

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

226

Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów



pod redakcją

**Marka Łyszczaka, Marii Węgrzyn,
Dariusza Wasilewskiego**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2011

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Teresa Lubińska

Redaktor Wydawnictwa: Anna Grzybowska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna na stronie www.ibuk.pl

Streszczenia opublikowanych artykułów są dostępne w międzynarodowej bazie danych The Central European Journal of Social Sciences and Humanities <http://cejsh.icm.edu.pl> oraz w The Central and Eastern European Online Library www.ceeol.com, a także w adnotowanej bibliografii zagadnień ekonomicznych BazEkon http://kangur.uek.krakow.pl/bazy_ae/bazekon/nowy/index.php

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania znajdują się na stronie internetowej Wydawnictwa www.wydawnictwo.ue.wroc.pl

Kopiowanie i powielanie w jakiegokolwiek formie wymaga pisemnej zgody Wydawcy

© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wrocław 2011

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-131-7

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Spis treści

Wstęp.....	7
Część 1. Budowanie wartości – aspekt systemowy i właścicielski	
Dorota Korenik , Źródła finansowania innowacji w MSP szansą na rozwój (poprawę kondycji finansowej) ZOZ.....	11
Agnieszka Bem , Finansowanie ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe	23
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska , Fundusze strukturalne UE jako determinanta konkurencyjności ZOZ.....	33
Joanna Jończyk , Kultura organizacyjna a innowacyjność w szpitalu publicznym.....	43
Joanna Sulowska, Łukasz Sulowski , Modele zarządzania zasobami ludzkimi w organizacjach medycznych.....	53
Część 2. Budowanie wartości – aspekt rachunkowy i finansowy	
Sylwia Serwatka , Wzajemne współzależności pomiędzy audytem i kontrolą wewnętrzną w Zakładzie Opieki Zdrowotnej.....	63
Maria Węgrzyn , Kształtowanie wartości ZOZ a rynek usług finansowych	70
Alina Warelis , Wartość szpitala jako przedsiębiorstwa a wartość firmy (<i>goodwill</i>).	83
Paweł Prędkiewicz , Identyfikacja potencjalnych problemów ze stosowaniem klasycznych metod wyceny przedsiębiorstw do samodzielnych publicznych ZOZ	93
Robert Golej , Perspektywy wykupów menedżerskich w służbie zdrowia w Polsce.....	104
Grzegorz Michalski , Efektywność inwestycji w płynne aktywa w opodatkowanych i nie opodatkowanych organizacjach opieki zdrowotnej.....	115
Radosław Witczak , Wpływ norm podatkowych na wycenę zakładów opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia	129
Część 3. Budowanie wartości – aspekt pacjenta	
Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder , Badanie poziomu oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów – wybrane aspekty.....	139
Katarzyna Krot , Zaufanie w relacji lekarz–pacjent.....	150
Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska , Reputacja w funkcjonowaniu placówki zdrowotnej.....	161
Anna Murawska, Anna Michalska , Ocena wybranych problemów ochrony zdrowia ludności w Polsce	174

Summaries

Part 1. Value Creation – system and ownership aspect

Dorota Korenik , Sources of innovation in smes an opportunity for development – improving the financial situation of health care centers.....	22
Agnieszka Bem , Financing of health care by households	32
Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska , EU Structural Funds as the determinant of the competitiveness in health care centre.....	42
Joanna Jończyk , Organizational culture and innovation in a public hospital.....	52
Joanna Sułkowska, Łukasz Sułkowski , Models of human resources management in medical organizations.....	60

Part 2. Value Creation – accounting and financial aspect

Sylvia Serwatka , Mutual interdependence of audit and internal control in a health care centre.....	69
Maria Węgrzyn , Shaping the value of health care centre vs. financial services market.....	82
Alina Warelis , Worth of hospital as a company vs its value (goodwill).....	92
Paweł Prędkiewicz , Identification of potential problems related to using traditional methods of valuing companies for public health care organizations.....	103
Robert Golej , Prospects for management buyouts in the health sector in Poland.	114
Grzegorz Michalski , The efficiency of liquid assets investment: taxed and not taxed healthcare organizations case.....	128
Radosław Witczak , The influence of tax provisions on the valuation of health care centers – chosen issues	136

Part 3. Value Creation – aspect of patient

Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder , Examination of the level of expectation and satisfaction of patients of chosen health care units – some aspects	149
Katarzyna Krot , Trust in doctor-patient relationship.....	160
Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska , Reputation in functioning of a health facility.....	173
Anna Murawska, Anna Michalska , Evaluation of selected problems of health-care in Poland	182

