery departments*, „Journal of Evaluation in Clinical Practice” 2017, nr 23(3).
240. Morente F., Ferràs X., *Innovation cultural models: review & next steps proposal*, „Universidad & Empresa” 2017, nr 20(34).
241. Morgan G., *Obrazy organizacji*, PWN, Warszawa 1997.
242. Morris R., Seemen M., *The problem of Leadership: Inter-Dyscyplinarny Approach*, „American Journal of Socjology” 1956.

243. Mreła K., *Struktury organizacyjne. Analiza wielowymiarowa*, w: *Myślenie systemowe jako czynnik strukturotwórczy. Struktura Organizacyjna – Pojęcie, Funkcje, Cechy*, pod red. nauk. M. Hożej-Kamińska: „Zeszyty Naukowe WSOWL” 2014, nr 3(173).
244. Mroczko F., *Zarządzanie jakością*, „Prace Naukowe Wałbrzyskiej Wyższej Szkoły Zarządzania i Przedsiębiorczości Seria: Zarządzanie” 2012.
245. Mui K.S, Muthuveloo R., *The Moderating Effect of Kaizen Culture on the Relationship Between Innovation and Operational Performance*, „Advances in Economics, Business and Management Research” 2019, nr 145
246. Myjak T., *Determinanty wewnątrz organizacyjne wpływające na zachowania pracowników w przedsiębiorstwie*, w: *Innowacje w zarządzaniu inżynierii produkcji*, pod red. nauk. R. Kosnała, Oficyna Wydawnicza Polskiego Towarzystwa Zarządzania Produkcją, Opole 2018.
247. Nadziakiewicz M., *Wpływ wdrożonego systemu ISO na funkcjonowanie jednostki służby zdrowia*, w: *Bezpieczeństwo energetyczne w Unii Europejskiej w aspekcie szans i zagrożeń dla Polski*, pod red. nauk. H. Kretek, Oficyna Wydawnicza Politechniki Opolskiej, Opole 2018.
248. Nalepka A., *Metodyka diagnozy struktury organizacyjnej firmy*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Krakowie, Kraków 1995.
249. Nazir O., Islam J.U., *Enhancing organizational commitment and employee performance through employee engagement*, „South Asian Journal of Business Studies” 2017, vol. 6, nr 1.
250. Negron L.A., *Relationship between quality management practices, performance and maturity quality management, a contingency approach*, „Quality Management Journal” 2020, nr 27(4).
251. Niemczyk J., *Metodologia nauk o zarządzaniu*, w: *Podstawy metodologii badań w naukach o zarządzaniu*, pod red. nauk. W. Czakon, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
252. Nightingale A., *Developing the organisational culture in a healthcare setting*, „Nursing Standard” 2018, nr 32(21).
253. Niziołek K., *Analiza i ocena wybranych aspektów środowiskowej kultury organizacji w przedsiębiorstwach polskich*, Wydawnictwo Politechniki Łódzkiej, Łódź 2007.
254. Nogalski B., *Kultura organizacyjna duch organizacji*, TNOiK Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz 1998.



255. Nowak-Starz G. [i in.], *Rola jakości usług medycznych we współczesnym systemie ochrony zdrowia*, w: *Zdrowie Publiczne Standardem Dobrostanu*, pod red. nauk. K. Turowski, Lublin 2018.
256. Nowicka J., Ciekanowski M., *Kapitał ludzki we współczesnej organizacji*, „Nowoczesne Systemy Zarządzania”, 2019, nr 1(14).
257. O'Reilly Ch., Chatman J., Caldwell D.F., *People and organizational culture: A profile comparison approach to assessing person-organization fit*, „Academy Management Journal” 1991, vol. 34, nr 3.
258. Oakland J.S., *Oakland on quality management*, Elsevier, Routledg 2004.
259. Oleksyn T., *Czynniki wspierające i osłabiające współpracę w przedsiębiorstwie*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2018, nr 30.
260. Oliveira H.C., Rodrigues L.L., Craig R., *Bureaucracy and the balanced scorecard in health care settings*, „International Journal of Health Care Quality Assurance” 2020, vol. 33, nr 3.
261. Opolski K., Dykowska G., Moździanek M., *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Geneza jakości. Zarys historyczny*, CeDeWu, Warszawa 2005.
262. Ostrowska S., Burda-Świerż K., *Rola lidera w zarządzaniu zmianą w publicznym podmiocie leczniczym*, w: *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, pod red. nauk. Ł. Sułkowski, R. Szeliga, Difin, Warszawa 2012.
263. Otolą I, Tylec A., *Elastyczność zasobów przedsiębiorstwa w kontekście posiadanych zasobów*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 463.
264. Ouchi W.G., Wilkins A.L., *Organization culture*, „Annual Review of Sociology”, 1985, nr 11.
265. Pacana A., Ulewicz R., *Analysis of causes and effects of implementation of the quality management system compliant with ISO 9001*, „Polish Journal of Management Studies” 2020, vol. 21, nr 1.
266. Paluchowski W.J., *Klimat organizacyjny i jego pomiar*, w: *Psychologiczne wyznaczniki sukcesu w zarządzaniu*, pod red. nauk. S. Witkowski, Warszawa 1998, t. 4.
267. Panasiewicz L., *Strategie formowania przekonań jako aspekt kultury organizacyjnej przedsiębiorstwa*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej” 2019, nr 33.
268. Parasuraman A., Berry L.L., Zeithaml V.A., *Understanding customer expectations of service*, „Sloan Management Review” 1991, nr 32(3).

269. Parkhi S.S., *Lean management practices in healthcare sector: a literature review*, „Benchmarking: An International Journal” 2019, vol. 26, nr 4.
270. Patel A., Chudgar C., *Understanding basics of Six Sigma*, „International Journal of Engineering Research & Technology” 2020, nr 9.
271. Patel P. [i in.], *Culture Survey Report Quality*, „PDA Journal of Pharmaceutical Science and Technology” 2015, nr 69(5).
272. Patyal V.S., Koilakuntla M., *The impact of quality management practices on performance: an empirical study*, „Benchmarking-An International Journal” 2017, nr 24.
273. Pattanaik B., *Quality Assessment Using EFQM Model for Overall Excellence of Indian Health Care Sector*, „Indian Journal of Public Health Research & Development” 2020, nr 11(1).
274. Penc J., *Przedsiębiorczość firm*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa” 2002, nr 1.
275. Peters T.J., Waterman R.H., *In Search of Excellence: Lessons from Americas Best – Run Companies*, Harper, New York 1982.
276. Petschonek S. [i in.], *Measuring the Perceptions of HealthCare Professionals in Hospitals*, „Journal of Patient Safety” 2013, nr 4.
277. Pettigrew A.M., *On studying organizational cultures*, „Administrative Science Quarterly” 1979, vol. 24, nr 4.
278. Pierce J.L., Delbecq A.L., *Organizations structure. Individual Attitudes and Innovation*, „Academy of Management Review” 1977, vol. 2, nr 1.
279. Pintał-Ślimak M. [i in.], *Jakość w opiece zdrowotnej*, „Diagnostyka Laboratoryjna” 2018, nr 54(3).
280. Pintał-Ślimak M., Pietruczuk M., Eusbio E., *Systemy zarządzania jakością w podmiotach leczniczych*, „Diagnostyka Laboratoryjna” 2018, nr 54(4).
281. Piotrowska A., *Rola kultury organizacyjnej w kontekście zarządzania przedsiębiorstwem*, w: *Wyzwania współczesnego zarządzania przedsiębiorstwem*, pod red. nauk. L. Lisowskiej, A. Jędrzejewskiej, Wydawnictwo SIZ, Łódź 2018.
282. Pochtowski A., *Międzynarodowe zarządzanie zasobami ludzkimi*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
283. Pochtowski A., *Zarządzanie zasobami ludzkimi: Strategie - procesy - metody*, PWE, Warszawa 2007.

284. *Program Akredytacji Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Zestaw standardów akredytacyjnych, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2011.*
285. *Program Akredytacji – Szpitale. Zestaw standardów, Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, Kraków 2009.*
286. Psomas E.L., Fotopoulos C.V., Kafetzopoulos D.P., *Critical factors for effective implementation of ISO 9001 in SME service companies*, „Managing Service Quality: An International Journal” 2010, vol. 20.
287. Putnik K. (i in.), *Work-home interface in a cross-cultural context: a framework for future research and practice*, „The International Journal of Human Resource Management” 2020, nr 31(13).
288. Rabiej E., *Transformacja systemu ochrony zdrowia w Polsce - w drodze do zrównoważonego rozwoju*, „Studia BAS” 2017, nr 45(52).
289. Raczyńska E., *Problematyka jakości w ochronie zdrowia – wyzwania dla zarządzania*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie” 2020, nr 2.
290. Raczyńska E., *Efektywność w ochronie zdrowia, jako wyzwanie dla zarządzania*, „Przegląd Organizacji” 2020, nr 5(964).
291. Rahman N., *Assessing Critical Success Factors (CSFs) and quality of service: an empirical study based on Singapore companies*, „Asia Pacific Journal of Business and Management” 2012, vol. 3, nr 1.
292. Rajkiewicz M., Mikulski R., *Tendencje zmian w systemach zarządzania. Problemy integracji oraz wdrożenia*, „Monografie Politechniki Łódzkiej” 2016.
293. Ramadan N., Arafesh M., *Healthcare quality maturity assessment model base on quality drivers*, „International Journal of Healthcare Quality Assurance” 2016.
294. *Raport GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia - 2019*, Warszawa 2020.
295. Reber A.S., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2015.
296. Rich B.L., Lepine J.A., Crawford E.R., *Job engagement: Antecedents and effects on job performance*, „Academy of Management Journal” 2015, nr 53(3).
297. Rivai R., Umar Gani M., Murfat M.Z., *Organizational Culture and Organizational Climate as a Determinant of Motivation and Teacher Performance*, „Advances in Social Sciences Research Journal” 2019, nr 6(2).
298. Robbins B., Davidhizar R., *Transformational leadership in health care today*, „The Health Care Manager” 2020, vol. 39, iss. 3.
299. Robbins S.P., Judge T.A., *Organizational behaviors*, Pearson Education, New Jersey 2013, vol. 4.

300. Robinson S.L., Morrison E.W., *Psychological contract and OCB: The effect of unfulfilled obligation on civic virtue*, „Journal of Organizational Behavior” 1995, nr 16.
301. Robinson E., *A method form imaginative measurement and developement of quality culture*, „Total Quality Management” 1997, nr 8.
302. Rockart J.F., *Chief executives define their own data needs*, „Harvard Business Review” 1979, nr 2.
303. Rodrigues J.D., Terra F., Berssanetii T., *Hospital accreditation and its impacts on good practices in health services*, „Original Paper O Mundo da Saúde” 2017, nr 41(1).
304. Rodrigues J.D., *Hospital accreditation and its impacts on quality culture*, International Joint Conference Valencia 2017.
305. Rogozińska-Pawelczyk A., *Kształtowanie postawy zaangażowania organizacyjnego*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi” 2014, nr 2(97).
306. Rogoziński K., *Nowy marketing usług*, Wydawnictwo AE w Poznaniu, Poznań 2000.
307. Rokita J, *Zarządzanie strategiczne: tworzenie i utrzymywanie przewagi konkurencyjnej*, PWE, Warszawa 2005.
308. Rybacka R., *Tożsamość jako element bezpieczeństwa kulturowego*, „Zeszyty Naukowe WSA w Łomży” 2017, nr 66.
309. Sakalas A., Venskus R., *Interaction of learning organization and organizational structure*, „Engineering Economics” 2007, vol. 3, nr 53.
310. Samson D., Terziovski M., *The link between TQM practices and organizational performance*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 1999, nr 13.
311. Saraph J.V., Benson P.B., Schroeder R.G., *An instrument for measuring the critical factors of quality management*, „Decision Sciences” 1989, nr 20(4).
312. Sari Y. [i in.], *From ISO 9001:2008 to ISO 9001:2015: Significant changes and their impacts to aspiring organizations*, IOP Conf. Series: Materials Science and Engineering 2017, nr 273.
313. Sasak J., *Zarządzanie ryzykiem w placówkach ochrony zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2020.
314. Schein E.H, *Organizational culture and leadership*, John Wiley & Sons, San Francisco 2010.
315. Scott T. [i in.], *Implementing culture change in health care: Theory and practice*, „International Journal for Quality in Healthcare” 2003, nr 2.
316. Sehić-Kršlak S., *The role of leadership in creating an organizational culture*, „Journal of Economics” 2020, nr 3(1).

