

Akademia WSB

Dąbrowa Górnicza, Cieszyń, Olkusz, Żywiec, Kraków

Wydział Nauk Stosowanych

mgr inż. Arkadiusz Trela

**MODEL KULTURY JAKOŚCI
PODMIOTÓW LECZNICZYCH W POLSCE**

**Autoreferat pracy doktorskiej napisanej pod kierunkiem:
dr hab. Grzegorza Glód, prof. UE**

Dąbrowa Górnicza 2023

Spis treści

1. Przesłanki wyboru tematu pracy	2
2. Cele pracy i hipotezy badawcze.....	5
3. Przebieg badań i struktura pracy	8
4. Wyniki badań w kontekście hipotez badawczych.....	14
5. Wnioski z badań	17
6. Kierunki dalszych badań	27
7. Wartość dodana pracy	29
8. Plan pracy.....	30

1. Przesłanki wyboru tematu pracy

Wprowadzenie w latach osiemdziesiątych XX wieku do nauk o zarządzaniu koncepcji kultury organizacyjnej zapoczątkowało nowy sposób postrzegania organizacji w kontekście systemu kulturowego. Ujęcie to zakładało, że organizacje wykształcają własne wzorce i wartości, które z kolei wpływają na określone praktyki postępowania, postawy i zachowania pracowników¹.

Opierając się na wynikach przeglądu literatury przedmiotu oraz na własnym doświadczeniu zawodowym związanym ze współpracą z podmiotami leczniczymi w zakresie wdrażania i utrzymania systemów zarządzania jakością, zauważono potrzebę pochylenia się nad sytuacją problemową – braku dedykowanego dla podmiotów leczniczych modelu kultury jakości. Modelu, który pozwoliłby wykorzystać zależności zachodzące pomiędzy istotnymi wymiarami kulturowymi zarządzania jakością (w postaci typologii kultury jakości) w kontekście osiągnięcia wyższej dojrzałości jakościowej. Zauważono także, że obecne w podmiotach leczniczych podejście projakościowe, często ogranicza się wyłącznie do spełnienia wymagań technicznych, organizacyjno-zarządczych oraz systemowych wymaganych wprost przez standardy jakości. Czynniki społeczno-kulturowe traktowane są natomiast zbyt powierzchownie². Jak wskazuje M. Gołębiowski, to właśnie kultura jakości łącząca oba te aspekty staje się podstawą ku temu, aby zarządzanie jakością przebiegało w sposób prawidłowy, rzetelny i przede wszystkim skuteczny oraz efektywny³. Aby jednak tak się stało, niezbędnym staje się zidentyfikowanie i zbadanie uwarunkowań kształtujących uznawane w organizacji wartości, występujące postawy oraz podejmowane praktyki projakościowe, które określają w jaki sposób oraz w jakim stopniu ów wartości i postawy są realizowane.

Kwerenda literatury krajowej jak i zagranicznej wskazuje, że relatywnie niewielu badaczy zajmowało się badaniem kultury jakości jako integralnego organizmu wpływającego na projakościowe zarządzanie w kontekście wpływu na dojrzałość jakościową podmiotów leczniczych. Badania naukowe prowadzone w tym obszarze, często byłyby cząstkowe i rzadko odnosiły się bezpośrednio do podmiotów leczniczych⁴.

¹B. Buchelt, J. Jończyk, *Powiązania kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych*, „Zarządzanie Publiczne” 2017, nr 2(40), s. 53.

²R. Wolniak, *Wymiary kulturowe polskich organizacji a doskonalenie zarządzania jakością*, CeDeWu, Warszawa 2012, s. 5.

³ M. Gołębiowski, *Elementy kultury jakości w organizacji*, „Studia i Prace Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania” 2014, nr 38, s. 34–35.

⁴R. Mannion, H. Davies, *Understanding organisational culture for healthcare quality improvement*, „BMJ” 2018, nr 363, s. 363.

Bardziej koncentrowano się na pokrewnym dla kultury jakości obszarze tj. kultura bezpieczeństwa⁵, kultura doskonalenia jakości⁶, kultura doskonałości⁷ oraz coraz bardziej popularna w ochronie zdrowia Just Culture⁸. Opisane w literaturze przedmiotu modele i typologie projakościowej kultury organizacyjnej oraz modele dojrzałości jakościowej, nie zawsze stwarzały możliwość zbadania związków zachodzących pomiędzy czynnikami kształtującymi kulturę jakości, a ich wpływem na poziom dojrzałości jakościowej. Nie zaobserwowano również zbyt wielu kompleksowych opracowań naukowych w zakresie propozycji metodycznych pozwalających na zbadanie wymiarów kulturowych w powiązaniu ich z aspektami zarządzania jakością w postaci gotowych modeli, które odzwierciedlałyby specyfikę podmiotów leczniczych.

W oparciu o powyższe przesłanki dokonano wyboru tematu pracy oraz zdefiniowano **problem badawczy**, który dotyczy zjawiska uwzględniania wymiarów kulturowych w zarządzaniu jakością w kontekście kształtowania się poziomu dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych. Problem ten wpłynął na sformułowanie pytań badawczych, które pozwoliły określić trudności i przeszkody w formułowaniu zadań badawczych, a także pomogły ujawnić subiektywny brak wiedzy z zakresu tematyki objętej dysertacją.

Główne pytanie badawcze (P_G) ukierunkowane było na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy uwzględnienie wymiarów kulturowych zarządzania jakością w postaci typologii kultury jakości może wpływać na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych oraz czy zależność tę można przedstawić w postaci modelu – wzorca kultury jakości (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce?

Pytanie to pozwoliło na sformułowanie kolejnych, pomocniczych pytań badawczych (P), które miały na celu w większym stopniu przyczynić się do wyjaśnienia problemu badawczego i poszerzenia wiedzy w tym obszarze. Pytania te brzmią następująco:

P₁: W jaki sposób można opisać kulturę jakości oraz praktyki zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?

⁵ F. Gutzeit, H. O’Brein, J. Valentine, *Organizational Safety Culture: The Foundation for Safety and Quality Improvement*, „Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare” Springer, 2021, s. 15–35; D. Liana [i in.], *Maturity Model and Safety Culture in Healthcare: A Systematic Review*, „Indian Journal of Public Health Research & Development” 2020, nr 11(3), s. 2402–2406.

⁶ F. Farzadnia, Z. Hosseini, A. Riahi, *Study of hospital quality management and improvement rates in the hospitals*, „Journal of Humanities Insights” 2017, nr 1(01), s. 7–11.

⁷ A.M. Campbell, D.E. Lighter, B.U. Mueller, *Creation of Quality Management Systems: Frameworks for Performance Excellence*. In *Patient Safety and Quality Improvement in Healthcare*, Springer, Cham. 2021, s. 37–53; P. Stretton, *The just culture: why it is not just, and how it could be*, „British Journal of Healthcare Management” 2020, nr 26(11), s. 304–310.

⁸ N.P. Barkell, S.S. Snyder, *Just culture in healthcare: An integrative review*, „Nursing Forum” 2020, vol. 56, nr 1, s. 103–111; D. Marx, *Patient Safety and the Just Culture*, „Obstetrics and Gynecology Clinics of North America” 2020, nr 46(2), s. 239–245.

P₂: W jaki sposób można opisać dojrzałość jakościową podmiotów leczniczych?

P₃: Czy uznawane wartości stanowią mechanizm wspierania praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?

P₄: Czy deklarowane postawy stanowią mechanizm wspierania praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych?

P₅: Jakie typy kultury jakości występują w podmiotach leczniczych?

P₆: Jaki typ kultury jakości w największym stopniu wpływa na stopień dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych?

P₇: W jaki sposób można dokonać zmiany kultury jakości na wspierającą osiągnięcie dojrzałości jakościowej?

Należy zaznaczyć, że formułując problem badawczy oraz pytania badawcze odnoszono się do szeroko pojętych podmiotów leczniczych. Natomiast badania empiryczne ograniczono do podmiotów leczniczych – szpitali, jako zakładów leczniczych świadczących różne zakresy świadczeń medycznych.

Badania nad problematyką kultury jakości są jednym z trudniejszych obszarów badań w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości. Wynika to przede wszystkim z trudności operacjonalizacji badawczej pojęcia kultury jakości oraz braku zakorzenienia jej w praktyce zarządzania jakością. Stąd też **natura problemu naukowego** podejmowanego w rozprawie doktorskiej wynika z marginalizowania wymiarów kulturowych zarówno w samych wymaganiach zewnętrznych systemów zarządzania jakością, jak również w praktyce ich stosowania, w kontekście budowania dojrzałych jakościowo organizacji. Taki punkt widzenia potwierdza wielu badaczy m.in. R. Wolniak⁹, S. Lagrosen¹⁰ czy A. Androniceanu¹¹, którzy wręcz uważają, że aspekty społeczne posiadają niejednokrotnie dużo większy wpływ na poziom dojrzałości jakościowej, aniżeli samo wdrożenie i utrzymanie systemów zarządzania jakością.

Analiza literatury przedmiotu wymusiła także potrzebę dokonania przeglądu podejścia do dotychczasowych badań nad cechami, determinantami i stosowanymi modelami kształtowania kultury jakości w środowisku ochrony zdrowia. Na tej podstawie zdefiniowano **problem naukowy**, który dotyczy roli kulturowych aspektów zarządzania jakością w kontekście kształtowania dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.

⁹R. Wolniak, *Wymiary kulturowe polskich organizacji a doskonalenie zarządzania jakością*, CeDeWu, Warszawa 2012, s. 5.

¹⁰S. Lagrosen, *Exploring the impact of culture on quality management*, „International Journal of Quality & Reliability Management” 2003, iss. 4, s. 473–487.

¹¹A. Androniceanu, *The three-dimensional approach of Total Quality Management, an essential strategic option for business excellence*, „Amfiteatru Economic” 2017, nr 19(44), s. 61–78.

Rozwiązanie problemu naukowego stanowi wypełnienie **luki naukowej** w zakresie potrzeby opracowania modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych, który w postaci reguły logicznej pozwala na przypisanie podmiotu leczniczego do typu kultury jakości w większym stopniu wspierającego osiągnięcie dojrzałości jakościowej.

Mając na uwadze powyższe rozważania oraz charakter podmiotów leczniczych w Polsce, zidentyfikowany interdyscyplinarny problem naukowy jest usytuowany i badany w obszarze nauk społecznych w dyscyplinie nauki o zarządzaniu i jakości oraz w dyscyplinie nauki socjologiczne.

2. Cele pracy i hipotezy badawcze

Celem głównym rozprawy doktorskiej (CG) jest opracowanie modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce (reguły logicznej), który umożliwi zmianę typu kultury jakości na pozwalającą na osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej. Aby zrealizować cel główny, określono cele cząstkowe, które podzielono na cele teoriopoznawcze, empiryczne oraz metodyczne.