Joanna Jończyk

Politechnika Białostocka

KULTURA ORGANIZACYJNA A INNOWACYJNOŚĆ W SZPITALU PUBLICZNYM

Streszczenie: Rozwój teorii i praktyki zarządzania pokazuje, że we współczesnych warunkach funkcjonowania organizacji niezbędne się staje przeprowadzanie zmian o charakterze innowacyjnym. Stwierdzenie to dotyczy również szpitali, które od wielu lat poddawane są ciągłym przemianom mającym na celu pogodzenie rozwoju medycyny z ograniczonością zasobów w ochronie zdrowia. W niniejszej publikacji podjęto próbę określenia czynników kształtujących proinnowacyjną kulturę organizacyjną. Analiza literatury prowadzi do wniosku, że zasadniczymi czynnikami kształtującymi kulturę wspierającą innowacje są: strategia, struktura, twórczość i kreatywność personelu, orientacja na klienta, technologie informacyjne, komunikacja i zaufanie.

Słowa kluczowe: kultura organizacyjna, innowacyjność, szpital publiczny.

1. Wstęp

W związku z dynamicznym rozwojem innowacji w polskiej gospodarce obserwuje się coraz większe zainteresowanie społeczno-kulturowymi aspektami innowacyjności. Jednocześnie zwraca uwagę wzrost świadomości organizacji publicznych, w tym również szpitali, dotyczącej tej problematyki. Sektor opieki zdrowotnej wydaje się szczególnie interesujący, również z powodu podejmowanych od 2010 r. prób wdrażania innowacyjnych praktyk informacyjno-komunikacyjnych w ramach programów e-zdrowia. Wydaje się zatem, że istnieje pilna potrzeba badania i oceny potencjału kulturowego szpitali, umożliwiającego kształtowanie proinnowacyjnych kultur organizacyjnych, szczególnie, że wyraźny jest deficyt wiedzy oraz metodyki prowadzenia zmian w sferze społeczno-kulturowej zakładów opieki zdrowotnej. Tymczasem kultura organizacyjna, jak wskazują badania przeprowadzone w innych sektorach gospodarczych, może sprzyjać innowacyjności organizacji.

Celem artykułu jest próba określenia hipotetycznego modelu czynników endogenicznych decydujących o aktywności innowacyjnej szpitali. Rozważania oparto głównie na analizie zagranicznej literatury przedmiotu.

2. Innowacyjność polskich szpitali

Innowacyjność jest podstawą stabilnego rozwoju gospodarczego w globalnym świecie. Zależy od niej wzrost produktywności, a tym samym konkurencyjność każdej gospodarki. Sektor ochrony zdrowia stanowi 9% PKB państw Unii Europejskiej i rośnie w tempie 6% rocznie, dlatego został on zidentyfikowany jako strategiczny europejski obszar innowacji. Jednak kondycja polskiego systemu ochrony zdrowia znacząco odbiega od większości praktyk europejskich. Pomimo fundamentalnych zmiany w polskim systemie ochrony zdrowia, które zapoczątkowała ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym¹, nie umożliwiono publicznym szpitalom swobodniejszego zarządzania posiadanymi zasobami i systematycznego rozwoju. Jednocześnie organy nadzorujące publiczne szpitale od ponad dziesięciu lat nie potrafią wpłynąć na znaczącą poprawę ich efektywności. Taki stan rzeczy utrudnia również aktywność innowacyjną w sektorze opieki zdrowotnej, gdzie innowacje w zasadniczym stopniu determinują skuteczność opieki medycznej, działań profilaktycznych i prowadzenie stosownej edukacji pacjentów². Problematyka innowacyjności publicznych szpitali jest tym trudniejsza, że dostęp do środków publicznych ma każda nowa jednostka, co oznacza, że jest ich mniej dla poszczególnych uczestników systemu. Nakłady na ochronę zdrowia wzrosły z 24 mld zł w 1999 r. do 43 mld w chwili obecnej. Trudno zatem powiedzieć, że mamy zastój w sferze finansowania. Warto jednak podkreślić, że polskie szpitale powstawały w warunkach zupełnie innych możliwościach technologicznych. Pacjenci po zawale serca spędzali dawniej trzy tygodnie w szpitalu, teraz po kilku dniach wychodzą i wracają do pracy. Jednocześnie w świadomości społecznej trwa obrona szpitali tak, jakby nic się nie zmieniło w zaawansowaniu współczesnej opieki medycznej. Pod wpływem tej świadomości samorządy nie chcą się godzić na zamykanie szpitali, ale też nie poszukują innych rozwiązań, np. w sferze relacji zewnętrznych z innymi podmiotami, które mogą przyczyniać się do rozwoju zdolności innowacyjnych (udoskonalania procesów, innowacji technologicznych, promocji nowoczesności itp.). Na przykład w Szwecji skutecznym rozwiązaniem okazało się tworzenie holdingów szpitalnych, w których to menedżerowie decydują, w jaki sposób zarządzać usługami medycznymi. Podobne próby podejmuje się również w Polsce. Przykładem takiej działalności są skutecznie funkcjonujące konsorcja szpitali, powoływane najczęściej w celu wspólnego dokonywania dużych zakupów i obniżania kosztów funkcjonowania jednostek. Kilka lat temu zostało utworzone tzw. konsorcjum ciechanowskie, skupiające kilka sąsiednich placówek. W ostatnich latach zawiązano też na Mazowszu m.in. Ligę

