

Łukasz Sułkowski

Uniwersytet Jagielloński

Spółeczna Akademia Nauk

## Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań

### Cultural change in polish hospitals – research analysis

**Abstract:** The article contains the analysis of organizational culture in change management in Polish hospitals. The analysis of cultural limits of organizational changes was made on the basis of research conducted in connection with a grant ‘Barriers of organizational changes in Polish hospitals’ culture’.

**Key-words:** organizational change, research data, Polish hospitals, change management, culture.

### Wprowadzenie

Analizy kulturowych barier zmian dokonano na podstawie badań empirycznych wykonanych w ramach grantu „Bariery zmian organizacyjnych w kulturze polskich szpitali” w Uniwersytecie Jagiellońskim we współpracy z pracownikami naukowymi Spółecznej Akademii Nauk. Artykuł rozpoczyna się opisem celów, pytań badawczych oraz metodyki badań. Rezultaty badań przedstawione zostały w dwóch monografiach oraz kilku artykułach [Sułkowski 2012a; Sułkowski, Seliga 2012; Sułkowski 2012b, ss. 79–86]. Następnie na podstawie wyników badań próbowano odnaleźć specyfikę kulturową polskiego szpitala, przede wszystkim w odniesieniu do procesu zarządzania zmianą. Przeprowadzona została analiza kultur organizacyjnych szpitali oparta na modelach dychotomicznych kultury organizacyjnej. Pozwoliło to na identyfikację szczególnych cech kultur organizacyjnych publicznych szpitali w Polsce. Artykuł zamykają wnioski, które zawierają próbę odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz odnoszą się do hipotez.

### Metodyka badań

Celem projektu badawczego była identyfikacja barier zmian, których źródłem jest kultura organizacyjna, oraz wskazanie możliwości ograniczania tych barier. Szpitale działają w ramach sprecyzowanej misji, która znajduje odzwierciedlenie w sferze strukturalnej i aksjologicznej. W pierwszej kolejności można postawić tezę, że szpitale odznaczają się wyraźną odrębnością kulturową w porównaniu z innymi typami organizacji. Kluczowym problemem pozostaje stwierdzenie, na czym ta odrębność się opiera oraz jaki jest wpływ kultury organizacyjnej na zarządzanie zmianami w polskich szpitalach.

W związku z określonymi w projekcie celami sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Na czym polega specyfika kultury organizacyjnej szpitali w Polsce?
2. Jakie są najważniejsze subkultury w polskich szpitalach?
3. Czy, dlaczego i w jakiej formie różnice kulturowe stają się barierą współdziałania wewnątrz organizacji i konfliktów?
4. Jaki jest związek pomiędzy kulturą organizacyjną a procesem zarządzania zmianami w szpitalach w Polsce?
5. Jak można kształtować kulturę organizacyjną sprzyjającą przeprowadzaniu zmian organizacyjnych w szpitalach w Polsce?

Wstępna analiza polskiej i zagranicznej literatury przedmiotu oraz doświadczenie praktyczne wykonawców projektu doprowadziły do postawienia czterech hipotez badawczych.

Hipoteza 1: Szpitale w Polsce mają własną specyfikę w sferze kultury organizacyjnej, która odróżnia ten typ organizacji od innych.

Hipoteza 2: Kultura organizacyjna dominująca w polskich szpitalach wzmacnia opór wobec zmian organizacyjnych i utrudnia współpracę.

Hipoteza 3: Kultura organizacyjna szpitali powstaje w napięciu pomiędzy wartościami kultur zawodowych, przede wszystkim lekarzy i pielęgniarek, a kulturą organizacyjną szpitala, a więc podmiotu gospodarczego działającego na rynku.

Hipoteza 4: Kultura organizacyjna szpitali ukierunkowana na zmiany i współpracę sprzyja wprowadzaniu zmian organizacyjnych.

