

POLITECHNIKA ŚLĄSKA
Wydział Organizacji i Zarządzania

AUTOREFERAT ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

*Wpływ kultury organizacyjnej na poziom jakości usług medycznych w
jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej*

mgr Karolina Sowińska-Domagala

Promotor:

prof. dr hab. inż. Radosław Wolniak

Promotor pomocniczy:

dr Kinga Stecula

Zabrze, 2026 r.

Spis treści

1. Uzasadnienie podjęcia tematu i geneza pracy	3
2. Cele, pytania badawcze i hipotezy pracy	4
3. Podstawy teoretyczne rozprawy	5
4. Metody badań empirycznych	7
4.1 Strategia badawcza i triangulacja źródeł danych	7
4.2 Narzędzia badawcze	8
4.3 Badania pilotażowe i właściwe	9
5. Wyniki badań empirycznych	10
5.1 Profile kultury organizacyjnej badanych przychodni.....	10
5.2 Luka jakości usług medycznych	11
5.3 Związki kultury organizacyjnej z jakością usług medycznych	11
5.4 Weryfikacja hipotez badawczych.....	12
6. Autorski model kultury organizacyjnej sprzyjającej jakości usług medycznych	13
7. Oryginalny wkład rozprawy w dyscyplinę nauk o zarządzaniu i jakości.....	14
8. Ograniczenia badania i kierunki dalszych badań.....	16
9. Struktura rozprawy.....	16
10. Podsumowanie	17
Bibliografia	19

1. Uzasadnienie podjęcia tematu i geneza pracy

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) stanowi pierwszy i najczęstszy kontakt pacjenta z systemem opieki zdrowotnej w Polsce. Ramy prawne funkcjonowania tych jednostek wyznacza Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. 2025, poz. 515), która traktuje POZ jako miejsce pierwszego kontaktu pacjenta z systemem. Placówki te pełnią tym samym funkcję swoistej „bramy systemu”, decydując zarówno o dostępności świadczeń, jak i o dalszej ścieżce leczenia pacjenta. Pomimo strategicznego znaczenia tego sektora dla bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa, badania empiryczne nad jakością usług medycznych w polskich placówkach POZ pozostają nieliczne, a większość dotychczasowego dorobku w dziedzinie zarządzania w ochronie zdrowia koncentruje się na sektorze szpitalnym i opiece specjalistycznej.

W trakcie wieloletniej praktyki zawodowej w sektorze opieki zdrowotnej oraz w toku kwerendy literatury dostrzegłam brak opracowań empirycznych łączących dwie perspektywy zarządcze, czyli diagnozę kultury organizacyjnej placówki oraz pomiar jakości świadczonych przez nią usług medycznych ocenianej z perspektywy pacjenta. Zidentyfikowana luka badawcza okazała się wyraźna w odniesieniu do małych jednostek ambulatoryjnych funkcjonujących w warunkach presji systemowej, takiej jak niedobór kadr medycznych, ograniczenia finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia oraz rosnące oczekiwania pacjentów wobec dostępności i jakości świadczonych usług medycznych.

Dodatkowym impulsem do podjęcia tematu była potrzeba wzmocnienia kultury organizacyjnej sprzyjającej jakości usług medycznych wskazana w Ustawie z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. 2023, poz. 1692). Akt ten w polskim porządku prawnym definiuje obowiązki podmiotów leczniczych w zakresie wewnętrznych systemów zarządzania jakością, jednocześnie pozostawiając pytanie o praktyczne mechanizmy ich wdrażania w warunkach codziennej pracy małej przychodni POZ. Jak wskazują Rogala, Kafel i Urbaniak (2024), wiarygodność zewnętrznych audytów systemów zarządzania stanowi kluczowy warunek skuteczności mechanizmów akredytacyjnych oraz postrzeganej rzetelności całego systemu oceny jakości, co w odniesieniu do nowo wprowadzanego systemu jakości w POZ nabiera szczególnego znaczenia. Skuteczność takich rozwiązań w istotny sposób zależy od kultury organizacyjnej, czyli od wzorców wartości, postaw i zachowań charakteryzujących daną placówkę (Sitko-Lutek, 2018), co stanowiło bezpośrednią przesłankę do ujęcia problematyki w niniejszej rozprawie.

2. Cele, pytania badawcze i hipotezy pracy

Głównym celem rozprawy było wypracowanie propozycji modelu kultury organizacyjnej sprzyjającej wysokiej jakości usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej. Cel główny został rozwinięty w cztery cele szczegółowe odpowiadające kolejnym etapom procesu badawczego:

- cel diagnostyczny - zdiagnozowanie dominujących typów kultury organizacyjnej w jednostkach POZ oraz identyfikacja kluczowych elementów kultury organizacyjnej wpływających na jakość usług medycznych;
- cel eksploracyjny - zbadanie zależności między kulturą organizacyjną a poziomem jakości usług medycznych w jednostkach POZ;
- cel analityczny - określenie luki między obecną a pożądaną kulturą organizacyjną w badanych jednostkach POZ oraz identyfikacja czynników kultury organizacyjnej mających wpływ na jakość usług medycznych;
- cel praktyczny - sformułowanie rekomendacji dla kadry zarządzającej jednostkami POZ dotyczących kształtowania kultury organizacyjnej sprzyjającej poprawie jakości usług medycznych.

Realizacji powyższych celów podporządkowane zostały pytania badawcze (P1-P5) oraz powiązane z nimi hipotezy (H1-H5), które przedstawiam poniżej.

P1: Jakie typy kultury organizacyjnej dominują w jednostkach POZ?

P2: Który typ kultury organizacyjnej pozytywnie koreluje z poziomem jakości usług medycznych?

P3: Czy występuje związek między typami kultury organizacyjnej a poziomem motywacji i przywiązania organizacyjnego pracowników jednostek POZ?

P4: Czy wielkość luki między obecną a pożądaną kulturą organizacyjną jest skorelowana z poziomem jakości usług medycznych?