¹ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153 z późn. zm.

² http://www.demoseuropa.eu/upload/editor/demos/File/raport_Rola_wladz_publicznych_we_wspieraniu_innowacyjnosci.pdf [dostęp 12.03.2010].

Północną i Ligę Zdrowia – konsorcja powołane głównie w celu organizacji wspólnych zakupów: karetek pogotowia czy komputerów. Przykładem aliansu zawianego przez szpitale jest Mazowiecki Sojusz Partnerski, który został przygotowany dla szpitala powiatowego w Makowie Mazowieckim i szpitala kolejowego w Pruszkowie. Oba zakłady są usytuowane po przeciwległych stronach Warszawy, w odległości ok. 100 km od siebie. Z powodu położenia geograficznego są to zakłady, które nie konkurują ze sobą, a dzięki współpracy osiągają wymierne korzyści wynoszące 1220 tys. zł rocznie. Warto w tym miejscu podkreślić, że rozwój innowacji w publicznym sektorze opieki zdrowotnej wiąże się również z rosnącym udziałem organizacji publicznych w strukturze gospodarek krajów rozwiniętych, a z drugiej strony z rosnącym wykorzystaniem wiedzy, technologii (w tym b+r) oraz wysokiej jakości zasobów ludzkich w usługach tych organizacji. Interesujący jest fakt, że w ostatnim czasie na skutek coraz większej złożoności procesów innowacyjnych w świecie, jako równorzędne z innowacjami produktowymi i innowacjami procesowymi, wprowadzono pojęcie innowacji nietechnologicznych (tj. organizacyjnych i marketingowych). Innowacje nietechnologiczne ujmujemy jako wszelką działalność innowacyjną organizacji, która nie jest związana z opracowywaniem i wprowadzaniem na rynek nowych lub istotnie zmienionych wyrobów lub wdrażaniem nowych lub istotnie zmienionych procesów. Obejmuje ona głównie innowacje organizacyjne i menedżerskie (takie jak: wdrażanie zaawansowanych technik zarządzania, np. TQM, ISO 9000; wprowadzanie akredytacji czy istotnie zmienionych struktur organizacyjnych) oraz innowacje relacyjne. Z wprowadzania tych innowacji wynikają liczne korzyści. Najczęściej wskazuje się na: efektywniejsze wykorzystanie posiadanych zasobów organizacji, poprawę komunikacji wewnętrznej i zewnętrznej, obniżenie kosztów funkcjonowania jednostki, podnoszenie kompetencji, motywacji i zaangażowania personelu czy wzrost lub utrzymanie dotychczasowego poziomu sprzedaży w ujęciu wartościowym³. W Polsce w zasadzie brakuje badań dotyczących aktywności innowacyjnej szpitali publicznych, a z wywiadów swobodnych przeprowadzonych z kilkunastoma dyrektorami wynika, że aktywność ta jest jeszcze zbyt niska. Jednocześnie w zagranicznej literaturze jako strategiczny obszar innowacyjności wskazuje się coraz częściej kulturę organizacyjną. Dlatego za pilną potrzebę uznano próbę hipotetycznego określenia kulturowych czynników, za pomocą których można byłoby kształtować innowacyjność polskich szpitali (cel publikacji).

3. Specyfika kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym

Od czasu rozwoju kierunku *human relations* wzrosło zainteresowanie tzw. miękkimi obszarami zarządzania, w tym także kulturą organizacyjną⁴. Kultura organizacyjna w placówkach ochrony zdrowia od lat przyciąga coraz więcej uwagi badaczy na

³ T.B. Kalinowski, *Korzyści z wprowadzania innowacji*, „Problemy Jakości” 2008, wrzesień, s. 23.

