Zeszyty Naukowe
Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu
Nr 30/2012

Łukasz Sułkowski
Uniwersytet Jagielloński, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

Cechy kultur organizacyjnych polskich szpitali*

Streszczenie. W tym artykule przeprowadzono analizę kultur organizacyjnych szpitali opartą na modelach dychotomicznych kultury organizacyjnej. Pozwoliło to na identyfikację szczególnych cech kultur organizacyjnych publicznych szpitali w Polsce. Analiza opiera się na wynikach badań przeprowadzonych w ramach grantu „Kulturowe uwarunkowania zmian organizacyjnych w polskich szpitalach".

Słowa kluczowe: kultury organizacyjne szpitali, typy kultur organizacyjnych, tożsamość organizacyjna szpitala

Wstęp

Na podstawie literatury przedmiotu można znaleźć wiele typologii i klasyfikacji kultury organizacyjnej. Część z nich opiera się na prostych dychotomiach lokujących kulturę organizacji na kontinuum natężenia określonej cechy. Inne są bardziej złożonymi dwu, a czasami wielowymiarowymi modelami.

W niniejszym artykule przeprowadzona zostanie analiza kultur organizacyjnych szpitali dokonana na podstawie modeli dychotomicznych kultury organizacyjnej. Pozwoli to na identyfikację szczególnych cech kultur organizacyjnych publicznych szpitali w Polsce.

* Grant badawczy nr NN115410840 „Kulturowe uwarunkowania zmian organizacyjnych w polskich szpitalach".

1. Metodyka badań

Badania procesów zmian organizacyjnych w polskich szpitalach prowadzone są obecnie w ramach grantu badawczego „Kulturowe uwarunkowania zmian organizacyjnych w polskich szpitalach" (Instytut Spraw Publicznych Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2011-2012). Projekt ten został poprzedzony w 2010 r. badaniami pilotażowymi, które służyły identyfikacji najważniejszych problemów zarządzania zmianą w szpitalach publicznych w Polsce, miały charakter ilościowy i opierały się na metodyce analizy porównawczej studiów przypadku. Studia przypadków 4 badanych szpitali w województwie łódzkim miały charakter pogłębiony i zostały stworzone na podstawie wielu technik zbierania i analizy danych. Przede wszystkim przeprowadzone zostały wywiady swobodne, a następnie wywiady ustrukturyzowane z zarządzającymi, kadrą kierowniczą oraz lekarzami, pielęgniarkami i pracownikami administracji zatrudnionymi w tych jednostkach. Zgromadzona została dokumentacja dotycząca funkcjonowania tych podmiotów gospodarczych w postaci: analiz strategicznych i strukturalnych. Przeprowadzono również obserwację nieuczestniczącą funkcjonowania tych jednostek. Zbadane zostały cztery szpitale – poniżej ich skrócona charakterystyka.

1. Szpital nr 1 to jednostka publiczna zatrudniająca ponad 2500 pracowników. Jest to szpital specjalistyczny – ginekologiczno-położniczo-pediatryczny będący w trudnej sytuacji finansowej, borykający się z procesami restrukturyzacyjnymi. Organem założycielskim jest Ministerstwo Zdrowia. Struktura organizacyjna, strategia i kultura organizacyjna są w dużej mierze spetryfikowane przez status quo, stanowiące równowagę pomiędzy interesami kluczowych interesariuszy. Charakterystyczna jest bardzo niska skłonność do podejmowania ryzyka w działalności. Zarządzający działają, opierając się na szczegółowych procedurach lub utartych rutynach, bardzo rzadko wykazując gotowość do podejmowania nowych wyzwań. Elastyczność organizacyjna jest także stosunkowo niewielka, również ze względu na nieelastyczny system kadrowy oraz konserwatywną kulturę organizacyjną. W związku z brakiem gotowości do zmian oraz elastyczności trudno również wskazać na proces monitorowania otoczenia w poszukiwaniu szans rozwoju. Zarządzający szpitalem koncentrują się w większym stopniu na procesie i utrzymaniu status quo niż na przedsiębiorczości.