Główną metodą badań była analiza porównawcza studiów przypadku. Dobór jakościowej metody badań wynikał ze słabo eksplorowanego i nieustrukturyzowanego problemu badawczego. Kultura organizacyjna i proces jej zmiany jest obszarem mało rozpoznany, a jednocześnie wymagającym pogłębionej wiedzy o jednostkowym funkcjonowaniu organizacji, a więc niezbyt nadającym się do badań reprezentatywnych. Badania przeprowadzone zostały w dwóch etapach. Pierwszy służył lepszej konceptualizacji problemu badawczego oraz konstrukcji narzędzia do pogłębionego wywiadu kwestiona-

riuszowego. Opierał się on na 6 wywiadach swobodnych przeprowadzonych z zarządzającymi szpitalami jeszcze w 2011 r. Drugi etap badań służył analizie porównawczej i opierał się na pogłębionej analizie kultury organizacyjnej i procesów zmian w polskich szpitalach. Przeprowadzono go w pierwszym półroczu 2012 r. Próba badawcza miała charakter celowy i liczyła 15 szpitali, które były dość zróżnicowane z punktu widzenia wielkości, specjalizacji, zaawansowania procesów restrukturyzacyjnych oraz lokalizacji.

**Tab. 1. Charakterystyka jednostek z próby badawczej**

Kryterium	Wielkość zatrudnienia	Struktura własnościowa	Specjalizacja
Szpital 1	2193	Instytut Badawczy	Specjalistyczny (położnictwo i ginekologia) Specjalistyczny (całościowa opieka nad dzieckiem)
Szpital 2	155	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Ginekologia–położnictwo i neonatologia
Szpital 3	700	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy (choroby zakaźne)
Szpital 4	321	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny: (choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, chirurgia ortopedyczno-urazowa)
Szpital 5	2200	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy
Szpital 6	54	Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Specjalistyczny (leczenie niepłodności)
Szpital 7	500	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy
Szpital 8	498	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny (choroby płuc)
Szpital 9	200	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny (rehabilitacja dziecięca)
Szpital 10	370	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny (psychiatria)
Szpital 11	750	Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Specjalistyczny wieloprofilowy
Szpital 12	1770	Spółka akcyjna	Specjalistyczny wieloprofilowy
Szpital 13	207	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy

<b>Szpital 14</b>	106	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy
<b>Szpital 15</b>	441	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Specjalistyczny wieloprofilowy

Źródło: opracowanie własne.

Studia przypadków 15 badanych szpitali miały charakter pogłębiony i zostały stworzone na podstawie szeregu technik zbierania i analizy danych. Przede wszystkim przeprowadzone zostały wywiady swobodne, a następnie pogłębione wywiady kwestionariuszowe z zarządzającymi, kadrą kierowniczą oraz lekarzami, pielęgniarkami i pracownikami administracji zatrudnionymi w tych jednostkach (łącznie 50 wywiadów kwestionariuszowych). Zgromadzona została dokumentacja dotycząca funkcjonowania tych podmiotów gospodarczych w postaci: analiz strategicznych i strukturalnych. Przeprowadzona została również obserwacja nieuczestnicząca funkcjonowania tych jednostek.

### **Analiza kultury polskich szpitali**

Spośród wielu wymiarów często przewijających się w badaniach kultury organizacyjnej analizie poddano: siłę, stopień konserwatyzmu oraz hierarchiczności kultur organizacyjnych szpitali w Polsce. Wybór tych trzech wymiarów był nieprzypadkowy. Siła kultury organizacyjnej jest jedną z najczęściej badanych charakterystyk kulturowych i stanowi ona odzwierciedlenie jednorodności, homogeniczności i spójności kultury. W wypadku szpitala powinna ona wskazywać na wewnętrzną spójność lub też rozproszenie wzorców kulturowych. Wymiar konserwatyzmu znajduje bezpośrednie odzwierciedlenie percepcji i akceptacji zmian organizacyjnych, natomiast wymiar hierarchiczność versus równość wiąże orientację kulturową z typem struktury organizacyjnej.

Kultury silne skutecznie zaszczepiają pracownikom zespół wartości, norm i wzorów kulturowych, co prowadzi do konsensusu i poczucia wspólnoty. Pozytywną stroną silnej kultury są wysoka motywacja, zaangażowanie, lojalność i stabilność pracowników. Negatywny aspekt to: wymuszanie konformizmu, odrzucanie rozwiązań i osób niosących idee nowatorskie czy rewolucyjne.