⁴ Cz. Sikorski, *Kultura organizacyjna. Efektywnie wykorzystaj możliwości swoich pracowników*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2006, s. 1-2.

całym świecie⁵. Dzięki licznym badaniom naukowym dowiedziano wpływu kultury organizacji na poprawę jej funkcjonowania. O ile zainteresowanie kulturą staje się coraz bardziej popularne w biznesowych organizacjach opieki zdrowotnej, o tyle właściwie brakuje tego zainteresowania w szpitalach publicznych.

Na wstępie niezbędne wydaje się podkreślenie specyfiki kultury organizacyjnej szpitala, wynikającej z jednej strony z jego publiczności, z drugiej zaś z różnorodności i złożoności systemu społecznego, przejawiającego się m.in. w istnieniu licznych subkultur opartych na interesach grup zawodowych. Analiza pojedynczych, zagranicznych badań dotyczących kultury organizacyjnej w szpitalach publicznych pozwoliła na sformułowanie kilku podstawowych wniosków stanowiących jednocześnie podstawę do traktowania szpitali jako tradycyjnych systemów sprzyjających niskiej tolerancji niepewności⁶. Po pierwsze: publiczne szpitale charakteryzują się wysoce zbiurokratyzowaną strukturą organizacyjną⁷. Po drugie: szpitale te, funkcjonując długo w warunkach monopolistycznych, nie wykazują należytej troski o jakość, efektywność i skuteczność organizacyjną⁸. Po trzecie: w publicznych szpitalach istnieje nadmierna tendencja władz do interwencji, co przekłada się na niewielką autonomię menedżerów. Po czwarte: brakuje wewnętrznych procedur działania, co często bywa przyczyną nieskutecznej komunikacji. Po piąte: zarządzanie zasobami ludzkimi jest wysoce scentralizowane, co pociąga za sobą brak stosownej motywacji i zaangażowania pracowników⁹. W odniesieniu do szpitali warto przytoczyć najbardziej popularną definicję kultury opracowaną przez Edgara H. Scheina. Autor określa to pojęcie jako „wzór podzielanych podstawowych założeń, wyuczonych przez grupę w toku rozwiązywania problemów jej zewnętrznej adaptacji i wewnętrznej integracji, działających wystarczająco dobrze, aby uważano je za wartościowe, a przeto wpajane nowym członkom jako właściwy sposób postępowania, myślenia i odczuwania w odniesieniu do tych problemów”¹⁰. Jednocześnie wyróżnia trzy poziomy kultury, przyjmując za kryteria podziału trwałość i wi-

⁵ M.B. Beil-Hildebrand, *Instilling and distilling a reputation for institutional excellence: A critical reflection on organizing practice*, „Journal of Health Organization and Management” 2005, vol. 19, no 6, s. 440-465; T. Hendel, M. Steinman, *Israeli nurse managers' organizational values in today's health care environment*, „Nursing Ethics” 2002, vol. 9, no 6, s. 656-662; E. Lindberg, U. Rosenqvist, *Implementing TQM in the health care service: A four-year following-up of production, organizational climate and staff wellbeing*, „International Journal of Health Care Quality Assurance” 2005, vol. 18, no 5, s. 370-384.

⁶ C.R. McConnell, *Larger, smaller, and flatter: The evolution of the modern health care organization*, „The Health Care Manager” 2005, vol. 24, no 2, s. 177-188.

⁷ D.A. Alexiadis, *Further education of health care staff*, „Home Health Care Management and Practice” 2005, vol. 17, no 6, s. 442-447.

⁸ S.J. Moschuris, M.N. Kondylis, *Outsourcing in public hospitals: A Greek perspective*, „Journal of Health Organisation and Management” 2006, vol. 20, no 1, s. 4-14.

⁹ J. Boston, *The challenge of evaluating systemic change: The case of public management reform*, „International Public Management Journal” 2000, vol. 3, no 1, s. 23-46.