2. Szpital nr 2 to jednostka kliniczna i publiczna zatrudniająca 1000 osób. Organem założycielskim jest Uniwersytet Medyczny. Jest to szpital wielospecjalistyczny, w którym m.in. znajdują się takie oddziały, jak: kardiologia, pulmonologia, diabetologia, dializa, alergologia, neurologia, neurochirurgia, chirurgia ogólna i transplantacyjna, laryngologia. Znajduje się on w dobrej kondycji finansowej i od kilku lat inwestuje w rozbudowę infrastruktury i specjalistyczny sprzęt medyczny. Odznacza się wysokim poziomem innowacyjności technologicznej,

co przejawia się sukcesywnym wprowadzaniem nowych urządzeń medycznych pozwalających na skuteczniejszą diagnostykę i leczenie. Poziom innowacji organizacyjnych jest średni, co oznacza, że pojawiają się stopniowo zmiany w obszarze zarządzania, jak np.: outsourcing, reorganizacja działów, wdrożenia systemów zarządzania jakością i systemów informacyjnych (finansowo-księgowych oraz kadrowych). Jednak tempo tych zmian nie jest duże i mają one charakter ewolucyjny. Wyraźna jest również awersja do podejmowania ryzyka wynikająca z ostrożnego nastawienia organu założycielskiego. Dlatego jednostka nastawiona jest raczej na kontynuację i rozwój istniejących specjalizacji, a nie na poszukiwanie nowych nisz i możliwości rozwoju działalności. Zarówno w działaniach rynkowych, jak i w wykorzystywanych wewnątrz organizacji systemach zarządzania dominują rozwiązania mało elastyczne. Strategia podąża utartymi ścieżkami, struktura organizacyjna jest typowa dla szpitala klinicznego, rozwiązania kadrowe oparte są na stabilności zatrudnienia oraz słabości systemów motywowania i oceny, a w kulturze organizacyjnej dominuje konserwatyzm.

3. Szpital nr 3 to jednostka wielospecjalistyczna, publiczna, zatrudniająca 500 osób. Jego organem założycielskim jest Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Szpital przeszedł głęboki proces restrukturyzacji w ostatnich trzech latach, który doprowadził do szybkiej poprawy sytuacji finansowej. Pomimo wcześniejszych długów, obecnie nie generuje zadłużenia. Odznacza się dość wysokim poziomem innowacyjności technologicznej oraz organizacyjnej. W trakcie przeprowadzanej restrukturyzacji niektóre oddziały zostały zamknięte, inne otwarte, a jeszcze inne radykalnie przebudowane. Towarzyszyły temu istotne transformacje strategii, struktury i kultury organizacyjnej, a także głębsze zmiany kadrowe. Zmiana strategiczna została przeprowadzona na podstawie analizy szans i zagrożeń tkwiących w otoczeniu, na bazie której dokonano wyboru priorytetowych kierunków rozwoju szpitala. Przeprowadzaniu zmiany towarzyszyła umiarkowana gotowość do podejmowania ryzyka (działania w warunkach niepewności). Jednostka posługuje się dość elastyczną strategią, pozwalającą na reorientację w kierunku bardziej efektywnych obszarów i metod zarządzania. W sferze kadrowej przejawia się to niższą stabilnością zatrudnienia (duży udział zatrudnień kontraktowych), większą rotacją personelu, wzmocnieniem roli systemów motywowania i oceny pracowników oraz niespetryfikowaną strukturą organizacyjną. W szpitalu promowana jest przez zarządzającego kultura organizacyjna, opierająca się na orientacji na klienta oraz przedsiębiorczości wewnętrznej.

4. Szpital nr 4 to jednostka powiatowa, która została w 2009 r. przekształcona w spółkę ze 100% udziałami samorządu terytorialnego. Obecnie zatrudnia 750 osób i specjalizuje się m.in. w: chirurgii, chorobach wewnętrznych i chorobach zakaźnych. Znaczna liczba usług jest świadczona za pomocą outsourcowanych usług medycznych świadczonych przez małe podmioty powiązane ze szpitalem. Jednostka przeszła bardzo głęboki proces restrukturyzacji, który pomimo