317. Senhoras E.M., *Culture in hospital organizations and cultural policies for coordinating communication and learning*, „Electronic Journal of Communication, Information & Innovation in Health” 2007, vol.1, nr 1.
318. Seyedi H., Mohebbifar R., Rafiei S., *Quality management system and its role in the quality maturity of training hospitals*, „Journal of Client-Centered Nursing Care” 2019, nr 5(2).
319. Shafiq M. [i in.], *Services quality assessment of hospitals in Asian context: An empirical evidence from Pakistan*, „Journal of Health Care Organization, Provision and Financing” 2017, nr 54.
320. Shatrov K. [i in.], *Improving health care from the bottom up: Factors for the successful implementation of kaizen in acute care hospitals*, „PloS One” 2021, nr 16(9).
321. Shewhart W.A., *Economics Control of Quality of Manufactured Product*, Van Nostrand Company, New York 1931.
322. Shirey W.T. [i in.], *Application of lean six sigma to improve service in healthcare facilities management: A case study*, „Journal of Facility Management Education and Research” 2017, nr 1.
323. Siehl C., Martin J., *The role of symbolic management: How can managers effectively transmit organizational culture?* w: *Leaders and Managers* pod red. nauk. J. Hunt, D. Hosking, C. Schriesheim, „International Perspectives on Managerial Behaviour and Leadership” 1984.
324. Sikorski C., *Zachowania ludzi w organizacji: Społeczno-kulturowe skutki zachowań*, PWN, Warszawa 1999.
325. Sikorski C., *Organizacja bez wodzów. Od przywództwa emocjonalnego do koordynacji demokratycznej*, C.H. Beck, Warszawa 2006.
326. Sila I., Ebrahimpour M., *An investigation of the total quality management survey based research published between 1989 and 2000: A literature review*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2002, nr 19(7).
327. Sinclair J., Collins D., *Towards a quality culture*. „International Journal of Quality & Reliability Management”, 1994, nr 11.
328. Srisathan W.A., Ketkaew C., Naruetharadhol P., *The intervention of organizational sustainability in the effect of organizational culture on open innovation performance: A case of Thai and Chinese SMEs*, „Cogent Business & Management” 2020, nr 7(1).

329. Škerlavaj M. [i in.], *Organizational learning culture – the missing link between business process change and organizational performance*, “International Journal of Production Economics” 2007, nr 106(3).
330. Skowron S., *Klient w organizacji sieciowej*, Difin, Warszawa 2013.
331. Skrzypczyńska K., *Zarządzanie jakością w polskich szpitalach – wpływ systemów zarządzania jakością na funkcjonowanie szpitala*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2012, nr 4(13).
332. Skrzypek E., *Dojrzałość organizacji i jej wpływ na doskonalenie zarządzania przedsiębiorstwem*, „Problemy Jakości” 2014, nr 11
333. Skrzypek E., *Dojrzałość jakościowa a wyniki przedsiębiorstw zorientowanych pro jakościowo*, Difin, Warszawa 2013.
334. Skrzypek E., *Dojrzałość jakościowa organizacji w świetle teorii i doświadczeń organizacji*, „Marketing i Rynek” 2014, nr 5.
335. Skrzypek E., *Nowoczesne trendy w zarządzaniu a doskonalenie zarządzania*, w: *Jakość i zarządzanie w agrobiznesie*, Wybrane aspekty, pod red. nauk. E. Czernyszewicz, E. Kołodziej, Wydawnictwo Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie, Lublin 2018.
336. Skrzypek E., Grela G., Piasecka A., *Uwarunkowania doskonalenia zarządzania jakością*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej w Lublinie, Lublin 2019.
337. Slingstad L., *The Contribution of Variable Control Charts to Quality Improvement in Healthcare: A Literature Review*, „Journal of Healthcare Leadership” 2021, nr 13.
338. Smircich L., *Studying Organisations as Cultures w: Beyond Method: Strategies for Social Research*, pod red. nauk. G. Morgan, Beverly Hills-London-New Delhi 1983.
339. Smolarek M., Sipa M., *Klimat organizacyjny jako przejaw kultury organizacyjnej w małych przedsiębiorstwach*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie” 2015, nr 4.
340. Smythe J., *CEO - dyrektor do spraw zaangażowania*, Wolters Kluwer, Kraków 2009.
341. Sobczak A., *Struktury organizacyjne*, w: *Zarządzanie, Teoria i praktyka*, pod red. nauk. A.K. Koźmiński, W. Piotrowski, PWN, Warszawa 2004.
342. Soliński B., *Innowacyjne koncepcje zarządzania jakością oparte o Lean management i Six Sigma – charakterystyka i porównanie*, w: *Innowacyjność*

- w działalności gospodarczej, pod red. nauk. N. Iwaszczuk, Wydawnictwo IGSMiE PAN, Kraków 2019.
343. Sosnowska D., *Doskonałość doskonała*, „Znak” 2005, nr 6(601).
344. Soylu T.G. [i in.], *Engagement of small to medium-sized primary care practices in quality improvement efforts*, „The Journal of the American Board of Family Medicine” 2021, nr 34(1).
345. Springer A., *Wybrane czynniki kształtujące satysfakcję pracownika*, „Problemy Zarządzania” 2011, nr 9(4).
346. Srinivasan A., Kurey B., *Creating a Culture of Quality*, „Harvard Business Review” 2014, nr 92(4).
347. Stańczyk S., *Nurt kulturowy w zarządzaniu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2008.
348. Stańczyk S., *Paradoksy kultury organizacyjnej*, w: *Zasoby organizacji. Zagadnienia epistemologiczne i metodologiczne*, pod red. nauk. A. Grzybowska, J. Świrski-Korłub, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław 2016.
349. Stańczyk S., Oleksyn T., Herman A., *Zarządzanie respektujące wartości. Raport z badań*, Difin, Warszawa 2016.
350. Stańda A., *Kultura organizacyjna, jako czynnik sukcesu - kulturowe zarządzanie organizacją*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego” 2005, nr 5.
351. Starosta A., Zieliński G., *Doskonaleństwo jakości w usługach zdrowotnych*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstwa” 2017, nr 12.
352. Stasiuk A., *Rola społecznego środowiska pracy w budowaniu zaangażowania pracowników*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Poznańskiej. Organizacja i Zarządzanie” 2012, nr 58.
353. Stata Corp, *Stata Multivariate Statistics. Reference Manual*, Stata Press, College Station 2017, nr 15.
354. Stawicka M., *Improving the quality of medical services and patient safety in the context of accreditation of Hospitals in Poland*, „Journal of Modern Science” 2016, nr 2(29).
355. Stawicka M., *Zarządzanie jakością w usługach medycznych*, „Zarządzanie i Edukacja” 2012, nr 81.
356. Stretton P., *The just culture: why it is not just, and how it could be*, „British Journal of Healthcare Management” 2020, nr 26(11).

357. Suchecka J., Owczarek K., *Mierniki efektywności usług zdrowotnych w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej*, „Problemy Zarządzania” 2011, nr 3.
358. Sullivan J.L, Rivard P.E., Shin M.H., *Applying the high reliability health care maturity model to assess hospital performance*, “The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety” 2016, vol. 42, iss. 9.
359. Sułkowski Ł., *Czy kultura jakości w uczelni wyższej to to samo co kultura akademicka?* „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2014, t. XV, z. 8.
360. Sułkowski Ł., *Czy warto zajmować się kulturą organizacyjną*, „Zarządzanie Zasobami Ludzkimi”, 2008, nr 6.
361. Sułkowski Ł., *Funkcjonalistyczna wizja kultury organizacyjnej w zarządzaniu: dominujący paradygmat i jego krytyka*, „Problemy Zarządzania” 2013, nr 4(11).
362. Sułkowski Ł., *Kultura jakości w zarządzaniu, czyli pomiędzy tożsamością a kulturą organizacyjną*, „Przedsiębiorczość i Zarządzanie” 2013, nr 14(08).
363. Sułkowski Ł., *Kultura organizacyjna od podstaw*, Wydawnictwo Społecznej Akademii Nauk, Łódź 2020.
364. Sułkowski Ł., *Kultura jakości w zarządzaniu europejskimi uczelniami wyższymi*, „Zeszyty Naukowe WSB we Wrocławiu” 2013, nr 4(36).
365. Sułkowski Ł., *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa 2002.
366. Sułkowski Ł., *Kulturowe procesy zarządzania*, Difin, Warszawa 2012.
367. Sułkowski Ł., *The problems of epistemology of corporate culture*, „Journal of Intercultural Management” 2009, nr 1.
368. Sułkowski Ł., Seliga R., *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa 2012.
369. Sułkowski Ł., Lenart-Ganisiewicz R., *Epistemologia, metodologia i metody badań w naukach o zarządzaniu i jakości*, Wydawnictwo Społeczna Akademia Nauk, Łódź 2021.
370. Sunder M.V., Kunnath N.R., *Six Sigma to reduce claims processing errors in a healthcare payer firm*, „Production Planning & Control” 2020, nr 31(6).
371. Swaffin-Smith C., Barnes R., Townsend M.C., *Culture surveys: Monitoring and enhancing the impact of change programmes*, „Total Quality Management” 2002, nr 13(6).
372. Swensen S., Mohta N., *Leadership survey: Organizational culture is the key to better health care*, „New England Journal of Medicine Catalyst Insights Report” 2019.



373. Syam A.R., Ulfatin N., Maisyaroh M., *Strategy for Establishment Santri Leadership Character*, Istawa, „Journal Pendidikan Islam” 2020, nr 5(1).
374. Szafrński M., *Skuteczność działań w systemach zarządzania jakością przedsiębiorstw*, Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej, Poznań 2006.
375. Szara M. [i in.], *Przegląd narzędzi badawczych do oceny kultury organizacyjnej w systemie opieki zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej” 2018.
376. Szarucki M., *Modelowanie w rozwiązywaniu problemów zarządzania*, w: *Rozwój koncepcji i metod zarządzania*, pod red. nauk. J. Czekaj, M. Lisiński, Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków 2011.
377. Szczepańska K., Kosiorek D., *Wartości kultury organizacyjnej w zasadach zarządzania jakością*, w: *Zarządzanie jakością w przestrzeni organizacyjno-społecznej*, pod red. nauk. T. Sikora, Wydawnictwo Naukowe PTTŻ, Kraków 2017.
378. Szczepański J., *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa 1963.
379. Szczurek T., *Wykorzystanie metody akredytacji do kształtowania jakości i bezpieczeństwa usług medycznych*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie” 2015, nr 12(948).
380. Szejniuk A., *Rola zasobów ludzkich w strategicznym zarządzaniu organizacją*, „Journal of Modern Science” 2017, nr 32(1).
381. Szeptuch A., *Pomiar kultury organizacyjnej w organizacjach ochrony zdrowia*, „E-mentor” 2016, nr 3(65).
382. Szkiel A., *Orientacja na klienta w wymaganiach normy ISO 9001:2015*, „Marketing i Zarządzanie” 2016, nr 3.
383. Sztompka P., *Socjologia. Analiza społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2010.
384. Sztompka P., *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007.
385. Tahiri A. [i in.], *Decision-Making and the Applying of Decision-Making Techniques in SMEs in Kosovo*, „Calitatea” 2021, nr 22(180).
386. Tarhan A., Turetken O., Reijers H.A., *Business process maturity models: A systematic literature review*, „Information and Software Technology” 2016, vol. 75.
387. Tarhan A.K. [i in.], *Maturity assessment and maturity models in health care: A multivocal literature review*. „Digital Health” 2020, Vol. 6.
388. Tarí J.J., *Components of successful total quality management*, „The TQM Magazine” 2005, vol. 17, nr 2.

