

Wrocław, 12 sierpnia 2026 r.

dr hab. Piotr Rogala, prof. UEW
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wydział Zarządzania
Katedra Zarządzania Jakością i Środowiskiem

Recenzja

pracy doktorskiej mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały, pt. „Wpływ kultury organizacyjnej na poziom jakości usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej”

1. Podstawa opracowania recenzji

Przedmiotem niniejszej recenzji jest rozprawa doktorska mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały pt. „Wpływ kultury organizacyjnej na poziom jakości usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej”, przygotowana pod kierunkiem prof. dr. hab. inż. Radosława Wolniaka, z udziałem promotora pomocniczego dr Kingi Steculy.

Podstawą niniejszej opinii jest Uchwała nr 52/2026 Rady Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości Politechniki Śląskiej z dnia 8 lipca 2026 r. w sprawie wyznaczenia recenzentów rozprawy doktorskiej mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały. Na mocy tej uchwały zostałem powołany na recenzenta tej dysertacji. Informację o powołaniu oraz prośbę o przygotowanie recenzji przekazano mi również w piśmie z dnia 10 lipca 2026 r., oznaczonym znakiem ROZ-RD: 512.2.2026.1, podpisanym przez Przewodniczącą Rady Dyscypliny Nauki o Zarządzaniu i Jakości Politechniki Śląskiej, dr hab. inż. Lillę Knop, prof. PŚ.

Ocena rozprawy została dokonana przez pryzmat wymagań merytorycznych i formalnych stawianych pracom doktorskim w dziedzinie nauk społecznych, w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości. W szczególności uwzględniłem wymagania określone w art. 187 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce, zgodnie z którymi rozprawa doktorska powinna prezentować ogólną wiedzę teoretyczną kandydatki w dyscyplinie, potwierdzać umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej oraz zawierać oryginalne rozwiązanie problemu naukowego albo oryginalne rozwiązanie w zakresie zastosowania wyników własnych badań w sferze gospodarczej lub społecznej.

2. Merytoryczna ocena rozprawy

Trafność wyboru i oryginalność problemu badawczego

Rozprawa podejmuje aktualny i ważny problem relacji między kulturą organizacyjną a jakością usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej. Wybór tego obszaru uważam za uzasadniony

zarówno poznawczo, jak i aplikacyjnie. Placówki POZ są pierwszym i najczęstszym miejscem kontaktu pacjenta z systemem ochrony zdrowia, a sposób ich organizacji wpływa na dostępność świadczeń, komunikację, poczucie bezpieczeństwa oraz ogólne doświadczenie pacjenta. Badania dotyczące kultury organizacyjnej w ochronie zdrowia koncentrują się jednak przede wszystkim na szpitalach i dużych podmiotach leczniczych. Specyfika niewielkich jednostek ambulatoryjnych jest rozpoznana znacznie słabiej.

Autorka przekonująco pokazuje, że jakość usług medycznych nie jest wyłącznie rezultatem kompetencji klinicznych i formalnych procedur. Kształtują ją również wartości i wzorce zachowań, styl kierowania, sposób komunikowania się, relacje wewnątrz zespołu, gotowość do współpracy oraz stopień identyfikacji pracowników z organizacją. Takie ujęcie dobrze wpisuje się w dyscyplinę nauki o zarządzaniu i jakości, ponieważ przedmiotem analizy stają się organizacyjne warunki tworzenia jakości, a nie sama ocena klinicznej skuteczności leczenia.

Badaniem objęto trzy jednostki funkcjonujące w ramach tej samej sieci przychodni. Takie rozwiązanie ma ograniczenia z punktu widzenia uogólniania wyników, ale tworzy interesujące warunki do porównania organizacji funkcjonujących w zbliżonym otoczeniu instytucjonalnym i prawnym. Zróżnicowanie jakości postrzeganej przez pacjentów przy względnie podobnych uwarunkowaniach systemowych stanowi wartościowy punkt wyjścia do poszukiwania wyjaśnień na poziomie lokalnego zarządzania i kultury organizacyjnej.

Oryginalność rozprawy wynika przede wszystkim z równoczesnego wykorzystania kilku komplementarnych perspektyw badawczych. Autorka diagnozuje profil kultury organizacyjnej za pomocą kwestionariusza OCAI, analizuje przywiązanie organizacyjne i motywację personelu, a następnie odnosi te wyniki do jakości usług ocenianej przez pacjentów z wykorzystaniem narzędzia HEALTHQUAL+. Na tej podstawie proponuje dwuwymiarowy model kultury organizacyjnej sprzyjającej jakości usług medycznych w POZ, obejmujący wymiar relacyjny i operacyjny, oraz zestaw rekomendacji diagnostyczno-wdrożeniowych.