Na poziomie teoriopoznawczym wyodrębniono następujące cele cząstkowe:

C₁: Usystematyzowanie i uzupełnienie wiedzy oraz badań naukowych w obszarze wymiarów kulturowych i praktyk zarządzania jakością poprzez dokonanie przeglądu dorobku naukowego i badań w zakresie m.in. typologii i modeli kultur jakości, wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań zarządzania jakością oraz składowych kultury jakości podmiotów leczniczych;

C₂: Usystematyzowanie i uzupełnienie wiedzy oraz badań naukowych w obszarze dojrzałości jakościowej poprzez dokonanie przeglądu dorobku naukowego i badań w obszarze wymiarów, modeli i miar dojrzałości jakościowej.

Na poziomie empirycznym określono następujące cele cząstkowe:

C₃: Określenie zależności pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością;

C₄: Określenie zależności pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością;

C₅: Opracowanie propozycji typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce;

C₆: Określenie związku pomiędzy empirycznie wyznaczonymi typami kultury jakości podmiotów leczniczych, a ich wpływem na kształtowanie się poziomu dojrzałości jakościowej.

Na poziomie metodycznym wyodrębniono następujący cel cząstkowy:

C₇: Wzbogacenie dostępnych metod badawczych o nowe narzędzie badawcze w postaci modelu – wzorca (reguły logicznej) pozwalające podmiotom leczniczym zmienić typ kultury jakości na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.

Mając zatem na uwadze podejmowaną problematykę badawczą sformułowano **hipotezę główną (H_G)**: Kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej determinowany typem kultury jakości. Zależności te można przedstawić w postaci modelu-wzorca (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce.

Aby zweryfikować hipotezę główną określono hipotezy cząstkowe, które podzielono na hipotezy teoriopoznawcze, empiryczne oraz metodyczne.

Przyjęto następujące hipotezy teoriopoznawcze:

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

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

Przyjęto następujące hipotezy empiryczne:

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

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

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

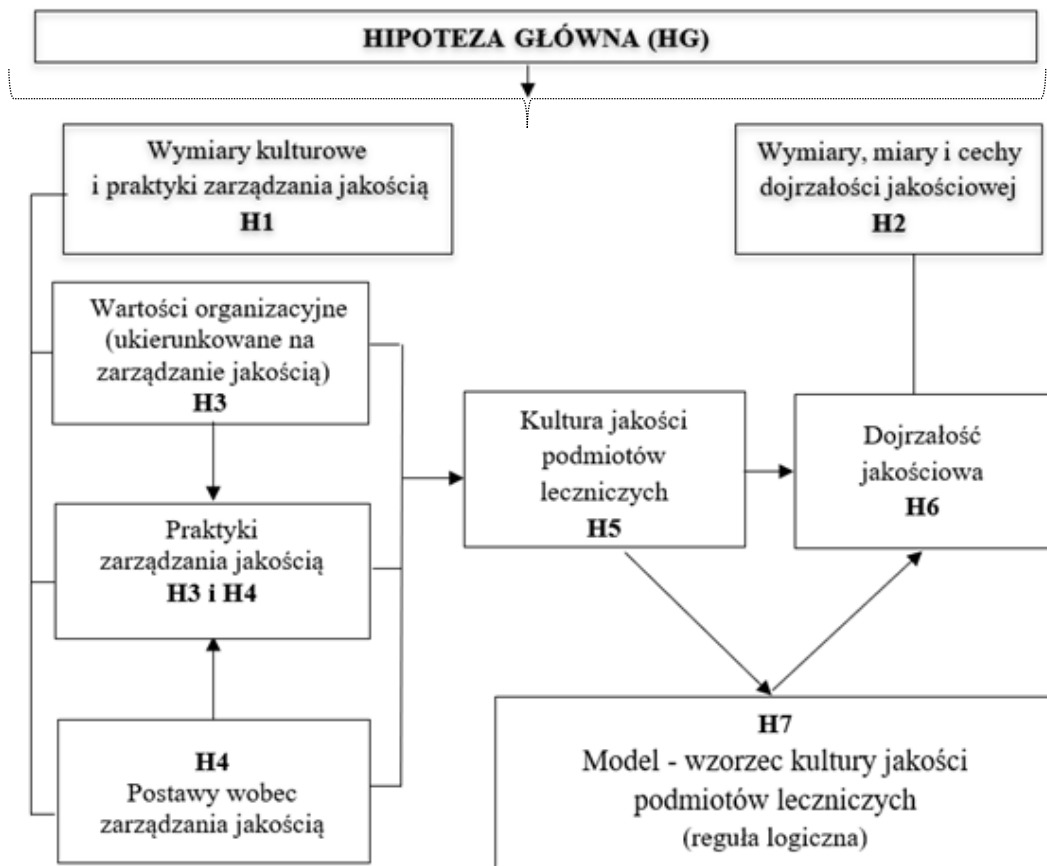
H₆: Jeśli wyodrębni się empiryczne typy kultury jakości, to będą one w różnym stopniu wpływały na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.

Przyjęto następującą hipotezę metodyczną:

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

Próba realizacji wyznaczonych celów oraz weryfikacji założonych hipotez, jak również poszukiwanie odpowiedzi na zadane pytania badawcze wymagało określenia założeń i zmiennych, które opisano na rysunku 1 w postaci konceptualnego modelu badawczego kultury jakości podmiotów leczniczych.

Rysunek 1: Konceptualny model badawczy kultury jakości podmiotów leczniczych



Źródło: Opracowanie własne

Model badawczy kultury jakości podmiotów leczniczych przedstawia zmienne badawcze (opisane w prostokątach) wraz z przypisanymi im hipotezami. Strzałki przedstawiają kierunek wpływu zmiennych na siebie. Przedstawiony na rysunku 1 kierunek występujących związków, zmienna dotycząca uznawanych wartości organizacyjnych (ukierunkowanych na zarządzanie jakością) wpływa na praktyki zarządzania jakością. Zależność ta opisana jest poprzez hipotezę H3. Z kolei postawy wobec zarządzania jakością wpływają na praktyki zarządzania jakością. Zależność tę opisuje hipoteza H4. Praktyki zarządzania jakością odnoszą się zarówno do wartości jak i postaw, dlatego opisuje je jednocześnie hipoteza H3 jak i H4. Zmienną - kulturę jakości podmiotów leczniczych opisują typologie kultury jakości (H5), na których kształt wpływają zarówno wartości, praktyki oraz postawy wobec zarządzania jakością. Empirycznie wyznaczone typologie kształtują z kolei poziom dojrzałości jakościowej. Owa zależność odnosi się do hipotezy H6, mówiącej o różnym stopniu osiągnięcia poziomu dojrzałości jakościowej przez podmioty lecznicze, w zależności od

występujących w nich typach kultury jakości. Potwierdzenie hipotezy metodycznej H7 uwarunkowane jest potwierdzeniem hipotezy H5, mówiącej o możliwości stworzenia typologii kultury jakości podmiotów leczniczych, na bazie których będzie można opracować model – wzorzec kultury jakości (w postaci reguły logicznej) pozwalający podmiotom zmienić typ kultury na bardziej podnoszący dojrzałość jakościową (H6).

Cele, pytania badawcze i hipotezy są powiązane ze sobą (co zaprezentowano w załączniku nr 4 do pracy doktorskiej) potwierdzając wewnętrzną spójność koncepcji badawczej.

3. Przebieg badań i struktura pracy

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny, na której strukturę składa się wstęp, pięć rozdziałów oraz zakończenie.

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

W części badawczej pracy składającej się z dwóch rozdziałów, omówiono metodyczne założenia badań własnych. Przeanalizowano zależności zachodzące pomiędzy wymiarami kulturowymi (wartościami – postawami – praktykami), jak również pomiędzy empirycznie określonymi typologiami kultury jakości, a wymiarami dojrzałości jakościowej. Wynik prowadzonych badań stanowił model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce.

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

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

teoretycznego przedstawienia cech, składowych i determinantów kształtujących kulturę w aspekcie jakościowym.

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

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

W rozdziale czwartym zawarto przesłanki uzasadniające podjęcie badań empirycznych w obszarze kultury jakości oraz opisano wspomniane już we wstępie pytania i cele badawcze. Przedstawiono również model postępowania badawczego oraz wykorzystywane podczas badań metody i narzędzia badawcze tj. np. autorski kwestionariusz ankietowy, który opracowano w oparciu o kwerendę literatury oraz istniejące już narzędzia badawcze służące do badania postaw, praktyk i poziomu dojrzałości jakościowej. Posłużył on do przeprowadzenia badań ilościowych, zarówno pilotażowych, jak i właściwych. W treści rozdziału 4 opisano także przyjęte hipotezy badawcze oraz scharakteryzowano podmiot prowadzonych badań.

W rozdziale piątym omówiono wyniki badań w kontekście istnienia zależności zachodzących pomiędzy empirycznymi typami kultury jakości podmiotów leczniczych, a ich wpływem na kształtowanie się poziomu dojrzałości jakościowej. Pozwoliło to na skonstruowanie modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce, który przy użyciu reguły logicznej w postaci drzewa decyzyjnego umożliwił przeprowadzenie zmiany kulturowej na bardziej pro jakościową. W rozdziale tym sformułowano również wnioski płynące zarówno z teoretycznych rozważań, jak i badań empirycznych. Przedstawiono także korzyści płynące z przeprowadzonych badań zarówno na gruncie teoretycznym, jak i praktycznym w zakresie możliwości kształtowania kultury jakości

wspierającej osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej. Z kolei dla innych badaczy problematyki kultury jakości wskazano kierunki możliwych dalszych prac badawczych.

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

Obiektem badań były szeroko pojęte podmioty lecznicze, które na potrzeby badań empirycznych zdecydowano się ograniczyć do podmiotów leczniczych – szpitali. Decyzja ta uargumentowana była szczególną rolą szpitali, jaką odgrywają one w całym systemie opieki zdrowotnej. Tworzą one bowiem fundament systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, a kompleksowość oraz złożoność udzielanych w nich świadczeń oraz mozaika różnych kultur sprawia, że w największym stopniu mogą one odzwierciedlać badany wzorzec kultury jakości. Ponadto podmioty lecznicze – szpitale mogą składać się z wielu różnych zakładów leczniczych obejmujących różne zakresy świadczeń tj. np. podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna czy rehabilitacja – które same w sobie stanowią składowe podmiotu leczniczego. Tym samym ogólne pojęcie podmiotów leczniczych wydaje się w większym stopniu odzwierciedlać specyfikę podmiotu badań.

Badania prowadzone w obszarze kultury jakości oraz dojrzałości jakościowej przybrały postać badań ilościowych realizowanych w formie samooceny i pytań ankietowych. Na potrzeby badań pilotażowych oraz badań właściwych kwestionariusz ankietowy stanowił główną technikę zbierania informacji.