Kultury organizacyjne szpitali, jak wynika z badań, przede wszystkim publicznych, należą częściej do kultur słabych, często z dwoma lub wieloma subkulturami. Heterogeniczna kultura jest skutkiem nakładania się różnych subkultur profesjonalnych, w tym: lekarskiej, pielęgniarskiej, pracowników administracji, menedżerów. Dualizm kultur organizacyjnych szpitali rodzi szereg konsekwencji natury organizacyjnej. Pomiedzy przedstawicielami subkultur występują napięcia, które utrudniają współpracę. Menedżerowie szpitali, któ-

rzymi są najczęściej lekarze, intuicyjnie lub świadomie rozpoznają napięcie wewnątrz kultury organizacyjnej, postrzegając je jako swoiste „rozdwojenie jaźni zarządzających”. Z jednej strony dążą jako lekarze do postępowania zgodnie z etosem lekarskim, jednak z drugiej strony są zmuszeni do działania uwzględniającego założenia logiki ekonomicznej i menedżerskiej. Pomimo heterogeniczności kultur szpitali trudno uznać, że stanowią one modelowe kultury słabe. Charakterystyczne są na przykład cechy łączące je z kulturami silnymi, takie jak: silna identyfikacja pracowników z wykonywanym zawodem, ale również ze szpitalem, oraz poczucie misji i zobowiązanie do lojalności. Zatem chociaż zidentyfikować można tego typu konfigurację kulturową polskich szpitali publicznych jako słabą, to znajdują się również elementy silnej identyfikacji zawodowej i organizacyjnej.

**Tab. 2. Kultura silna versus słaba a kultury badanych szpitali**

Cechy	Kultura silna	Kultura słaba	Kultura szpitala
Homogeniczność	wysoce homogeniczna	wysoce heterogeniczna	heterogeniczna
Stopień akceptacji wartości i norm organizacyjnych	konsensus co do wartości i norm organizacyjnych	konflikt wewnątrz wartości i norm organizacyjnych	różne wartości subkultur profesjonalnych
Poczucie wspólnoty wśród pracowników	silne poczucie wspólnoty wśród pracowników	poczucie konfliktu interesów i dążenie do konfrontacji	identyfikacja ze szpitalem, jednak silniejsza identyfikacja zawodowa
Stopień formalizacji norm	nienapisane, powszechnie respektowane normy	sformalizowane reguły, często omijane	wysoki stopień formalizacji norm, z możliwością ich unikania
Zaangażowanie pracowników w sprawy organizacji	wysoki stopień zaangażowania pracowników	niski stopień zaangażowania pracowników	zróżnicowany stopień zaangażowania, w zależności od grupy zawodowej
Stopień lojalności pracowników wobec przedsiębiorstwa	wysoki stopień lojalności pracowników wobec przedsiębiorstwa	niski stopień lojalności pracowników wobec przedsiębiorstwa	wysoki stopień lojalności, choć silniejsza lojalność wobec profesji
Emocje związane z byciem członkiem organizacji	duma z przynależności do organizacji	wstyd z przynależności do organizacji	odczucia ambiwalentne lub różne w zależności od szpitala i subkultury

Źródło: opracowanie własne.

Kultura innowacyjna jest zorientowana na zmiany i wiąże się z gotowością do działania w sytuacji deficytu informacji oraz skłonnością do podejmowania ryzyka. Organizacje odznaczające się wysoką tolerancją niepewności nie dążą do utrzymania *status quo*, lecz są gotowe do przyjmowania zmian zewnętrznych i dokonywania przekształceń. Zazwyczaj łatwiej przystosowują się do zmian w otoczeniu, są elastyczne. Większą wagę przywiązuje się w nich do otwartości organizacji niż do jej stabilności.

Kultura konserwatywna łączy się z dążeniem do redukcji niepewności, działaniem w warunkach małego ryzyka, stawianiem na utrzymanie *status quo* oraz z podkreśleniem stabilizacyjnej roli organizacji. Akcentowana jest rola tradycji w przedsiębiorstwie. Tworzone warianty działań i scenariusze mają charakter deterministyczny; zakłada się unikanie ryzyka, maksymalne ograniczanie deficytu informacji i planowanie jednowariantowe. Zmiany traktowane są przede wszystkim jako zagrożenie [Sułkowski 2002, ss. 70–74].