Szczególnie wartościowe jest pozyskanie danych od dwóch odrębnych grup respondentów: pracowników oraz pacjentów. Ogranicza to ryzyko formułowania całego obrazu funkcjonowania placówek na podstawie opinii jednej grupy i pozwala zestawić wewnętrzny obraz organizacji z doświadczeniem odbiorców usług. Istotny jest również praktyczny charakter finalnego rezultatu pracy. Autorka nie zatrzymuje się na stwierdzeniu różnic pomiędzy placówkami, lecz próbuje przełożyć wyniki na propozycję działań zarządczych, mierników oraz cyklu diagnozy, realizacji, oceny i korekty.

Należy jednak od początku wyraźnie zaznaczyć, że oryginalny wkład rozprawy polega przede wszystkim na zaproponowaniu i wstępnym empirycznym uzasadnieniu modelu, a nie na wykazaniu przyczynowego wpływu kultury organizacyjnej na jakość usług. Zastosowany przekrojowy schemat badania oraz analiza obejmująca na poziomie organizacyjnym trzy placówki pozwalają rozpoznać współwystępowanie zjawisk, wskazać interesujące regularności i sformułować hipotezy dla kolejnych badań. Nie dają natomiast

wystarczających podstaw do ustalenia mechanizmów przyczynowo-skutkowych. To rozróżnienie ma zasadnicze znaczenie dla oceny zarówno tytułu pracy, jak i niektórych wniosków przedstawionych w części modelowej.

Poprawność tytułu, celów, pytań i hipotez badawczych

Tytuł rozprawy jest zwięzły, komunikatywny i trafnie wskazuje podstawowe konstrukty oraz kontekst badań. Pewne zastrzeżenie budzi jednak użycie słowa „wpływ”. Sformułowanie to sugeruje ustalenie relacji przyczynowo-skutkowej, podczas gdy Autorka przeprowadziła badanie przekrojowe i sama słusznie stwierdza w części poświęconej ograniczeniom, że na podstawie uzyskanych danych nie można rozstrzygnąć kierunku zależności. Uważam, że lepsze mogłoby być użycie w tytule określenia „związek” albo „relacje między kulturą organizacyjną a jakością usług medycznych”. Uwaga ta nie podważa trafności tematu, lecz dotyczy precyzji deklarowanego zakresu wnioskowania.

Celem głównym rozprawy jest wypracowanie propozycji modelu kultury organizacyjnej sprzyjającej wysokiej jakości usług medycznych w jednostkach POZ. Cel ten został uzupełniony czterema celami szczegółowymi: diagnostycznym, eksploracyjnym, analitycznym i praktycznym. Ich układ jest logiczny i prowadzi od rozpoznania profili kulturowych oraz jakości usług, przez analizę związków między zmiennymi, do opracowania modelu i rekomendacji dla kadry zarządzającej. Pozytywnie oceniam zwłaszcza to, że rezultatem pracy ma być nie tylko diagnoza, lecz także rozwiązanie o potencjale aplikacyjnym.

Autorka sformułowała pięć pytań badawczych oraz pięć powiązanych z nimi hipotez. Pytania dotyczą dominujących typów kultury, relacji kultury klanu z jakością usług, związków kultury z motywacją i przywiązaniem, znaczenia luki kulturowej oraz relacji motywacji i przywiązania z jakością. Zasadniczo tworzą one spójny układ i pozostają zgodne z głównym celem pracy. Zastrzeżenie dotyczy pytania P5, w którym użyto sformułowania „wpływają na jakość usług”, podczas gdy hipoteza H5 mówi już jedynie o dodatniej korelacji. Te dwa sformułowania nie są równoważne i w pracy badawczej powinny być konsekwentnie rozróżniane.

Hipoteza H1 łączy w jednym zdaniu kilka elementów: dominację kultury hierarchii, niski poziom kultury klanu oraz ich relację z jakością usług. Wyniki nie wykazały silnego związku samej kultury hierarchii z jakością, dlatego Autorka ostatecznie uznała tę hipotezę za częściowo potwierdzoną. Takie rozstrzygnięcie jest zasadne, choć pokazuje, że konstrukcja hipotezy była dość złożona i obejmowała elementy, które mogły uzyskać różne wsparcie empiryczne.

Pewnego komentarza wymaga również hipoteza H3, zgodnie z którą kultura klanu jest pozytywnie skorelowana z przywiązaniem organizacyjnym i motywacją pracowników. Na poziomie indywidualnym pracowników obecny poziom kultury klanu był umiarkowany i istotnie związany z przywiązaniem organizacyjnym ($r = +0,348$; $p < 0,001$), natomiast jego związek z motywacją był słaby i nieistotny statystycznie ($r = +0,156$; $p = 0,088$). Jednocześnie poziom pożądanej kultury klanu wykazywał słabą, lecz

istotną zależność z motywacją. W tej sytuacji uznanie hipotezy H3 za w pełni potwierdzoną wymaga bardziej precyzyjnego uzasadnienia i rozróżnienia kultury obecnej od pożądanej.