P5: Czy przywiązanie organizacyjne i motywacja wpływają na jakość usług medycznych?

H1: W jednostkach POZ dominuje kultura hierarchii, która w połączeniu z niskim poziomem kultury klanu negatywnie koreluje z poziomem jakości świadczonych usług medycznych.

H2: Istnieje pozytywna korelacja między poziomem kultury klanu a jakością świadczonych usług medycznych.

H3: Kultura klanu jest pozytywnie skorelowana z przywiązaniem organizacyjnym i motywacją pracowników jednostek POZ.

H4: Wielkość luki między obecną a pożądaną kulturą organizacyjną jest skorelowana z poziomem jakości świadczonych usług medycznych.

H5: Przywiązanie organizacyjne i motywacja korelują dodatnio z jakością świadczonych usług medycznych.

Podmiotem badań byli pracownicy trzech jednostek podstawowej opieki zdrowotnej (lekarze, pielęgniarki, rejestratorzy medyczni i personel administracyjny) oraz pacjenci korzystający z usług tych placówek. Przedmiotem badań była natomiast analiza relacji między stanem kultury organizacyjnej jednostek świadczących usługi medyczne a poziomem jakości tych usług, z uwzględnieniem mechanizmów pośredniczących w postaci przywiązania organizacyjnego i motywacji do służby publicznej.

3. Podstawy teoretyczne rozprawy

Konstrukcja teoretyczna rozprawy oparta jest na czterech wzajemnie uzupełniających się ramach pojęciowych. Pierwszą z nich stanowi Model Wartości Konkurujących (Competing Values Framework, CVF) opracowany przez Camerona i Quinna (2015). Model ten porządkuje typologię kultur organizacyjnych w układzie dwóch wymiarów, elastyczność i stabilność oraz orientacja wewnętrzna i zewnętrzna, wyróżniając cztery typy: kulturę klanu (orientacja wewnętrzna, elastyczność), adhokracji (orientacja zewnętrzna, elastyczność), rynku (orientacja zewnętrzna, stabilność) oraz hierarchii (orientacja wewnętrzna, stabilność). W ujęciu przedstawionym przez Sitko-Lutek (2007) za Cameronem i Quinnem kultura klanu opiera się na współpracy, lojalności i zaangażowaniu pracowników, co czyni ją typem szczególnie istotnym z perspektywy problematyki niniejszej rozprawy. Operacjonalizacją modelu jest narzędzie diagnostyczne OCAI (Organizational Culture Assessment Instrument), pozwalające jednocześnie zmierzyć kulturę obecną i kulturę pożądaną przez pracowników. Różnica między

tymi dwiema warstwami profilu, określana jako luka kulturowa, stanowi jeden z kluczowych elementów wykorzystanych w niniejszej pracy do weryfikacji hipotez H1-H4.

Drugą ramą teoretyczną jest model luki jakości usług Parasuramana i in. (1988) z metodą SERVQUAL oraz jej adaptacja dla sektora ochrony zdrowia w postaci metody HEALTHQUAL zaproponowanej przez Lee (2017). Metoda ta zachowuje założenie modelu Parasuramana, w którym jakość rozumiana jest jako różnica (luka) między oczekiwaniami pacjenta a jego percepcją otrzymanej usługi, jednocześnie dostosowując zestaw wymiarów pomiaru do specyfiki sektora opieki zdrowotnej.

Konstrukcja kwestionariusza wykorzystanego w badaniu została oparta na obowiązujących polskich regulacjach prawnych dotyczących jakości w opiece zdrowotnej. Zasadniczą podstawę prawną stanowi Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. 2023, poz. 1692), która wprowadziła kompleksowy system jakości w ochronie zdrowia, oparty na czterech filarach: autoryzacji podmiotów leczniczych, wewnętrznym systemie zarządzania jakością i bezpieczeństwem, akredytacji oraz rejestrach medycznych (art. 3 ustawy). Szczególne znaczenie ma art. 4 ust. 1, nakładający na każdy podmiot leczniczy posiadający kontrakt z NFZ obowiązek monitorowania wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Ustawa wyróżnia trzy obszary wewnętrznego systemu zarządzania jakością: zarządczy, kliniczny oraz konsumencki (opinie pacjentów), przy czym ostatni jest bezpośrednio związany z przedmiotem pomiaru zastosowanego kwestionariusza (art. 18 ustawy).

W modelu Lee standardowe pięć wymiarów SERVQUAL (materialność, niezawodność, reagowanie, pewność, empatia) zostało zastąpione przez powiązanie procesów operacyjnych placówki z perspektywą postrzeganą przez pacjenta. Na tej podstawie opracowałam autorską adaptację narzędzia, oznaczoną w rozprawie jako HEALTHQUAL+, obejmującą sześć wymiarów dostosowanych do specyfiki polskich jednostek POZ: efektywność, empatię, informację, komunikację, kompetencje personelu, sprawność organizacyjną oraz wizerunek placówki.

Trzecią ramę pojęciową stanowi trójskładnikowy model przywiązania organizacyjnego Meyera i Allen (1991), wyróżniający przywiązanie afektywne (emocjonalna więź pracownika z organizacją), przywiązanie trwałości (oparte na rachunku kosztów, jakie pociągnęłoby za sobą odejście) oraz przywiązanie normatywne (poczucie moralnego zobowiązania wobec organizacji). W badaniu wykorzystałam polską adaptację skali tego modelu opracowaną przez Bańkę i in. (2002), która zachowuje strukturę oryginału, obejmując 18 twierdzeń ocenianych

w siedmiostopniowej skali Likerta. Pomiar przywiązania organizacyjnego pracowników stanowił podstawę weryfikacji hipotez H3 oraz H5.