**Tab. 3. Kultura konserwatywna i kultury innowacyjne a kultury badanych szpitali**

Cechy	Kultura innowacyjna	Kultura konserwatywna	Kultury szpitali
Rdzeniowa wartość	zmiana, innowacja	trwanie, bezpieczeństwo, konserwatyzm	bezpieczeństwo, ciągłość, dobro pracowników i pacjenta
Orientacja na zmiany	orientacja na zmianę w organizacji	orientacja na utrzymanie <i>status quo</i> w organizacji	obawa przed zmianami, dążenie do utrzymania struktur, opór wobec restrukturyzacji
Przedsiębiorczość	wysoka przedsiębiorczość	niska przedsiębiorczość i innowacyjność	brak zrozumienia potrzeby przedsiębiorczości
Podejście do tradycji	dystans, tradycja traktowana jako ciężar	szacunek, tradycja traktowana jako wzorzec	tradycja w zawodach medycznych traktowana jako dorobek, etos lekarski i pielęgniarski
Szacunek dla autorytetów	podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”	duży szacunek dla osób doświadczonych w organizacji	szacunek dla doświadczenia, docenianie senioratu
Podejście do informacji	akceptacja działań w warunkach deficytu informacji	dążenie do działania w warunkach pełnej informacji	dążenie do ograniczenia deficytu informacji w decyzjach organizacyjnych

Źródło: opracowanie własne.

Niebezpieczeństwo konserwatyizmu jest jednym z kluczowych zagrożeń kulturowych szpitali działających w warunkach dużej zmienności otoczenia. Kluczowe jest dążenie do podtrzymywania i przekazywania tych samych wartości, kultywowane są tradycje, dąży się do działania w warunkach *status quo*. Chociaż orientacja konserwatywna sprzyja stabilności, to zbyt silny konserwatyzm może być niebezpieczny dla każdego podmiotu. Organizacje konserwatywne izolują się od informacji i opierają zmianom. Mogą być efektywne jedynie w warunkach znacznej stabilności sektora, a jednocześnie szpitale działają w zmiennych warunkach. Badane szpitale odznaczają się w większości nieelastyczną kulturą organizacyjną. Szczególnie sztywne i konserwatywne są kultury organizacyjne dużych szpitali publicznych. Mniejsze szpitale, które przeszły proces restrukturyzacji, odznaczają się nieco większą elastycznością kultury organizacyjnej.

Preferowanie hierarchiczności wiąże się z przekonaniem, że ludzie różnią się między sobą, a organizacja to zróżnicowanie odzwierciedla. Wobec tego w organizacji powinno występować wiele szczebli kierowania oraz znaczące powinno być zróżnicowanie w uprawnieniach, przywilejach i korzyściach różnych grup pracowników. Szczególną wagę przywiązuje się do utrzymywania dyscypliny oraz wzmacniania autorytetu władzy. W organizacjach hierarchicznych dominuje akceptacja silnego zróżnicowania pracowników. Wyraźna jest preferencja dla myślenia elitarystycznego. Akcentowane jest znaczenie dyscypliny i porządku, które tworzy struktura władzy.

Dążenie do równości wynika z przekonania, że ludziom przysługują podobne uprawnienia i organizacja stanowi odbicie tej elementarnej równości. Zatem organizacja powinna posiadać płaską strukturę oraz maksymalnie ograniczać liczbę szczebli kierowania. Niewskazane jest znaczące zróżnicowanie uprawnień, przywilejów i korzyści wśród pracowników. Równość rodzi w organizacjach następujące postawy: akcentowanie podobieństw między pracownikami, preferencja dla myślenia egalitarnego, orientacja na spontaniczność oraz elastyczność struktur i stosunków władzy [Sułkowski 2002, ss. 66–68]. Wymiar hierarchiczność–równość jest pierwotny w stosunku do innego definiowanego jako autorytaryzm–demokratyczność (partycypacja). Autorytaryzm to dążenie do jednoosobowego, niekwestionowanego sposobu podejmowania decyzji w organizacji, natomiast demokratyczność oznacza dążenie w kierunku grupowego (w pełni partycypacyjnego) podejmowania decyzji. Wymiar hierarchiczność–równość jest także pierwotny w stosunku do wymiaru centralizacja władzy [Harrisom 1972]. W koncepcji G. Hofstede wymiarowi hierarchiczność–równość odpowiada dystans w stosunkach władzy. Duży dystans to orientacja hierarchiczna, zaś mały – równościowa [Hofstede 2000].