wcześniejszego wysokiego zadłużenia doprowadził podmiot do równowagi finansowej. Dokonano w nim bardzo głębokich zmian restrukturyzacyjnych, które z jednej strony uchroniły jednostkę przed bankructwem, jednak z drugiej ograniczyły dostęp pacjentów do niektórych usług. Część oddziałów została zamknięta, w części zaś zredukowano zatrudnienie. Szybkie wprowadzanie zmian, w tym również innowacji technologicznych i organizacyjnych stało się imperatywem zarówno w fazie głębokich przekształceń, jak i stabilizacji. Zarządzający prowadził analizę możliwości rozwoju nowych usług przede wszystkim z punktu widzenia ich rentowności. Następnie szybko, nie zawsze w sposób należycie przygotowany, wdrażane były nowe rozwiązania, do których dostosowywano strategię i strukturę organizacyjną. Przesłankami do podejmowania decyzji o wdrażaniu zmian były przeważnie dane niepewne, ale dość wcześnie zidentyfikowane.

2. Typologie jednowymiarowe kultur organizacyjnych

Wielu badaczy posługuje się dychotomicznymi typologiami kultur organizacyjnych. L. Zbiegień-Maciąg dokonuje przeglądu jednowymiarowych modeli z wyszczególnieniem kultur: pozytywnej i negatywnej, introwertycznej i ekstrawertycznej, zachowawczej i innowacyjnej, męskiej i kobiecej, biurokratycznej i pragmatycznej, elitarnej i egalitarnej, silnej i słabej[1]. R.R. Gesteland zastosował kryterium podziału ze względu na: stopień koncentracji transakcji (kultury propartnerskie i protransakcyjne), formy pożądanych i niewłaściwych zachowań (kultury ceremonialne i nieceremonialne), stosowane formy zachowań (werbalne, niewerbalne i parawerbalne – kultury ekspresyjne i powściągliwe) oraz podejście do czasu (kultury monochroniczne i polichroniczne). Z kolei R. Rutka i M. Czerska różnicują kultury z punktu widzenia prakseologicznych kryteriów oceny (kultury proefektywnościowe i antyefektywnościowe)[2], natomiast C. Sikorski prezentuje kultury wyłonione ze względu na stopień unikania niepewności (kultury wysokiej i niskiej tolerancji niepewności)[3]. Wśród najczęściej występujących w literaturze przedmiotu klasyfikacji kultury wyróżnić można następujące podziały:

- kultura słaba *versus* kultura silna,
- kultura konserwatywna *versus* kultura innowacyjna,
- kultura hierarchiczna *versus* kultura równościowa,
- kultura pozytywna *versus* kultura negatywna,

[1] L. Zbiegień-Maciąg, *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, WN PWN, Warszawa 1999, s. 52-63.

[2] R. Rutka, M. Czerska, *Wpływ kultury organizacyjnej na metody i narzędzia pełnienia ról kierowniczych*, w: *Nowoczesne zarządzanie przedsiębiorstwem*, red. J. Stankiewicz, cz. 1, Redakcja Wydawnictw Matematyczno-Ekonomicznych, Zielona Góra 2002, s. 277-288.

[3] C. Sikorski, *Zachowania ludzi w organizacji. Społeczno-kulturowe skutki zachowań*, WN PWN, Warszawa 1999, s. 240-260.

– kultura pragmatyczna *versus* kultura biurokratyczna,
– kultura introwertyczna *versus* kultura ekstrawertyczna,
– kultura indywidualistyczna *versus* kultura kolektywistyczna.

Spośród tych siedmiu wymiarów często przewijających się w badaniach kultur organizacyjnych analizie poddano: siłę, stopień konserwatyzmu oraz hierarchiczności kultur organizacyjnych szpitali w Polsce.