Podsumowując tę część oceny, stwierdzam, że cel główny, cele szczegółowe, pytania oraz hipotezy tworzą zasadniczo logiczną konstrukcję. Autorka poprawnie przechodzi od problemu teoretycznego do jego operacjonalizacji, a wszystkie pytania badawcze znajdują odzwierciedlenie w części empirycznej. Pewne aspekty metodologiczne wymagają jednak dodatkowego komentarza, przede wszystkim konsekwentnego oddzielenia związków korelacyjnych od wpływu przyczynowego oraz bardziej ostrożnego określenia statusu hipotez weryfikowanych na podstawie trzech zagregowanych obserwacji.

Zastosowane piśmiennictwo

Rozprawa została osadzona w szerokim zbiorze źródeł z zakresu kultury organizacyjnej, zarządzania w ochronie zdrowia, kultury bezpieczeństwa, jakości usług, SERVQUAL i HEALTHQUAL, motywacji do służby publicznej oraz przywiązania organizacyjnego. Bibliografia obejmuje 227 pozycji oraz trzy akty prawne. Autorka korzysta zarówno z klasycznych opracowań, jak i z aktualnych publikacji dotyczących jakości i bezpieczeństwa w ochronie zdrowia.

Na pozytywną ocenę zasługuje sposób powiązania przeglądu literatury z konstrukcją badań własnych. Rozdział poświęcony kulturze organizacyjnej prowadzi od ogólnych koncepcji do Modelu Wartości Konkurencyjnych i narzędzia OCAI, a następnie do kultury bezpieczeństwa, przywództwa i problematyki zmiany kulturowej. Kolejny rozdział porządkuje koncepcje jakości usług medycznych, omawia model luki jakości oraz uzasadnia wykorzystanie zmiennych dotyczących motywacji i przywiązania organizacyjnego. Taka sekwencja tworzy czytelne przejście od warstwy teoretycznej do operacjonalizacji głównych konstruktów.

Wartościowe są tabele syntetyzujące rozumienie kultury organizacyjnej w opiece zdrowotnej, badania nad kulturą bezpieczeństwa, czynniki zarządcze kształtujące jakość oraz strategie zmian kulturowych. Dzięki nim część teoretyczna nie ogranicza się do prostego zestawienia definicji. Autorka podejmuje próbę uporządkowania wyników dotychczasowych badań i wskazania ich konsekwencji dla POZ. Korzystnie oceniam również uwzględnienie aktualnych regulacji dotyczących jakości opieki zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta, ponieważ wzmacnia to praktyczne osadzenie problemu badawczego.

Pewne zastrzeżenie dotyczy określania przeprowadzonej analizy literatury jako „systematycznego przeglądu”. W rozprawie nie przedstawiono w sposób umożliwiający pełne odtworzenie badania strategii wyszukiwania, wykorzystanych baz, pełnego zestawu słów kluczowych, ram czasowych, kryteriów włączenia i wyłączenia ani przebiegu selekcji publikacji. W obecnym kształcie jest to szeroki i użyteczny przegląd narracyjno-integracyjny, ale nie został udokumentowany zgodnie ze standardami właściwymi systematycznemu przeglądowi literatury.

Można również zauważyć, że część teoretyczna miejscami przyjmuje bardzo szeroki zakres i obejmuje zagadnienia tylko pośrednio związane z późniejszym badaniem, takie jak lean management, sztuczna

inteligencja czy telemedycyna. Treści te są interesujące i pokazują szeroką orientację Autorki, lecz w wersji publikacyjnej warto byłoby silniej podporządkować je głównej osi badawczej: kulturze organizacyjnej, postawom pracowników i jakości postrzeganej przez pacjentów. Nie zmienia to jednak mojej pozytywnej oceny wykorzystanego piśmiennictwa, które jest odpowiednie i wystarczające do realizacji celów rozprawy.

Metody badawcze oraz sposób prezentacji uzyskanych wyników

Proces badawczy został przedstawiony w postaci siedmiu etapów: analizy literatury, budowy narzędzi, pilotażu i badania właściwego, analizy wyników, analizy zależności i weryfikacji hipotez, opracowania modelu oraz sformułowania rekomendacji. Schemat postępowania jest przejrzysty i logiczny. Na uznanie zasługuje również wyraźne pokazanie sprzężenia zwrotnego między pilotażem a ostatecznym kształtem narzędzi badawczych.