Czwartą ramą teoretyczną jest koncepcja motywacji do służby publicznej (Public Service Motivation, PSM) sformułowana przez Perry'ego (1996) i rozwijana między innymi przez Courseya i Pandeya (2007). Koncepcja PSM zakłada istnienie szczególnego rodzaju motywacji, charakterystycznej dla pracowników sektora publicznego, opartej na altruistycznym dążeniu do służenia interesowi publicznemu i na utożsamianiu się z misją publiczną organizacji. W warunkach polskiej podstawowej opieki zdrowotnej, gdzie wynagrodzenia pozostają relatywnie niskie w porównaniu z sektorem prywatnym, czy usługami specjalistycznymi motywacja PSM może stanowić istotny zasób organizacyjny rekompensujący ograniczenia systemowe. Pomiar motywacji oparłam na własnej adaptacji narzędzia Perry'ego do warunków polskich jednostek POZ, nawiązującej do wcześniejszych zastosowań koncepcji PSM w polskiej ochronie zdrowia (Frączkiewicz-Wronka i Marzec, 2015).

Powiązanie czterech wskazanych ram teoretycznych w jednym modelu konceptualnym stanowi element oryginalnego wkładu pracy. Dotychczasowe badania w obszarze zarządzania w ochronie zdrowia traktowały te perspektywy w sposób rozłączny. Diagnoza kultury organizacyjnej, pomiar jakości usług medycznych oraz badania nad przywiązaniem organizacyjnym i motywacją personelu medycznego stanowiły zasadniczo odrębne nurty. Niniejsza rozprawa proponuje integrację tych perspektyw w spójną ramę analityczną, w której kultura organizacyjna oddziałuje na postrzeganą przez pacjentów jakość usług medycznych zarówno bezpośrednio, poprzez kształtowanie wzorców postępowania pracowników, jak i pośrednio, poprzez wpływ na poziom przywiązania organizacyjnego oraz motywacji do służby publicznej.

4. Metody badań empirycznych

4.1 Strategia badawcza i triangulacja źródeł danych

Część empiryczną rozprawy oparłam na podejściu triangulacyjnym, łączącym dane uzyskane od dwóch grup respondentów, pracowników badanych jednostek POZ oraz pacjentów. Triangulacja danych pozwoliła ująć badane zjawisko z dwóch komplementarnych perspektyw, wewnętrznej (postrzeganie przez personel kultury organizacyjnej, przywiązania organizacyjnego oraz motywacji do służby publicznej) oraz zewnętrznej (oceny jakości usług medycznych dokonywanej przez pacjentów jako odbiorców tych usług). Takie zestawienie

umożliwiło konfrontację obrazu organizacji „od wewnątrz” z efektem jej działania widzianym „od zewnątrz”.

Zastosowane rozwiązanie ma charakter badania ilościowego wykorzystującego triangulację źródeł danych i narzędzi pomiarowych (Creswell i Creswell, 2018). Dane pochodzą z kwestionariuszy od dwóch niezależnych grup respondentów z wykorzystaniem czterech odrębnych instrumentów badawczych. Procedura badawcza została podzielona na siedem następujących po sobie etapów: (1) przegląd literatury krajowej i zagranicznej dotyczącej kultury organizacyjnej i jakości usług medycznych, (2) opracowanie i adaptacja narzędzi badawczych odpowiadających czterem konstruktom empirycznym objętym rozprawą, (3a) realizacja badania pilotażowego oraz wstępna ocena zrozumiałości i rzetelności narzędzi, (3b) realizacja badania właściwego, (4) opracowanie statystyk opisowych i weryfikacja rzetelności narzędzi, (5) analiza zależności i weryfikacja hipotez badawczych, (6) opracowanie propozycji modelu kultury organizacyjnej sprzyjającej wysokiej jakości usług medycznych w jednostkach POZ oraz (7) sformułowanie rekomendacji praktycznych dla kadry zarządzającej i wskazań dla dalszych badań. Wszystkie analizy ilościowe przeprowadziłam przy użyciu oprogramowania jamovi w wersji 2.7, przyjmując poziom istotności statystycznej $\alpha = 0,05$.

4.2 Narzędzia badawcze

W badaniu zastosowałam cztery kwestionariusze odpowiadające czterem wskazanym wcześniej ramom teoretycznym. Każdy z nich pozwolił na pomiar innego aspektu badanego zjawiska, jednocześnie tworząc spójną siatkę analityczną pozwalającą zweryfikować postawione hipotezy.

Kwestionariusz OCAI Camerona i Quinna (2015) posłużył do diagnozy kultury organizacyjnej obu typów, obecnej i pożądanej w sześciu wymiarach: dominujące cechy organizacji, przywództwo, zarządzanie pracownikami, spójność organizacji, akcenty strategiczne oraz kryteria sukcesu. W każdym wymiarze respondenci dzielili 100 punktów pomiędzy cztery warianty odpowiedzi odpowiadające czterem typom kultury.

Polska wersja Skali Przywiązania do Organizacji Meyera i Allen w adaptacji Bańki i in. (2002) zachowuje trójskładnikową strukturę oryginału, to znaczy 18 twierdzeń podzielonych na trzy skale składowe (przywiązanie afektywne, trwałości, normatywne), ocenianych w siedmiostopniowej skali Likerta. Wyniki posłużyły weryfikacji hipotez H3 oraz H5.

Kwestionariusz motywacji do służby publicznej stanowi moją własną adaptację narzędzia Perry’ego (1996), rozwinętego przez Courseya i Pandeya (2007), dostosowaną do realiów pracy personelu medycznego w jednostkach POZ i nawiązującą do wcześniejszych polskich zastosowań koncepcji PSM w ochronie zdrowia (Frączkiewicz-Wronka i Marzec, 2015). W finalnej wersji kwestionariusz obejmuje 13 twierdzeń ocenianych w siedmiostopniowej skali Likerta, podzielonych na cztery skale składowe odpowiadające wymiarom modelu Perry’ego.