389. Tari J.J. [i in.], *The internalization of a sectorial standard for quality management: A qualitative analysis in tourism. In ISO 9001, ISO 14001, and New Management Standards*, Springer International Publishing AG, 2018.
390. Tata J., Prasad S., *Cultural and structural constraints on Total Quality Management*, „Total Quality Management” 1998, nr 9(8).
391. Tenta-Skiercz D., *Zmiana kultury organizacyjnej – możliwości i ograniczenia*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2017, nr 463.
392. Thompson V.A., *Bureaucracy and Innovation*, „Administrative Science Quarterly” 1965, nr 10(1).
393. Tošić B., Ruso J., Filipović J., *Quality management in Healthcare: Concepts, Principles and Standards*, 3rd International Conference on Quality of Life 2018.
394. Trela A., *Zarządzanie jakością w działalności leczniczej. Nowe wymagania systemów zarządzania – normy ISO i standardy akredytacyjne*, Wydawnictwo Wiedza i Praktyka, Warszawa 2016.
395. Trzcieniecki J., *Projektowanie systemów zarządzania*, PWN, Warszawa 1982.
396. Tsai Y. [i in.], *Impact of hospital quality culture and reward system on employee perception of service quality*, „Research Square” 2020.
397. Tsang J.H., Antony J., *Total quality management in UK service organisations: some key findings from a survey*, „Managing Service Quality: An International Journal” 2001, vol. 11, nr 2.
398. Tylor E.B., *Primitive Culture, Researches into the Development of Mythology, Philosophy, Religion, Language, Art, and Custom*, London 1891, vol 1.
399. Urban W., *Klimat organizacyjny jako czynnik rozwoju przedsiębiorstw usługowych*, „Przegląd Organizacji” 2008, nr 7–8.
400. Victor J., Hoole C., *The influence of organisational rewards on workplace trust and work engagement SA*, „Journal of Human Resource Management” 2017, nr 15.
401. Vitolla F. [i in.], *Do cultural differences impact ethical issues? Exploring the relationship between national culture and quality of code of ethics*, „Journal of International Management” 2021, nr 27(1).
402. Walasek-Walczak U., *Komentarz do art. 3, w: Ustawa o działalności leczniczej pod red. nauk. F. Grzegorzcyka*, Warszawa 2013.
403. Walczak M., *Interdyscyplinarny charakter kulturoznawczego pojęcia kultury*, „Człowiek i Społeczeństwo” 2015, vol. TXXXIX.

404. Walczak W., *Wpływ kultury organizacyjnej na kształtowanie postaw i poziom zaangażowania studentów*, w: *Twórczość, pasja, Uniwersytet. Kategoria zaangażowania w dydaktyce akademickiej*, pod red. nauk. J. Płuciennik, K. Klimczak, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2015.
405. Walczak W., *Wpływ kultury organizacyjnej na skłonność dzielenia się wiedzą*, „E - Mentor” 2012, nr 1(43).
406. Walczak W., *Wpływ założeń kulturowych na kształtowanie postaw i zachowań ludzi w organizacji*, „Humanizacja Pracy” 2015, nr 2.
407. Wallach E.J., *Individuals and Organizations The Cultural Match*, „Training Development Journal” 1983, vol. 37, nr 2.
408. Walesiak M., *Zagadnienie doboru liczby klas w klasyfikacji spektralnej*, „Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu” 2013, nr 278.
409. Walesiak M., Gatnar E., *Metody statystycznej analizy wielowymiarowej w badaniach marketingowych*, Wydawnictwo AE we Wrocławiu, Wrocław 2004.
410. Watson M.A., Gryna F.M., *Quality Culture in small business: Four case studies: How to determine the quality culture at a small company*, „Quality Progress” 2001, nr 34.
411. Wawak T., *Kultura zarządzania oparta na jakości*, Wydawnictwo Ementon, Warszawa 2016.
412. Wawak T., *TQM a zarządzanie zmianami*, „Przegląd Organizacji” 2001, nr 5.
413. Wąsowska A., *Zarządzanie wiedzą w organizacjach pożytku publicznego czynnikiem ich sukcesu*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2018, nr 31.
414. Welch J., *Winning znaczy zwyciężać*, Wydawnictwo Emka, Warszawa 2005.
415. Węgrzyn M., *Identyfikacja potrzeb finansowych i priorytetów zdrowotnych w praktyce polskiego systemu opieki zdrowotnej*, „Przedsiębiorstwo & Finanse” 2015, nr 3(10).
416. Wężowicz-Ziółkowska D., *Kulturowe źródła antropopresji*, „Zoophilologica. Polish Journal of Animal Studies”, 2021, nr 1(7).
417. White K.M. [i in.], *Translation of evidence into nursing and healthcare*, Springer Publishing, New York 2020.
418. *Quality Ace In Heath Care*, WHO Working Group 1989.
419. Wiernek B., *Kultura organizacyjna przedsiębiorstwa*, „Prace Naukowe WSZiB” 2000, nr 23.

420. Wierzowiecka J., *Przywództwo jako determinanta skuteczności systemu zarządzania jakością*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Ekonomiczno-Społecznej w Ostrołęce” 2016, nr 23.
421. Willar D., Coffey V., Trigunarsyah B., *Examining the implementation of iso 9001 in Indonesian construction companies*, „TQM Journal” 2015, nr 27(1).
422. Williams R., *Keywords: a Vocabulary of Culture and Society*, London 1976.
423. Willis C.D. [i in.], *Sustaining organizational culture change in health systems*, „Journal of Health Organization and Management” 2016, vol. 30, nr 1.
424. Wilson E., *Inclusion, exclusion and ambiguity – The role of organisational culture*, „Personnel Review” 2000, vol. 29, iss. 3.
425. Wilson F., *The Quality maturity model: your roadmap to a culture of quality*, „Library Management” 2015, 36(3).
426. Wiśniewska M.Z., *Jakość usług medycznych - instrumenty i modele*, CeDeWu, Warszawa 2016.
427. Wiśniewska M.Z., *Kultura organizacyjna oraz kultury wzmacniające doskonalenie podmiotów opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Instytut Naukowo - Wydawniczy Spatium Radom 2021.
428. Witczak I., *Efektywność jako narzędzie kontroli zarządczej na przykładzie firm branży kosmetycznej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” 2015, nr 76, t. 2.
429. Wojciszke B., *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
430. Wojtowicz A., *Istota i modele kultury organizacyjnej - przegląd koncepcji*, „Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie” 2004, nr 5.
431. Wolniak R., Olkiewicz M., *The relations between Safety Culture and Quality Culture*, „System Safety: Human-Technical Facility Environment” 2019, vol 19, nr 1.
432. Wolniak R., *The normalization of management systems in Poland*, „Scientific Papers of Silesian University of Technology. Organization and Management” 2019, nr 135.
433. Wolniak R., *Wymiary kulturowe polskich organizacji a doskonalenie zarządzania jakością*, CeDeWu, Warszawa 2012.
434. Wolniak R., *The level of maturity of quality management systems in Poland - results of empirical research*, „Sustainability” 2019, nr 11(15).

435. Wong B.M, Headrick L.A., *Application of continuous quality improvement to medical education*, „Medical Education” 2021, nr 55(1).
436. Woods J.A., *The six values of a quality culture*, „National Productivity Review”, 1997, nr 16.
437. Wright J.R., *The American College of Surgeons, Minimum Standards for Hospitals, and the Provision of High-Quality Laboratory Services*, „Archives of Pathology & Laboratory Medicine” 2017, nr 141(5).
438. Wróbel J., *Etyka lekarska, etyka medyczna i bioetyka. Próba metodologicznego rozróżnienia*, „Roczniki Teologii Moralnej” 2012, nr 4(59).
439. Wu S.H., Lee J.L., *A comparison study of nursing care quality in different working status nursing staffs: an example of one local hospital*, „Journal of Nursing Research” 2006, nr 14.
440. Wu S.J., Melnyk S.A., Flynn B.B., *Operational capabilities: The secret ingredient*, „Decisions Sciences” 2010, vol. 41.
441. Wudarszewski G., *Początki zainteresowań problematyką klimatu organizacyjnego w polskiej literaturze naukowej*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu” 2016.
442. Wziątek-Staśko A., *Kulturowe uwarunkowania poziomu motywacji i zaangażowania pracowników*, „Marketing i Zarządzanie” 2018, nr 1(51).
443. Yang Y.T [i in.], *Case study: international healthcare service quality, building a model for cultivating cultural sensitivity*, „International Journal for Quality in Health Care” 2020, nr 32(9).
444. Yousef K., *Four pillars of cross-cultural management: A systematic literature review*, „Vezetéstudomány, Budapest Management Review” 2020, nr 51(5).
445. Yanus T.A., Aknibar A.T, Emre I.S., *The effects of quality management system on patient safety culture in hospitals research*, „Journal of Politics, Economics and Management” 2016, vol. 4, iss. 2.
446. Zając C., *Wartości kulturowe jako podstawa kształtowania pożądanych postaw i zachowań pracowników w grupach kapitałowych*, „Przegląd Organizacji” 2018, nr 3.
447. Zakaria Z, Lasrado F., *Embedding culture and quality for high performing organizations*, Productivity Press, New York 2019.
448. Zakrzewska-Bielawska A., *Zasobowe uwarunkowania kompetencji w przedsiębiorstwach high-tech*, „Przegląd Organizacji” 2013, nr 2.

449. Zakrzewska-Bielawska A., *Modele badawcze w naukach o zarządzaniu*, „Organizacja i Kierowanie” 2018, nr 2.
450. Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, PWN, Warszawa 2005.
451. Zieliński G., *Systemowe ujęcie wpływu destabilizatorów na poszukiwanie równowagi adaptacyjnej w procesie doskonalenia jakości w podmiotach leczniczych*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej, Organizacja i Zarządzanie” 2017, nr 114.
452. Ziębicki B., *Uwarunkowania oceny efektywności świadczenia usług użyteczności publicznej*, „Zeszyty Naukowe. Wyższa Szkoła Ekonomiczna” 2007, nr 6.
453. Zimbardo P.G., *Psychologa*, PWN, Warszawa 2001.
454. Zwoliński Ł., *Działania projakościowe w Samodzielnych Publicznych Zakładach Opieki Zdrowotnej*, „Zeszyty Naukowe Politechniki Łódzkiej. Organizacja i Zarządzanie” 2014, nr 58.
455. Żółtowski M., Żółtowski B., *Narzędzia kształtowania jakości usług w przedsiębiorstwie*, „Logistyk” 2012, nr 6.
456. Żuchowski J., Łagowski E., *Narzędzia i metody doskonalenia jakości*, Wydawnictwo Politechniki Radomskiej, Radom 2004.

## **Normy**

1. ISO 10018:2020. Quality management. Guidance for people engagement.
2. ISO/DIS 10010:2021. Quality management – Guidance to understanding, evaluate and improve organizational quality culture to drive sustained success.
3. PN-EN 15224:2013-04. Systemy zarządzania jakością – EN ISO 9001:2008 dla sektora ochrony zdrowia.
4. PN-EN 15224:2017-02. Systemy zarządzania jakością – EN ISO 9001:2015 dla sektora ochrony zdrowia.
5. PN-EN IEC 31010:2020. Zarządzanie ryzykiem. Techniki oceny ryzyka.
6. PN-EN ISO 10014:2008. Zarządzanie jakością. Wytyczne do osiągania korzyści finansowych i ekonomicznych.
7. PN-EN ISO 19011:2018. Wytyczne dotyczące auditowania systemów zarządzania.
8. PN-EN ISO 9000:2015. Systemy zarządzania jakością. Podstawy i terminologia.