3. Kultura słaba *versus* kultura silna

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

Tabela 1. Kultura silna *versus* słaba a kultury badanych szpitali

Cechy	Kultura silna	Kultura słaba	Kultura szpitala
Homogeniczność	Wysoce homogeniczna	Wysoce heterogeniczna	Heterogeniczna
Stopień akceptacji wartości i norm organizacyjnych	Konsensus co do wartości i norm organizacyjnych	Konflikt co do wartości i norm organizacyjnych	Różne wartości subkultur profesjonalnych
Poczucie wspólnoty wśród pracowników	Silne poczucie wspólnoty wśród pracowników	Poczucie konfliktu interesów i dążenie do konfrontacji	Identyfikacja ze szpitalem, jednak silniejsza identyfikacja zawodowa
Stopień formalizacji norm	Niepisane, powszechnie respektowane normy	Sformalizowane reguły, często omijane	Wysoki stopień formalizacji norm, z możliwością ich unikania
Zaangażowanie pracowników w sprawy organizacji	Wysoki stopień zaangażowania pracowników	Niski stopień zaangażowania pracowników	Zróżnicowany stopień zaangażowania, w zależności od grupy zawodowej
Stopień lojalności pracowników wobec przedsiębiorstwa	Wysoki stopień lojalności pracowników wobec przedsiębiorstwa	Niski stopień lojalności pracowników wobec przedsiębiorstwa	Wysoki stopień lojalności, choć silniejsza lojalność wobec profesji
Emocje związane z byciem członkiem organizacji	Duma z przynależności do organizacji	Wstyd z przynależności do organizacji	Odczucia ambiwalentne lub różne w zależności od szpitala i subkultury

Źródło: opracowanie własne.

Kultury organizacyjne szpitali publicznych należą częściej do kultur słabych, często z dwoma lub wieloma subkulturami. Heterogeniczna kultura jest skutkiem nakładania się różnych subkultur profesjonalnych, w tym: lekarskiej, pielęgniarskiej, pracowników administracji, menedżerów. Dualizm kultur organizacyjnych szpitali rodzi wiele konsekwencji natury organizacyjnej. Pomiędzy przedstawicielami subkultur występują napięcia utrudniające współpracę. Menedżerowie szpitali, którymi są najczęściej lekarze, intuicyjnie lub świadomie rozpoznają napięcie wewnątrz kultury organizacyjnej, postrzegając je jako swoiste „rozdwojenie jaźni zarządzających". Z jednej strony dążą, jako lekarze, do postępowania zgodnie z etosem lekarskim, jednak z drugiej są zmuszeni do działania uwzględniającego założenia logiki ekonomicznej i menedżerskiej. Pomimo heterogeniczności kultur szpitali trudno uznać, że stanowią one modelowe kultury słabe. Charakterystyczne są na przykład cechy łączące je z kulturami silnymi, takie jak: silna identyfikacja pracowników z wykonywanym zawodem, ale również ze szpitalem oraz poczucie misji i zobowiązanie do lojalności. Zatem chociaż zidentyfikować można tego typu konfigurację kulturową polskich szpitali publicznych jako słabą, to znajdą się w niej również elementy kultury silnej.

4. Kultura konserwatywna *versus* kultura innowacyjna

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

Kultura konserwatywna łączy się z dążeniem do redukowania niepewności, działania w warunkach małego ryzyka, ze stawianiem na utrzymanie status quo oraz z podkreślaniem stabilizacyjnej roli organizacji. Akcentowana jest rola tradycji w przedsiębiorstwie. Tworzone warianty działań i scenariusze mają charakter deterministyczny; zakłada się unikanie ryzyka, maksymalne ograniczanie deficytu informacji i planowanie jednowariantowe. Zmiany traktowane są przede wszystkim jako zagrożenie[4].

Niebezpieczeństwo konserwatyzmu jest jednym z kluczowych zagrożeń kulturowych współczesnych organizacji działających w warunkach dużej zmienności otoczenia. Kluczowe jest dążenie do podtrzymywania i przekazywania tych samych wartości, kultywowane są tradycje, dąży się do działania w warunkach status quo. Chociaż orientacja konserwatywna sprzyja stabilności przedsiębior-

[4] Ł. Sułkowski, *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa 2002, s. 70-74.

Tabela 2. Kultura konserwatywna *versus* kultury innowacyjne a kultury badanych szpitali

Cechy	Kultura elastyczna	Kultura nieelastyczna	Kultury szpitali
Rdzeniowa wartość	Zmiana, innowacja	Trwanie, bezpieczeństwo, konserwatyzm	Bezpieczeństwo, ciągłość, dobro pracowników i pacjenta
Orientacja na zmiany	Orientacja na zmianę w organizacji	Orientacja na utrzymanie status quo w organizacji	Obawa przed zmianami, dążenie do utrzymania struktur, opór wobec restrukturyzacji
Przedsiębiorczość	Wysoka przedsiębiorczość	Niska przedsiębiorczość i innowacyjność	Brak zrozumienia potrzeby przedsiębiorczości
Podejście do tradycji	Dystans, tradycja traktowana jako ciężar	Szacunek, tradycja traktowana jako wzorzec	Tradycja w zawodach medycznych traktowana jako dorobek, etos lekarski i pielęgniarski
Szacunek dla autorytetów	Podważanie wartości autorytetów, stawianie na „nową krew”	Duży szacunek dla osób doświadczonych w organizacji	Szacunek dla doświadczenia, docenianie senioratu
Podejście do informacji	Akceptacja działań w warunkach deficytu informacji	Dążenie do działania w warunkach pełnej informacji	Dążenie do ograniczania deficytu informacji w decyzjach organizacyjnych