¹⁰ E.H. Schein, *Organizational Culture and Leadership*, 2nd ed., Jossey-Bass, San Francisco (CA) 1992.

doczność. Najbardziej widocznym poziomem kultury są artefakty (sztuczne twory danej kultury): językowe (specyficzny język, mity i opowieści), behawioralne (rytuały zbiorowe, ceremonie) i fizyczne (wyposażenie, technologia, przedmioty materialne). Drugi poziom kultury organizacyjnej tworzą normy i wartości, znacznie trwalsze od artefaktów i znacznie trudniejsze do zaobserwowania: deklarowane oraz przestrzegane. Najgłębszym, a zarazem najtrwalszym i najtrudniejszym do rozpoznania poziomem kultury organizacyjnej są podstawowe założenia. Odnoszą się one do natury ludzi, relacji międzyludzkich, organizacji jako takiej, otoczenia organizacji i relacji organizacji z otoczeniem. Inną alternatywą może być kultura organizacyjna składająca się ze specyficznej filozofii działania, wizji organizacji oraz wielu znajdujących się w organizacji subkultur w organizacji¹¹. W literaturze przedmiotu najczęściej przyjmuje się dwa podejścia do subkultur. Pierwsze wyraża stosunek subkultur do dominujących wartości kultury¹². Z tego punktu widzenia subkultury są klasyfikowane według kryterium wspierania, zakłócania lub niezależności wobec wartości kultury dominującej. Drugie podejście odnoszone jest do subkultury zawodowej, departamentu, oddziału, specjalności, sieci klinicznych i innych powiązań. Jak wskazuje M.J. Hatch, najbardziej istotną różnicą pomiędzy kulturami a subkulturami jest to, że pierwsze pojęcie odnosi się do całej organizacji, drugie zaś do wielu małych kultur w niej istniejących¹³. Należy jednak podkreślić, że choć subkultury są wewnątrznie spójne i stabilne, nie zawsze są zgodne z dominującą kulturą organizacyjną¹⁴. Istnienie kultury dominującej oznacza, że większość uczestników organizacji podziela zasadnicze wartości organizacji. Subkultury powstają jako odzwierciedlenie własnych problemów, z jakimi borykają się pracownicy. Punktem odniesienia subkultur powinna być zawsze kultura obejmująca całą organizację, co nie wyklucza przynależności do subkultur¹⁵. Jednocześnie starcia pomiędzy kulturą dominującą a subkulturami mogą powodować problemy w skutecznym wdrażaniu zmian i innowacji organizacyjnych, jak również w skutecznym zarządzaniu zasobami ludzkimi¹⁶. Jak twierdzi K. Legge, ignorowanie subkultur jest równoznaczne z pominięciem specyfiki grupy osób pracujących¹⁷. Jest to szczególnie istotne w szpitalach, w których strategiczną rolę odgrywają wspólnoty lekarzy czy pielęgniarek, obejmujące fundamentalne wartości dominującej kultury oraz dodatkowe

¹¹ H.M. Trice, J.M. Beyer, *The Cultures of Work Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (NJ) 1993.

¹² J. Martin, C. Siehl, *Organizational culture and counter-culture*, "Organizational Dynamics" 1983, vol. 12, s. 52-64.

¹³ M.J. Hatch, *Organisation Theory: Modern Symbolic and Post-modern Perspectives*, Oxford University Press, Oxford 1997.

¹⁴ G. Hofstede, *Identifying organizational subcultures: An empirical approach*, "Journal of Management Studies" 1998, vol. 35, no 1, s. 1-12.

¹⁵ S.P. Robbins, *Zachowania w organizacji*, PWE, Warszawa 2004, s. 428-430.

¹⁶ J. Palthe, J.E. Kossek, *Subcultures and employment modes: Translating HR strategy into practice*, "Journal of Organizational Change Management" 2003, vol. 16, no 3, s. 287-308.

¹⁷ K. Legge, *Managing Culture: Fact or fiction?*, [w:] *Personnel Management: A comprehensive guide to theory and practice in Britain*, ed. K. Sisson, Blackwell, San Francisco (CA) 1994.

wartości, odnoszące się jedynie do tych grup pracowników. Powszechnie wiadomo, że subkultury tych środowisk zawodowych są silne i specyficzne, co często prowadzi do nieporozumień, a nawet konfliktów pomiędzy nimi. Na przykład w wielu szpitalach lekarze z trudem akceptują działania menedżerów i z powodzeniem wymuszają na pozostałych uczestnikach organizacji korzystne dla siebie rozwiązania¹⁸. Należy podkreślić, że różnice w mentalności poszczególnych grup zawodowych często komplikują nimi zarządzanie. Jednocześnie wysoce wzrasta prawdopodobieństwo konfliktów organizacyjnych, które mogą utrudniać kształtowanie zmian w kulturze organizacyjnej szpitala. Obecny kierunek rozwoju systemów opieki zdrowotnej, pociągający za sobą intensywne zmiany i innowacje, wskazuje na konieczność innego niż dotychczas rozumienia funkcji kultury organizacyjnej, ułatwiającej wysoką tolerancję niepewności w środowisku społecznym organizacji. Wzory kulturowe wspierające tradycyjne systemy organizacyjne sprzyjały bowiem niskiej tolerancji niepewności¹⁹. Niezbędna wydaje się zatem zmiana kulturowa polegająca na przejściu do kultury nastawionej na ciągłą zmianę i innowację.