9. PN-EN ISO 9004:2009. Zarządzanie ukierunkowane na trwały sukces. Podejście wykorzystujące zarządzanie jakością.
10. PN-EN ISO 9004:2018. System zarządzania jakością. Jakość organizacji. Wytyczne osiągnięcia trwałego sukcesu.

### **Przepisy prawa**

1. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Dz. Urz. Min. Zdr. 2010.2.24).
2. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 7 kwietnia 2011 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. Urz. Min. Zdr. 2011.4.42).
3. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 lipca 2013 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania stacjonarnych jednostek leczenia uzależnień (Dz. Urz. Min. Zdr. 2013.28).
4. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2015 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania podmiotów leczniczych wykonujących inwazyjne procedury zabiegowe i operacyjne (Dz. Urz. Min. Zdr. 2015.67).
5. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. 1991 r. nr 91 poz. 408).
6. Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. 1997 r. nr 28 poz. 153).
7. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2021, poz. 1285, tekst jednolity z późn. zm.).
8. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2016, poz. 2135, tekst jednolity z późn. zm.).
9. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2020, poz. 849, tekst jednolity z późn. zm.).
10. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021, poz. 711, tekst jednolity z późn. zm.).
11. Ustawa z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. 2017, poz. 844).

12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie Rady Akredytacyjnej (Dz. U. 2021, poz. 391, tekst jednolity z późn. zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2020, poz. 320, tekst jednolity z późn. zm.).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019, poz. 595).
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. 2019, poz. 605).
16. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie procedury oceniającej spełnianie przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych standardów akredytacyjnych oraz wysokości opłat za jej przeprowadzenie (Dz.U. 2019, poz. 2068).

## Netografia

1. Kozak A., *Zatrzymać pracownika poprzez kształtowanie kultury organizacyjnej*, [www.ibd.pl/wiedza-dla-biznesu/zatrzymac-pracownika-poprzez-ksztaltowanie-kultury-organizacyjnej](http://www.ibd.pl/wiedza-dla-biznesu/zatrzymac-pracownika-poprzez-ksztaltowanie-kultury-organizacyjnej).
2. *Ranking szpitali CMJ*, [www.cmj.org.pl/ranking/wyniki\\_2020](http://www.cmj.org.pl/ranking/wyniki_2020).
3. StatSoft, *Elektroniczny Podręcznik Statystyki PL*, Kraków 2006, [www.statsoft.pl/textbook/stathome.html](http://www.statsoft.pl/textbook/stathome.html).
4. Watkins M.D., *What is organisational culture and why do we need it?*, [www.hbr.org/2013/05/what-is-organizational-culture](http://www.hbr.org/2013/05/what-is-organizational-culture).
5. [www.cmj.org.pl/who/okk/modele\\_okk.php](http://www.cmj.org.pl/who/okk/modele_okk.php).
6. [www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php](http://www.cmj.org.pl/akredytacja/certyfikaty.php).
7. [www.emc-sa.pl/o-nas/misja-wizja-wartosci](http://www.emc-sa.pl/o-nas/misja-wizja-wartosci).
8. [www.dermoklinika.pl/o-nas/wartosci](http://www.dermoklinika.pl/o-nas/wartosci).
9. [www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki](http://www.gov.pl/web/zdrowie/dobre-praktyki).
10. [www.gov.pl/web/krmc/projekt-ustawy-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-i-bezpieczenstwie-pacjenta](http://www.gov.pl/web/krmc/projekt-ustawy-o-jakosci-w-opiece-zdrowotnej-i-bezpieczenstwie-pacjenta).



11. [www.klinika-rzeszow.pl/misja-i-wizja](http://www.klinika-rzeszow.pl/misja-i-wizja).
12. [www.naukowiec.org/wzory/metodologia/minimalna-liczebosc-proby\\_902.html](http://www.naukowiec.org/wzory/metodologia/minimalna-liczebosc-proby_902.html).
13. [www.medicus.com.pl/o-nas](http://www.medicus.com.pl/o-nas).
14. [www.klinika-rzeszow.pl/misja-i-wizja](http://www.klinika-rzeszow.pl/misja-i-wizja).
15. [www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-slaskiego-ow-nfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz](http://www.nfz.gov.pl/biuletyn-informacji-publicznej-slaskiego-ow-nfz/wykaz-szpitali-zakwalifikowanych-do-psz).
16. [www.pwc.pl/pl/publikacje/2019/indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2018.html](http://www.pwc.pl/pl/publikacje/2019/indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2018.html)
17. [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl).
18. [www.sjp.pwn.pl](http://www.sjp.pwn.pl).
19. [www.sniadecja.pl/o-nas/](http://www.sniadecja.pl/o-nas/).
20. [www.swk.med.pl/jednostki-medyczne/oddzialy-szpitalne-dla-doroslych](http://www.swk.med.pl/jednostki-medyczne/oddzialy-szpitalne-dla-doroslych).
21. [www.vratislavia-medica.pl/o-nas/misja-i-wizja](http://www.vratislavia-medica.pl/o-nas/misja-i-wizja).
22. [www.szpitaleskulap.pl/o-nas/nasze-wartosci](http://www.szpitaleskulap.pl/o-nas/nasze-wartosci).

## WYKAZ TABEL

Tabela 1.	Ujęcia kultury organizacyjnej .....	18
Tabela 2.	Wybrane definicje kultury organizacyjnej .....	20
Tabela 3.	Charakterystyka składników kultury organizacyjnej .....	22
Tabela 4.	Artefakty kultury organizacyjnej .....	25
Tabela 5.	Jednowymiarowe typy kultury organizacyjnej .....	30
Tabela 6.	Wybrane wielowymiarowe typologie kultur organizacyjnych .....	30
Tabela 7.	Typy kultur wzmacniających kulturę organizacyjną .....	35
Tabela 8.	Porównanie kultury organizacyjnej i kultury jakości w podmiotach lecniczych.....	38
Tabela 9.	Zakres wybranych badań prowadzonych w obszarze kultury jakości .....	40
Tabela 10.	Wybrane narzędzia badawcze do oceny kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia.....	41
Tabela 11.	Wartości deklarowane przez wybrane szpitale w Polsce.....	47
Tabela 12.	Paradoksy pomiędzy uznawanymi wartościami, a obserwowanymi praktykami w podmiotach leczniczych.....	50
Tabela 13.	Uznawane wartości w ramach różnych typów kultur organizacyjnych.....	50
Tabela 14.	Wybrane typologie postaw organizacyjnych w kulturze jakości.....	53
Tabela 15.	Postawy w różnych wymiarach kulturowych wspierające kulturę organizacyjną .....	55
Tabela 16.	Wymiary i czynniki kształtujące klimat organizacyjny .....	57
Tabela 17.	Praktyki wspierające zarządzanie jakością .....	60
Tabela 18.	Cechy kultury jakości, a stopień ich zawansowania .....	61
Tabela 19.	Wybrane cechy organizacji wpływające na kształtowanie kultury jakości .....	62
Tabela 20.	Cechy charakterystyczne dla usług medycznych.....	75
Tabela 21.	Cechy usług medycznych wg normy PN-EN ISO 15224:2017.....	77
Tabela 22.	Elementy składowe zarządzania jakością w różnych ujęciach znaczeniowych .....	78
Tabela 23.	Porównanie wybranych zewnętrznych systemów zarządzania jakością funkcjonujących w ochronie zdrowia wg przyjętych kryteriów.....	82
Tabela 24.	Najważniejsze systemy zarządzania tworzące rodzinę norm ISO 9000 .....	85
Tabela 25.	Najważniejsze obszary wymagań systemu zarządzania jakością wg ISO 9001:2015 .....	87

Tabela 26. Korzyści ze stosowania systemu zarządzania jakością w podmiotach leczniczych.....	90
Tabela 27. Cechy procesu akredytacji w ochronie zdrowia .....	95
Tabela 28. Obszary wymagań wybranych standardów akredytacyjnych .....	96
Tabela 29. Przykładowe metody i narzędzia zarządzania jakością .....	106
Tabela 30. Podział i rola narzędzi i metod w różnych koncepcjach zarządzania jakością.....	106
Tabela 31. Typologie zasobów .....	122
Tabela 32. Cechy organizacji dojrzałej jakościowo .....	129
Tabela 33. Fazy dojrzałości w ujęciu modelowym.....	130
Tabela 34. Wybrane elementy samooceny poziomu dojrzałości obszaru wg PN-EN ISO 9004:2018.....	131
Tabela 35. Poziom kultury organizacyjnej, a cechy dojrzałości jakościowej organizacji .....	132
Tabela 36. Poziomy dojrzałości jakościowej wg modelu Quality Management Maturity Grid .....	134
Tabela 37. Poziomy i cechy dojrzałości jakościowej wg W. Łukasińskiego .....	135
Tabela 38. Czynniki sukcesu organizacji decydujące o skuteczności systemu zarządzania jakością .....	141
Tabela 39. Praktyki kształtujące dojrzałość jakościową w kontekście skuteczności zarządzania jakością.....	144
Tabela 40. Przykładowe kryteria i mierniki oceny efektywności.....	147
Tabela 41. Symptomy doskonałości i ich cechy charakterystyczne.....	151
Tabela 42. Wybrane modele doskonałości .....	152
Tabela 43. Wymiary dojrzałości jakościowej w praktyce zarządzania jakością .....	153
Tabela 44. Porównanie wybranych cech szpitali publicznych i niepublicznych.....	163
Tabela 45. Wykorzystane metody badawcze i ich zastosowanie .....	174
Tabela 46. Ogólny plan postępowania badawczego .....	175
Tabela 47. Opis zmiennych badawczych – wartości organizacyjnych.....	177
Tabela 48. Opis zmiennych badawczych – uwarunkowań zewnętrznych praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych.....	179
Tabela 49. Opis zmiennych badawczych – uwarunkowań wewnętrznych praktyk zarządzania jakością .....	180
Tabela 50. Opis zmiennych badawczych – postaw zarządzania jakością .....	183

Tabela 51. Opis zmiennych badawczych - wymiarów dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych .....	184
Tabela 52. Charakterystyka zbiorowości badania pilotażowego .....	186
Tabela 53. Statystyki opisowe – wielkość szpitala wyrażona ilością łóżek szpitalnych oraz poziom zatrudnienia wyrażony liczbą przeliczeniową pełnych etatów bez względu na formę zatrudnienia (badania pilotażowe) .....	187
Tabela 54. Statystyki opisowe – wielkość szpitala wyrażona ilością łóżek szpitalnych oraz poziom zatrudnienia wyrażony liczbą przeliczeniową pełnych etatów bez względu na formę zatrudnienia (badania właściwe) .....	198
Tabela 55. Statystyki opisowe dla liczby stosowanych znormalizowanych systemów zarządzania .....	204
Tabela 56. Statystyki opisowe dla deklarowanej postawy wobec znormalizowanych systemów zarządzania .....	205
Tabela 57. Statystyki opisowe dla liczby wykorzystywanych instrumentów zarządzania jakością .....	206
Tabela 58. Statystyki opisowe dla wewnętrznych uwarunkowań praktyk zarządzania jakością .....	206
Tabela 59. Statystyki opisowe dla postaw wobec zarządzania jakością .....	208
Tabela 60. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a stosowanymi zewnętrznymi znormalizowanymi systemami zarządzania mierzone wartością współczynnika V Cramera .....	211
Tabela 61. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a stosowanymi instrumentami zarządzania jakością mierzone wartością współczynnika V Cramera .....	212
Tabela 62. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo1-wo4), a stosunkiem do zewnętrznych znormalizowanych systemów zarządzania ISO/CMJ (p7) mierzone wartością statystyki $\chi^2$ testu Kruskala-Wallisa ..	213
Tabela 63. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo1), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością mierzone wartością statystyki $\chi^2$ testu Kruskala-Wallisa .....	214
Tabela 64. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo2), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością mierzone wartością statystyki $\chi^2$ testu Kruskala-Wallisa .....	216