Tab. 4. Kultury hierarchiczne a równościowe

Cecha	Kultura hierarchiczna	Kultura równościowa	Kultury szpitali
Nierówności między stanowiskami	znaczne nierówności statusowe lub finansowe pomiędzy stanowiskami pracy	małe różnice statusowe lub finansowe między stanowiskami pracy	znaczne nierówności statusowe pomiędzy stanowiskami pracy
Dążenie do zmian strukturalnych	dążenie do pogłębienia różnic statusowych lub finansowych pomiędzy pracownikami	dążenie do ograniczania różnic statusowych lub finansowych pomiędzy pracownikami	dążenie do pogłębiania różnic statusowych i finansowych pomiędzy pracownikami
Styl kierowania	autokratyczny	partycypacyjny	patriarchalny lub autokratyczny; w zbliżonych grupach statusowych lub profesjonalnych styl konsultacyjny
Stopień centralizacji decyzji	centralizacja decyzyjna	decentralizacja decyzji	centralizacja decyzyjna
Pochodzenie hierarchii organizacyjnej	naturalna, obiektywna; przekonanie, że pracownicy znajdujący się na niższych pozycjach organizacyjnych mają zwykle mniejsze zdolności i umiejętności od pracowników na wyższych szczeblach	społeczna, konwencjonalna; hierarchia wiąże się z odgrywaniem różnych ról ustalanych ze względów pragmatycznych	przekonanie o wyższych kompetencjach, odpowiedzialności i zaangażowaniu pracowników stojących wyżej w hierarchii (lekarzy, menedżerów)
Stabilność hierarchii władzy	hierarchia powinna być stabilna	hierarchia powinna być elastyczna i ulegać zmianom	dążenie do stabilizacji strukturalnej i personalnej hierarchii
Stosunki zależności między pracownikami	podwładni są zależni od przełożonych	przełożeni i podwładni znajdują się we wzajemnej zależności	podwładni zależni z elementami współzależności
Uprzywilejowanie pracowników wyższych szczebli	w organizacji pracownicy na wyższych szczeblach powinni otrzymywać przywileje	w organizacji wszyscy powinni mieć równe prawa	uprzywilejowanie i ceremonialne traktowanie wysokiego statusu
Koncepcja sprawowania władzy	dominują koncepcje podkreślające znaczenie przełożonych i procesu kierowania pracownikami	dominują koncepcje podkreślające znaczenie pracowników oraz ich zaangażowania i partycypacji w procesie kierowania	dominują koncepcje podkreślające znaczenie przełożonych i procesu kierowania pracownikami

Źródło: opracowanie własne.



Kultury badanych szpitali wyraźnie oscylują w kierunku hierarchiczności. Przejawia się to znaczną deklarowaną oraz realizowaną akceptacją różnic statusowych pomiędzy pracownikami oraz całymi grupami zawodowymi. Na szczycie hierarchii znajdują się najczęściej lekarze pełniący funkcje kierownicze, zarządzający – ekonomiści, lekarze specjaliści oraz inni menedżerowie. Środek drabiny zajmuje personel pielęgniarski, technicy medyczni, ratownicy oraz kadra administracyjna. Natomiast dół hierarchii to pracownicy fizyczni obsługi, tacy jak salowe. Generalnie powszechny i akceptowany jest autokratyczny styl kierowania, a wieloletni kierownicy, którzy rozwinęli styl paternalistyczny, są szczególnie wysoko cenieni i poważani. W działaniach zawodowych wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarki oraz kadre kierowniczą sporadycznie pojawiają się elementy stylu konsultacyjnego. Struktura władzy jest bardzo stabilna zarówno jeśli chodzi o stanowiska pracy, uprawnienia i podległości, jak i osoby sprawujące władzę. Dominuje funkcjonalna struktura organizacyjna oraz centralizm w podejmowaniu decyzji. Władza jest trwała, jawna, demonstrowana i sformalizowana.

Badane w projekcie 15 szpitali prezentuje różne przypadki oraz typy kulturowe, które jednak układają się w pewne grupy. Poniższa tabela prezentuje konfigurację wymiarów kultur organizacyjnych badanych 15 szpitali.

**Tab. 5. Profile kulturowe badanych 15 szpitali – wymiary kultury**

Szpital	Kultura silna vs. kultura słaba	Kultura konserwatywna vs. kultura innowacyjna	Kultura hierarchiczna vs. kultura równościowa
<b>Szpital 1</b>	słaba kultura, skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura silnie hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe i akademickie
<b>Szpital 2</b>	słaba kultura, słabe subkultury zawodowe, niska identyfikacja	konserwatywna kultura, mały opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
<b>Szpital 3</b>	Słaba kultura, skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, duży opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura silnie hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe i akademickie
<b>Szpital 4</b>	słaba kultura, słabe subkultury zawodowe, niska identyfikacja	konserwatywna kultura, średni opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe

<b>Szpital 5</b>	słaba kultura, skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, duży opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	Kultura silnie hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe i akademickie
<b>Szpital 6</b>	silna kultura firmy rodzinnej i etosu zawodowego, słabe subkultury, zarząd właścicielski	innovacyjna i elastyczna kultura zorientowana na przedsiębiorczość oraz otwartość na zmiany	kultura hierarchiczna, kluczowa pozycja właścicieli zarządzających, będących lekarzami
<b>Szpital 7</b>	słaba kultura, skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura silnie hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
<b>Szpital 8</b>	słaba kultura, umiarkowanie skonfliktowane subkultury zawodowe, silna identyfikacja	konserwatywna kultura, średni opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
<b>Szpital 9</b>	silna kultura, słabe subkultury zawodowe, umiarkowana identyfikacja	Umiarkowanie innowacyjna i elastyczna kultura, niski opór przed zmianami, kultura zorientowana na przedsiębiorczość	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
<b>Szpital 10</b>	słaba kultura konfliktu pomiędzy „grupą menedżerską” a pielęgniarkami, skonfliktowane subkultury	kultura konserwatywna, opór pracowników wobec zmian, restrukturyzacja narzucana przez zarządzających przy wsparciu „grupy menedżerskiej”	kultura hierarchiczna, od zarządzającego pochodzą bardzo autokratyczne wzory kierowania, duży dystans władzy
<b>Szpital 11</b>	słaba kultura, umiarkowana identyfikacja	umiarkowanie innowacyjna i elastyczna kultura, niski opór przed zmianami, kultura zorientowana na przedsiębiorczość	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
<b>Szpital 12</b>	silna kultura, słabe subkultury, zarząd właścicielski, niska identyfikacja	innovacyjna i elastyczna kultura zorientowana na podejmowanie ryzyka, przedsiębiorczość oraz wprowadzanie zmian organizacyjnych	kultura hierarchiczna, kluczowa pozycja właścicieli zarządzających
<b>Szpital 13</b>	silna kultura, słabe subkultury zawodowe, umiarkowana identyfikacja	kultura innowacyjna i elastyczna kultura, niski opór przed zmianami, kultura zorientowana na zmiany organizacyjne i przedsiębiorczość	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe

<b>Szpital 14</b>	słaba kultura, słabe subkultury zawodowe, umiarkowana identyfikacja	konserwatywna kultura, umiarkowany opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe
<b>Szpital 15</b>	słaba kultura, słabe subkultury zawodowe, umiarkowana identyfikacja	konserwatywna kultura, słaby opór przed zmianami, interesariusze dążą do utrzymania <i>status quo</i>	kultura hierarchiczna, zróżnicowanie zawodowe

Źródło: opracowanie własne.

Zdecydowanie dominują tutaj kultury słabe, które są rozproszone oraz wewnętrznie zróżnicowane przede wszystkim ze względu na podział na subkultury zawodowe. Do słabych kultur organizacyjnych zaliczyć można wszystkie badane szpitale publiczne oraz wybrane przypadki szpitali niepublicznych. Podobnie jest właściwie z konserwatyzmem kulturowym, choć tutaj widoczna jest również współzależność z wielkością zatrudnienia oraz zaawansowaniem procesów zmian organizacyjnych. Generalnie wszystkie badane kultury szpitali są hierarchiczne i to niezależnie od ich struktury własnościowej, wielkości i specjalizacji.

Wśród wymiarów często przewijających się w badaniach kultury organizacyjnej analizie poddano siłę, stopień konserwatyzmu oraz hierarchiczności kultur organizacyjnych szpitali w Polsce. Badane szpitale różnią się pomiędzy sobą, jednak wyraźnie dostrzec można, że występuje pewien dominujący wzór kulturowy. Jest to częściej słaba kultura organizacyjna (odznaczająca się elementami lojalności zawodowej i organizacyjnej), która jest heterogeniczna, z wewnętrznymi napięciami pomiędzy subkulturami zawodowymi. Wyraźna jest skłonność do konserwatyzmu kulturowego, która przejawia się oporem wobec zmian oraz dążeniem do utrzymania *status quo*. Kultury badanych szpitali oscylują wokół hierarchiczności, która łączy się z autokratycznością oraz patriarchalizmem. Opisany dominujący wzór kulturowy jest najbardziej charakterystyczny dla dużego szpitala publicznego w Polsce. Szpitale niepubliczne oraz mniejsze szpitale mogą częściej odbiegać od opisanego wzorca.