Badanie właściwe przeprowadzono w trzech placówkach wylosowanych spośród szesnastu jednostek należących do jednej sieci przychodni w aglomeracji górnośląskiej. Objęło ono 120 pracowników i 600 pacjentów, po 200 w każdej placówce. Dla próby pacjentów Autorka wyznaczyła minimalną liczebność przy poziomie ufności 95% i dopuszczalnym błędzie oszacowania 4%, uzyskując wartość 581 osób. Liczebność 600 respondentów przekracza wyznaczone minimum i stanowi mocną stronę badania, choć sama liczebność próby nie przesądza o jej reprezentatywności. Korzystnie oceniam także objęcie badaniem pracowników reprezentujących różne grupy zawodowe.

Do pomiaru zastosowano cztery narzędzia: OCAI, polską wersję Skali Przywiązania do Organizacji Meyera i Allen, autorską adaptację kwestionariusza Public Service Motivation oraz opracowany na potrzeby pracy kwestionariusz HEALTHQUAL+. Jest to rozbudowany zestaw, który umożliwia diagnozę kultury, postaw pracowniczych i jakości postrzeganej przez pacjentów. Przeprowadzenie badania pilotażowego, opis zmian wprowadzonych po pilotażu oraz udostępnienie kwestionariuszy w załącznikach zwiększają przejrzystość postępowania badawczego.

Analizy wykonano w programie jamovi. Autorka zastosowała statystyki opisowe, współczynniki alfa Cronbacha, korelacje Pearsona i Spearmana, test t dla prób zależnych oraz test Kruskala-Wallisa. Wyniki przedstawiono bardzo szczegółowo, zarówno na poziomie poszczególnych placówek, jak i w ujęciu porównawczym. Liczne tabele i wykresy ułatwiają identyfikację luk jakości, porównanie profili kulturowych oraz prześledzenie sposobu przechodzenia od danych empirycznych do rekomendacji zarządczych.

Szczególnie interesujące są wyniki dotyczące jakości postrzeganej przez pacjentów. Przychodnia POZ 1 charakteryzuje się największą średnią luką jakości (2,49), POZ 2 – wynikiem pośrednim (1,42), natomiast POZ 3 – najmniejszą luką (0,78). Co istotne, ranking ten jest spójny we wszystkich sześciu wymiarach HEALTHQUAL+. Wynik ten uzasadnia poszukiwanie potencjalnych wyjaśnień tych różnic nie tylko w ogólnych uwarunkowaniach systemowych, lecz także w sposobie organizacji pracy w poszczególnych placówkach.

Pozytywnie oceniam szczegółowe omówienie wyników odnoszących się do poszczególnych placówek. Autorka nie ogranicza się do podania średnich, lecz wskazuje odmienne profile problemów. Według przedstawionych wyników POZ 1 wymaga szerokich działań naprawczych, POZ 2 ma silnie skoncentrowany problem z dostępnością czasową, natomiast POZ 3 osiąga relatywnie dobre wyniki i jest traktowana jako potencjalna lokalizacja pilotażowa. Tego rodzaju zróżnicowanie rekomendacji zwiększa wartość aplikacyjną pracy i pokazuje, że Autorka potrafi interpretować dane w kontekście praktyki zarządzania.

Pewnego doprecyzowania wymaga sposób konceptualizacji pojęcia jakości usług medycznych. Autorka definiuje w słowniku jakość usług medycznych jako wielowymiarowy konstrukt obejmujący aspekty techniczne, funkcjonalne i relacyjne, natomiast w badaniu empirycznym jakość jest mierzona przede wszystkim z perspektywy pacjenta za pomocą narzędzia HEALTHQUAL+. Warto byłoby zatem wyraźniej rozróżnić szeroko rozumianą jakość usług medycznych, obejmującą również obiektywne aspekty kliniczne, od jakości postrzeganej przez pacjentów, która w istocie stanowi zmienną analizowaną w części empirycznej.

Ograniczeniem części empirycznej jest fakt, że analizę zależności przeprowadzono na podstawie danych dotyczących tylko trzech placówek. Przy $N = 3$ współczynnik korelacji jest bardzo niestabilny, a testowanie jego istotności nie daje wiarygodnych podstaw do wnioskowania statystycznego ani do uogólniania wyników na populację jednostek POZ. Autorka jest świadoma tego ograniczenia i w podrozdziale 5.6.1 wyraźnie nazywa te analizy eksploracyjnymi, co oceniam pozytywnie. Nie zawsze jednak zachowuje tę samą ostrożność w dalszej interpretacji wyników.

Z tym problemem wiąże się kwestia łączenia poziomów analizy. Dane o kulturze, przywiązaniu i motywacji pochodzą od pracowników, natomiast dane o jakości - od odrębnej grupy pacjentów. Zostały one połączone dopiero po zagregowaniu do średnich placówek. Jest to wartościowe porównanie organizacyjne, ale nie pozwala ustalić relacji na poziomie konkretnych pracowników, zespołów czy kontaktów z pacjentem.