Źródło: opracowanie własne.

stwa, to zbyt silny konserwatyzm może być niebezpieczny dla każdego podmiotu gospodarczego. Organizacje konserwatywne izolują się od informacji i opierają zmianom. Mogą być efektywne jedynie w warunkach znacznej stabilności sektora, a współcześnie szpitale działają w zmiennych warunkach. Badane szpitale odznaczają się w większości nieelastyczną kulturą organizacyjną. Szczególnie sztywne i konserwatywne są kultury organizacyjne dużych szpitali publicznych. Mniejsze szpitale, które przeszły proces restrukturyzacji, odznaczają się nieco większą elastycznością kultury organizacyjnej.

5. Kultura hierarchiczna *versus* kultura równościowa

Preferowanie hierarchiczności wiąże się z przekonaniem, że ludzie różnią się między sobą, a organizacja odzwierciedla to zróżnicowanie. Wobec tego w organizacji powinno występować wiele szczebli kierowania oraz znaczące powinno być zróżnicowanie w uprawnieniach, przywilejach i korzyściach różnych grup pracowników. Szczególną wagę przywiązuje się do utrzymywania dyscypliny oraz wzmacniania autorytetu władzy. W organizacjach hierarchicznych dominuje

Tabela 3. Kultury hierarchiczne a równościowe

Cecha	Kultura hierarchiczna	Kultura równościowa	Kultura szpitala
Nierówności między stanowiskami	Znaczne nierówności statusowe lub finansowe pomiędzy stanowiskami pracy	Małe różnice statusowe lub finansowe między stanowiskami pracy	Znaczne nierówności statusowe pomiędzy stanowiskami pracy
Dążenie do zmian strukturalnych	Dążenie do pogłębiania różnic statusowych lub finansowych pomiędzy pracownikami	Dążenie do ograniczania różnic statusowych lub finansowych pomiędzy pracownikami	Dążenie do pogłębiania różnic statusowych i finansowych pomiędzy pracownikami
Styl kierowania	Autokratyczny	Partycypacyjny	Patriarchalny lub autokratyczny. W zbliżonych grupach statusowych lub profesjonalnych styl konsultacyjny
Stopień centralizacji decyzji	Centralizacja decyzyjna	Decentralizacja decyzji	Centralizacja decyzyjna
Pochodzenie hierarchii organizacyjnej	Naturalna, obiektywna, przekonanie, że pracownicy znajdujący się na niższych pozycjach organizacyjnych mają zwykle mniejsze zdolności i umiejętności od pracowników na wyższych szczeblach	Społeczna, konwencjonalna, hierarchia wiąże się z odgrywaniem różnych ról ustalanych ze względów pragmatycznych	Przekonanie o wyższych kompetencjach, odpowiedzialności i zaangażowaniu pracowników stojących wyżej w hierarchii (lekarzy, menedżerów)
Stabilność hierarchii władzy	Hierarchia powinna być stabilna	Hierarchia powinna być elastyczna i ulegać zmianom	Dążenie do stabilizacji strukturalnej i personalnej hierarchii
Stosunki zależności między pracownikami	Podwładni są zależni od przełożonych	Przełożeni i podwładni znajdują się we wzajemnej zależności	Podwładni zależni z elementami współzależności
Uprzywilejowanie pracowników wyższych szczebli	W organizacji pracownicy na wyższych szczeblach powinni otrzymywać przywileje	W organizacji wszyscy powinni mieć równe prawa	Uprzywilejowanie i ceremonialne traktowanie wysokiego statusu
Koncepcja sprawowania władzy	Dominują koncepcje podkreślające znaczenie przełożonych i procesu kierowania pracownikami	Dominują koncepcje podkreślające znaczenie pracowników oraz ich zaangażowania i partycypacji w procesie kierowania	Dominują koncepcje podkreślające znaczenie przełożonych i procesu kierowania pracownikami

Źródło: opracowanie własne.

akceptacja silnego zróżnicowania pracowników. Wyraźna jest preferencja dla myślenia elitarystycznego. Akcentowane jest znaczenie dyscypliny i porządku, które tworzy struktura władzy.