## Wnioski

Formułując odpowiedzi na postawione w projekcie pytania badawcze oraz falsyfikując lub przynajmniej uprawdopodobniając hipotezy odnoszące się do kultury organizacyjnej polskich szpitali, można stwierdzić, że tego typu podmioty różnią się w sposób istotny od przedsiębiorstw, a zatem odznaczają się specyfiką w sferze wartości i norm (pytanie badawcze i hipoteza 1). Specyfika ta polega na dominacji modelu kulturowego łączącego słabą, konserwatywną

oraz hierarchiczną kulturę organizacyjną. Syndrom konserwatywnej kultury organizacyjnej, szczególnie w dużych szpitalach publicznych, utrudnia wprowadzanie zmian, ponieważ spręga się z: tworzeniem barier dla przedsiębiorczości zewnętrznej i wewnętrznej (*intrapreneurship*) oraz nieelastycznym i spe-tryfikowanym systemem zarządzania zasobami ludzkimi (pytanie badawcze 4, hipoteza 2). Jednym z ważnych fenomenów kulturowych polskich szpitali jest wewnętrzna niejednorodność kultury organizacyjnej, w której występują wyraźne napięcia i konflikty pomiędzy subkulturami i kontrkulturami. Ta heterogeniczność kultury i tożsamości organizacyjnej jest ściśle związana ze słabością kultury. Najważniejsze płaszczyzny napięć pomiędzy subkulturami tworzą się wokół dualizmu: kultury profesjonalne versus kultura szpitala. Do subkultur o najsilniejszej tożsamości zbiorowej, które zresztą często są skonfliktowane, należą grupy: lekarzy, pielęgniarzek, zarządzających i menedżerów, administracji oraz pracowników pomocniczych (pytania badawcze 2 i 3 oraz hipoteza 3). Próbuując odpowiedzieć na pytanie o możliwości kształtowania kultur szpitali zorientowanych na zmiany, można poszukiwać ich źródeł w liderze przeprowadzającym zmiany oraz presji otoczenia, które uniemożliwiają dryf, a zmuszają do podejmowania radykalnych decyzji restrukturyzacyjnych. Kluczowa z punktu widzenia wdrażania zmian oraz przewyższania barier przedsiębiorczości jest zatem rola zarządzającego, a następnie całej kadry menedżerskiej [Kavanagh, Ashkanasy 2006, ss. 81–103]. Osoby przedsiębiorcze, posiadające wiedzę i doświadczenie menedżerskie, zajmujące pozycje dyrektorów szpitali, częściej zarządzają jednostkami, wprowadzając innowacyjne zmiany wewnętrzne, doceniając przedsiębiorczość pracowników oraz wykorzystując szanse rozwoju tkwiące w turbulentnym otoczeniu (pytanie badawcze 5) [Fullan 2001]. Pewne wątpliwości budzi tu zresztą orientacja na współpracę, ponieważ znaczna część głębokich zmian restrukturyzacyjnych jest prowadzone nie w warunkach harmonijnej kooperacji, ale raczej głębokiego konfliktu pomiędzy różnymi subkulturami (hipoteza 4). *De facto* głęboka zmiana całkowicie burzy *status quo* i powoduje, że jedne grupy (interesariusze) tracą, a inne zyskują, co znajduje odbicie w konfliktach kulturowych.

Badania jakościowe dają możliwości głębszego zrozumienia analizowanych procesów, dzięki czemu ujawniają się problemy poznawcze, które nie zostały założone w pierwotnym planie. Niektórzy badacze posługujący się metodami jakościowymi stoją nawet na stanowisku, że potrzebne jest otwarte podejście epistemologiczne *tabula rasa*, w którym nie ma pierwotnych conceptualizacji w postaci hipotez, a nawet pytań badawczych. W opisywanym projekcie badawczym pojawiły się zarówno pytania badawcze, jak i hipotezy, jednak starano się również zachować otwartość na nowe problemy, co może być silną stroną badań jakościowych. Takie otwarte problemy, które pojawiły się w trak-

cie badań, a wcześniej nie były planowane lub miały charakter marginalny, to biurokratyzacja kultury oraz zróżnicowanie pomiędzy szpitalami publicznymi i niepublicznymi.