Autorska adaptacja narzędzia HEALTHQUAL+ stanowi najistotniejszy oryginalny element metod badawczych rozprawy. Składa się z 43 twierdzeń ocenianych w siedmiostopniowej skali Likerta, podzielonych na wymiary jakości usług medycznych: efektywność, empatia, informacja, komunikacja, kompetencje personelu, sprawność organizacyjna oraz wizerunek placówki. Każde twierdzenie oceniane było dwukrotnie, jako oczekiwanie pacjenta wobec idealnej przychodni POZ oraz jako percepcja faktycznie otrzymanej usługi w danej placówce. Różnica E - P stanowi lukę jakości usług medycznych w danym wymiarze.

4.3 Badania pilotażowe i właściwe

Badanie pilotażowe przeprowadziłam w dniach 7-12 sierpnia 2025 r. na próbie 18 osób (8 pracowników i 10 pacjentów) z placówki POZ należącej do tej samej Sieci Przychodni, lecz spoza próby głównej. Celem pilotażu była weryfikacja zrozumiałości pytań, oszacowanie czasu wypełniania kwestionariuszy (około 20 minut) oraz wstępna ocena rzetelności narzędzi. Wyniki badania pilotażowego były podstawą do wprowadzenia trzech korekt redakcyjnych: w dwóch pytaniach kwestionariusza HEALTHQUAL+ (doprecyzowanie instrukcji dotyczącej oczekiwań pacjentów) oraz w jednym pytaniu kwestionariusza PSM (przeformułowanie pytania odwołującego się do pojęcia interesu publicznego).

Badanie właściwe przeprowadziłam w okresie sierpień-grudzień 2025 r. w trzech jednostkach POZ aglomeracji górnośląskiej, wylosowanych spośród szesnastu placówek tej samej Sieci Przychodni. Zastosowanie losowego doboru placówek z jednej sieci pozwoliło ograniczyć wpływ zmiennych kontekstowych (uwarunkowania prawne, system wynagrodzeń, polityka zarządcza szczebla nadrzędnego), tym samym wzmacniając wewnętrzną trafność porównania międzyplacówkowego. Próba badawcza objęła łącznie 720 respondentów, 120 pracowników (33 osoby w POZ 1, 50 osób w POZ 2 oraz 37 osób w POZ 3, co odpowiada 96-

97% zatrudnionego personelu) oraz 600 pacjentów (po 200 z każdej placówki) wylosowanych spośród 17 819 osób zadeklarowanych w trzech przychodniach.

5. Wyniki badań empirycznych

5.1 Profile kultury organizacyjnej badanych przychodni

Diagnoza kultury organizacyjnej trzech badanych przychodni POZ ujawniła wzorzec wspólny dla całego sektora oraz istotne różnice indywidualne. Pierwszym ustaleniem o charakterze ogólnym jest wyraźna dominacja kultury hierarchii w stanie obecnym wszystkich trzech placówek. Średnia wartość tego typu kultury w badaniu wahała się od 33% do 44% rozkładu punktów OCAI, co stanowi wynik typowy dla organizacji sektora publicznego o silnej regulacji procesów i wysokim poziomie formalizacji. Jednocześnie we wszystkich placówkach odnotowałam ujemne wartości luki kulturowej dla hierarchii co oznacza, że pracownicy postrzegali aktualny poziom formalizacji jako nadmierny i oczekiwali jego redukcji średnio o 10-17 punktów procentowych.

Drugim ustaleniem jest dodatnia luka kulturowa dla kultury klanu we wszystkich trzech placówkach (oczekiwany wzrost o 7-13 punktów procentowych: +13,19 p.p. w POZ 1, +12,34 p.p. w POZ 2 oraz +7,00 p.p. w POZ 3). Pracownicy oczekiwali wzmocnienia kultury opartej na relacjach, wzajemnym wsparciu, rozwoju osobistym oraz zaangażowaniu pracowniczym. Pomimo wspólnego kierunku oczekiwań, poziom kultury klanu w stanie obecnym różnił się między placówkami od 17,08% w Przychodni POZ 1 (najniższy) do 25,70% w Przychodni POZ 2 oraz 25,84% w Przychodni POZ 3 (najwyższy), dwie ostatnie placówki osiągnęły zatem poziom niemal identyczny, wyraźnie odróżniający je od Przychodni POZ 1. Odwrotną tendencję obserwowałam w przypadku kultury rynku, której najwyższy poziom (29,89%) odnotowano w Przychodni POZ 1, a najniższy (19,84%) w Przychodni POZ 3.

Tym samym Przychodnia POZ 1 prezentuje profil kulturowy zdominowany przez hierarchię i orientację rynkową przy słabej obecności kultury klanu, podczas gdy Przychodnia POZ 3 wykazuje profil odwrotny, najwyższy udział kultury klanu i najniższy udział kultury rynku. Formalizacja pozostaje w niej wysoka (hierarchia 43,73%), lecz jest przez pracowników akceptowana w największym stopniu, na co wskazuje najmniejsza spośród badanych placówek luka kulturowa dla hierarchii (-10,42 p.p. wobec -16,68 p.p. w POZ 1). Przychodnia POZ 2 zajmuje pozycję pośrednią pod względem kultury rynku (22,98%) i hierarchii (33,60%). Takie zróżnicowanie profili kulturowych placówek funkcjonujących w ramach jednej sieci stwarza dogodny układ porównawczy dla weryfikacji hipotez badawczych.

5.2 Luka jakości usług medycznych

Pomiar jakości usług medycznych metodą HEALTHQUAL+ wykazał, że we wszystkich trzech placówkach jakość usług medycznych postrzegana przez pacjentów jest niższa od ich oczekiwań, a wartości luki jakości usług medycznych we wszystkich sześciu wymiarach pomiaru przyjmowały wartości dodatnie. Najistotniejszym ustaleniem jest zróżnicowanie wielkości tej luki między placówkami, mimo ich przynależności do jednej sieci. Średnia luka jakości usług medycznych wyniosła 2,49 dla Przychodni POZ 1, 1,42 dla Przychodni POZ 2 oraz 0,78 dla Przychodni POZ 3. Test Kruskala-Wallisa potwierdził istotność statystyczną tych różnic ($\chi^2 = 92,83$; $p < 0,001$).