Dzięki dostępności zwalidowanych narzędzi badawczych, po odpowiednim ich dostosowaniu do specyfiki podmiotów leczniczych (w oparciu o wyniki kwerendy literaturowej), możliwe było przygotowanie dedykowanego dla podmiotów leczniczych narzędzia, które pozwoliło na rozwiązanie problemu badawczego, udzielenie odpowiedzi na zadane pytania badawcze i weryfikację założonych hipotez. Skonstruowany kwestionariusz ankietowy łączył w sobie elementy:

1. kwestionariusza wartości organizacyjnych, które obejmowały wartości często uznawane w podmiotach leczniczych (wybrane w oparciu o kwerendę literatury i stron internetowych podmiotów leczniczych w Polsce),
2. kwestionariusza ACQC (Assessment Corporate Quality Culture) autorstwa K. Camerona i W. Sine służącego do pomiaru zawartości kultury jakości na poziomie praktyk¹²,

¹² K. Cameron, W. Sine, *A framework for organizational quality culture*, „Quality Management Journal” nr 6(4), 1999, s. 7–25.

3. kwestionariusza samooceny postaw wobec jakości, autorstwa K.S. Camerona, C.K. Barnett'a służącego do pomiaru natężenia postaw w systemach zarządzania jakością¹³,
4. modelu dojrzałości jakościowej autorstwa W. Łukasińskiego służącego do pomiaru dojrzałości jakościowej w obszarach: zarządczo-organizacyjnym, kulturowo-społecznym, techniczno-technologicznym oraz ekonomicznym¹⁴.

W tabeli 1 przedstawiono plan postępowania badawczego, który obrazuje etapy i zadania badawcze oraz zarys wykorzystywanych metod i narzędzi badawczych.

Tabela 1. Ogólny plan postępowania badawczego

Lp.	Etap	Zadanie badawcze	Metody i narzędzia badawcze
1.	Przygotowanie do badań - badania teoriopoznawcze i założenia badawcze	Kwerenda literatury krajowej i zagranicznej w celu określenia przesłanek podjęcia tematu, celu badań, założeń badawczych oraz zakresu pracy.	Przegląd literatury.
2.		Wybór metod i technik badawczych. Określenie zakresu badań. Opracowanie konceptualnego modelu badawczego. Określenie próby badawczej.	Przegląd literatury badań.
3.	Przygotowanie do badań – badania pilotażowe	Opracowanie wstępnego narzędzia badawczego.	Kwestionariusz ankietowy.
4.		Przeprowadzenie badań pilotażowych (ilościowych) celem sprawdzenia empirycznej poprawności narzędzia badawczego.	Kwestionariusz ankietowy.
5.		Weryfikacja konceptualnego modelu badawczego oraz narzędzia badawczego w oparciu o wyniki badań pilotażowych.	Analiza i ocena zgłoszonych uwag przez respondentów.
6.		Ostateczna konstrukcja narzędzia badawczego.	Kwestionariusz ankiety.
7.	Badania właściwe	Przeprowadzenie badań właściwych ilościowych.	Elektroniczny kwestionariusz ankietowy. Wywiady telefoniczne.
8.		Analiza wyników.	Metody i narzędzia statystyczne.

¹³K.S. Cameron, C.K. Barnett, *Organizational quality as a cultural variable: An empirical investigation of quality culture, processes, and outcomes*, „The Quality Movement and Organization Theory” 2000, s. 271–294.

¹⁴ W. Łukasiński, *Dojrzałość organizacji zarządzanej projakościowo*, PWE, Warszawa 2016, s. 140-142.

Lp.	Etap	Zadanie badawcze	Metody i narzędzia badawcze
9.	Uogólnienie	Określenie empirycznej typologii kultury jakości. Opracowanie modelu kultury jakości podmiotów leczniczych w postaci reguły logicznej.	Metoda analizy diagnostyczno-opisowej. Modele drzew klasyfikacyjnych.
10.	Badania ewaluacyjne	Opracowanie wniosków, rekomendacji, ograniczeń oraz kierunków dalszych badań.	Wnioski i rekomendacje.

Źródło: Opracowanie własne

Aby zweryfikować poprawność sporządzonego narzędzia badawczego, badania właściwe poprzedzono badaniem pilotażowym. Badania przeprowadzono na grupie publicznych i prywatnych podmiotów leczniczych – szpitali. Starano się zapewnić, aby podmioty pochodziły z różnych województw Polski oraz reprezentowały różne poziomy referencyjne oraz źródła finansowania tak, aby próba badawcza była różnorodna. Badania przeprowadzono w miesiącach: luty – kwiecień 2021 r. Do badań wykorzystano kwestionariusz ankietowy, który został rozesłany do 120 podmiotów leczniczych – szpitali publicznych i prywatnych zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej (formularz Google). Zwrotność ankiet kształtowała się na poziomie 22,5%. Respondentami byli głównie pełnomocnicy ds. jakości oraz kadra zarządzająca.

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

Przeprowadzając badania ilościowe mające na celu zweryfikowanie przyjętych hipotez badawczych, wykorzystywano różne narzędzia statystyczne pozwalające na grupowanie danych, analizę rzetelności uzyskanych wyników, analizę zachodzących zależności oraz budowę modelu kultury jakości podmiotów leczniczych. W przypadku miar dojrzałości jakościowej, obliczano skale sumaryczne będące średnimi ze zmiennych należących do określonego obszaru. Rzetelność otrzymanych skal sumarycznych

oceniano za pomocą współczynnika alfa Cronbacha, przyjmując akceptowalny poziom rzetelności równy co najmniej 0,7.

Do badania zależności pomiędzy wyodrębnionymi klasami, a skalami sumarycznymi miar dojrzałości jakościowej, stosowano modele regresji liniowej. W przypadku, gdy obie zmienne mierzone były na skali nominalnej wyznaczano współczynnik V Cramera. Gdy jedna ze zmiennych była nominalna, a druga była co najmniej porządkowa, przeprowadzano test Kruskala-Wallisa lub test t dla dwóch prób niezależnych przy założeniu różnych wariancji. Dla zmiennych mierzonych na skalach mocnych obliczano współczynniki korelacji liniowej Pearsona. Dla każdej z miar wyznaczono poziomy istotności (p-wartości), dla których założono poziomy istotności $p < 0,01$ (***) , $p < 0,05$ (**) oraz $p < 0,1$ (*), gdzie gwiazdkami oznaczono w treści zależności istotne statystycznie.

W celu podziału przebadanych podmiotów na rozłączne klasy, wykorzystano dwa standardowe narzędzia grupowania, tj. metody hierarchiczne oraz metodę k-średnich. Z uwagi na mieszany charakter zmiennych, z których część była binarna, a pozostałą część traktowano jako zmienne ciągłe, do pomiaru odległości pomiędzy obiektami lub klasami wykorzystano współczynnik Gowera. Liczbę klas ustalano na podstawie analizy dendrogramu oraz kryterium Calińskiego-Harabasa.

W przypadku metody k-średnich rozważano podział na 2, 3 oraz 4 klastry. Ostatecznego wyboru podziałów dokonano na podstawie subiektywnej oceny uzyskanych klastrów z punktu widzenia możliwości ich interpretacji w odniesieniu do typów kultury jakości.

Do budowy modelu kultury jakości, który przyjmuje postać zbioru reguł przydziału badanych jednostek do określonych klastrów wykorzystano drzewa klasyfikacyjne, a dokładnie klasyczny algorytm C&RT. Celem tej analizy było znalezienie zbioru logicznych warunków podziału prowadzących do jednoznacznego zaklasyfikowania obiektów. Jako regułę zatrzymania tworzenia drzewa przyjęto metodę przycinania przy błędnej klasyfikacji. Do oceny jakości uzyskanych reguł wykorzystano standardowe tabele i współczynniki poprawności klasyfikacji.

Większość obliczeń przeprowadzono w programie Stata 15. Jedyne do tworzenia drzew klasyfikacyjnych wykorzystano program Statistica 13.

4. Wyniki badań w kontekście hipotez badawczych

Wyniki badań pozwoliły na przedstawienie zależności zachodzących pomiędzy różnymi wymiarami kulturowymi tj. wartościami, postawami i praktykami zarządzania jakością. Dały także podstawę do stworzenia propozycji typologii kultury jakości oraz przeprowadzenia oceny wpływu poszczególnych jej typów na kształtowanie się stopnia dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych. Finalnym efektem prowadzonych badań była propozycja modelu – wzorca kultury jakości opisanego w postaci reguły logicznej, który umożliwia podjęcie decyzji i działań w zakresie zmiany wymiarów kulturowych celem zbliżenia się do typu kultury jakości w większym stopniu wspierającym osiągnięcie dojrzałości jakościowej.

W tabeli 2 przedstawiono wyniki badań w kontekście hipotez badawczych, które pozwoliły na ich weryfikację poprzez ich potwierdzenie (+), zaprzeczenie (-) lub potwierdzenie w ograniczonym zakresie (*).

Tabela 2. Wyniki z badań literaturowych i empirycznych – weryfikacja hipotez

Hipoteza	Efekt badania		Uzasadnienie
	T	E	
H ₁ : Wymiary kulturowe (kulturę jakości) podmiotów leczniczych można opisać poprzez wartości, postawy oraz praktyki zarządzania jakością.	+	n/d	Przegląd literatury potwierdził, że kulturę jakości można opisać poprzez: <i>wartości ukierunkowane na jakość, praktyki zarządzania jakością oraz postawy wobec jakości – czyli wymiary kultury organizacyjnej</i> , które wspierają realizację polityki, zasad i celów jakości oraz dostarczanie wyrobów i usług spełniających potrzeby i oczekiwania jakościowe pacjentów i innych zainteresowanych stron. Wszystkie w ww. wymiary kulturowe winny być zintegrowane i wzajemnie na siebie oddziaływać. <u>Weryfikacja hipotezy:</u> Potwierdzona na podstawie krytycznego przeglądu literatury przedmiotu w rozdziale 1 oraz 2 pracy doktorskiej.
H ₂ : Dojrzałość jakościowa jest pojęciem wielowymiarowym, które można opisać poprzez cechy i miary skuteczności, efektywności i doskonałości jakościowej.	+	n/d	Przegląd literatury potwierdził wielowymiarowość dojrzałości jakościowej poprzez: <ul style="list-style-type: none"> ▪ cechy kształtujące dojrzałość jakościową w wymiarze zarządczo-organizacyjnym, ekonomicznym, kulturowo-społecznym i techniczno-technologicznym, ▪ miary mierzące dojrzałość jakościową w wymiarze: <ul style="list-style-type: none"> - skuteczności (czynników sukcesu), - efektywności: <ul style="list-style-type: none"> ▪ techniczno-ekonomicznych (ocena relacji pomiędzy nakładami, a efektami), ▪ prakseologicznych (ocena stopnia spełnienia celów), ▪ behawioralnych (ocena stopnia zaspokojenia potrzeb) ▪ instytucjonalnych (ocena poziomu postrzegania organizacji przez otoczenie), ▪ systemowych (ocena zdolności organizacji do rozwoju). - doskonałości (kryteria samoceny stopnia doskonałości). Uwzględnienie powyższych wielowymiarowych aspektów kształtujących dojrzałość jakościową pozwala na jej bardziej kompleksowe zbadanie i określenie jej poziomu.