Kolejna uwaga dotyczy charakteru projektu badawczego. Autorka określa go jako triangulacyjny projekt mieszany, łączący metody ilościowe i jakościowe. Zasadnicza część badań ma jednak charakter ilościowy i opiera się na kwestionariuszach. W pilotażu zastosowano uproszczoną procedurę oceny zrozumiałości pytań, ale nie wyodrębniono samodzielnego jakościowego etapu zbierania, kodowania i analizy danych. Moim zdaniem trafniejsze byłoby określenie zastosowanego rozwiązania jako badania ilościowego wykorzystującego triangulację źródeł danych i narzędzi pomiarowych. Jest to kwestia metodologicznego nazewnictwa, a nie zarzut wobec samej idei zestawienia różnych perspektyw.

Pewne aspekty metodologiczne wymagają dodatkowego komentarza także w odniesieniu do walidacji dwóch narzędzi opracowanych lub adaptowanych przez Autorkę. Pilotaż obejmował ośmiu pracowników i dziesięciu pacjentów. Taka liczebność jest wystarczająca do sprawdzenia zrozumiałości instrukcji, czasu wypełniania i podstawowych problemów redakcyjnych, ale nie do pełnej oceny struktury



psychometrycznej narzędzi.

Sposób doboru próby pacjentów także warto doprecyzować. Autorka obliczyła minimalną liczebność próby dla łącznej populacji 17 819 pacjentów, a następnie objęła badaniem 600 osób. Jednocześnie w każdej placówce zbadano dokładnie 200 pacjentów, mimo że liczebności obsługiwanych populacji różniły się. Rozprawa nie przedstawia w pełni szczegółowego opisu operatu losowania, sposobu rekrutacji, liczby odmów czy skali odrzucenia niekompletnych kwestionariuszy. Z tego względu sformułowanie, że próba „zapewnia reprezentatywność statystyczną”, jest zbyt kategoryczne. Można natomiast stwierdzić, że przyjęta liczebność odpowiada założonemu poziomowi precyzji oszacowania, przy założeniu prawidłowej realizacji losowania.

Pomimo wskazanych ograniczeń część empiryczna świadczy o dużym nakładzie pracy oraz dobrej organizacji procesu badawczego. Autorka zebrała obszerny materiał od dwóch grup respondentów, zastosowała kilka narzędzi pomiarowych, przedstawiła wyniki w sposób transparentny i podjęła próbę krytycznego omówienia ich ograniczeń. Szczególnie pozytywnie oceniam to, że w końcowej części rozprawy wskazano potrzebę większych prób placówek, badań wielopoziomowych, modeli SEM, badań podłużnych oraz uzupełnienia jakości postrzeganej obiektywnymi wskaźnikami klinicznymi. Świadczy to o świadomości granic zastosowanego projektu i tworzy dobrą podstawę do dalszego rozwoju badań. Wartość poznawcza i aplikacyjna wyników oraz proponowanego modelu

Najważniejszym rezultatem rozprawy jest propozycja modelu kultury organizacyjnej sprzyjającej jakości usług medycznych w jednostkach POZ. Model porządkuje wyniki w dwóch wymiarach: relacyjnym, obejmującym przede wszystkim empatię i komunikację z pacjentem, oraz operacyjnym, odnoszącym się do sprawności procesów, kompetencji, efektywności i wizerunku placówki. Rozwiązanie to ma dużą wartość komunikacyjną, ponieważ przekłada rozbudowane wyniki statystyczne na strukturę zrozumiałą dla kadry zarządzającej.

Korzystnie oceniam powiązanie modelu z cyklem diagnostyczno-wdrożeniowym obejmującym diagnozę, realizację, ocenę i korektę. Dzięki temu model nie jest wyłącznie statycznym opisem „pożądaney” kultury, lecz próbą wskazania, w jaki sposób wyniki OCAI, PSM, skali przywiązania i HEALTHQUAL+ mogłyby być wykorzystane w procesie doskonalenia. W tym sensie rozprawa ma wyraźny walor społeczny i aplikacyjny - może inspirować menedżerów POZ do łączenia diagnozy kultury organizacyjnej z pomiarem doświadczeń pacjentów.

Podsumowując, wartość poznawcza rozprawy polega na pokazaniu spójnego wzorca różnic między trzema placówkami oraz na zintegrowaniu kilku konstruktów organizacyjnych z perspektywą pacjenta. Wartość aplikacyjna wynika natomiast z przełożenia tych ustaleń na konkretne obszary interwencji. Uważam, że ten drugi element jest szczególnie mocną stroną pracy: rekomendacje są zróżnicowane dla poszczególnych placówek i wynikają bezpośrednio z rozpoznanych luk, a nie z ogólnych, uniwersalnych zaleceń oderwanych od danych.