Tabela 65. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo3), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością mierzone wartością statystyki $\chi^2$ testu Kruskala-Wallisa .....	218
Tabela 66. Wyniki badania zależności pomiędzy uznawanymi wartościami (wo4), a stosowanymi praktykami zarządzania jakością mierzone wartością statystyki $\chi^2$ testu Kruskala-Wallisa .....	219
Tabela 67. Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp1 (nastawioną na zysk), a stosowanymi systemami i instrumentami zarządzania jakością...	222
Tabela 68. Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp2 (korygującą), a stosowanymi systemami i instrumentami zarządzania jakością .....	223
Tabela 69. Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp3 (zapobiegawczą), a stosowanymi systemami i instrumentami zarządzania jakością .....	224
Tabela 70. Wyniki badania zależności pomiędzy postawą kp4 (kreatywną), a zewnętrznymi uwarunkowaniami praktyk zarządzania jakością .....	225
Tabela 71. Wyniki badania zależności pomiędzy postawami kp1 – kp4, a wewnętrznymi uwarunkowaniami praktyk zarządzania jakością.....	227
Tabela 72. Porównanie elementów kształtujących kulturę jakości podmiotów leczniczych wg podziału na 2 klastry .....	230
Tabela 73. Porównanie elementów kształtujących kulturę jakości podmiotów leczniczych wg podziału na 3 klastry .....	233
Tabela 74. Wartości współczynnika rzetelności alfa Cronbacha dla poszczególnych wymiarów dojrzałości jakościowej.....	238
Tabela 75. Wyniki badań zależności pomiędzy wymiarami dojrzałości jakościowej, a podziałem kultury jakości na 2 klastry i zmienne metryczkowe .....	239
Tabela 76. Wyniki badania zależności pomiędzy wymiarami dojrzałości jakościowej z podziałem na 3 klastry i zmienne metryczkowe .....	242
Tabela 77. Poprawność klasyfikacji dla 2 klas .....	249
Tabela 78. Poprawność klasyfikacji dla 3 klas .....	252
Tabela 79. Wnioski z badań literaturowych i empirycznych – weryfikacja hipotez ...	260
Tabela 80. Stopień realizacji celów badawczych .....	262
Tabela 81. Stopień uzyskania odpowiedzi na pytania badawcze .....	263

## WYKAZ WYKRESÓW

Wykres 1.	Struktura badanych szpitali wg formy własności .....	193
Wykres 2.	Struktura badanych szpitali wg respondentów .....	194
Wykres 3.	Struktura badanych podmiotów leczniczych wg kategorii szpitala.....	195
Wykres 4.	Struktura badanych szpitali wg poziomu referencyjności.....	196
Wykres 5.	Struktura badanych szpitali wg źródła finansowania .....	196
Wykres 6.	Struktura badanych szpitali wg województw .....	197
Wykres 7.	Radar uznawanych wartości na poziomie pracownika.....	199
Wykres 8.	Radar uznawanych wartości na poziomie pacjenta .....	200
Wykres 9.	Radar uznawanych wartości na poziomie zarządzających .....	201
Wykres 10.	Radar uznawanych wartości na poziomie organizacji.....	201
Wykres 11.	Struktura badanych podmiotów leczniczych deklarujących posiadanie zewnętrznych znormalizowanych systemów zarządzania.....	203
Wykres 12.	Stosunek podmiotów leczniczych do stosowania znormalizowanych systemów zarządzania.....	204
Wykres 13.	Struktura badanych podmiotów leczniczych deklarujących stosowanie instrumentów zarządzania jakością .....	205
Wykres 14.	Średni poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych (z podziałem na wymiary) wraz z odchyleniem standardowym .....	209
Wykres 15.	Struktura klasyfikacji zmiennych dla 2 klas.....	246
Wykres 16.	Model kultury jakości podmiotów leczniczych – reguła logiczna dla 2 klas .....	247
Wykres 17.	Struktura klasyfikacji zmiennych dla 3 klas.....	250
Wykres 18.	Model kultury jakości podmiotów leczniczych – reguła logiczna dla 3 klas .....	250

## WYKAZ RYSUNKÓW

Rysunek 1. Poziomy kultury .....	13
Rysunek 2. Składniki kultury organizacyjnej .....	22
Rysunek 3. Model kultury organizacyjnej według E.H. Scheina .....	25
Rysunek 4. Model kultury organizacyjnej według G. Hofstede .....	27
Rysunek 5. Kultura organizacyjna podmiotu leczniczego i kultury wzmacniające .....	34
Rysunek 6. Model integracji aspektów kulturowych i zarządczych w systemach zarządzania jakością .....	65
Rysunek 7. Struktura normy ISO 9001 wg cyklu PDCA .....	86
Rysunek 8. Elementy składowe Normy EN 15224 .....	88
Rysunek 9. Standard minimum Codmana .....	92
Rysunek 10. Wymiary i mierniki efektywności w organizacjach pro jakościowo zarządzanych .....	148
Rysunek 11. Podział podmiotów wykonujących działalność leczniczą w Polsce .....	158
Rysunek 12. Konceptualny model badawczy kultury jakości podmiotów leczniczych ...	172

## ANEKS

### Załącznik 1. Narzędzie badawcze - Kwestionariusz ankietowy

1. Proszę wskazać, która Pana/i zdaniem wartość na poziomie pracownika jest uważana za najważniejszą w Państwa podmiocie leczniczym:

*Należy wskazać tylko jedną odpowiedź, do której przywiązuje się najwyższą wagę.*

- ☐ Adekwatne wynagradzanie
- ☐ Decyzyjność pracownika
- ☐ Możliwość rozwoju/zaangażowania
- ☐ Wsparcie kierownictwa
- ☐ Praca zespołowa

2. Proszę wskazać, która Pana/i zdaniem wartość na poziomie pacjenta jest uważana za najważniejszą w Państwa podmiocie leczniczym:

*Należy wskazać tylko jedną odpowiedź, do której przywiązuje się najwyższą wagę.*

- ☐ Indywidualne podejście
- ☐ Bezpieczeństwo procedur medycznych
- ☐ Kompleksowość i dostępność świadczeń w jednym miejscu
- ☐ Jakość usług
- ☐ Kwalifikacje personelu

3. Proszę wskazać, która Pana/i zdaniem wartość na poziomie zarządzających jest uważana za najważniejszą w Państwa podmiocie leczniczym:

*Należy wskazać tylko jedną odpowiedź, do której przywiązuje się najwyższą wagę.*

- ☐ Wydajność opieki (liczba wyleczonych pacjentów przy ograniczonych zasobach)
- ☐ Renoma na rynku (pod kątem jakości usług)
- ☐ Elastyczność (reagowanie na zmiany, nowe możliwości i technologie)
- ☐ Rozwój i innowacje
- ☐ Zysk – wynik ekonomiczny

4. Proszę wskazać, która Pana/i zdaniem wartość na poziomie organizacji jest uważana za najważniejszą w Państwa podmiocie leczniczym:

*Należy wskazać tylko jedną odpowiedź, do której przywiązuje się najwyższą wagę.*



- ☐ Nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii medycznych
  - ☐ Warunki pracy
  - ☐ Dostawcy i partnerzy biznesowi
  - ☐ Zapewnienie ciągłości świadczeń medycznych
  - ☐ Etyczny kodeks postępowania
5. Czy podmiot leczniczy posiada system zarządzania jakością wg ISO 9001?
- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
6. Czy podmiot leczniczy posiada system zarządzania jakością wg EN 15224?
- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
7. Czy podmiot leczniczy posiada akredytację (wdrożone standardy akredytacyjne) wg Centrum Monitorowania Jakości (CMJ)?
- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- jeśli TAK, to % spełnionych standardów z ostatniej oceny akredytacyjnej wynosił.....
8. Czy podmiot leczniczy posiada system zarządzania środowiskowego zgodnie z ISO 14001?
- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
9. Czy podmiot leczniczy posiada system zarządzania BHP wg ISO 45001?
- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
10. Czy podmiot leczniczy posiada system zarządzania bezpieczeństwem informacji wg ISO 27001?
- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
11. Czy podmiot leczniczy posiada inne branżowe systemy jakościowe?
- ☐ TAK ☐ NIE ☐ NIE WIEM
- jeśli TAK, to jakie .....
12. Jaki jest stosunek w Państwa organizacji do stosowania znormalizowanych systemów zarządzania (ISO/CMJ)?
- ☐ Zdecydowanie negatywny
- ☐ Negatywny
- ☐ Obojętny
- ☐ Pozytywny
- ☐ Zdecydowanie pozytywny

13. Proszę wskazać, które z poniższych instrumentów wykorzystywane są w Państwa podmiocie leczniczym (możliwych kilka odpowiedzi):

- ☐ Narzędzia Lean Management (ograniczenia strat i marnotrawstwa)
- ☐ Narzędzia Six Sigma (statystyczna kontrola procesów/karty kontrolne)
- ☐ Zrównoważona Karta Wyników (przełożenie strategii jakościowej na cele i mierniki)
- ☐ Schemat blokowy (opisy przepływu procesów)
- ☐ System sugestii/Kaizen (zgłaszanie pomysłów)
- ☐ Burza Mózgów (zgłaszanie i analiza pomysłów)
- ☐ Benchmarking (badania porównawcze wśród podmiotów z branży)
- ☐ 5WHY / Diagram Ishikawy (narzędzia dochodzenia przyczyn źródłowych problemów)
- ☐ Samoocena organizacji oparta np. na modelu EFQM, Polskiej Nagrody Jakości, CMJ
- ☐ Analiza ryzyka
- ☐ Rachunek kosztów jakości
- ☐ Histogram/Diagram Pareto-Lorenza (narzędzia hierarchizacji i analizy zjawisk)
- ☐ Inne (proszę podać jakie?) .....
- ☐ Brak

14. Proszę wskazać (poprzez zaznaczenie znakiem X odpowiedniego pola), w jakim stopniu występują w Państwa podmiocie leczniczym praktyki związane z zarządzaniem jakością? Odpowiadając, proszę skorzystać ze skali od 1 do 5, gdzie: 1 – Nigdy, 2 – Rzadko, 3 – Czasami, 4 – Często, 5 – Zawsze

	1	2	3	4	5
<b>Kadra zarządzająca:</b>					
aktywnie wspiera kreatywność pracowników, nagradza za dobre pomysły					
deleguje uprawnienia, zapewnia swobodę w podejmowaniu decyzji					
poszukuje możliwości rozwoju niezależnie od zasobów jakimi dysponuje					
jest otwarta na zmiany w organizacji, jeśli pozwalają one skutecznie poprawić jakość i/lub dostosować się do zmieniających się wymagań rynku					
przywiązuje dużą wagę do sposobu wykorzystania zasobów, optymalizacji kosztów i ich wpływu na wynik finansowy					
<b>Pracownicy:</b>					
aktywnie angażują się w poprawę jakości i poszukują (proponują) doskonalszych rozwiązań					
są sprawiedliwie wynagradzani adekwatnie do kwalifikacji i efektów pracy					
współpracują w zespołach wymieniając się wiedzą i doświadczeniem					

	1	2	3	4	5
biorą udział w szkoleniach wykorzystując zdobytą wiedzę do poprawy jakości					
stosują się do obowiązujących wewnętrznych procedur, instrukcji, zasad bezpieczeństwa					
stosują komunikację formalną przestrzegając stopni hierarchii służbowej					
są lojalni, dyspozycyjni i kompetentni					
<b>W podmiocie leczniczym:</b>					
pacjenci są badani i leczeni zgodnie z ich potrzebami (oczekiwaniami) oraz najaktualniejszą wiedzą medyczną					
pacjenci chętnie podejmują leczenie w placówce, mają o niej dobre zdanie oraz zaufanie do personelu					
osiąga się pozytywny wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u dużej liczby pacjentów przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach					
wymagane na danym etapie leczenia usługi są zapewnione i dostępne w jednym miejscu					
zapewniona jest ciągłość świadczeń usług medycznych bez względu na problemy finansowe czy braki kadrowe					
kładzie się nacisk na rozwój i innowacyjność, nie polega się tylko na dotychczas stosowanych i sprawdzonych rozwiązaniach					
realizowane procesy (medyczne i niemedyczne) są w pełni zidentyfikowane, monitorowane, cyklicznie usprawniane i dostarczają wyniki na oczekiwanym poziomie jakości					
szkolenia i rozwój pracowników mają wysoki priorytet, nawet w trudnej sytuacji finansowej					
stwarza się pracownikom odpowiednie warunki pracy i zapewnia niezbędne zasoby (sprzętowe, materiałowe) do świadczenia wysokiej jakości, bezpiecznych usług					
wykorzystuje się najnowsze osiągnięcia medycyny oraz stosuje nowoczesne technologie i sprzęt medyczny					
współpracuje się ze sprawdzonymi i rzetelnymi dostawcami i podwykonawcami, nawet jeśli wiąże się to z wyższymi kosztami					
bez względu na formę świadczenia usług (usługi odpłatne, bezpłatne, refundowane) zapewnia się ich wysoką jakość					
przestrzega się ustalonych norm etycznych i moralnych					

15. Proszę podzielić 100 punktów (pkt.) między cztery odpowiedzi w każdym opisie. Należy przyznać najwięcej punktów opisowi, który w największym stopniu odpowiada Państwa podmiotowi leczniczemu.