Hipoteza	Efekt badania		Uzasadnienie																									
	T	E																										
			<u>Weryfikacja hipotezy:</u> Potwierdzona na podstawie krytycznego przeglądu literatury w rozdziale 3 pracy doktorskiej.																									
H ₃ : Istnieje zależność pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.	+	*	Z wartości organizacyjnych powinny wynikać praktyki postępowania. Badania empiryczne potwierdziły jednak tylko częściowe występowanie owych zależności. Występują one w największym stopniu na poziomie wartości uznawanych przez zarządzających i pracowników (19 praktyk na 25 badanych). W najniższym stopniu na poziomie pacjenta oraz organizacji (4 praktyk na 25 badanych). Potwierdzona została dodatnia zależność pomiędzy zmiennymi, jednak w wielu przypadkach nie jest ona poparta odpowiednio wysokim wskaźnikiem p-wartości. Uniemożliwia to tym samym pełne odrzucenie H ₃ . <u>Weryfikacja hipotezy:</u> Potwierdzono w ograniczonym zakresie. Wyniki badań przedstawiono w rozdziale 1 i 2 (obszar teoriopoznawczy), jak i podrozdział 5.3.1 i 5.5. pracy doktorskiej (obszar empiryczny).																									
H ₄ : Istnieje zależność pomiędzy deklarowanymi postawami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością.	+	+	Badane typy postaw wg. K. Camerona, W. Sine, C.K. Barnetta: kreatywna (kp4), zapobiegawcza (kp3), korygująca (kp2), ukierunkowana na zysk (kp1). <ul style="list-style-type: none"> Istnieje słaba, lecz w większości przypadków statystycznie istotna zależność pomiędzy typem postawy, a realizowanymi praktykami ZJ pokazująca, że wraz ze wzrostem postawy pro jakościowej (kp1 – kp4) obserwuje się wzrost udziału praktyk pro jakościowych. <table border="1"> <thead> <tr> <th>ID</th> <th>kp1</th> <th>kp2</th> <th>kp3</th> <th>kp4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>pw5_zaan</td> <td>-0,257***</td> <td>-0,069</td> <td>0,157**</td> <td>0,143**</td> </tr> <tr> <td>pw5_infr</td> <td>-0,303***</td> <td>-0,113</td> <td>0,199***</td> <td>0,246***</td> </tr> <tr> <td>pw5_rzecz</td> <td>-0,284***</td> <td>-0,114</td> <td>0,158**</td> <td>0,229***</td> </tr> <tr> <td>pw5_zew</td> <td>-0,313***</td> <td>-0,098</td> <td>0,180***</td> <td>0,217***</td> </tr> </tbody> </table> <p>Badania pokazują, że pomiędzy badanymi postawami, a realizowanymi praktykami istnieje zależność dodatnia – kp4 i kp3 bądź ujemna – kp1 i kp2 co potwierdza, że postawy wobec jakości mogą wzmacniać lub osłabiać realizowane praktyki pro jakościowe w zależności od typu postawy. <u>Weryfikacja hipotezy:</u> Potwierdzona na podstawie przeglądu literatury (rozdział 1 i 2 pracy), jak i badań empirycznych podrozdział 5.3.2 i 5.5 pracy doktorskiej.</p>	ID	kp1	kp2	kp3	kp4	pw5_zaan	-0,257***	-0,069	0,157**	0,143**	pw5_infr	-0,303***	-0,113	0,199***	0,246***	pw5_rzecz	-0,284***	-0,114	0,158**	0,229***	pw5_zew	-0,313***	-0,098	0,180***	0,217***
ID	kp1	kp2	kp3	kp4																								
pw5_zaan	-0,257***	-0,069	0,157**	0,143**																								
pw5_infr	-0,303***	-0,113	0,199***	0,246***																								
pw5_rzecz	-0,284***	-0,114	0,158**	0,229***																								
pw5_zew	-0,313***	-0,098	0,180***	0,217***																								
H ₅ : Na podstawie uznawanych wartości, deklarowanych postaw oraz realizowanych praktyk zarządzania jakością w podmiotach leczniczych, można opracować typologię kultur jakości podmiotów leczniczych.	+	+	Wykorzystując narzędzia grupowania (metody hierarchiczne i metoda k-średnich) dokonano podziału podmiotów leczniczych – szpitali wg kryterium zmiennych kulturowych tj. wartości, postawy i praktyki. W oparciu o analizę regresji, wskazano na zmienne opisowe charakteryzujące daną grupę (klaster). W ten sposób wyodrębniono empiryczne typy kultury jakości, które nazwano oraz zgrupowano na: - 2 klastry: <ul style="list-style-type: none"> kultura jakości zorientowana na wynik (klaster 1), kultura jakości zorientowana na doskonalenie (klaster 2). - 3 klastry: <ul style="list-style-type: none"> kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność (klaster 1), kultura jakości zorientowana na doskonałość, z mniejszym naciskiem na efektywność (klaster 2), kultura jakości zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany (klaster 3). 																									

Hipoteza	Efekt badania		Uzasadnienie																																										
	T	E																																											
			<p>Ww. podział potwierdza, że możliwe jest zaproponowanie typologii kultury jakości podmiotów leczniczych wg. kryterium wartości, postaw i praktyk projakościowych.</p> <p>Empirycznie wyznaczone typologie stanowiły bazę dla dalszych badań w zakresie wpływu danej typologii kultury na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.</p> <p><u>Weryfikacja hipotezy: Potwierdzona</u> na podstawie przeglądu literatury (rozdział 1 i 2 pracy) oraz badań empirycznych podrozdział 5.3.3 i 5.5.</p>																																										
<p>H₆: Jeśli wyodrębni się empiryczne typy kultury jakości, to będą one w różnym stopniu wpływały na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.</p>	n/d	+	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Do zbadania zależności pomiędzy wyodrębnionymi typami kultury jakości w klastrze, a skalami sumarycznymi miar dojrzałości jakościowej zastosowano modele regresji liniowej. ▪ Wnioski z badań empirycznych potwierdzają, że pomiędzy empirycznie wyznaczonymi typami kultury jakości, a osiąganym przez poszczególne klastry poziomem dojrzałości jakościowej istnieje statystycznie istotny, dodatni związek pozwalający wskazać na typ kultury i stopień jego korelacji z poziomem osiągniętej dojrzałości jakościowej. ▪ W podmiotach (podział na 2 klastry) klaster 1 (<i>kultura jakości zorientowana na wynik</i>) w większym stopniu wspiera osiągnięcie dojrzałości jakościowej niż w klastrze 2 (<i>kultura jakości zorientowana na doskonalenie jakości</i>). <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>DW1</th> <th>DW2</th> <th>DW3</th> <th>DW4</th> <th>DW5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Kultura jakości zorientowana na doskonalenie jakości (Klaster 2)</td> </tr> <tr> <td>Kultura jakości zorientowana na wynik (Klaster 1)</td> <td>0,614*** (0,085)</td> <td>0,754*** (0,085)</td> <td>0,553*** (0,099)</td> <td>0,596*** (0,088)</td> <td>0,633*** (0,079)</td> </tr> </tbody> </table> <p>Wg podziału na 3 klastry, podmioty lecznicze zgrupowane w klastrze 1 (<i>kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność</i>) w największym stopniu wspierają osiągnięcie dojrzałości jakościowej. <i>Kultura jakości zorientowana na doskonałość – z mniejszym naciskiem na efektywność</i> (klaster 2) wspiera dojrzałość w stopniu umiarkowanym, natomiast <i>kultura zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany</i> (klaster 3) w najniższym (bazowym) stopniu.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>DW1</th> <th>DW2</th> <th>DW3</th> <th>DW4</th> <th>DW5</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="6">Kultura jakości zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany (klaster 3)</td> </tr> <tr> <td>Kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność (Klaster 1)</td> <td>0,922*** (0,12)</td> <td>1,083*** (0,113)</td> <td>0,802*** (0,134)</td> <td>0,840*** (0,133)</td> <td>0,919*** (0,105)</td> </tr> <tr> <td>Kultura jakości zorientowana na doskonałość z mniejszym naciskiem na efektywność Klaster 2)</td> <td>0,451*** (0,124)</td> <td>0,482*** (0,11)</td> <td>0,364*** (0,132)</td> <td>0,357*** (0,133)</td> <td>0,419*** (0,105)</td> </tr> </tbody> </table> <p><u>Weryfikacja hipotezy: Potwierdzona</u> na podstawie badań empirycznych opisanych w podrozdziale 5.4.1. pracy doktorskiej.</p>		DW1	DW2	DW3	DW4	DW5	Kultura jakości zorientowana na doskonalenie jakości (Klaster 2)						Kultura jakości zorientowana na wynik (Klaster 1)	0,614*** (0,085)	0,754*** (0,085)	0,553*** (0,099)	0,596*** (0,088)	0,633*** (0,079)		DW1	DW2	DW3	DW4	DW5	Kultura jakości zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany (klaster 3)						Kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność (Klaster 1)	0,922*** (0,12)	1,083*** (0,113)	0,802*** (0,134)	0,840*** (0,133)	0,919*** (0,105)	Kultura jakości zorientowana na doskonałość z mniejszym naciskiem na efektywność Klaster 2)	0,451*** (0,124)	0,482*** (0,11)	0,364*** (0,132)	0,357*** (0,133)	0,419*** (0,105)
	DW1	DW2	DW3	DW4	DW5																																								
Kultura jakości zorientowana na doskonalenie jakości (Klaster 2)																																													
Kultura jakości zorientowana na wynik (Klaster 1)	0,614*** (0,085)	0,754*** (0,085)	0,553*** (0,099)	0,596*** (0,088)	0,633*** (0,079)																																								
	DW1	DW2	DW3	DW4	DW5																																								
Kultura jakości zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany (klaster 3)																																													
Kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność (Klaster 1)	0,922*** (0,12)	1,083*** (0,113)	0,802*** (0,134)	0,840*** (0,133)	0,919*** (0,105)																																								
Kultura jakości zorientowana na doskonałość z mniejszym naciskiem na efektywność Klaster 2)	0,451*** (0,124)	0,482*** (0,11)	0,364*** (0,132)	0,357*** (0,133)	0,419*** (0,105)																																								
<p>H₇: Jeśli wyodrębni się zmienne klasyfikujące wartości, postawy i praktyki zarządzania jakością do danego typu kultury jakości, to będzie można stworzyć model – wzorzec kultury jakości (w postaci reguły logicznej) pozwalający podmiotom leczniczym zmienić typ kultury na</p>	n/d	+	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dzięki wykorzystaniu drzewa klasyfikacyjnego (algorytm C&RT) wyodrębniono zmienne (wartości, postawy, praktyki), które klasyfikują podmioty lecznicze do danego klastra. Na podstawie powyższego opracowano dwa modele: <ul style="list-style-type: none"> - model dla 2 klastrów - klasyfikujący podmioty na poziomie 85,3%, ścieżka decyzyjna składa się z 2-3 poziomów. - model dla 3 klastrów - klasyfikujący podmioty na poziomie 76,1%, ścieżka decyzyjna składała się z 3-4 poziomów. ▪ Za model - wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych przyjęto podział na 3 klastry, który wykazuje się odpowiednią poprawnością klasyfikującą oraz pozwala 																																										