Za mocne strony opiniowanej pracy uznaję:

1. Podjęcie aktualnego i słabo rozpoznanego problemu kulturowych uwarunkowań jakości usług w podstawowej opiece zdrowotnej, mającego znaczenie naukowe, społeczne i praktyczne.
2. Wyraźne osadzenie problemu w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości oraz trafne połączenie teorii kultury organizacyjnej z koncepcjami jakości usług medycznych.
3. Pozyskanie rozbudowanego materiału empirycznego od 120 pracowników i 600 pacjentów oraz zestawienie wewnętrznej i zewnętrznej perspektywy funkcjonowania placówek.
4. Logiczną, wieloetapową strukturę procesu badawczego, obejmującą przegląd literatury, budowę i pilotaż narzędzi, badanie właściwe, analizę wyników, opracowanie modelu i rekomendacji.
5. Wykorzystanie uznanych koncepcji i narzędzi badawczych, w szczególności Modelu Wartości Konkurencyjnych i OCAI, trójskładnikowego modelu przywiązania organizacyjnego oraz modelu luki jakości.
6. Szczegółową i czytelną prezentację wyników, ułatwiającą porównanie profili trzech placówek i identyfikację konkretnych obszarów wymagających poprawy.
7. Opracowanie dwuwymiarowego modelu oraz zestawu praktycznych rekomendacji różnicowanych w zależności od profilu poszczególnych placówek.
8. Jawne wskazanie najważniejszych ograniczeń badania oraz sformułowanie trafnych kierunków dalszych badań, w tym zastosowania większych prób, modeli wielopoziomowych, badań podłużnych i obiektywnych wskaźników klinicznych.

Lektura rozprawy skłania również do sformułowania kilku pytań i uwag:

1. **Konceptualizacja jakości usług medycznych.** W rozprawie pojęcie jakości usług medycznych zostało zdefiniowane stosunkowo szeroko, natomiast w części empirycznej jest ono operacjonalizowane przede wszystkim jako jakość postrzegana przez pacjentów. W związku z tym **proszę Autorkę o zdefiniowanie pojęcia „jakość usług medycznych” oraz syntetyczne przedstawienie wyników przeglądu literatury dotyczącego sposobów definiowania i konceptualizacji tego pojęcia.** Proszę również wskazać, którą z przedstawionych koncepcji Autorka przyjmuje jako podstawę własnych badań i jak odnosi ją do jakości mierzonej za pomocą narzędzia HEALTHQUAL+.
2. **Ograniczony zakres wnioskowania przyczynowego.** W tytule rozprawy, pytaniu badawczym P5 oraz w części modelowej pojawiają się sformułowania odnoszące się do wpływu, mechanizmu i oddziaływania. Tymczasem przeprowadzone badanie ma charakter przekrojowy i korelacyjny, co nie pozwala na w pełni uzasadnione wnioskowanie o zależnościach przyczynowo-skutkowych. W pracy należałoby wyraźniej oddzielić ustalenia wynikające bezpośrednio z badań empirycznych od propozycji teoretycznych i modelowych, które wymagają dalszej weryfikacji.
3. **Niejednoznaczna ocena hipotezy H3.** Wyniki wskazują, że obecny poziom kultury klanu był istotnie związany z przywiązaniem organizacyjnym, natomiast jego związek z motywacją nie osiągnął istotności statystycznej. W tej sytuacji uznanie hipotezy obejmującej oba konstrukty za w pełni potwierdzoną wymaga mocniejszego uzasadnienia. Wskazane byłoby również wyraźniejsze rozróżnienie wyników



odnoszących się do kultury obecnej i pożądanej oraz uwzględnienie tego rozróżnienia przy ocenie stopnia potwierdzenia hipotezy.

4. Ograniczony zakres walidacji autorskich i adaptowanych narzędzi badawczych. Pilotaż przeprowadzono na niewielkiej próbie i służył on przede wszystkim ocenie zrozumiałości pytań. Taki zakres procedury nie stanowi pełnej walidacji narzędzi HEALTHQUAL+ ani adaptacji PSM. Przed ich szerszym wykorzystaniem w badaniach naukowych lub praktyce zarządczej wskazane byłoby przeprowadzenie bardziej rozbudowanych procedur oceny trafności i rzetelności narzędzi.
5. Niewystarczająco szczegółowy opis doboru próby pacjentów. Doprecyzowania wymaga sposób losowania i rekrutacji pacjentów, w tym liczba odmów udziału w badaniu, liczba odrzuconych kwestionariuszy oraz zasady kwalifikowania respondentów do próby. Wyjaśnienia wymaga również przyjęcie jednakowej liczby 200 respondentów w każdej placówce, niezależnie od liczby pacjentów pozostających pod jej opieką. Brak tych informacji utrudnia pełną ocenę reprezentatywności próby i możliwości uogólniania uzyskanych wyników.
6. Praktyczne wykorzystanie wyników badań w doskonaleniu jakości. Wyniki rozprawy mają wyraźny potencjał aplikacyjny i mogą stanowić podstawę do formułowania działań doskonalących w badanych placówkach. W związku z tym **proszę Autorkę o wskazanie trzech działań, które - na podstawie uzyskanych wyników - powinny zostać podjęte w pierwszej kolejności w celu poprawy jakości usług w badanych przychodniach oraz o określenie sposobu oceny skuteczności tych działań.**