Dążenie do równości wynika z przekonania, że ludziom przysługują podobne uprawnienia i organizacja stanowi odbicie tej elementarnej równości. Zatem organizacja powinna mieć płaską strukturę oraz maksymalnie ograniczać liczbę szczebli kierowania. Niewskazane jest znaczące zróżnicowanie uprawnień, przywilejów i korzyści wśród pracowników. Równość rodzi takie postawy w organizacjach, jak: akcentowanie podobieństw między pracownikami, preferencja dla myślenia egalitarnego, orientacja na spontaniczność oraz elastyczność struktur i stosunków władzy[5].

Wymiar hierarchiczność – równość jest pierwotny w stosunku do innego definiowanego jako autorytaryzm – demokratyczność (partycypacja). Autorytaryzm jest dążeniem do jednoosobowego, niekwestionowanego sposobu podejmowania decyzji w organizacji, natomiast demokratyczność oznacza dążenie w kierunku grupowego (w pełni partycypacyjnego) podejmowania decyzji. Wymiar hierarchiczność – równość jest również pierwotny w stosunku do wymiaru centralizacja władzy[6]. W koncepcji G. Hofstedego wymiarowi hierarchiczność – równość odpowiada dystans w stosunkach władzy. Duży dystans to orientacja hierarchiczna, zaś mały – równościowa[7].

Kultury badanych szpitali wyraźnie oscylują w kierunku hierarchiczności. Przejawia się to znaczną deklarowaną oraz realizowaną akceptacją różnic statusowych pomiędzy pracownikami, jak również całymi grupami zawodowymi. Na szczycie hierarchii znajdują się najczęściej lekarze pełniący funkcje kierownicze, lekarze specjaliści oraz inni menedżerowie. Środek drabiny zajmuje personel pielęgniarski, technicy medyczni, ratownicy oraz kadra administracyjna. Natomiast dół hierarchii to pracownicy fizyczni obsługi, tacy jak salowe.

Generalnie powszechny i akceptowany jest autokratyczny styl kierowania, zaś wieloletni kierownicy, którzy rozwinęli styl paternalistyczny, są szczególnie wysoko cenieni i poważani. W działaniach zawodowych wykonywanych przez lekarzy, pielęgniarki oraz kadrę kierowniczą sporadycznie pojawia się element stylu konsultacyjnego. Struktura władzy jest bardzo stabilna zarówno w sensie struktury (stanowisk pracy, uprawnień i podległości), jak również osób sprawujących władzę. Dominuje funkcjonalna struktura organizacyjna oraz centralizm w podejmowaniu decyzji. Władza jest trwała, jawna, demonstrowana i sformalizowana.

---

[5] Ibidem, s. 66-68.

[6] R. Harrison, *Understanding Your Organization Character*, „Harvard Business Review" 1972, maj-czerwiec.

[7] G. Hofstede, *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2000.

Zakończenie

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

Literatura

Harrison R., *Understanding Your Organization Character*, „Harvard Business Review" 1972, maj--czerwiec.

Hofstede G., *Kultury i organizacje. Zaprogramowanie umysłu*, PWE, Warszawa 2000.

Rutka R., Czerska M., *Wpływ kultury organizacyjnej na metody i narzędzia pełnienia ról kierowniczych*, w: *Nowoczesne zarządzanie przedsiębiorstwem*, red. J. Stankiewicz, cz. 1, Redakcja Wydawnictw Matematyczno-Ekonomicznych, Zielona Góra 2002.

Sikorski C., *Zachowania ludzi w organizacji. Społeczno-kulturowe skutki zachowań*, WN PWN, Warszawa 1999.

Sułkowski Ł., *Kulturowa zmienność organizacji*, PWE, Warszawa 2002.

Zbiegień-Maciąg L., *Kultura w organizacji. Identyfikacja kultur znanych firm*, WN PWN, Warszawa 1999.