4. Model proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym

Głównym motywem podjęcia tego tematu jest niedostateczna wiedza o związkach pomiędzy kulturą organizacyjną a innowacyjnością szpitali publicznych. Można stwierdzić, że w Polsce brakuje badań dotyczących tej problematyki. Z kolei w literaturze światowej temat ten jest już obecny od kilkunastu lat, przy czym dotyczy głównie organizacji sfery biznesowej. Wielu zagranicznych autorów stwierdza, że innowacyjność w organizacji jest nierozzerwalnie związana z kulturą organizacyjną²⁰. Jednocześnie nie ma zgody co do rodzaju i charakteru kultury organizacyjnej, która będzie promowała innowacje. Wynika to m.in. ze swoistego paradoksu, że kultura organizacyjna może sprzyjać innowacjom, które są niezbędne do konkurencyjności i sukcesu, a z drugiej strony może też być przeszkodą do zachowań innowacyjnych.

Najbardziej interesujący z punktu widzenia publikacji jest wstępny model kultury organizacyjnej wspierającej innowacje, które opracowali E. Martins, F. Terblanche i N. Martins²¹. Model ten opiera się na związkach między podsystemami organi-

¹⁸ Ł. Sułkowski, R. Seliga, *Application of marketing communication in the practice of primary care physicians*, "Clinical and Experimental Medical Letters" 2009 (June), vol. 50.

¹⁹ Cz. Sikorski, wyd. cyt.

²⁰ P.E. Tesluk, J.L. Faar, S.R. Klein, *Influences of organizational culture and climate on individual creativity*, "The Journal of Creative Behavior" 1997, vol. 31, no 1, s. 21-41; M.L. Tushman, C.A O'Reilly III, *Winning through Innovation: A practical guide to leading organizational change and renewal*, Harvard Business School Press, Boston (Mass) 1997.

²¹ E. Martins, F. Terblanche, *Building organizational culture that stimulates creativity and innovation*, "European Journal of Innovation Management" 2003, vol. 6, iss. 1, s. 64-74; E. Martins, N. Martins, *Organizational culture model to promote creativity and innovation*, "Journal of Industrial Psychology" 2002, vol. 28, no 4, s. 58-65.

zacji (cele i wartości, strukturalne, menedżerskie, technologiczne i podsystemy psychologiczno-socjologiczne), środowiskiem zewnętrznym (aspekty społeczne, przemysłowe i kulturowe) i systemami wewnętrznymi (artefakty, wartości i podstawowe założenia) a wymiarami kultury organizacyjnej. Wśród wymiarów kultury organizacyjnej znajdują się: strategiczne misja i wizja, marketing zorientowany na klienta, środki do osiągnięcia celów organizacyjnych, zarządzanie procesami, potrzeby i oczekiwania klientów, relacje interpersonalne oraz przewożenie. W roku 2000 E. Martins przeprowadził badania w organizacji ukierunkowanej na świadczenie usług, która przechodziła proces transformacji i zmian. Weryfikacja empiryczna wypracowanych na podstawie literatury założeń pozwoliła na wskazanie podstawowych czynników, które wpływają na kreatywność i innowacje, z kulturowego punktu widzenia. Do czynników tych należą:

1. Strategia (misja i wizja przyszłości organizacji oraz celowość postępowania). Strategia innowacji wspiera rozwój i wdrażanie nowych produktów i usług, a źródło innowacji leży w wizji i misji, które skupiają się na przyszłości. Ponadto wizja i misja organizacji innowacyjnych koncentrują się na rozwiązywaniu problemów klientów. Ważne jest, aby pracownicy rozumieli wizję i misję wspierające innowacyjność i podejmowali wysiłek polegający na zmniejszeniu różnic między obecną sytuacją a wizją i misją przyszłości. Istotne jest również, aby organizacyjne cele i założenia odzwierciedlały priorytety i wartości organizacji, co z kolei może sprzyjać innowacjom lub je utrudniać.