3. Ocena formalnej strony rozprawy

Rozprawa liczy 202 strony. Część zasadnicza obejmuje wprowadzenie oraz pięć kolejnych rozdziałów poświęconych kulturze organizacyjnej w ochronie zdrowia, jakości usług medycznych, metodyce badań, wynikom empirycznym i modelowi, a także podsumowaniu i rekomendacjom. Następnie zamieszczono bibliografię, spisy tabel, rysunków i załączników oraz osiem numerowanych załączników, przy czym załącznik pierwszy obejmuje trzy części kwestionariusza pracowniczego. Praca zawiera 51 tabel i 21 rysunków, a ponadto polskie i angielskie streszczenie oraz rozbudowany słownik pojęć i terminów.

Struktura merytoryczna jest logiczna. Czytelnik jest prowadzony od uzasadnienia problemu i podstaw teoretycznych, przez opis procesu badawczego, do prezentacji wyników, modelu i rekomendacji. Tabele syntetyzujące literaturę oraz graficzny schemat procesu badawczego ułatwiają orientację w materiale. Rozdział wynikowy jest bardzo obszerny, ale zasadniczo uporządkowany według placówek, wymiarów jakości i kolejnych problemów badawczych. Korzystnie oceniam również zamieszczenie kwestionariuszy i szczegółowych statystyk w załącznikach.

Praca jest na ogół napisana komunikatywnym językiem naukowym. Autorka sprawnie posługuje się terminologią z zakresu kultury organizacyjnej, jakości usług i zarządzania w ochronie zdrowia. Autorka sprawnie posługuje się terminologią z zakresu kultury organizacyjnej, jakości usług i zarządzania w ochronie zdrowia. Często wykorzystuje jednak pierwszą osobę liczby pojedynczej, np. „zauważyłam”,

„interpretuję”, „opracowałam”. Taka forma jest dopuszczalna w pracach naukowych, jednak miejscami nadaje narracji nadmiernie osobisty charakter. W ewentualnej wersji publikacyjnej warto rozważyć ograniczenie jej stosowania, zwłaszcza przy prezentacji wyników i wniosków, na rzecz bardziej neutralnych konstrukcji językowych.

Od strony edytorskiej rozprawa wymaga pewnej korekty. Zauważone usterki wykraczają poza pojedyncze literówki, chociaż nie wpływają one na zasadniczą ocenę wartości naukowej pracy. Do najważniejszych należą:

1. Niekonsekwencja w strukturze podrozdziału 2.1. Wyodrębniono w nim punkt 2.1.1 „Model Wartości Konkurujących i typologia kultury organizacyjnej Camerona i Quinna”, po którym nie występuje kolejny równorzędny punkt 2.1.2, lecz od razu rozpoczyna się podrozdział 2.2. W takiej sytuacji zasadne byłoby albo zrezygnowanie z dodatkowego poziomu numeracji 2.1.1, albo wyodrębnienie co najmniej dwóch równorzędnych części w ramach podrozdziału 2.1.
2. Niespójne wartości współczynników w kluczowym modelu. W tekście kultura klanu jest związana z jakością na poziomie $r = +0,997$, a kultura hierarchii nie wykazuje silnego związku ($|r| < 0,40$). Tymczasem na rysunku 5.16 przy kulturze klanu i przy kulturze hierarchii pojawia się wartość $r = +0,977$.
3. Błędy i literówki w kluczowych schematach, między innymi „medycznaych”, „HEALTHQUAL+” oraz „kltura”. Ponieważ rysunki 5.16 i 5.17 syntetyzują główny rezultat rozprawy, powinny zostać opracowane ze szczególną starannością.
4. Niejednolity sposób określania narzędzia HEALTHQUAL+. W różnych miejscach jest ono przedstawiane jako autorski kwestionariusz, autorska modyfikacja, adaptacja HEALTHQUAL albo narzędzie wywodzące się bezpośrednio z SERVQUAL.
5. Niekonsekwencja terminologiczna i językowa, w tym niejednolity zapis nazw wymiarów i zmiennych wielką i małą literą oraz miejscami zbyt kategoriyczne używanie terminów „wpływ”, „predyktor”, „moderator” i „pośrednictwo”.
6. Liczne drobne usterki składniowe, interpunkcyjne i fleksyjne, np. brakujące przecinki, nieprawidłowa zgoda podmiotu z orzeczeniem oraz zdania nadmiernie rozbudowane. Przykładem jest sformułowanie „Przychodnia POZ 2 znajdują się w pozycji pośredniej”.
7. W tabeli 5.39 wśród działań strukturalnych w obszarze empatii znalazło się sformułowanie o „traktowaniu” liczby pacjentów jako jedyne kryterium oceny. Z kontekstu rekomendacji wynika raczej intencja przeciwna - odejście od traktowania wskaźników ilościowych jako jedyne kryterium. Ten zapis wymaga sprawdzenia, ponieważ w obecnej postaci jest niespójny z argumentacją Autorki.
8. Niejednolity format bibliografii i opisów źródeł oraz drobne rozbieżności między treścią, spisem rysunków i odwołaniami do numerów stron. Przed przygotowaniem wersji publikacyjnej konieczne jest ujednolicenie zapisów bibliograficznych i dokładne sprawdzenie wszystkich odsyłaczy.