Hipoteza	Efekt badania		Uzasadnienie
	T	E	
bardziej podnoszący dojrzałość jakościową.			stopniować podejmowane działania w drodze do osiągnięcia wyższego poziomu dojrzałości jakościowej. <ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Weryfikacja hipotezy: Potwierdzona</u> na podstawie badań empirycznych - podrozdział 5.4.2 pracy doktorskiej.
H _G : Kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej determinowany typem kultury jakości. Zależności te można przedstawić w postaci modelu - wzorca (reguły logicznej) podmiotów leczniczych w Polsce	+	+	<ul style="list-style-type: none"> • Potwierdzenie poszczególnych hipotez częściowych wpłynęło na potwierdzenie hipotezy głównej. • Zaprezentowany w pracy <i>model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych</i> poprzez kształtowanie częstotliwości występowania badanych <i>zmiennych kulturowych</i> (zmienne najbardziej istotne z punktu widzenia podziału zbiorowości na klastry) pozwala na wybór takiego sposobu postępowania, który zbliży podmiot leczniczy do typu kultury jakości, która umożliwi kreowanie najwyższego poziomu dojrzałości jakościowej. <u>Weryfikacja hipotezy: Potwierdzona</u> na podstawie przeglądu literatury - rozdział 1-3 i badań empirycznych - rozdział 4-5 pracy doktorskiej.

Źródło: Opracowanie własne.

Legenda: + potwierdzenie hipotezy badawczej; - zaprzeczenie hipotezy badawczej, * - potwierdzono w ograniczonym zakresie, n/d – nie dotyczy, T – badania teoriopoznawcze, E – badania empiryczne.

Odnosząc się do wyników badań pochodzących z analiz literaturowych i badań empirycznych przedstawionych w tabeli 2 można stwierdzić, iż hipotezy cząstkowe H₁ i H₂ oraz od H₄ do H₇ zostały potwierdzone. Hipoteza H₃ została potwierdzona w obszarze badań literaturowych, z kolei w obszarze badawczym została potwierdzona w ograniczonym zakresie. Stanowisko to argumentuje się tym, że dodatnia zależność pomiędzy zmiennymi została potwierdzona, jednak nie zawsze poparta jest ona odpowiednio niskim wskaźnikiem p-wartości świadczącym o istotności statystycznej. Potwierdzono zatem w ograniczonym zakresie hipotezę H₃ zaznaczając jednocześnie, że zależności zachodzące między zmiennymi często są słabe i w wielu obszarach wskazują na brak istotności statystycznej.

Reasumując powyższe wyniki można potwierdzić hipotezę główną mówiącą, że kulturę jakości podmiotów leczniczych kształtują wymiary kulturowe zarządzania jakością, które wpływają na osiągnięty poziom dojrzałości jakościowej, determinowany typem kultury jakości i które można przedstawić w postaci modelu wzorca – reguły logicznej.

5. Wnioski z badań

Projakościowe aspekty kultury organizacyjnej stanowią ważny obszar badawczy, zwłaszcza w kontekście tak istotnej dla społeczeństwa branży, jaką jest ochrona zdrowia. Kwerenda literatury wskazuje, że istotnym wyzwaniem działalności leczniczej, w ramach

której funkcjonują podmioty lecznicze, są nie tylko aspekty zarządcze związane z jakością, ale także wymiary kulturowe kształtujące odpowiednią kulturę organizacyjną. Stąd też podejmowanie tematyki kultury jakości w podmiotach leczniczych bezpośrednio wpisuje się w ową problematykę i nadaje jej innowacyjny, interdyscyplinarny i aplikacyjny charakter.

Przegląd badań prowadzonych w obszarze kulturowych aspektów zarządzania jakością pozwolił na zebranie dowodów badawczych potwierdzających, że wymiary kulturowe (kulturę jakości) podmiotów leczniczych można opisać poprzez wartości, postawy oraz praktyki zarządzania jakością. Również wyniki przeglądu literaturowego i badań dotyczące cech i miar kształtujących dojrzałość jakościową potwierdziły, iż jest ona pojęciem wielowymiarowym, które można opisać poprzez cechy i miary je kształtujące w aspekcie skuteczności, efektywności i doskonałości jakościowej – czyli elementów stanowiących główne składowe jakości w ochronie zdrowia. Owe badania zarówno w obszarze wymiarów kulturowych (wartości, postaw jak i praktyk), jak i dojrzałości jakościowej stały się podstawą do określenia związków pomiędzy wartościami i praktykami oraz postawami i praktykami jako mechanizmów wzmacniania praktyk projakościowych w podmiotach leczniczych. Badane wymiary kulturowe (posiadające największą siłę oddziaływania i klasyfikującą badane podmioty do danego klastra – grupy podmiotów leczniczych) stały się także składową empirycznie zaproponowanej typologii i modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych.

5.1. Wnioski z badań nad wartościami

Statystyki opisowe prowadzone w obszarze wartości organizacyjnych pokazały, że w podmiotach leczniczych największą wagę z punktu widzenia różnych stron zainteresowanych podmiotów leczniczych tj. pracownika (wo1), pacjentów (wo2), zarządzających (wo3) oraz samej organizacji (wo4), spośród 5 badanych wartości przywiązuje się odpowiednio do: adekwatnego wynagrodzenia (36,9%), bezpieczeństwa procedur medycznych (26,5%), wydajności opieki (33,7%) oraz zapewnienia ciągłości świadczeń medycznych (39,3%).

Badania empiryczne analizujące zależności występujące pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością wykazały, że relacje istniejące pomiędzy tymi zmiennymi oddziałują na siebie, jednak siła tego oddziaływania jest różna, podobnie jak ich istotność statystyczna.

Wartości badane na poziomie pracownika i zarządzających posiadały dodatnią, istotną statystycznie zależność, która potwierdziła się w 19 na 25 badanych praktyk. Z kolei

w przypadku wartości badanych na poziomie pacjenta i podmiotu leczniczego zależność ta występowała tylko w 4 na 25 badanych praktyk.

Z powyższych badań wynika, że podmioty lecznicze, które m.in. dużą wagę przywiązują do wynagrodzenia, w niskim stopniu realizują praktyki projakościowe. Z kolei docenianie wartości odnoszących się do zaangażowania i rozwoju pracowników, przy jednoczesnym zapewnieniu wsparcia kierownictwa posiada efekt pozytywny w kontekście projakościowych zachowań. Wartości uznawane na poziomie pacjenta tj. bezpieczeństwo czy jakość usług medycznych pozytywnie korelują z praktykami, takimi jak zapewnianie kwalifikacji personelu, poszukiwanie możliwości rozwoju czy stosowanie komunikacji nieformalnej, co zapewnia większy profesjonalizm pracowników. Natomiast w obszarze wartości uznawanych na poziomie zarządzających, kluczowe wartości odnoszą się do możliwości rozwoju organizacji poprzez stosowanie innowacji. Owe wartości pozytywnie korespondują z praktykami zarządzania jakością, gdzie doskonalenie i rozwój stanowi fundament dojrzałych systemów zarządzania.

Podsumowując analizę zależności występującą pomiędzy uznawanymi wartościami, a realizowanymi praktykami zarządzania jakością, można dokonać podziału badanych wartości (wo1-wo4) na trzy grupy z punktu widzenia ich wpływu na projakościowe zarządzanie.

Pierwszą grupę stanowią wartości posiadające pozytywny (wzmacniający) wpływ na realizowane praktyki w obszarze zarządzania jakością. Do takich wartości zaliczamy przede wszystkim: wsparcie kierownictwa, kwalifikacje personelu, elastyczność (reagowanie na zmiany, nowe możliwości i technologie) oraz nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii medycznych. Wartości te stanowią głównie o przywództwie, otwartości na zmiany, wiedzy, czyli elementach, które są niezbędne do sprawnego zarządzania jakością.

Drugą grupę stanowią wartości, które posiadają słaby lub bardzo słaby wpływ na wzmacnianie praktyk projakościowych, ale są istotne statystycznie. Do tej grupy możemy zaliczyć w szczególności wartości tj.: adekwatne wynagrodzenie, bezpieczeństwo procedur medycznych, potrzebę osiągnięcia zysku, czy zapewnienie ciągłości świadczenia usług medycznych. Powyższe wartości, pomimo iż uznawane w organizacji, w niewielkim stopniu korespondują z badanymi praktykami zarządzania jakością. Należy jednak mieć na uwadze, że wartości często mają charakter deklarowany, a ich przełożenie na konkretne praktyki w niektórych sytuacjach okazuje się bardzo trudne np. potrzeba zapewnienia adekwatnego wynagrodzenia dla wszystkich pracowników, osiągnięcie

zysku przy niskich wycenach świadczeń medycznych, czy zapewnienie ciągłości działania w sytuacji problemów kadrowych, infrastrukturalnych i sprzętowych.

Trzecią grupę stanowią wartości, które mają dodatni wpływ na praktyki projakościowe, jednak nie da się ich zweryfikować, gdyż ich istotność statystyczna jest zbyt mała, aby uznać, że istniejący związek nie jest kwestią przypadku. Do tej grupy możemy zaliczyć w szczególności wartości tj. indywidualne podejście do pacjenta, jakość usług medycznych czy zapewnienie odpowiednich warunków pracy.

Mają na uwadze powyższe zasadnym jest uznanie, iż badane wartości tylko częściowo korespondują z praktykami zarządzania jakością, co dodatkowo potwierdzają analizy realizowane na etapie konstruowania modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych, gdzie wartości posiadają niską wagę jako zmienna klasyfikacyjna. Dlatego wykorzystanie zmiennej kulturowej – wartości, jako elementu kształtowania zachowań projakościowych tylko w pewnym zakresie może służyć jako mechanizm wzmacniania praktyk projakościowych.