2. Struktura organizacyjna (elastyczność, autonomia, podejmowanie decyzji i współpraca zespołowa). Chodzi o to, aby struktura organizacyjna wspierała kreatywność i innowacje. Ważne są takie wartości, jak elastyczność i autonomia, wspierające kreatywność i twórczość. W stymulowaniu kreatywności i innowacji istotne są niezależność i równouprawnienie w podejmowaniu decyzji. Szybkość podejmowania decyzji może również wspierać lub hamować kreatywność i innowacje. Innym ważnym aspektem jest współpraca zespołowa, podczas której członkowie zespołów okazują sobie zaufanie i wzajemny szacunek, wzajemne zrozumienie dla swoich poglądów i stylu działania, podejmują decyzje pomimo różnic zdań, skutecznie komunikują się, są otwarci na nowe pomysły.

3. Orientacja na klienta (znajomość potrzeb klienta, elastyczność wobec potrzeb klienta, poprawa obsługi na poziomie operacyjnym). Czynnikiem ten koncentruje się na zrozumieniu potrzeb klientów wewnętrznych i zewnętrznych oraz poprawie obsługi klienta i elastyczności w jego obsłudze. Dla wielu organizacji promowanie innowacji jest niezbędne dla ich zdolności do zapewnienia wysokiej jakości produktów i usług.

4. Mechanizmy wsparcia (nagrody i uznanie, dostępność zasobów, twórcze myślenie, technologia informacyjna). Ważne jest, aby organizacje pozwoliły pracownikom na twórcze myślenie i doświadczenia. Pracownicy powinni być wynagradzani za podejmowanie ryzyka, eksperymentowanie i tworzenie nowych pomysłów. W organizacjach, gdzie wykorzystane są technologie komputerowe (Internet, intranet), poprawia się komunikacja i wymiana pomysłów, co zwiększa szanse na innowacje.

5. Zachowania pobudzające innowacyjność (rozumienie i akceptacja występowania błędów, generowanie pomysłów, kultura ustawicznego kształcenia, podejmowanie ryzyka, współzawodnictwo, poparcie dla zmian, relacje zaufania, rozumienie konfliktów). Występowanie błędów stwarza możliwość otwartej dyskusji i uczenia się na błędach. W tworzeniu kultury innowacji menedżerowie powinni stwarzać dostęp do wiedzy zarówno wewnętrznej, jak i zewnętrznej, zachęcać do generowania nowych pomysłów i idei. Menedżerowie powinni kształtować kulturę, która wspiera zmiany, szukając nowych i ulepszonych metod pracy.

6. Komunikacja i zaufanie. Innowacyjne kultury powinny charakteryzować się otwartym i przejrzystym systemem komunikacji opartym na wzajemnym zaufaniu uczestników organizacji.

Pomimo że przywołany model nie może być uznany za ideologię (weryfikacji modelu dokonano tylko w jednej organizacji), pomaga rzucić światło na wzajemne związki pomiędzy kulturą a innowacyjnością i daje możliwości dalszych badań w kierunku uogólnienia na inne organizacje. Wydaje się, że model ten może pozwolić również publicznym szpitalom określić stopień, w jakim ich kultury wspierają innowacje, co jest istotne wobec konieczności dostosowania się do zmieniających się warunków funkcjonowania. Należy przy tym pamiętać o uwzględnieniu specyfiki szpitali publicznych, a zwłaszcza swoistości ich systemu celów i wartości, jak również charakteru związków wewnątrz organizacji oraz relacji ze środowiskiem zewnętrznym.

5. Zakończenie

We współczesnych warunkach każda organizacja powinna zdawać sobie sprawę z konieczności podejmowania zmian innowacyjnych. Dotyczy to również organizacji sektora publicznego, w tym szpitali, które, pomimo dużo bardziej złożonych i trudniejszych (niż organizacje prywatne) warunków funkcjonowania, powinny promować zachowania proinnowacyjne. Ważne jest przy tym zarówno zidentyfikowanie potrzeb innowacyjnych, jak i odpowiednie przygotowanie zasobów rzeczowych, ludzkich, finansowych czy informacyjnych w zakresie projektowania i realizacji zamierzeń innowacyjnych przy zastrzeżeniu specyfiki publicznych szpitali. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, aby w proces ten zaangażowali się nie tylko menedżerowie i specjaliści, lecz cały personel.