*Na przykład, jeśli „A” jest bardzo podobny do Państwa organizacji, a „B” jest nieco podobny, możesz przyznać 70 pkt. „A” i 30 pkt. „B” lub rozdzielić punkty proporcjonalnie np. „A” - 10 pkt., „B” - 20 pkt., „C” - 30 pkt. i D” - 40 pkt*

Opis	Ilość punktów
A. Zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług medycznych nie jest priorytetem. Organizacja nastawiona jest głównie na zysk i wysoką wydajność. Nie przywiązuje się większej wagi do identyfikacji potrzeb, spełniania oczekiwań czy osiągania satysfakcji klientów. Czynności wykonywane są rutynowo, przeważnie zawsze tak samo, niezależnie od ich skuteczności i efektywności.	

<b>B.</b> Nacisk położony jest głównie na kontrolę oraz wykrywanie i korygowanie błędów. Problemy się wykrywa, ale tylko częściowo wyciąga z nich wnioski (przyczyny źródłowe problemu). Na skargi reaguje się szybko i adekwatnie. Uwzględnia się wyniki oceny satysfakcji klientów.	
<b>C.</b> Uwaga skoncentrowana jest głównie na zapobieganiu problemom. Skutecznie zarządza się ryzykiem. Stosuje się narzędzia ograniczające ilość błędów i zdarzeń niepożądanych.	
<b>D.</b> Nacisk położony jest głównie na ciągłe doskonalenie jakości i poszukiwanie innowacji. Identyfikuje się potrzeby klientów i dostosowuje do nich metody leczenia. Spełnianie potrzeb stanowi priorytet, a za jakość odpowiedzialny jest każdy pracownik. Komunikacja oparta jest na kreatywnej współpracy.	
<b>SUMA</b>	<b>100 pkt</b>

16. Proszę ocenić, w jakim stopniu poniższe działania lub cechy występują w Państwa podmiocie leczniczym:

Gdzie: *skalę wskazano w każdym z pytań*. Odpowiedź należy zaznaczyć znakiem X w odpowiednim polu.

<b>W naszym podmiocie leczniczym:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
każdy pracownik zna swoją rolę, zadania oraz odpowiedzialność (w tym w procesach) i realizuje je w pełni w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
kierownictwo kształtując wizję oraz dobierając cele jakościowe uwzględnia oczekiwania interesariuszy (pacjentów, pracowników, dostawców...) oraz zmiany w otoczeniu organizacji w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
zrealizowane w ostatnich 3 latach cele jakościowe wpłynęły na ogólną poprawę jakości w organizacji w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
wyniki audytów/kontroli wew. i zew. oraz monitorowania procesów wykazują zgodność z przyjętymi celami, procedurami, standardami jakości (ISO/CMJ) w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
zdolność pełnej integracji procesów w jeden spójny system zarządzania pozwala osiągać powtarzalność działań i oczekiwane wyniki w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
dostawcy oraz partnerzy biznesowi aktywnie angażowani są w doskonalenie jakości poprzez wzajemne pozytywne relacje oparte na współpracy i zaufaniu w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
obecna w organizacji kultura organizacyjna (uznawane wartości, postawy, zachowania) zorientowane są na jakość, doskonałość i innowacyjność świadczonych usług w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
satysfakcja pacjentów/interesariuszy zew. przez ostatnie 3 lata kształtowała się na poziomie: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
satysfakcja pracowników (zorientowana na spełnienie ich potrzeb i oczekiwań) przez ostatnie 3 lata kształtowała się na poziomie: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
pracownicy posiadają zdolność do samodzielnego posługiwania się nowoczesną technologią (zarówno medyczną jak i informatyczną) w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					

<b>W naszym podmiocie leczniczym:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
zapewnia się i doskonalą stan techniczny infrastruktury, sprzętu i środowiska pracy pozwalający na bezpieczne świadczenie usług i optymalne wykorzystanie posiadanych zasobów w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
realizowane cele i zadania wpływające na jakość zapewniają odpowiednią relację pomiędzy uzyskanymi wynikami a wykorzystanymi na ten cel zasobami w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
prowadzi się politykę racjonalnego wykorzystania zasobów i minimalizacji marnotrawstwa w stopniu: <i>(1)bardzo niskim (2)niskim (3)umiarkowanym (4)wysokim (5)bardzo wysokim</i>					
w porównaniu z konkurencją, wprowadza się nowe (innowacyjne) usługi, metody leczenia, technologie medyczne poprawiające jakość i bezpieczeństwo: <i>(1)bardzo rzadko (2)rzadziej (3)tak samo często (4)częściej, (5)dużo częściej</i>					
pozycja rynkowa (konkurencyjna) na tle konkurencji w przeciągu ostatnich 3 lat uległa: <i>(1) znaczącemu pogorszeniu (2) pogorszeniu, (3) bez zmian (4) poprawie (5) znaczącej poprawie</i>					
kondycja finansowa na tle konkurencji jest: <i>(1)bardzo zła (2) zła (3) umiarkowana (4) dobra (5) bardzo dobra</i>					

## Metryczka

### 1. Respondent:

- ☐ Kadra zarządzająca
- ☐ Osoba nadzorująca sprawy jakości (np. Pełnomocnik ds. Jakości)
- ☐ Inny, jaki .....

### 2. Jaka jest forma własności podmiotu leczniczego?

- ☐ Podmiot publiczny
- ☐ Podmiot prywatny
- ☐ Podmiot publiczno-prywatny

### 3. Jaka jest kategoria szpitala?

- ☐ Szpital zabiegowy wielospecjalistyczny
- ☐ Szpital zabiegowy monospecjalistyczny
- ☐ Szpital niezabiegowy
- ☐ Szpital Chirurgii Jednego Dnia
- ☐ Inna, jaka .....

### 4. Jaki jest poziom referencyjny szpitala?

- ☐ I stopnia

- ☐ II stopnia
- ☐ III stopnia
- ☐ Szpital pulmonologiczny, onkologiczny
- ☐ Szpital pediatryczny
- ☐ Szpital ogólnopolski
- ☐ Nie wiem
- ☐ Brak

5. W jakim województwie znajduje się podmiot leczniczy?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolnośląskie       | <input type="checkbox"/> Podkarpackie        |
| <input type="checkbox"/> Kujawsko-pomorskie | <input type="checkbox"/> Podlaskie           |
| <input type="checkbox"/> Lubelski           | <input type="checkbox"/> Pomorskie           |
| <input type="checkbox"/> Lubuskie           | <input type="checkbox"/> Śląskie             |
| <input type="checkbox"/> Łódzkie            | <input type="checkbox"/> Świętokrzyskie      |
| <input type="checkbox"/> Małopolskie        | <input type="checkbox"/> Warmińsko-mazurskie |
| <input type="checkbox"/> Mazowieckie        | <input type="checkbox"/> Wielkopolskie       |
| <input type="checkbox"/> Opolskie           | <input type="checkbox"/> Zachodniopomorskie  |

6. Jaka jest wielkość szpitala wyrażona ilością łóżek szpitalnych? Proszę podać przybliżoną ilość.

- ☐ Ilość łóżek .....
- ☐ Nie wiem

7. Jaki jest poziom zatrudnienia, tzn. liczba przeliczeniowa pełnych etatów bez względu na formę zatrudnienia? Proszę podać przybliżoną ilość.

- ☐ Ilość etatów: .....
- ☐ Nie wiem

8. Jakie jest źródło finansowania szpitala?

- ☐ Wyłącznie publiczne
- ☐ Publiczne z elementami prywatnego
- ☐ Wyłącznie prywatne
- ☐ Prywatne z elementami publicznego
- ☐ Inne, jakie .....
- ☐ Nie wiem

**Załącznik 2.** Statystyki opisowe charakteryzujące poszczególne klastry oraz ich liczebności

ID	Nr grupy	Grupa 2 klastrowa		Grupa 3 klastrowa			Grupa 4 klastrowa			
		1	2	1	2	3	1	2	3	4
	Liczebność grup	91	110	91	66	44	29	59	32	81
Proszę wskazać, która Pana/i zdaniem wartość na poziomie *pracownika* jest uważana za najważniejszą w Państwa podmiocie leczniczym:	Aдекватne wynagradzanie	45,1%	30,9%	45,1%	25,8%	38,6%	31,0%	49,2%	43,8%	28,4%
	Decyzyjność pracownika	8,8%	19,1%	8,8%	19,7%	18,2%	17,2%	6,8%	9,4%	21,0%
	Możliwość rozwoju/zaangażowania	25,3%	30,9%	25,3%	37,9%	20,5%	41,4%	22,0%	18,8%	32,1%
	Wsparcie kierownictwa	3,3%	3,6%	3,3%	3,0%	4,5%	3,4%	5,1%	3,1%	2,5%
	Praca zespołowa	17,6%	15,5%	17,6%	13,6%	18,2%	6,9%	16,9%	25,0%	16,0%
Proszę wskazać, która Pana/i zdaniem wartość na poziomie *pacjenta* jest uważana za najważniejszą w Państwa podmiocie leczniczym:	Indywidualne podejście	24,2%	21,8%	24,2%	18,2%	27,3%	27,6%	22,0%	31,3%	18,5%
	Bezpieczeństwo procedur medycznych	22,0%	30,9%	22,0%	31,8%	29,5%	17,2%	30,5%	25,0%	28,4%
	Kompleksowość i dostępność świadczeń w jednym miejscu	22,0%	25,5%	22,0%	27,3%	22,7%	27,6%	20,3%	21,9%	25,9%
	Jakość usług	25,3%	17,3%	25,3%	18,2%	15,9%	20,7%	23,7%	15,6%	21,0%
	Kwalifikacje personelu	6,6%	4,5%	6,6%	4,5%	4,5%	6,9%	3,4%	6,3%	6,2%
Proszę wskazać, która Pana/i zdaniem wartość na poziomie *zarządzających* jest uważana za najważniejszą w Państwa podmiocie leczniczym:	Wydajność opieki (liczba wyleczonych pacjentów przy ograniczonych zasobach)	26,4%	39,1%	26,4%	33,3%	47,7%	20,7%	28,8%	46,9%	35,8%
	Renoma na rynku (pod kątem jakości usług)	19,8%	20,9%	19,8%	19,7%	22,7%	24,1%	20,3%	18,8%	19,8%
	Elastyczność (reagowanie na zmiany, nowe możliwości i technologie)	18,7%	15,5%	18,7%	22,7%	4,5%	27,6%	18,6%	9,4%	14,8%
	Rozwój i innowacje	20,9%	18,2%	20,9%	18,2%	18,2%	24,1%	16,9%	12,5%	22,2%
	Zysk – wynik ekonomiczny	14,3%	6,4%	14,3%	6,1%	6,8%	3,4%	15,3%	12,5%	7,4%