Analiza pokazuje, że kierunek zróżnicowania jest spójny we wszystkich sześciu wymiarach metody HEALTHQUAL+. Przychodnia POZ 1 niezmiennie wykazuje najwyższe luki, Przychodnia POZ 3 niezmiennie najniższe. Najwyższe wartości luki jakości usług medycznych w Przychodni POZ 1 odnotowano w odniesieniu do czasu oczekiwania na wizytę (2,79), dostępności dla osób z niepełnosprawnościami (2,77) oraz godzin pracy dostosowanych do potrzeb pacjentów (2,73), co wskazuje na deficyty natury operacyjno-organizacyjnej. W Przychodni POZ 3 luki na poziomie poszczególnych pozycji kwestionariusza utrzymują się poniżej wartości 1,2 (a na poziomie sześciu wymiarów poniżej 1,0), przy czym najwyższe wartości dotyczą szerokości oferty świadczeń (1,19) oraz wymiarów relacyjnych takich jak zrozumienie sytuacji życiowej pacjenta (1,16) i poczucie otrzymywania skutecznej pomocy medycznej (1,05).

5.3 Związki kultury organizacyjnej z jakością usług medycznych

Głównym elementem analizy empirycznej była weryfikacja związków między profilami kultury organizacyjnej, przywiązaniem organizacyjnym, motywacją PSM oraz luką jakości usług medycznych. Analizę przeprowadziłam na dwóch poziomach. Pierwszy poziom to analiza indywidualna na danych $N = 120$ pracowników, która pozwoliła na zastosowanie testów statystycznych z kontrolą poziomu istotności. Drugi poziom to analiza eksploracyjna na poziomie $N = 3$ placówek, która ze względu na małą liczbę jednostek nie pozwala na formalne testy istotności i zachowuje charakter opisowy. Wyniki uzyskane na poziomie placówek zostały wyraźnie oznaczone jako analiza kierunkowa, niewystarczająca do wnioskowania przyczynowo-skutkowego, a do interpretacji siły uzyskanych współczynników korelacji przyjąłam progi zaproponowane przez Cohena (1988).

Na poziomie indywidualnym kultura klanu wykazała umiarkowaną, dodatnią i istotną statystycznie korelację z przywiązaniem organizacyjnym ($r = +0,348$; $p < 0,001$), potwierdzającą hipotezę H3. Korelacja kultury klanu z motywacją PSM, choć dodatnia ($r = +0,156$), nie osiągnęła progu istotności statystycznej ($p = 0,088$), co interpretuję jako wskazówkę, że kultura klanu silniej oddziałuje na emocjonalną więź pracownika z organizacją niż na motywację o charakterze społecznym, mającą bardziej trwałe i głęboko zakorzenione w wartościach indywidualnych podłoże. Kultura rynku wykazała natomiast ujemne korelacje zarówno z przywiązaniem organizacyjnym ($r = -0,238$; $p = 0,009$), jak i z motywacją ($r = -0,197$; $p = 0,031$), co wskazuje, że silniejszej orientacji na konkurencyjność towarzyszy niższy poziom obu tych zmiennych.

Na poziomie organizacyjnym (eksploracyjnym) zaobserwowałam wyjątkowo silne i spójne wzorce zależności. Kultura klanu wykazała korelację dodatnią z jakością usług medycznych ogółem ($r = +0,997$) oraz silną korelację ujemną z luką jakości usług medycznych ($r = -0,943$). Kultura rynku wykazała wzorzec dokładnie odwrotny, silną korelację ujemną z jakością ogółem ($r = -0,976$). Przywiązanie organizacyjne ($r = +0,988$) oraz motywacja PSM ($r = +0,997$) wykazały bardzo silny dodatni związek liniowy z poziomem jakości usług medycznych. Wzorzec ten jest spójny we wszystkich trzech badanych jednostkach. Przychodnia POZ 3, łącząca najwyższe wartości kultury klanu, przywiązania organizacyjnego i motywacji, osiąga jednocześnie najwyższy poziom jakości usług medycznych oraz najniższą lukę jakości usług medycznych, a Przychodnia POZ 1 prezentuje wzorzec odwrotny.

Należy jednoznacznie zastrzec, że tak wysokie wartości współczynników korelacji uzyskane na próbie $N = 3$ placówek mają charakter wyłącznie kierunkowy i nie mogą stanowić podstawy do wnioskowania przyczynowego. Stanowią one jednak silną przesłankę empiryczną do dalszych badań na większej próbie jednostek POZ.

5.4 Weryfikacja hipotez badawczych

Syntezę wyników weryfikacji pięciu hipotez badawczych zawiera tabela 1, w której dla każdej hipotezy podaję podstawową wartość empiryczną oraz status weryfikacji. Wszystkie współczynniki korelacji obliczone na poziomie placówek ($N = 3$) mają charakter wyłącznie kierunkowy, status „potwierdzona” oznacza zgodność kierunku zależności z hipotezą, nie zaś dowód związku przyczynowo-skutkowego.