Podsumowując: wydaje się, że opisany w artykule model kultury promującej innowacje ma duże szanse powodzenia również w ramach szpitali. Dlatego też autorka publikacji, opierając się na osiągnięciach E. Martinsa, rozpoczęła prace nad badaniem związków kultury szpitali z innowacyjnością w kierunku opracowania modelu proinnowacyjnej kultury organizacyjnej, właściwego tym organizacjom.

Literatura

- Alexiadis D.A., *Further education of health care staff*, "Home Health Care Management and Practice" 2005, vol. 17, no 6.
- Beil-Hildebrand M.B., *Instilling and distilling a reputation for institutional excellence: A critical reflection on organizing practice*, "Journal of Health Organization and Management" 2005, vol. 19, no 6.
- Boston J., *The challenge of evaluating systemic change: The case of public management reform*, "International Public Management Journal" 2000, vol. 3, no 1.
- Hatch M.J., *Organisation Theory: Modern Symbolic and Post-modern Perspectives*, Oxford University Press, Oxford 1997.
- Hendel T., Steinman M., *Israeli nurse managers' organizational values in today's health care environment*, "Nursing Ethics" 2002, vol. 9, no 6.
- Hofstede G., *Identifying organizational subcultures: an empirical approach*, "Journal of Management Studies" 1998, vol. 35, no 1, s. 1-12.
- http://www.demoseuropa.eu/upload/editor/demos/File/raport_Rola_wladz_publicznych_we_wspieraniu_innowacyjnosci.pdf [dostęp 12.03.2010].
- Kalinowski T.B., *Korzyści z wprowadzania innowacji*, „Problemy Jakości”, wrzesień 2008.
- Legge K., *Managing culture: Fact or fiction?*, [w:] *Personnel Management: A comprehensive guide to theory and practice in Britain*, ed. K. Sisson, Blackwell, San Francisco (CA) 1994.
- Lindberg E., Rosenqvist U., *Implementing TQM in the health care service: A four-year following-up of production, organizational climate and staff wellbeing*, "International Journal of Health Care Quality Assurance" 2005, vol. 18, no 5.
- Martin J., Siehl C., *Organizational culture and counter-culture*, "Organizational Dynamics" 1983, vol. 12.
- Martins E., Martins N., *Organizational culture model to promote creativity and innovation*, "Journal of Industrial Psychology" 2002, vol. 28, no 4.
- Martins E., Ternblanche F., *Building organizational culture that stimulates creativity and innovation*, "European Journal of Innovation Management" 2003, vol. 6, iss. 1.
- McConnell C.R., *Larger, smaller, and flatter: The evolution of the modern health care organization*, "The Health Care Manager" 2005, vol. 24, no 2.
- Moschuris S.J., Kondylis M.N., *Outsourcing in public hospitals: A Greek perspective*, "Journal of Health Organisation and Management" 2006, vol. 20, no 1.
- Palthe J., Kossek J.E., *Subcultures and employment modes: Translating HR strategy into practice*, "Journal of Organizational Change Management" 2003, vol. 16, no 3.
- Robbins S.P., *Zachowania w organizacji*, PWE, Warszawa 2004.
- Schein E.H., *Organizational Culture and Leadership*, 2nd ed., Jossey-Bass, San Francisco (CA) 1992.
- Sikorski Cz., *Kultura organizacyjna. Efektywnie wykorzystaj możliwości swoich pracowników*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa, 2006.
- Sułkowski Ł., Seliga R., *Application of marketing communication in the practice of primary care physicians*, "Clinical and Experimental Medical Letters" June 2009, vol. 50.
- Tesluk P.E., Faar J.L., Klein S.R., *Influences of organizational culture and climate on individual creativity*, "The Journal of Creative Behavior" 1997, vol. 31, no 1.
- Trice H.M., Beyer J.M., *The Cultures of Work Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs (NJ) 1993.
- Tushman M.L., O'Reilly III C.A., *Winning through Innovation: A practical guide to leading organizational change and renewal*, Harvard Business School Press, Boston (Mass) 1997.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997, nr 28, poz. 153 z późn. zm.

ORGANIZATIONAL CULTURE AND INNOVATION IN A PUBLIC HOSPITAL

Summary: The development of management theory and practice shows that innovative changes are essential in modern organizations. This is particularly true for hospitals that change continuously for years bringing together modern medicine development and scarce health care resources. This publication is an attempt to determine factors enhancing proinnovative organizational culture shaping. The analysis of literature leads to a conclusion that the main factors of proinnovative culture are organizations' strategy and structure, creativity and activity of staff, customer orientation, information technology, communication process and trust.

Keywords: organizational culture, innovation, public hospital.