		Grupa 2 klastrowa		Grupa 3 klastrowa			Grupa 4 klastrowa			
ID	Nr grupy	1	2	1	2	3	1	2	3	4
	Liczebność grup	91	110	91	66	44	29	59	32	81
Proszę wskazać, która Pana/i zdaniem wartość na poziomie *organizacji* jest uważana za najważniejszą w Państwa podmiocie leczniczym:	Nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii medycznych	29,7%	29,1%	29,7%	33,3%	22,7%	37,9%	30,5%	28,1%	25,9%
	Warunki pracy	19,8%	28,2%	19,8%	22,7%	36,4%	10,3%	18,6%	31,3%	30,9%
	Dostawcy i partnerzy biznesowi	0,0%	4,5%	0,0%	4,5%	4,5%	3,4%	0,0%	3,1%	3,7%
	Zapewnienie ciągłości świadczeń medycznych	45,1%	34,5%	45,1%	33,3%	36,4%	41,4%	44,1%	37,5%	35,8%
	Etyczny kodeks postępowania	5,5%	3,6%	5,5%	6,1%	0,0%	6,9%	6,8%	0,0%	3,7%
Posiadanie systemów zarządzania	ISO 9001	91,2%	89,9%	91,2%	92,4%	86,0%	96,6%	91,5%	87,5%	3,4%
	EN 15224	11,4%	13,3%	11,4%	12,5%	14,6%	17,2%	7,1%	10,0%	5,1%
	Akredytacja CMJ	52,8%	46,1%	52,8%	45,9%	46,3%	48,3%	43,9%	48,3%	3,1%
	ISO 14001	35,6%	28,8%	35,6%	34,4%	20,0%	42,9%	28,6%	31,0%	2,5%
	ISO 45001	18,4%	19,2%	18,4%	25,4%	9,8%	34,5%	12,7%	10,0%	3,4%
	ISO 27001	24,7%	29,4%	24,7%	32,3%	25,0%	41,4%	19,3%	23,3%	5,1%
	Inne branżowe	21,4%	8,3%	21,4%	12,1%	2,6%	25,0%	14,8%	3,8%	3,1%
Liczba posiadanych systemów zarządzania (spośród 6 wymienionych)		2,30	2,17	1,91	2,30	2,35	1,91	2,79	1,98	2,00
Jaki jest stosunek w Państwa organizacji do stosowania znormalizowanych systemów zarządzania (ISO/CMJ)? 1- zdecydowanie negatywny, 5 - zdecydowanie pozytywny (wartość średnia)		4,03	4,05	4,03	4,13	3,93	3,93	4,34	3,95	4,03
Instrumenty zarządzania jakością	Lean Manufacturing	17,6%	31,8%	17,6%	34,8%	27,3%	34,5%	15,3%	18,8%	32,1%
	Narzędzia Six Sigma	17,6%	22,7%	17,6%	24,2%	20,5%	37,9%	15,3%	12,5%	21,0%
	Zrównoważona Karta Wyników	25,3%	34,5%	25,3%	37,9%	29,5%	48,3%	23,7%	25,0%	30,9%
	Schemat blokowy	24,2%	29,1%	24,2%	27,3%	31,8%	34,5%	18,6%	34,4%	27,2%
	System sugestii	34,1%	28,2%	34,1%	31,8%	22,7%	58,6%	23,7%	31,3%	25,9%
	Burza Mózgów	57,1%	53,6%	57,1%	57,6%	47,7%	75,9%	45,8%	56,3%	54,3%



	Benchmarking	26,4%	21,8%	26,4%	19,7%	25,0%	37,9%	23,7%	21,9%	19,8%
	5WHY/Diagram Ishikawy	26,4%	20,9%	26,4%	19,7%	22,7%	55,2%	13,6%	28,1%	17,3%
	Samooocena organizacji	28,6%	25,5%	28,6%	25,8%	25,0%	44,8%	22,0%	31,3%	22,2%
	Analiza ryzyka	60,4%	62,7%	60,4%	66,7%	56,8%	69,0%	57,6%	59,4%	63,0%
	Rachunek kosztów jakości	50,5%	43,6%	50,5%	50,0%	34,1%	58,6%	39,0%	50,0%	46,9%
	Histogram/Diagram Pareto-Lorenza	7,7%	10,9%	7,7%	12,1%	9,1%	31,0%	5,1%	15,6%	2,5%
	Inne	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Brak	3,76%	3,85%	3,76%	4,08%	3,52%	5,86%	3,03%	3,84%	3,63%
Kadra kierownicza	aktywnie wspiera kreatywność pracowników, nagradza za dobre pomysły	3,49	3,72	3,749	3,73	3,70	3,97	3,26	3,97	3,60
	deleguje uprawnienia, zapewnia swobodę w podejmowaniu decyzji	3,73	3,79	3,73	3,79	3,80	4,14	3,52	3,91	3,75
	poszukuje możliwości rozwoju niezależnie od zasobów, jakimi dysponuje	3,88	4,00	3,88	4,03	3,95	4,34	3,69	4,10	3,93
	jest otwarta na zmiany w organizacji, jeśli pozwalają one skutecznie poprawić jakość i/lub dostosować się do zmieniających wymagań rynku	4,01	4,09	4,01	4,08	4,12	4,17	3,92	4,33	4,01
	przywiązuje dużą wagę do sposobu wykorzystania zasobów, optymalizacji kosztów i ich wpływu na wynik finansowy	4,21	4,16	4,21	4,20	4,10	4,21	4,15	4,38	4,13
Pracownicy	aktywnie angażują się w poprawę jakości i poszukują (proponują) doskonalszych rozwiązań	3,50	3,73	3,50	3,82	3,60	4,17	3,29	3,81	3,60
	są sprawiedliwie wynagradzani adekwatnie do kwalifikacji i efektów pracy	3,74	4,02	3,74	4,00	4,05	4,31	3,53	4,28	3,85
	współpracują w zespołach wymieniając się wiedzą i doświadczeniem	3,65	4,03	3,65	4,11	3,91	4,03	3,63	4,06	3,88
	biorą udział w szkoleniach wykorzystując zdobytą wiedzę do poprawy jakości	3,77	3,89	3,77	3,97	3,77	4,00	3,71	3,88	3,85
	stosują się do obowiązujących wewnętrznych procedur, instrukcji, zasad bezpieczeństwa	4,05	4,13	4,05	4,17	4,07	4,14	4,00	4,25	4,09

	stosują komunikację formalną przestrzegając stopni hierarchii służbowej	4,03	4,00	4,03	4,05	3,93	4,07	3,97	4,25	3,94
	są lojalni, dyspozycyjni i kompetentni	3,91	4,20	3,91	4,24	4,14	4,38	3,86	4,32	4,01
Podmiot leczniczy	pacjenci są badani i leczeni zgodnie z ich potrzebami (oczekiwaniemi) oraz najaktualniejszą wiedzą medyczną	4,25	4,23	4,25	4,38	4,00	4,34	4,31	4,19	4,17
	pacjenci chętnie podejmują leczenie w placówce, mają o niej dobre zdanie oraz zaufanie do personelu	4,13	4,11	4,13	4,18	4,00	4,31	4,14	4,16	4,03
	osiąga się pozytywny wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u dużej liczby pacjentów, przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach	4,13	3,99	4,13	4,11	3,82	4,41	4,08	4,06	3,90
	wymagane na danym etapie leczenia usługi są zapewnione i dostępne w jednym miejscu	4,08	4,02	4,08	4,05	3,98	4,24	4,03	4,03	3,99
	zapewniona jest ciągłość świadczeń usług medycznych bez względu na problemy finansowe czy braki kadrowe	4,20	4,04	4,20	4,03	4,05	4,21	4,14	4,06	4,07
	bez względu na formę świadczenia usług (usługi odpłatne, bezpłatne, refundowane) zapewnia się ich adekwatną jakość	4,22	4,28	4,22	4,26	4,32	4,45	4,20	4,47	4,14
	przestrzega się ustalonych zasad i norm etycznych i moralnych	4,35	4,33	4,35	4,41	4,21	4,55	4,29	4,43	4,27
	kładzie się nacisk na rozwój i innowacyjność, nie polega się tylko na dotychczas stosowanych i sprawdzonych rozwiązaniach	3,97	4,11	3,97	4,14	4,07	4,38	3,86	4,13	4,03
	realizowane procesy (medyczne i niemedyczne) są w pełni zidentyfikowane, monitorowane, cyklicznie usprawniane i dostarczają wyniki na oczekiwanym poziomie jakości	4,03	4,09	4,03	4,17	3,98	4,28	3,93	4,19	4,04
	szkolenia i rozwój pracowników mają wysoki priorytet, nawet w trudnej sytuacji finansowej	3,71	3,90	3,71	3,94	3,84	4,03	3,73	3,90	3,76
	stwarza się pracownikom odpowiednie warunki pracy i zapewnia niezbędne zasoby (sprzętowe,	4,07	4,13	4,07	4,26	3,93	4,31	4,08	4,16	4,01

	materiałowe) do świadczenia wysokiej jakości, bezpiecznych usług									
	wykorzystuje się najnowsze osiągnięcia medycyny oraz stosuje nowoczesne technologie i sprzęt medyczny	4,05	4,06	4,05	4,15	3,91	4,14	3,97	4,13	4,06
	współpracuje się ze sprawdzonymi i rzetelnymi dostawcami i podwykonawcami, nawet jeśli wiąże się to z wyższymi kosztami	3,87	4,09	3,87	4,21	3,90	4,24	3,81	4,17	3,96
Postawa wobec systemu zarządzania jakością	A. Zapewnienie wysokiej jakości świadczonych usług medycznych nie jest priorytetem. Organizacja nastawiona jest głównie na zysk i wysoką wydajność.	15,8	18,5	15,8	16,0	22,3	9,7	17,5	20,9	18,3
	B. Nacisk położony jest głównie na kontrolę oraz wykrywanie i korygowanie błędów. Problemy się wykrywa, ale tylko częściowo wyciąga z nich wnioski	26,5	24,1	26,5	24,1	24,1	25,2	24,7	22,8	26,5
	C. Uwaga skoncentrowana jest głównie na zapobieganiu problemom. Skutecznie zarządza się ryzykiem.	28,6	26,0	28,6	26,3	25,6	29,0	26,8	26,1	27,3
	D. Nacisk położony jest głównie na ciągłe doskonalenie jakości i poszukiwanie innowacji. Identyfikuje się potrzeby klientów i dostosowuje do nich metody leczenia.	33,9	31,3	33,9	33,6	27,8	35,5	36,1	29,8	29,8

Zródło: opracowanie własne

**Załącznik 3.** Statystyki opisowe charakteryzujące poszczególne wymiary dojrzałości jakościowej oraz ich liczebności

<b>Wymiar dojrzałości</b>	<b>ID</b>	<b>Grupa badawcza</b>	<b>Wartość średnia</b>	<b>alfa Cronbacha</b>
Organizacyjno-zarządczy (dw1)	dw1_1	211	0,364	0,838
	dw1_2	211	0,357	0,835
	dw1_3	207	0,368	0,839
	dw1_4	211	0,370	0,836
	dw1_5	211	0,350	0,828
Kulturowo-społeczny (dw2)	dw2_1	208	0,396	0,807
	dw2_2	211	0,369	0,792
	dw2_3	209	0,444	0,839
	dw2_4	209	0,359	0,791
Techniczno-technologiczny (dw3)	dw3_1	211	0,339	0,601
	dw3_2	211	0,289	0,547
	dw3_3	209	0,385	0,759
Ekonomiczny (dw4)	dw4_1	211	0,387	0,749
	dw4_2	209	0,428	0,793
	dw4_3	210	0,387	0,773
	dw4_4	205	0,370	0,770
dw1–dw4	-	-	0,357	0,945