Znaczącym rysem kulturowym jest biurokratyzacja kultury organizacyjnej, która jest wprost proporcjonalna do wielkości szpitala. Szczególnie znaczący jest poziom biurokratyzacji w szpitalach publicznych, które nie przeszły przez proces głębokich zmian (np. restrukturyzację). Biurokratyzacja i formalizacja występująca w kulturze organizacyjnej, ale również w całej sferze zarządzania (łącznie ze strukturą, strategią organizacyjną oraz systemem zarządzania zasobami ludzkimi), odgrywa wówczas rolę bariery zmian [Swedberg, Agevall 2005, ss. 18–21, Selznick 1948, ss. 47–54].

Szpitaly publiczne, w szczególności te duże, mają znacznie więcej kulturowych barier zmian rozwoju przedsiębiorczości w porównaniu ze szpitalami niepublicznymi. Dotyczy to zarówno barier zewnętrznych, a przede wszystkim kapitałowych i prawno-administracyjnych, jak i wewnętrznych: kultura organizacyjna, kompetencje i wpływ interesariuszy. Bariery kapitałowe wiążą się często ze względnie gorszą kondycją finansową wielu szpitali publicznych. Sfera prawno-administracyjna w szpitalach publicznych jest sprzężona z nadzorem właścicielskim i uwikłana w szereg uwarunkowań natury politycznej. W polskich szpitalach publicznych tworzy się konserwatywna kultura organizacyjna skoncentrowana na misji społecznej i negująca potrzebę ekonomizacji działalności szpitala oraz wprowadzania innowacji. W większości badanych szpitali publicznych przedsiębiorczość i restrukturyzacja postrzegane są przez pryzmat zmian organizacyjnych, które niosą poczucie zagrożenia dla pracowników. Wielkość szpitala jest również zmienną ograniczającą przedsiębiorczość wewnętrzną. W dużych szpitalach publicznych nacisk interesariuszy sprzyja raczej utrzymaniu status quo niż wprowadzaniu przedsiębiorczych zmian. Paradoksalnie trudna sytuacja szpitala publicznego w wielu przypadkach jest przesłanką do wzmocnienia przedsiębiorczości. Szpital nr 1 charakteryzuje duży opór wobec zmian, ponieważ – ze względu na swoje znaczenie oraz organ założycielski (Ministerstwo Zdrowia) – jest utrzymywany nawet w warunkach znacznego deficytu działalności gospodarczej. Zatem zarówno zarządzający, jak i pracownicy nie czują nadmiernej presji na dokonywanie zmian i dominuje orientacja na *status quo*. Szpital nr 3, któremu rzeczywiście groziło bankructwo, skorzystał z szansy głębokich zmian i przeorientował się w kierunku przedsiębiorczości.

Konserwatyzmowi oraz orientacji na *status quo* szpitali publicznych sprzyja również nieelastyczny system zarządzania zasobami ludzkimi oraz spetryfikowana struktura zatrudnienia. We wszystkich badanych szpitalach publicznych rotacja pracowników jest bardzo mała i przeważa zatrudnienie w postaci

najbardziej stabilnych form, tzn. umów o pracę na czas nieokreślony. Szpitale niepubliczne, stanowiące jednostki stosunkowo nowe, odznaczają się znacznie większą rotacją pracowników oraz dominacją mniej stabilnych form zatrudnienia, takich jak: kontrakty, umowy czasowe, umowy o dzieło oraz umowy-zlecenia. Znajduje to zresztą odbicie również w pozostałych elementach systemu zarządzania zasobami ludzkimi, które można poklasyfikować w zależności od stopnia elastyczności.

### **Bibliografia**

- Fullan M. (2001), *Leading in a culture of change*, San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Harrison R., *Understanding Your Organization Character*, „Harvard Business Review”, maj–czerwiec.
- Hofstede G. (2000), *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa.
- Kavanagh M.H., Ashkanasy N.M. (2006), *The Impact of Leadership and Change Management Strategy on Organizational Culture and Individual Acceptance of Change during a Merger*, „British Journal of Management”, 17.
- Selznick P. (1948), *An Approach Theory of Bureaucracy*, „American Sociological Review”, Vo. 8.
- Sułkowski Ł. (2002), *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa.
- Sułkowski Ł. (2012a), *Kulturowe procesy zarządzania*, Difin, Warszawa.
- Sułkowski Ł. (2012b), *Kulturowe ograniczenia przedsiębiorczości – badania jakościowe polskich szpitali*, „Polityka Zdrowotna”, nr XI, (8).
- Sułkowski Ł., Seliga R. (red.) (2012), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce*, Difin, Warszawa.
- Swedberg R., Agevall O. (2005), *The Max Weber dictionary: key words and central concepts*, Stanford University Press.