5.2. Wnioski z badań nad postawami

Do zbadania deklarowanych postaw w systemach zarządzania jakością wykorzystano analizy zależności zachodzących pomiędzy parami zmiennych.

Badania wykazały, że dominujące postawy występujące w podmiotach leczniczych koncentrują się głównie na ciągłym doskonaleniu, poszukiwaniu innowacji oraz indywidualnym podejściu do pacjenta. Taka postawa określona w badaniach jako kreatywna występowała w 32,5% badanych postaw. Nieco rzadziej obserwowana postawa zapobiegawcza (27,0%) koncentruje się głównie na proaktywnym podejściu do problemów i zagrożeń. Z kolei postawa korygująca (25,3%) zwraca większą uwagę na kwestie naprawiania błędów i poszukiwaniu ich przyczyn, aniżeli na ich zapobieganiu. Najmniej projakościowa z badanych postaw, czyli postawa zorientowana na zysk, stanowiła 15,2% udziału w 4 badanych postawach i koncentrowała się głównie na kwestiach ekonomicznych i związanych z wydajnością, aniżeli na kreowaniu jakości.

Postawa kreatywna (doskonaląca) występuje w powiązaniu z większością badanych praktyk (w 23 na 25 zmiennych), przy czym stopień jej oddziaływania na praktyki jest słaby lub w niektórych przypadkach co najwyżej umiarkowany, jednak istotny statystycznie. Postawa ta pozytywnie koresponduje z wdrożonymi systemami i zaawansowanymi instrumentami zarządzania jakością oraz w szczególności wzmacnia praktyki związane z zapewnieniem ciągłości świadczeń medycznych, budowaniem wizerunku podmiotu leczniczego oraz zapewnieniem odpowiedniej jakości procesu leczenia.

Potwierdza to tym samym, że realizuje ona filozofię ciągłego doskonalenia, przez co istotnie przyczynia się do poprawy jakości.

Postawa zapobiegawcza posiada dodatni i istotny statystycznie wpływ na 14 z 25 badanych zmiennych i szczególnie pozytywnie koresponduje z praktykami, które mają na celu ograniczenie ryzyka prowadzonej działalności leczniczej poprzez stosowanie rozwiązań organizacyjnych tj. wewnętrznych procedur, instrukcji, zasad; systemu szkoleń wewnętrznych czy mechanizmów nagradzania pracowników za efekty ich pracy. Z kolei postawa korygująca posiada istotny statystycznie, ujemny wpływ tylko na 1 z 25 badanych praktyk - w obszarze otwartości na zmiany. W pozostałych przypadkach wykazuje się ujemną zależnością, co potwierdza, że jej obecność ogranicza stosowanie praktyk projakościowych. Zbyt niska istotność statystyczna uniemożliwia jednak jednoznaczne określenie siły związków.

Postawa nastawiona na zysk posiada podobnie jak w przypadku postawy korygującej ujemny, aczkolwiek istotny statystycznie wpływ na 23 z 25 badanych praktyk. Pozwala wnioskować, iż obecność tej postawy nie sprzyja budowaniu projakościowych praktyk, co ma statystyczne uzasadnienie.

Wnioski z przeprowadzonych badań w obszarze zależności pomiędzy postawami, a praktykami projakościowymi wskazują, iż istnieje słaba, ale w większości przypadków statystycznie istotna zależność pomiędzy typem postawy, a realizowanymi praktykami. Co więcej, wraz ze wzrostem dojrzałości postawy (od nastawionej na zysk - kp1 do kreatywnej - kp4) obserwuje się wzrost udziału praktyk projakościowych (zależność ujemna zmienia się w dodatnią), co może stanowić potwierdzenie, że istnieje związek między typami postaw, a stosowanymi praktykami zarządzania jakością.

5.3. Wnioski z badań nad wyodrębnieniem typologii kultury jakości i kształtowania się dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych

Wymiary kulturowe (wartości, postawy i praktyki), częstotliwość ich występowania w podmiotach leczniczych oraz siła i istotność statystyczna stała się podstawą do podziału badanych podmiotów na klastry i wyodrębnienia w nich cech charakteryzujących kulturę jakości klastra (grupy szpitali najbardziej do siebie zbliżonych pod względem cech). To z kolei pozwoliło zaproponować empiryczne typologie kultur jakości podmiotów leczniczych.

Pierwotnie dokonano podziału podmiotów leczniczych – szpitali na 2, 3 i 4 klastry. Jednak na potrzeby wnioskowania przyjęto podział na 3 klastry, co przedstawiono tabeli 3.

Tabela nr 3 Typologia kultury jakości wg podziału na 3 klastry

Kryterium oceny	Klaster 1 (91 szpitali)	Klaster 2 (66 szpitali)	Klaster 3 (44 szpitale)
Wysoko uznawane wartości	<ul style="list-style-type: none"> - Adekwatne wynagrodzenie. - Zapewnienie ciągłości świadczeń medycznych. - Wynik ekonomiczny. 	<ul style="list-style-type: none"> - Możliwość rozwoju i zaangażowania. - Bezpieczeństwo procedur medycznych. - Nowoczesność stosowanych rozwiązań i technologii. 	<ul style="list-style-type: none"> - Indywidualne podejście do pacjenta. - Wydajność opieki (liczba wyleczonych pacjentów przy ograniczonych zasobach).
Nisko uznawane wartości	Decyzyjność pracownika.	Praca zespołowa.	Elastyczność.
Praktyki zarządzania jakością (najwyższe)	<ul style="list-style-type: none"> - Wykorzystanie zasobów, optymalizacja kosztów. - Ciągłość świadczeń usług medycznych bez względu na problemy finansowe czy braki kadrowe. - Wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny przy optymalnych nakładach. 	<ul style="list-style-type: none"> - Stosowanie się do procedur, instrukcji, zasad. - Lojalność, dyspozycyjność i wysokie kwalifikacje. - Zidentyfikowane, monitorowane i usprawniane procesy. - Odpowiednie warunki pracy i niezbędne zasoby do świadczenia wysokiej jakości, bezpiecznych usług. - Współpraca ze sprawdzonymi i rzetelnymi dostawcami. 	<ul style="list-style-type: none"> - Otwartość na zmiany pozwalająca skutecznie poprawić jakość i / lub dostosować się do zmian. - Adekwatne i sprawiedliwe wynagradzanie w stosunku do efektów pracy. - Adekwatna jakość bez względu na formę świadczenia usług (usługi odpłatne, bezpłatne, refundowane).
Praktyki zarządzania jakością (najniższe)	<ul style="list-style-type: none"> - Wsparcie kreatywności pracowników. - Nagradzanie za dobre pomysły. - Rozwój i innowacyjność. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ciągłość świadczeń usług medycznych bez względu na problemy finansowe czy braki kadrowe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u dużej liczby pacjentów, przy optymalnych nakładach.
Wykorzystywane zewnętrzne standardy	<ul style="list-style-type: none"> - Akredytacja. - Porównywalny udział systemów wspomagających zarządzanie jakością (większy nacisk na ISO 14001). 	<ul style="list-style-type: none"> - ISO 9001. - Porównywalny udział systemów wspomagających zarządzanie jakością (większy nacisk na ISO 27001 i ISO 45001). 	<ul style="list-style-type: none"> - Brak dominacji standardu jakości. - Najniższy ogólny poziom wykorzystania wszystkich badanych systemów wspomagających zarządzanie jakością.
Wykorzystywane instrumenty zarządzania jakością	Proste narzędzia do rozwiązywania problemów tj. system sugestii czy diagram Ishikawy.	Lean/Six Sigma/BSC.	W niewielkim stopniu, proste instrumenty tj. schemat blokowy.
Dominująca postawa w systemie zarządzania jakością	Bardziej kreatywno-zapobiegawcza w porównaniu z klastrem 2	Kreatywno-zapobiegawcza.	Brak wyraźnej dominującej postawy. Porównywalny udział wszystkich postaw: kreatywno-zapobiegawczo-korygującej oraz nastawionej na zysk.
Propozycja nazwy kultury jakości	Kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność.	Kultura jakości zorientowana na doskonałość (z mniejszym naciskiem na efektywność).	Kultura jakości zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany.

Źródło: Opracowanie własne

Wśród wyodrębnionych empirycznie typologii zaprezentowanych w tabeli 3, najbardziej zorientowaną na osiągnięcie dojrzałości jakościowej jest kultura jakości, którą na etapie analizy wyników badań (zmiennych kulturowych kształtujących typ) nazwano jako *zorientowaną na wyniki i efektywność*. Koresponduje ona z wysoko ocenianym wymiarem zarządczo-organizacyjnym oraz wymiarem ekonomicznym dojrzałości jakościowej. Z kolei *kultura zorientowana na doskonałość*, czyli na czynniki jakościotwórcze tj. innowacje i szeroko pojęty rozwój, odzwierciedla przeciętny poziom dojrzałości jakościowej. **Najniższy** wpływ na dojrzałość jakościową posiada kultura określana przez autora jako *zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany*. Stanowi ona kulturę bardziej deklaracyjną, gdyż wszelkie zmiany w obszarze jakości wynikają bardziej z wymagań stosowanych systemów i instrumentów zarządzania jakością, aniżeli w deklarowanych postaw i wartości.

W tabeli 4 przedstawiono opis statystyczny zależności występujących pomiędzy klastrami (z podziałem na 3 klastry) w kontekście wpływu na dojrzałość jakościową.

Tabela 4. Zależności występujące pomiędzy poszczególnymi klastrami w kontekście wpływu na dojrzałość jakościową wg podziału na 3 klastry.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	DW1	DW2	DW3	DW4	DW5
Kultura jakości zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany (klaster 3)					
Kultura jakości zorientowana na wynik i efektywność (Klaster 1)	0,922*** (0,12)	1,083*** (0,113)	0,802*** (0,134)	0,840*** (0,133)	0,919*** (0,105)
Kultura jakości zorientowana na doskonałość z mniejszym naciskiem na efektywność (Klaster 2)	0,451*** (0,124)	0,482*** (0,11)	0,364*** (0,132)	0,357*** (0,133)	0,419*** (0,105)

Źródło: Opracowanie własne

Typologia z podziałem na 3 klastry w dużym stopniu koresponduje z typologią wyodrębnioną w ramach podziału na 2 klastry (tabela 5), gdzie najbardziej zorientowaną na osiągnięcie dojrzałości jakościowej jest kultura zorientowaną na wynik, a mniej na doskonalenie jakości.