Tabela 1. Synteza wyników weryfikacji hipotez badawczych

P/H	Treść	Wyniki badań empirycznych (rozdział 4)	Status
H1	W jednostkach POZ dominuje kultura hierarchii, która w połączeniu z niskim poziomem kultury klanu negatywnie koreluje z poziomem jakości świadczonych usług medycznych.	Potwierdzona: niski poziom kultury klanu ($r = +0,997$ z jakością) i wysoki poziom kultury rynku ($r = -0,976$ z jakością) wiążą się z niską jakością usług medycznych. Hierarchia sama w sobie nie wykazuje silnego związku z jakością ($ r < 0,40$).	Częściowo potwierdzona
H2	Istnieje pozytywna korelacja między poziomem kultury klanu a jakością świadczonych usług medycznych.	Potwierdzona: kultura klanu (stan obecny) wykazuje spójny dodatni kierunek zależności z jakością usług medycznych ($r = +0,997$) i ujemny z luką jakości ($r = -0,943$). Wzorzec spójny we wszystkich obszarach HEALTHQUAL+.	Potwierdzona
H3	Kultura klanu jest pozytywnie skorelowana z przywiązaniem organizacyjnym i motywacją pracowników jednostek POZ.	Potwierdzona: na poziomie placówek ($N=3$) spójne kierunki zależności; na poziomie pracowników ($N = 120$) umiarkowana korelacja z przywiązaniem ($r = +0,348$, $p < 0,001$) i słaba z motywacją ($r = +0,156$, $p = 0,088$).	Potwierdzona
H4	Wielkość luki między obecną a pożądaną kulturą organizacyjną jest skorelowana z poziomem jakości świadczonych usług medycznych.	Częściowo potwierdzona: istnieje zależność dla luki kultury hierarchii ($r = -0,993$), zależność nie wyszła w badaniach dla pozostałych typów kultury. Wymaga weryfikacji na większej próbie placówek.	Częściowo potwierdzona
H5	Przywiązanie organizacyjne i motywacja korelują dodatnio z jakością świadczonych usług medycznych.	Potwierdzona: przywiązanie organizacyjne ($r = +0,988$, z luką jakości $r = -0,994$) i motywacja ($r = +0,997$, z luką jakości $r = -0,982$) wykazują spójne dodatnie kierunki zależności z jakością usług medycznych i spójne ujemne kierunki zależności z luką jakości. Wyniki są kierunkowe ($N = 3$).	Potwierdzona

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badań empirycznych

6. Autorski model kultury organizacyjnej sprzyjającej jakości usług medycznych

Zgodnie z głównym celem rozprawy zaproponowałam autorski, dwuwymiarowy model kultury organizacyjnej sprzyjającej wysokiej jakości usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej. Model integruje dorobek teoretyczny Camerona i Quinna (2015), Parasuramana i in. (1988), Meyera i Allen (1991) oraz Perry'ego (1996) w spójną ramę analityczną, jednocześnie opierając wartości docelowe poszczególnych zmiennych na danych

empirycznych zebranych w trzech badanych przychodniach, a w szczególności w Przychodni POZ 3, która w badaniu osiągnęła najwyższe wskaźniki jakości i może pełnić rolę empirycznego punktu odniesienia.

Model ujmuje organizację POZ w czterech warstwach analitycznych. Warstwa pierwsza, kulturowa, obejmuje profil kultury organizacyjnej mierzonej narzędziem OCAI: kultura klanu jest zmienną najsilniej współwystępującą z wysoką jakością usług medycznych, kultura rynku pełni rolę czynnika ryzyka, a kultura hierarchii czynnika stabilizującego procesy kliniczne (utrzymywanego w umiarkowanym natężeniu zgodnie z koncepcją biurokracji profesjonalnej; Mintzberg, 1980). Warstwa druga, pośrednicząca, odzwierciedla mechanizm podwójnego pośrednictwa, w którym przywiązanie organizacyjne i motywacja PSM przekazują wpływ kultury organizacyjnej na ostateczne efekty pracy z pacjentem. Warstwa trzecia, jakościowa, wprowadza autorski podział wymiarów HEALTHQUAL+ na dwa logicznie wyodrębnione obszary – wymiar relacyjny (empatia, informacja i komunikacja) zdeterminowany przez kulturę klanu oraz wymiar operacyjny (sprawność organizacyjna, kompetencje personelu, efektywność i wizerunek) moderowany przez kulturę hierarchii. Warstwa czwarta, wdrożeniowa, ujmuje proces zmiany w postaci czterofazowego cyklu (diagnoza, realizacja, ocena, korekta) o horyzoncie 18-24 miesięcy, spiętym pętlą ciągłego doskonalenia Deminga (1986). Warunkiem powodzenia tak zaprojektowanego cyklu pozostaje wiarygodność samych mechanizmów oceny. Jak zauważają Rogala, Kafel i Urbaniak (2024), przesądza ona o skuteczności całego systemu zarządzania jakością i decyduje o zaufaniu pracowników i kadry zarządzającej do wyników pomiaru.

Najistotniejszym wkładem konceptualnym proponowanego modelu jest dwuwymiarowe ujęcie jakości usług medycznych, odróżniające wymiar relacyjny od operacyjnego wraz z przypisaniem im odmiennych mechanizmów kulturowych oddziaływania. Tradycyjne modele zarządzania jakością w ochronie zdrowia traktowały jakość usług w sposób monolityczny, sugerując uniwersalne narzędzia zarządcze. Wyniki niniejszej rozprawy pokazują natomiast, że poprawa poszczególnych wymiarów jakości usług medycznych wymaga oddziaływania na odmienne aspekty kultury organizacyjnej - wymiar relacyjny wymaga wzmocnienia kultury klanu (empatia, wsparcie, zaufanie), podczas gdy wymiar operacyjny wymaga umiejętnego równoważenia kultury hierarchii (uproszczenie procedur, delegacja decyzji) z elementami kultury klanu (komunikacja zespołowa, wzajemna pomoc). Tak rozumiany model ma zarówno walor diagnostyczny, ponieważ pozwala identyfikować deficyty kulturowe placówki, jak i aplikacyjny, ponieważ wskazuje kierunek pożądanych działań zarządczych.

7. Oryginalny wkład rozprawy w dyscyplinę nauk o zarządzaniu i jakości

Wkład oryginalny niniejszej rozprawy w dyscyplinę nauk o zarządzaniu i jakości można rozpatrywać w trzech wymiarach: teoretycznym, metodologicznym i utylitarnym.