Wymienione usterki powinny zostać usunięte przed przygotowaniem ewentualnej monografii lub

publikacji opartych na rozprawie. Mają one jednak przede wszystkim charakter redakcyjny lub dotyczą precyzji prezentacji wniosków. Nie zmieniają faktu, że praca ma czytelną strukturę, zawiera wszystkie podstawowe elementy rozprawy doktorskiej i dokumentuje przebieg przeprowadzonych badań w sposób umożliwiający ocenę osiągnięcia naukowego.

4. Konkluzja końcowa

Po zapoznaniu się z rozprawą stwierdzam, że praca mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały pt. „Wpływ kultury organizacyjnej na poziom jakości usług medycznych w jednostkach podstawowej opieki zdrowotnej”, pomimo wskazanych ograniczeń metodologicznych, kwestii dyskusyjnych i uchybień redakcyjnych, spełnia wymagania określone w art. 187 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. - Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Po pierwsze, rozprawa prezentuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydatki w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości. Autorka wykazała się dobrą znajomością dorobku dotyczącego kultury organizacyjnej, jakości usług, zarządzania w ochronie zdrowia, kultury bezpieczeństwa, motywacji do służby publicznej i przywiązania organizacyjnego. Potrafiła połączyć te nurty w spójną ramę badawczą oraz odnieść je do aktualnych uwarunkowań funkcjonowania podstawowej opieki zdrowotnej.

Po drugie, rozprawa potwierdza umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Autorka sformułowała problem badawczy, zaprojektowała wieloetapowe badanie, przygotowała i zaadaptowała narzędzia, przeprowadziła badanie terenowe obejmujące dwie grupy respondentów, opracowała obszerny materiał empiryczny oraz sformułowała wnioski i rekomendacje. Szczególnie istotne jest to, że ujawniła podstawowe ograniczenia projektu i wskazała konkretne kierunki dalszych badań, obejmujące większą liczbę placówek, analizy wielopoziomowe, badania podłużne oraz połączenie jakości postrzeganej z obiektywnymi miernikami klinicznymi.

Po trzecie, rozprawa zawiera oryginalne rozwiązanie problemu naukowego. Opracowany model ma jednocześnie wyraźny potencjał zastosowania wyników własnych badań w sferze społecznej. Oryginalność ta polega na zintegrowaniu diagnozy kultury organizacyjnej, postaw pracowników i jakości postrzeganej przez pacjentów w warunkach POZ oraz na opracowaniu dwuwymiarowego modelu diagnostyczno-rekomendacyjnego. Model ma obecnie charakter wstępny i wymaga walidacji na większej liczbie placówek, ale stanowi wartościową podstawę dla dalszych badań i pilotażowych wdrożeń.

Zastrzeżenia dotyczące przede wszystkim nadmiernie przyczynowej interpretacji części korelacji, bardzo małej liczby jednostek analizy na poziomie organizacyjnym, braku formalnej weryfikacji mediacji i moderacji oraz ograniczonej walidacji autorskich narzędzi nie przekreślają osiągnięcia naukowego. Są to kwestie, które powinny zostać omówione podczas publicznej obrony i uwzględnione w przyszłych publikacjach oraz dalszych badaniach Autorki. W mojej ocenie mają one charakter ograniczeń i obszarów wymagających dalszego dopracowania, a nie wad uniemożliwiających pozytywną ocenę rozprawy.

Reasumując, stwierdzam, że rozprawa doktorska mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały spełnia

Katedra Zarządzania Jakością i Środowiskiem

wymagania stawiane rozprawom doktorskim w dziedzinie nauk społecznych, w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości. Wnoszę zatem o przyjęcie rozprawy oraz dopuszczenie mgr Karoliny Sowińskiej-Domagały do publicznej obrony.

dr hab. Piotr Rogala, prof. UEW
Wrocław, 12 sierpnia 2026 r.