Tabela 5 Zależności występujące pomiędzy poszczególnymi klastrami w kontekście wpływu na dojrzałość jakościową wg podziału na 2 klastry

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	DW1	DW2	DW3	DW4	DW5
Kultura jakości zorientowana na doskonalenie jakości (Klaster 2)					
Kultura jakości zorientowana na wynik (Klaster 1)	0,614*** (0,085)	0,754*** (0,085)	0,553*** (0,099)	0,596*** (0,088)	0,633*** (0,079)

Źródło: Opracowanie własne

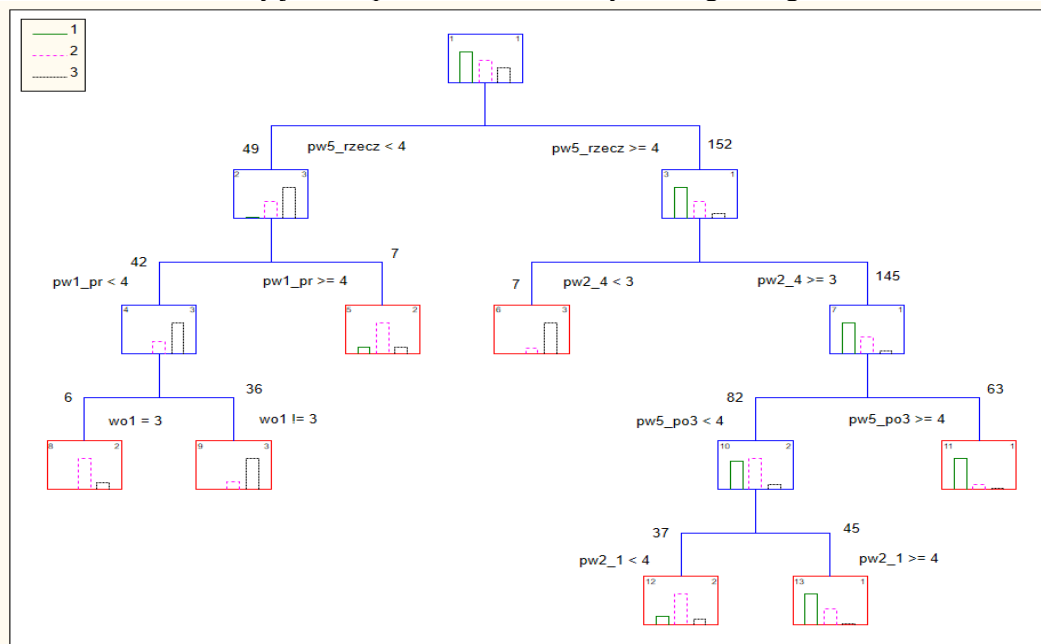
Zważając jednak na poziom szczegółowości grupowania, podział na 2 klastry stanowić powinien raczej podział wstępny. Z kolei typologia z podziałem na 3 klastry, która prezentuje bardziej pogłębioną analizę, pozwalającą lepiej wyodrębnić zróżnicowane aspekty kulturowe może stanowić wzorzec odniesienia i dalszych badań.

W oparciu o wyniki przedstawione w tabeli 4 i 5 można wnioskować, iż jeśli wyodrębni się empiryczne typy kultury jakości, to w różnym stopniu będą one wpływać na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych. Warto jednak podkreślić, iż w niektórych przypadkach stopień ów wpływu może być nieznaczny, co potwierdziły chociażby badania podmiotów leczniczych zgrupowanych w 4 klastry. Uzyskane wyniki tylko w przypadku 2 grup istotnie różnicowały aspekty kulturowe, a w pozostałych 2 przypadkach różnice były niewielkie, co powodowało trudności z wyodrębnieniem 4 unikalnych typów kultur projakościowych. Dlatego zrezygnowano z omawiania tego podziału na etapie konkurowania modelu – wzorca kultury jakości, na rzecz prowadzenia badań wyłącznie dla podziału na 2 i 3 klastry.

5.4. Model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych

Ostatnim efektem prowadzonych badań empirycznych była propozycja modelu – wzorca kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce. W toku badań na potrzeby realizacji tego celu wykorzystano drzewa klasyfikacyjne (algorytm C&RT), które przyjęły postać zbioru reguł przydziału badanych jednostek do określonych klastrów (empirycznych typologii kultury jakości). Narzędzie to wraz z wykorzystaniem standardowych tabel i współczynników poprawności klasyfikacji, pozwoliło wyodrębnić zmienne w największym stopniu klasyfikujące je do poszczególnych klastrów. Na tej podstawie opracowano dwa modele w postaci drzewa decyzyjnego (stanowiącego regułę logiczną) pozwalającego przypisać daną grupę szpitali do typu kultury jakości najbardziej wspierającej osiągnięcie dojrzałości jakościowej. W oparciu o uzyskane wyniki stwierdzono, iż model dla 2 klastrów jest zbyt prosty, aby w sposób jednoznaczny klasyfikował szpitale pomimo faktu, iż zdolność jego klasyfikacji kształtowała się na poziomie 85,3%. Prosta ścieżka decyzyjna uwzględniała mniejszą ilość zmiennych i klasyfikowała szpitale tylko na 2 grupy – szpitale z kulturą wspierającą wyższą dojrzałość i szpitale bazowe. Dlatego uznano, że podział szpitali na 3 klastry w bardziej dokładny sposób pozwoli określić ścieżkę zmiany kulturowej i tym samym będzie stanowił optymalny model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych.

Rysunek 2. Model kultury jakości podmiotów leczniczych – reguła logiczna dla 3 klas



Źródło: Opracowanie własne

Legenda: **pw2_4** - udział w szkoleniach i wykorzystanie zdobytej wiedzy do poprawy jakości; **pw5_po3** - osiągnięty wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u danej liczby pacjentów; **pw2_1** - zaangażowaniem pracowników w poprawę jakości i poszukiwanie doskonalszych rozwiązań; 1 – Nigdy, 2 – Rzadko, 3 – Czasami, 4 – Często, 5 – Zawsze.
Źródło: Opracowanie własne

Na rysunku 2 cały zbiór zobrazowany został w postaci histogramu wewnątrz prostokąta – węzła w górnej części wykresu. Wykorzystane na wykresach symbole szczegółowo opisano w legendzie pod wykresem, a przywołane na wykresach wartości liczbowe i ich skala występowania odpowiada punktom, które przypisywali respondenci podczas badań.

Za zmienną rozpoczynającą regułę logiczną przyjęto **pw5_rzecz** (praktyka wykorzystywania najnowszych osiągnięć medycyny, w tym stosowania nowoczesnych technologii i sprzętu medycznego). Wybór ten podyktowany był faktem, iż zmienna ta posiada wysoki stopień ważności z punktu widzenia klasyfikacji zmiennych na 3 klastry (82%), stanowi także często występującą praktykę w badanych podmiotach leczniczych, a w bieżącej działalności leczniczej jest ważnym aspektem doskonałości jakościowej.

Opierając się na przebiegu drzewa decyzyjnego (rysunek 2), aby podmiot leczniczy - szpital mógł zostać zaliczony do kultury reprezentującej klaster 1 – wg podziału na 3 klastry (kultura zorientowana na wynik i efektywność) w największym stopniu pozwalająca osiągnąć wysoką dojrzałość jakościową, to poziom wykorzystania osiągnięć medycyny i stosowania nowoczesnych technologii i sprzętu medycznego (**pw5_rzecz**) musi występować w podmiocie leczniczym co najmniej często, a pracownicy co najmniej czasami powinni brać udział w szkoleniach i wykorzystywać

zdobytą wiedzę do poprawy jakości (pw2_4). Co więcej, osiągnięty wynik diagnostyczny i/lub terapeutyczny u danej liczby pacjentów winien występować co najmniej często przy optymalnych nakładach finansowych i zasobach (pw5_po3). Natomiast, jeśli występuje rzadziej, to winien być wsparty częstym (wyższym) zaangażowaniem pracowników w poprawę jakości i poszukiwanie (proponowanie) przez nich doskonalszych rozwiązań (pw2_1).

Przedstawiony na rysunku 2 model wykazuje się poprawnością klasyfikującą zmienne na poziomie 76,1%. Pozwala on poprzez swoje założenia i zastosowane kryteria wypełnić zidentyfikowaną lukę naukową związaną z brakiem tego typu rozwiązania dedykowanego dla podmiotów leczniczych. Może być on także wykorzystywany jako narzędzie do określenia ścieżki decyzyjnej celem zmiany aspektów kulturowych w pozwalających na osiągnięcie wyższej dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.

5.5. Podsumowanie wyników badań

Podsumowując wyniki prowadzonych badań oraz nawiązując do powyższych interpretacji można wyciągnąć wnioski, które zarówno na gruncie teoriopoznawczym jak i praktycznym pozwalają stwierdzić, iż:

1. Wartości (ukierunkowane na jakość), jako składnik kultury jakości podmiotów leczniczych w ograniczonym zakresie mogą służyć jako mechanizm wzmacniania praktyk projakościowych, przez co nie zawsze posiadają one swoje odzwierciedlenie w realizowanych praktykach zarządzania jakością;
2. Wraz ze wzrostem dojrzałości postawy (od ukierunkowanej na zysk do ukierunkowanej na doskonalenie) obserwuje się wzrost udziału praktyk projakościowych. Potwierdza to tym samym, że poprzez przyjęcie odpowiedniej postawy wobec jakości można oddziaływać na stosowane praktyki projakościowe;
3. W oparciu o badane wymiary kulturowe można dokonać podziału podmiotów leczniczych na wykazujące unikatowe cechy charakterystyczne dla danej kultury jakości, które można przedstawić w postaci typologii kultury jakości.
4. Empirycznie wyznaczone typologie kultury jakości w różnym stopniu wpływają na poziom dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych, dlatego można w oparciu o typ kultury jakości określić poziom dojrzałości jakościowej.
5. Najbardziej zorientowaną na osiągnięcie dojrzałości jakościowej jest kultura jakości (wg podziału dla 3 klastrów) zorientowana na wyniki i efektywność (gdzie aspekty związane z osiąganym wynikiem, zarówno w aspekcie: wynagrodzenia, osiągnięcia

wysokiego wyniku terapeutycznego, optymalizacji wykorzystania zasobów, zapewnienia ciągłości świadczenia usług oraz wykorzystania zewnętrznych systemów zarządzania) są najważniejsze. Z kolei kultura zorientowana na doskonalenie, czyli czynniki jakościowótórcze tj. innowacje i szeroko pojęty rozwój, odzwierciedla przeciętny poziom dojrzałości jakościowej. Najniższy wpływ na dojrzałość jakościową posiada kultura określana jako zorientowana na doskonalenie i wymuszone zmiany, gdzie zmiany w obszarze jakości wynikają bardziej z wymagań stosowanych systemów i instrumentów zarządzania jakością i deklarowanych postaw, aniżeli deklarowanych wartości.

6. Modelem uznawanym za wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych przyjęto model wg podziału na 3 klastry (rysunek 2) - wykazuje się on odpowiednią poprawnością klasyfikującą oraz pozwala stopniować podejmowane działania w drodze do osiągnięcia wyższego poziomu dojrzałości jakościowej. Zaproponowany model – wzorzec kultury jakości podmiotów leczniczych pozwala określić ścieżkę decyzyjną (wg. zmiennych klasyfikacyjnych), która pozwala zmienić (zbliżyć) obecną kulturę podmiotu leczniczego do typu kultury o oczekiwanym (wyższym) stopniu dojrzałości jakościowej.