Wkład teoretyczny obejmuje pięć elementów. Po pierwsze, integrację czterech dotychczas rozłącznie traktowanych ram teoretycznych (OCAI, HEALTHQUAL+, model Meyera i Allen, koncepcja PSM) w spójny model konceptualny zorientowany na sektor podstawowej opieki zdrowotnej. Po drugie, identyfikację mechanizmu podwójnego pośrednictwa, w którym kultura organizacyjna wpływa na jakość usług medycznych poprzez kształtowanie przywiązania organizacyjnego i motywacji do służby publicznej. Po trzecie, sformułowanie autorskiej propozycji podziału wymiarów jakości usług medycznych na relacyjny i operacyjny oraz powiązanie ich z odmiennymi typami kultury organizacyjnej. Po czwarte, weryfikację empiryczną tezy o różnym kierunku oddziaływania poszczególnych typów kultury organizacyjnej w sektorze POZ, kultury klanu jako typu współwystępującego z wyższą jakością usług medycznych oraz kultury rynku jako czynnika ryzyka. Po piąte, wniesienie wkładu do polskojęzycznych badań w obszarze zarządzania jakością usług medycznych w sektorze POZ, dotychczas reprezentowanym znacznie skromniej niż sektor szpitalny.

Wkład metodologiczny stanowi przede wszystkim autorska adaptacja narzędzia HEALTHQUAL+ do warunków polskiej podstawowej opieki zdrowotnej, obejmująca opracowanie zestawu 43 pozycji na podstawie modelu SERVQUAL i wymagań obszaru konsumenckiego wynikających z Ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz. U. 2024, poz. 1349), a następnie dopasowanie do specyfiki małych jednostek podstawowej opieki zdrowotnej. Drugim elementem jest zastosowanie procedury triangulacyjnej łączącej dane od pracowników (kultura organizacyjna, przywiązanie i motywacja) z danymi od pacjentów (jakość usług medycznych) w obrębie tej samej jednostki organizacyjnej, co pozwala na konfrontację dwóch perspektyw bezpośrednio na poziomie pojedynczej placówki.

Wkład utylitarny obejmuje opracowanie szczegółowych rekomendacji diagnostyczno-naprawczych dla każdej z trzech badanych placówek, ujętych w postaci tabeli z konkretnymi wartościami empirycznymi luk kulturowych i jakościowych. Rekomendacje te, zróżnicowane w zależności od profilu danej przychodni (interwencja systemowa dla POZ 1, interwencja

ukierunkowana dla POZ 2, status pilotażowy dla POZ 3), stanowią praktyczne narzędzie zarządcze dostępne dla kadry kierowniczej Sieci Przychodni objętych badaniem oraz mogą być adaptowane przez inne podmioty lecznicze sektora POZ. Dodatkowo opracowany zestaw wskaźników działań doskonalących z konkretnymi wartościami progowymi luk jakości daje kierownictwu placówek narzędzie monitoringu skuteczności podejmowanych interwencji.

8. Ograniczenia badania i kierunki dalszych badań

Ograniczenia przeprowadzonego badania należy uwzględnić przy interpretacji wyników. Pierwszym i najpoważniejszym ograniczeniem jest mała liczba placówek na poziomie analizy organizacyjnej ($N = 3$). Przy tak małej próbie jednostek obserwowane wzorce zależności mają charakter wyłącznie kierunkowy i eksploracyjny, nie pozwalają na formalne testowanie istotności statystycznej ani na wnioskowanie o związkach przyczynowo-skutkowych. Drugim ograniczeniem jest przekrojowy charakter badania, ponieważ dane zebrano w jednym punkcie czasowym, co uniemożliwia rozstrzygnięcie kierunku obserwowanych zależności (czy wysoka kultura klanu prowadzi do wysokiej jakości usług, czy też związek ten ma charakter odwrotny lub jest wypadkową czynnika trzeciego, np. historii placówki bądź stylu kierowania). Trzecim ograniczeniem jest poziom agregacji, ponieważ analiza związków na poziomie placówek uśrednia heterogeniczność wewnętrzną zespołów. Czwartym ograniczeniem jest oparcie pomiaru jakości na percepcji pacjentów (HEALTHQUAL+), bez konfrontacji z obiektywnymi wskaźnikami klinicznymi (np. wskaźniki realizacji świadczeń profilaktycznych, terminowość diagnostyki).

Wskazane ograniczenia wytyczają zarazem kierunki dalszych badań. Najistotniejszym z nich jest weryfikacja zaobserwowanych związków na większej próbie placówek POZ z zastosowaniem metod wielozmiennych (regresja wielokrotna, analiza ścieżek, modelowanie równań strukturalnych). Drugim kierunkiem są badania wielopoziomowe (HLM) pozwalające oddzielić efekty na poziomie indywidualnym, zespołowym i organizacyjnym. Trzeci kierunek to badania podłużne, umożliwiające analizę zmian w czasie i wnioskowanie o przyczynowości. Czwartym kierunkiem jest uzupełnienie miar jakości postrzeganej o obiektywne wskaźniki kliniczne dostępne w systemach informatycznych POZ. Piątym kierunkiem są badania interwencyjne sprawdzające, czy celowe interwencje kulturowe wdrożone w jednostkach POZ przekładają się na mierzalne zmiany jakości usług. Wartościowy kierunek stanowi również

porównanie międzynarodowe profili kulturowych i jakości usług w POZ państw Europy Środkowej i Wschodniej, które przeszły podobną transformację systemową.

9. Struktura rozprawy

Rozprawa składa się z sześciu rozdziałów merytorycznych poprzedzonych streszczeniem w języku polskim i angielskim oraz słownikiem pojęć i terminów, a także uzupełnionych bibliografią, spisami tabel i rysunków oraz załącznikami zawierającymi narzędzia badawcze.