Źródło: opracowanie własne

#### Załącznik 4. Spójność pytań, celów i hipotez badawczych

Pytanie badawcze (P)	Cel (C)	Hipoteza (H)
<b>PG:</b> Czy uwzględnienie wymiarów kulturowych zarządzania jakością w postaci typologii kultury jakości może wpływać na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych oraz czy zależność tę można przedstawić w postaci modelu – wzorca kultury jakości (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce?	<b>CG:</b> Opracowanie modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce (reguły logicznej), który umożliwia zmianę typu kultury jakości na pozwalającą na osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej.	<b>HG:</b> Kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej determinowany typem kultury jakości. Zależności te można przedstawić w postaci modelu - wzorca (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce.
P1: W jaki sposób można opisać kulturę jakości oraz praktyki zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?	C1: Usystematyzowanie i uzupełnienie wiedzy oraz badań naukowych w obszarze wymiarów kulturowych i praktyk zarządzania jakością poprzez dokonanie przeglądu dorobku naukowego i badań w zakresie m.in. typologii i modeli kultur jakości, wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań zarządzania jakością oraz składowych kultury jakości podmiotów leczniczych.	H1: Wymiary kulturowe (kulturę jakości) podmiotów leczniczych można opisać poprzez wartości, postawy oraz praktyki zarządzania jakością.
P2: W jaki sposób można opisać dojrzałość jakościową podmiotów leczniczych?	C2: Usystematyzowanie i uzupełnienie wiedzy oraz badań naukowych w zakresie dojrzałości jakościowej poprzez dokonanie przeglądu dorobku naukowego i badań w obszarze wymiarów, modeli i miar dojrzałości jakościowej.	H2: Dojrzałość jakościowa jest pojęciem wielowymiarowym, które można opisać poprzez cechy i miary skuteczności, efektywności i doskonałości jakościowej.
P3: Czy uznawane wartości stanowią mechanizm wspierania praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?	C3: Określenie zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.	H3: Istnieje zależność pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.
P4: Czy deklarowane postawy stanowią mechanizm wspierania praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?	C4: Określenie zależności pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.	H4: Istnieje zależność pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.

#### Załącznik 4. Spójność pytań, celów i hipotez badawczych

Pytanie badawcze (P)	Cel (C)	Hipoteza (H)
P5: Jakie typy kultury jakości występują w podmiotach leczniczych?	C5: Opracowanie propozycji typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce.	H5: Na podstawie uznawanych wartości, deklarowanych postaw oraz realizowanych praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych, można opracować typologie kultur jakości podmiotów leczniczych.
P6: Jaki typ kultury jakości w największym stopniu wpływa na stopień dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych?	C6: Określenie związku pomiędzy empirycznie wyznaczonymi typami kultury jakości podmiotów leczniczych, a ich wpływem na kształtowanie się poziomu dojrzałości jakościowej.	H6: Jeśli wyodrębni się empiryczne typy kultury jakości, to będą one w różnym stopniu wpływały na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.
P7: W jaki sposób można dokonać zmiany kultury jakości na wspierającą osiągnięcie dojrzałości jakościowej?	C7: Wzbogacenie dostępnych metod badawczych o nowe narzędzie badawcze w postaci modelu-wzorca (reguły logicznej) pozwalające podmiotom leczniczym zmienić typ kultury jakości na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.	H7: Jeśli wyodrębni się zmienne klasyfikujące wartości, postawy i praktyki zarządzania jakością do danego typu kultury jakości, to będzie można stworzyć model – wzorzec kultury jakości (w postaci reguły logicznej) pozwalający podmiotom leczniczym zmienić typ kultury na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.

Legenda: P/C/H 1–2 (teoriopoznawcze), P/C/H 3–6 (empiryczne), P/C/H 7 (metodyczne)

Źródło: opracowanie własne

## STRESZCZENIE PRACY W JĘZYKU POLSKIM

Podmioty lecznicze odgrywają ważną rolę w każdym społeczeństwie. Funkcjonując na styku dwóch przestrzeni – ekonomicznej i społecznej poddawane są niemal nieustannym konfliktom dotyczącym tego, co należy uznać za ważniejsze – aspekty ekonomiczne czy społeczne? Obowiązująca personel medyczny przysięga Hipokratesa, jak również potrzeba ciągłej poprawy jakości świadczonych usług medycznych z punktu widzenia ekonomicznego często stoi w wyraźnej sprzeczności z traktowaniem podmiotów leczniczych wyłącznie w kontekście biznesowym. Z takiej perspektywy wydaje się zasadnym stwierdzenie, że w organizacjach tych aspekty kulturowe nabierają szczególnego znaczenia. Przyjmuje się nawet, że między zarządzaniem jakością, a treścią kultury organizacyjnej istnieje relacja dwukierunkowa, która wpływa na projakościowe zarządzanie kształtując tym samym określony typ i model kultury jakości.

Rysujący się na tym tle problem badawczy odnoszący się do zjawiska uwzględniania wymiarów kulturowych w zarządzaniu jakością w kontekście kształtowania się poziomu dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych sprawia, że istnieje potrzeba opracowania modelu – wzorca kultury jakości.

Dostępne w literaturze polskiej oraz zagranicznej typologie i modele, nie definiują wprost wartości, postaw oraz praktyk odnoszących się do tego typu podmiotów. Również badania w niewielkim stopniu poruszają tematykę kulturowych aspektów zarządzania jakością. Dlatego prowadzone przez autora działania badawcze w tym zakresie pozwoliły na głębszą analizę zależności zachodzących pomiędzy wymiarami kulturowymi (wartościami i postawami), a praktykami zarządzania jakością. Wyniki tych prac znalazły odzwierciedlenie w propozycji typologii kultury jakości podmiotów leczniczych, które następnie przeanalizowano w kontekście ich wpływu na kształtowanie się poziomu dojrzałości jakościowej. Opisane prace badawcze znalazły swoje potwierdzenie w przyjętych hipotezach oraz celu pracy w postaci opracowanego modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce (reguły logicznej), który umożliwia zmianę typu kultury jakości na pozwalającą na osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej.

Dysertacja ma charakter teoretyczno-empiryczny, a na jej strukturę składa się wstęp, pięć rozdziałów, zakończenie, bibliografia, wykaz tabel, wykresów i rysunków oraz aneks w postaci załączników. Całość dopełnia streszczenie pracy w języku polskim i angielskim.

W części teoretycznej (rozdział 1-3) dokonano krytycznego przeglądu literatury w kontekście kultury organizacyjnej, kultury jakości, pojęcia oraz istoty jakości i zarządzania jakością oraz odnoszących się do nich uwarunkowań wewnętrznych i zewnętrznych, jak również wymiarów, modeli, miar i cech kształtujących dojrzałość jakościową. Wszystkie te elementy odnoszono do specyfiki ochrony zdrowia, w tym w szczególności do podmiotów leczniczych.

W części badawczej pracy (rozdział 4-5) omówiono metodyczne założenia badań własnych, przedstawiono przesłanki podjęcia tematu, zdefiniowano problem badawczy, cele i hipotezy oraz przyjęty model postępowania badawczego. Dokonano także konceptualizacji wyników badań i ich operacjonalizacji w postaci modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce.

Badania ilościowe przeprowadzono na próbie badawczej 211 podmiotów leczniczych – szpitali, które objęły wszystkie województwa, różne kategorie szpitali, poziomy ich referencyjności, formy własności i źródła finansowania. W tym celu wykorzystano narzędzia internetowe (CAWI) oraz telefoniczne (CATI) w oparciu o autorski kwestionariusz ankietowy, który na bazie dostępnych narzędzi badawczych został dostosowany do specyfiki podmiotów leczniczych.

W pracy sformułowano również wnioski płynące zarówno z teoretycznych rozważań, jak i badań empirycznych. Przedstawiono także korzyści płynące z przeprowadzonych badań zarówno na gruncie teoretycznym, jak i aplikacyjnym w zakresie możliwości kształtowania kultury jakości wspierającej osiągnięcie jak najwyższej dojrzałości zarządzania jakością. Z kolei dla innych badaczy problematyki kultury jakości wskazano kierunki możliwych dalszych prac badawczych m.in. w obszarze nowych typologii i modeli wg stopnia zaawansowania kultury jakości.

Należy mieć nadzieję, że naukowe i praktyczne rozwiązania podejmowane w pracy zostaną zastosowane na szerszą skalę w podmiotach leczniczych wpływając jednocześnie na większe zainteresowanie kulturowymi aspektami zarządzania jakością w środowisku medycznym. Z kolei poruszany problem badawczy stanie się istotnym wkładem w rozwój interdyscyplinarnej wiedzy w zakresie dyscypliny nauki o zarządzaniu i jakości oraz nauki socjologiczne.

**Słowa kluczowe:** kultura jakości, model i typologia, wymiary kulturowe, zarządzanie jakością, dojrzałość jakościowa, podmiot leczniczy.



## **STRESZCZENIE PRACY W JĘZYKU ANGIELSKIM**

Healthcare entities play a crucial role in every society. Functioning at the intersection of the two approaches - economic and social - they are subject to almost a continuous dispute over which aspects are more important - the economic or social ones? The Hippocratic oath, which applies to medical personnel, as well as the need for a continuous improvement of quality of medical services often stand, from the economic point of view, in clear contrast to considering medical entities solely in a business context. With such an approach, it seems reasonable to state that cultural aspects become particularly important in these organisations. It is even assumed that there is a two-way relationship between quality management and the content of organisational culture, which affects pro-quality management, thus shaping a specific type and model of quality culture.

The research problem related to the issue of considering cultural dimensions in quality management in the context of the level of quality maturity of healthcare entities, makes it important to develop a framework - a quality culture model.

The typologies and models available in the literature do not directly define the values, attitudes and practices related to this type of entities. Moreover, the research rarely raises the subject of cultural aspects of quality management. Therefore, the research activities conducted by the author in this area allows a deeper analysis of the relationships between the cultural dimensions (values and attitudes) and quality management practices. The results of this work are reflected in the proposal of a typology of quality culture of medical entities, which is then analysed in the context of their impact on the formation of the level of quality maturity. The described research work has been confirmed by the adopted hypotheses and the aim of the study in the form of an elaborated framework - a model of quality culture of medical entities in Poland (a logical rule), which enables to change the type of quality culture to one allowing to achieve higher quality maturity.

The dissertation is theoretical and empirical in nature, and its structure consists of an introduction, five chapters, and a conclusion with recommendations and directions for further research.

In the theoretical part (Chapters 1-3), a systematic and critical review of the literature has been conducted in the context of organisational culture, quality culture, the concept and essence of quality and quality management and the internal and external conditions related to them, as well as dimensions, models, measures and characteristics

shaping quality maturity. All these elements are related to the specificity of health care including particular medical entities.

The research part of the study (Chapter 4-5) discusses the methodological assumptions of the own research, presents the rationale for undertaking the topic, defines the research problem, objectives and hypotheses, as well as the adopted model of the research proceedings. The results of the study are conceptualised and operationalised in the form of a model - a pattern of quality culture of medical entities in Poland.

The research has been conducted on a research sample of 211 healthcare entities - hospitals, including all voivodeships, various categories of hospitals, their reference levels, ownership forms and financing sources. For this purpose, internet (CAWI) and telephone (CATI) tools have been used, based on the author's questionnaire, which, on the basis of the available research tools, has been adapted to the specificity of medical entities.

The paper also draws conclusions from both theoretical considerations and empirical research. Recommendations are presented for managers and quality representatives regarding the possibility of shaping an individual quality culture supporting the achievement of the highest possible quality maturity. On the other hand, directions of possible further research works are indicated for other researchers of the quality culture issue.

It is to be hoped that the scientific and practical solutions undertaken in this study will be applied on a wider scale in medical entities evoking at the same time greater interest in the cultural aspects of quality management in the medical environment. In turn, the research problem will become an important contribution to the development of interdisciplinary knowledge in the field of management and quality sciences and sociological sciences.

**Keywords:** quality culture, model and typology, cultural dimensions, quality management, quality maturity, medical entity