Opracowany model – wzorzec kultury jakości stanowi realizację głównego celu pracy. Na gruncie naukowym dopełnia on dostępne narzędzia badawcze w zakresie kształtowania kultury jakości, natomiast w obszarze aplikacyjnym może stanowić przedmiot wyznaczania indywidualnej kultury jakości w obrębie empirycznie wyznaczonych typologii.

6. Kierunki dalszych badań

Przeprowadzając kwerendę literatury oraz badania empiryczne posiadano świadomość, iż mogą istnieć pewne ograniczenia, które mogą wynikać z turbulentnego otoczenia, w jakim funkcjonują podmioty lecznicze. Nie bez znaczenia była również sytuacja epidemiczna (pandemia wirusa SARS-CoV-2), w trakcie której prowadzono badania. Spowodowała ona, że respondenci (pełnomocnicy ds. jakości i kadra zarządzająca szpitali) zaabsorbowani byli innymi obowiązkami i dostęp do nich był znacznie ograniczony. Spowodowało to, że aby wykazać reprezentatywność próby badawczej założono błąd pomiaru na poziomie 6%. Pewne ograniczenie prowadzonych badań stanowiła również grupa badawcza. Źródła literaturowe przedstawiają odmienne zasady podziału podmiotów leczniczych - szpitali, jak również ich faktyczną ilość w Polsce. Dlatego na potrzeby badań przyjęto dane dotyczące ilości szpitali w oparciu o

informacje pochodzące z Głównego Urzędu Statystycznego. Ujednolicono także zbiorowość badawczą z poziomu ogólnego - podmiotów leczniczych (będących podstawą badań teoretycznych) do podmiotów leczniczych - szpitali (na poziomie badań empirycznych), przedstawiając argumentację takiego działania w opisie podmiotu badań pracy doktorskiej.

Celem badań było wyodrębnienie typologii kultury jakości oraz opracowanie modelu pozwalającego zbliżyć się podmiotom leczniczym do typu kultury w największym stopniu pozwalającym osiągnąć wyższą dojrzałość jakościową. Nie prowadzono natomiast badań związanych z określeniem dojrzałości kultury jakości. Aspekty te stanowią zatem pewne ograniczenia pracy, ale jednocześnie mogą stanowić kierunek dalszych badań w obrębie kształtowania się kultury jakości w podmiotach leczniczych. Do innych zagadnień badawczych, które mogą stać się przedmiotem pogłębionych badań można zaliczyć także:

- Badanie wpływu wymiarów kulturowych (wartości, postaw, praktyk) na dojrzałość jakościową po odwołaniu pandemii wirusa SARS-CoV-2 – badania były prowadzone w okresie pandemii, stąd też interesującym naukowo obszarem może być zbadanie, czy w okresie popandemicznym nastąpiły zmiany w obszarze uznawanych wartości, postaw i praktyk projakościowych i relacji zachodzących między nimi;
- Rozwój modelu – wzorca kultury jakości o nowe (inne) zmienne klasyfikujące podmioty lecznicze do danej kultury – określenie nowych ścieżek decyzyjnych;
- Większe skonkretyzowanie podmiotu badań - uwzględnienie nie tylko ogółu podmiotów leczniczych - szpitali, ale samodzielnie działających grup podmiotów tj. Poradnie (AOS), POZ, prywatne podmioty lecznicze itp.;
- Rozwój empirycznych typologii kultur jakości poprzez np. konfrontację wyników badań teoretycznych i empirycznych w kontekście wymagań normy ISO 10010 – *Zarządzanie jakością – Kultura jakości organizacji – Wskazówki do osiągnięcia trwałego sukcesu* np. w obszarze diagnozy i określenia stopnia dojrzałości kultury jakości.

Powyższe obszary zapewne nie wyczerpują możliwości badawczych, jednak w dużym stopniu pozwalają na poszerzenie wiedzy w obszarze kulturowych aspektów zarządzania jakością podmiotów leczniczych.

7. Wartość dodana pracy

Korzyści płynące z przeprowadzonych badań można zaobserwować na dwóch płaszczyznach, zarówno w teorii, jak i praktyce. Główne korzyści, jakie mogą wnieść wyniki badań **do teorii** dyscypliny nauki o zarządzaniu i jakości oraz w dyscyplinie nauki socjologiczne, to przede wszystkim poszerzenie wiedzy teoretycznej:

- na temat kulturowych aspektów projakościowego zarządzania oraz kształtowania się różnych wymiarów dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych,
- w obszarze diagnostyki kultury jakości,
- w obszarze nowych typologii kultury jakości wspierających podnoszenie dojrzałości jakościowej podmiotów leczniczych.

Ponadto, korzyści mogą wiązać się z poszerzeniem dostępnych badań o zależności występujące pomiędzy różnymi wymiarami kulturowymi (wartości / postawy) w kontekście wspierania praktyk projakościowych w podmiotach leczniczych. Opracowany model – wzorzec, pozwala z kolei na wzbogacenie narzędzi badawczych o model – wzorzec kultury jakości, pozwalający dokonać diagnozy i zmiany typu kultury na bardziej odzwierciedlający dojrzałe jakościowo podmioty lecznicze.

Kluczowe korzyści płynące z badań **dla praktyki** zarządzania jakością wiążą się z:

- stworzeniem nowej typologii kultury jakości podmiotów leczniczych pozwalających zakwalifikować podmiot leczniczy do danego typu kultury i na tej podstawie określić poziom jego dojrzałości jakościowej,
- stworzeniem modelu – wzorca kultury jakości, który pozwoli określić działania, pozwalające zbliżyć się do typu kultury jakości (poprzez zmianę obecnego typu) odzwierciedlającego wyższy poziom dojrzałości jakościowej,
- wykorzystanie wiedzy nt. zależności, typologii i czynników klasyfikujących zmienne modelu – wzorca w procesie normalizacji standardów jakościowych, w obszarze m.in. „miękkich elementów zarządzania”.

Wyniki badań mogą stanowić punkt wyjścia dla zarządzających podmiotami leczniczymi w procesie zmiany obecnej w organizacji kultury na bardziej projakościową. Pozwalają także na zastosowanie osiągniętych wyników w analizie zainteresowań poszczególnych naukowców, instytucji badawczych czy akademickich pozwalających określić wspólne obszary prowadzonych badań.

8. Plan pracy

WSTĘP	5
ROZDZIAŁ 1. WYMIARY KULTUROWE PODMIOTÓW LECZNICZYCH...	11
1.1. Geneza i pojęcie kultury	11
1.2. Istota i pojęcie kultury organizacyjnej.....	15
1.3. Typologie i modele kultury organizacyjnej.....	23
1.4. Kultury wzmacniające kulturę organizacyjną.....	33
1.5. Projakościowa kultura organizacyjna – kultura jakości	36
1.5.1. Istota i pojęcie kultury jakości	36
1.5.2. Elementy kultury jakości	42
1.5.2.1. Wartości organizacyjne.....	43
1.5.2.2. Postawy organizacyjne.....	51
1.5.2.3. Klimat i praktyki organizacyjne.....	55
1.5.3. Cechy i determinanty kultury jakości	60
1.5.4. Kształtowanie kultury jakości.....	64
ROZDZIAŁ 2. PRAKTYKI ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ W PODMIOTACH LECZNICZYCH	69
2.1. Pojęcie jakości i cechy usług medycznych	69
2.2. Istota i rozwój zarządzania jakością	77
2.3. Uwarunkowania zewnętrzne zarządzania jakością.....	83
2.3.1. Systemy zarządzania jakością wg ISO 9001 i EN 15224	84
2.3.2. Standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia	90
2.3.3. Wybrane systemy wspomagające zarządzanie jakością	98
2.3.4. Instrumenty zarządzania jakością	100
2.4. Uwarunkowania wewnętrzne zarządzania jakością.....	109
2.4.1. Przywództwo i style kierowania	110
2.4.2. Zaangażowanie i motywacja.....	114
2.4.3. Struktura organizacyjna	118
2.4.4. Zasoby	120
2.4.5. Orientacja na potrzeby klientów – pacjentów.....	123
ROZDZIAŁ 3. DOJRZAŁOŚĆ JAKOŚCIOWA	125
3.1. Podstawy teoretyczne. Wymiary i cechy organizacji dojrzałej jakościowo	125
3.2. Modele dojrzałości jakościowej.....	129

3.3. Miary dojrzałości jakościowej	137
3.3.1. Miary skuteczności	139
3.3.2. Miary efektywności.....	143
3.3.3. Miary doskonałości	148
ROZDZIAŁ 4. PRZEDMIOT I METODYKA BADAŃ WŁASNYCH.....	155
4.1. Szpital jako podmiot leczniczy i obiekt badań	155
4.1.1. Charakterystyka podmiotów leczniczych w Polsce	155
4.1.2. Szpital jako obiekt badań	159
4.2. Cel, zakres i metodyka badań własnych	163
4.2.1. Uzasadnienie i cele podjętych badań	163
4.2.2. Model postępowania badawczego. Hipotezy badawcze	167
4.2.3. Przygotowanie do badań – konstrukcja narzędzia badawczego	174
4.2.4. Opis wykorzystanych narzędzi statystycznych.....	188
ROZDZIAŁ 5. KONCEPTUALIZACJA I OPERACJONALIZACJA WYNIKÓW BADAŃ	191
5.1. Charakterystyka podmiotu badań	191
5.2. Charakterystyka statystyczna wyników badań	196
5.3. Analiza zależności i konceptualizacja kultury jakości podmiotów leczniczych ...	208
5.3.1. Analiza zależności pomiędzy wartościami, a praktykami zarządzania jakością..	208
5.3.2. Analiza zależności pomiędzy postawami, a praktykami zarządzania jakością .	219
5.3.3. Propozycja typologii kultury jakości podmiotów leczniczych w Polsce ...	227
5.4. Operacjonalizacja wyników badań	236
5.4.1. Wpływ empirycznych typów kultury jakości podmiotów leczniczych na poziom dojrzałości jakościowej	236
5.4.2. Reguła logiczna – model kultury jakości podmiotów leczniczych.....	244
5.5. Wnioski z badań, ograniczenia oraz przyszłościowa perspektywa prac badawczych	252
ZAKOŃCZENIE.....	265
BIBLIOGRAFIA.....	270
WYKAZ TABEL	304
WYKAZ WYKRESÓW	308
WYKAZ RYSUNKÓW	309
ANEKS	310
STRESZCZENIE PRACY W JĘZYKU POLSKIM.....	325
STRESZCZENIE PRACY W JĘZYKU ANGIELSKIM	327