Rozdział pierwszy o charakterze wprowadzającym przedstawia genezę pracy, identyfikuje lukę badawczą, formułuje cele, pytania badawcze i hipotezy oraz definiuje podmiot, przedmiot i zakres badań. Rozdział drugi prezentuje teoretyczne podstawy analizy kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem Modelu Wartości Konkurencyjnych oraz problematyki kultury bezpieczeństwa pacjenta. Rozdział trzeci omawia koncepcje, narzędzia i metody pomiaru jakości usług medycznych, model luki jakości Parasuramana, narzędzie SERVQUAL i jego adaptację HEALTHQUAL+, a także trójskładnikowy model przywiązania organizacyjnego Meyera i Allen oraz koncepcję motywacji do służby publicznej Perry'ego. Rozdział czwarty przedstawia szczegółową metodykę badań empirycznych, opis etapów procesu badawczego, charakterystykę narzędzi badawczych, metody analizy i przetwarzania danych oraz procedurę walidacji narzędzi w badaniu pilotażowym. Rozdział piąty stanowi merytoryczne jądro rozprawy i prezentuje wyniki diagnozy kultury organizacyjnej trzech badanych placówek, wyniki pomiaru jakości usług medycznych metodą HEALTHQUAL+, analizę związków między zmiennymi organizacyjnymi a jakością usług medycznych, weryfikację pytań badawczych i hipotez, interpretację wniosków empirycznych oraz autorski model kultury organizacyjnej sprzyjającej jakości usług medycznych w jednostkach POZ. Rozdział szósty zawiera podsumowanie, omawia ograniczenia badania, wskazuje kierunki dalszych badań oraz formułuje rekomendacje diagnostyczno-naprawcze dla każdej z trzech badanych przychodni.

10. Podsumowanie

Niniejsza rozprawa stanowi jedno z pierwszych w polskiej literaturze przedmiotu opracowań empirycznych łączących analizę kultury organizacyjnej metodą OCAI z oceną jakości usług medycznych metodą HEALTHQUAL+ w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej. Przeprowadzone badania pozwoliły potwierdzić w pełni hipotezy H2, H3 oraz H5, a częściowo hipotezy H1 i H4, tym samym ujawniając istnienie spójnych zależności między

profilem kultury organizacyjnej, poziomem przywiązania organizacyjnego i motywacji pracowników a jakością usług medycznych postrzeganą przez pacjentów.

Zaproponowany w rozprawie dwuwymiarowy model kultury organizacyjnej, integrujący perspektywę kulturową, jakościową, motywacyjną i wdrożeniową, stanowi propozycję teoretyczną i praktyczną wymagającą dalszej weryfikacji empirycznej na większych próbach jednostek POZ.

Mam głęboką nadzieję, że niniejsze opracowanie wniesie wartościowy wkład w rozwój nauk o zarządzaniu i jakości w obszarze ochrony zdrowia oraz zainspiruje kolejne badania nad kulturowymi uwarunkowaniami jakości usług medycznych w polskim systemie podstawowej opieki zdrowotnej. Będę zaszczycona każdą uwagą, krytyką i sugestią, które pozwolą mi pogłębić rozumienie badanej problematyki i ukierunkować dalsze poszukiwania badawcze.

Bibliografia

Wykaz obejmuje pozycje przywołane w niniejszym autoreferacie. Pełna bibliografia rozprawy liczy 227 pozycji zwartych i ciągłych oraz trzy akty prawne.

Pozycje zwarte i ciągłe

1. Bańka, A., Bazińska, R., & Wołowska, A. (2002). Polska wersja Skali Przywiązania do Organizacji Meyera i Allen. *Czasopismo Psychologiczne*, 8(1), s. 65-74.
2. Cameron, K.S., & Quinn, R.E. (2015). *Kultura organizacyjna - diagnoza i zmiana. Model wartości konkurujących*. Wydawnictwo Wolters Kluwer.
3. Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
4. Coursey, D., & Pandey, S.K. (2007). Public service motivation measurement: Testing an abridged version of Perry's proposed scale. *Administration & Society*, 39(5), pp. 547-568. <https://doi.org/10.1177/0095399707303634> (19.03.2026)
5. Creswell, J.W., & Creswell, J.D. (2018). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (5th ed.). SAGE.
6. Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. MIT Press.
7. Frączkiewicz-Wronka, A., & Marzec, I. (red.). (2015). *Kultura organizacji publicznych świadczących usługi społeczne: orientacje, uwarunkowania, efekty*. Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.
8. Lee, D.H. (2017). HEALTHQUAL: a multi-item scale for assessing healthcare service quality. *Service Business*, 11(3).
9. Meyer, J.P., & Allen, N.J. (1991). A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review*, 1(1), pp. 61-89. [https://doi.org/10.1016/1053-4822\(91\)90011-Z](https://doi.org/10.1016/1053-4822(91)90011-Z) (dostęp: 05.07.2025 r.)
10. Mintzberg, H. (1980). Structure in 5's: A synthesis of the research on organization design. *Management Science*, 26(3), pp. 322-341.
11. Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), pp. 12-40.
12. Perry, J.L. (1996). Measuring public service motivation: An assessment of construct reliability and validity. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 6(1), pp. 5-22. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.jpart.a024303> (dostęp: 12.05.2025 r.)
13. Rogala, P., Kafel, P., & Urbaniak, M. (2024). The credibility of external audits of management systems - the audited enterprises' perspective. *European Business Review*, 36(6). <https://doi.org/10.1108/EBR-09-2022-0184> (dostęp: 08.08.2025 r.)

14. Sitko-Lutek, A. (2007). Kultura organizacyjna a luka kompetencyjna organizacji. [w:] Potocki, A. (red.), Mechanizmy i obszary przeobrażeń w organizacjach. Wydawnictwo Difin.
15. Sitko-Lutek, A. (2018). Aspekty złożoności kultury organizacyjnej. Wydawnictwo UMCS.

Akty prawne

16. Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. T.j. Dz. U. z 2025 r., poz. 515.
17. Ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Dz. U. z 2023 r., poz. 1692.
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej. Dz. U. z 2024 r., poz. 1349.