

**Beata Irma Buchelt, Joanna Anna
Jończyk**

**Powiązania kultury organizacyjnej i
zarządzania zasobami ludzkimi w
szpitalach publicznych¹**

Zarządzanie Publiczne nr 40 (2), 50-64

2017

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach
dozwolonego użytku.

Beata Irma Buchelt, Joanna Anna Jończyk

Powiązania kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach publicznych¹

Kultura organizacyjna (KO), obok innych uwarunkowań realizacji funkcji personalnej, takich jak struktura organizacyjna i strategia, stanowi kluczową determinantę możliwości wdrożenia nowoczesnych praktyk zarządzania zasobami ludzkimi (ZZL) w organizacjach. Kategoria ta nabiera szczególnego znaczenia w specyficznych instytucjach publicznych, jakimi są szpitale. Warto podkreślić, że specyfika KO szpitali jest szeroko dyskutowana w literaturze przedmiotu. Jednocześnie badacze rzadko koncentrują się na wpływie KO na praktyki ZZL. Celem niniejszego opracowania jest więc identyfikacja związków między kulturą organizacyjną i praktykami zarządzania zasobami ludzkimi. W związku z realizacją postawionego celu pierwsza część artykułu prezentuje teoretyczne aspekty KO i ZZL w szpitalach publicznych. W drugiej części autorki analizują relacje między tymi dwiema kategoriami, opierając się na badaniach przeprowadzonych w latach 2014–2015 w Polsce na próbie 468 respondentów zatrudnionych w ośmiu szpitalach publicznych. Rezultaty badań potwierdzają tezę, że istnieje korelacja pomiędzy różnymi rodzajami kultury organizacyjnej i poszczególnymi praktykami zarządzania zasobami ludzkimi, takimi jak rekrutacja personelu otwartego na zmiany, rozwój i dzielenie się wiedzą oraz nagradzanie za innowacyjność. Wyniki badań warto wziąć pod uwagę w zarządzaniu zasobami ludzkimi w tych organizacjach. Mogą się one także stać przedmiotem dalszych badań.

Słowa kluczowe: zarządzanie zasobami ludzkimi, kultura organizacyjna, szpitale publiczne

Wprowadzenie

Na przestrzeni ostatnich lat zarówno w organizacjach publicznych, jak i niepublicznych coraz wyraźniej zaznacza się zmiana w podejściu do zarządzania zasobami ludzkimi. Dzieje się tak za sprawą coraz większego uzależnienia możliwości rozwoju organizacji od kompetencji zatrudnionych pracowników. Coraz więcej praktyków i badaczy koncentruje się więc na

analizie metod i narzędzi zarządzania zasobami ludzkimi. Istotnym nurtem jest tu poszukiwanie uwarunkowań (zarówno tych zewnętrznych, jak i wewnętrznych) metod i narzędzi wybieranych i stosowanych przez organizacje. Systematyczna analiza literatury przedmiotu potwierdza powyższą obserwację, uwidaczniając jednocześnie istotny niedobór opracowań poświęconych związkowi między kulturą organizacyjną i zarządzaniem zasobami ludzkimi w tak specyficznych podmiotach rynkowych, jakimi są publiczne szpitale. Dlatego celem tego artykułu jest sprawdzenie, czy istnieje związek pomiędzy kulturą organizacyjną a praktykami zarządzania zasobami

Beata Irma Buchelt
Katedra Zarządzania Kapitałem Ludzkim
Wydział Ekonomii i Stosunków Międzynarodowych
Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie
ul. Rakowicka 27, 31-510 Kraków
bucheltb@uek.krakow.pl

Joanna Anna Jończyk
Katedra Organizacji i Zarządzania
Wydział Zarządzania
Politechnika Białostocka
ul. Ojca Tarasiuka 2, 16-001 Kleosin
j.jonczyk@pb.edu.pl

¹ Rozważania prezentowane w niniejszym artykule są efektem realizacji projektu badawczego dr Beaty Buchelt pt. „Zarządzanie kapitałem ludzkim w szpitalach”, finansowanego ze środków projektu NCN nr 2013/11/B/HS4/01062, oraz projektu badawczego dr Joanny Jończyk pt. „Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w publicznych szpitalach”, finansowanego ze środków projektu NCN 2011/03/B/HS4/0454.

ludzkimi w tych organizacjach. Wyznaczony cel determinuje strukturę niniejszej publikacji. W pierwszej kolejności omówiono teoretyczne podstawy podjętych rozważań, tj. kwestie dotyczące zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach, kultury organizacyjnej oraz związków pomiędzy nimi. Następnie przedstawiono wyniki badań empirycznych odnoszących się do wybranej problematyki. Jednocześnie należy podkreślić, że w niniejszej publikacji chodziło jedynie o potwierdzenie istnienia związków pomiędzy KO i ZZL bądź zaprzeczenie tym związkom. Poglębiona analiza zależności pomiędzy tymi pojęciami zostanie przeprowadzona w dalszym procesie eksploracji badawczej.

Istota zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach

Zarządzanie zasobami ludzkimi jako koncepcja sprawowania funkcji personalnej ma już niemalże 40 lat. Jest to koncepcja bardzo dynamiczna, zaś jej ewolucja skorelowana jest ściśle z dynamiką otoczenia współczesnych organizacji. Faktem jest, że termin „zarządzanie zasobami ludzkimi” traktowany jest w literaturze przedmiotu nierzadko tożsamo z nowo powstającymi koncepcjami sprawowania funkcji personalnej, takimi jak zarządzanie kapitałem ludzkim (Marrewijk, Timmers 2003; Pochtowski 2007) czy też zarządzanie kapitałem zasobów ludzkich (Ployhart, Moliterno 2011). Badacze chętniej posługują się starą terminologią, choć w literaturze od kilku lat toczy się nierozstrzygnięty do tej pory spór, czy już możemy mówić o wyłaniającej się „nowej” koncepcji sprawowania funkcji personalnej, czy też staramy się „starą” koncepcję doprecyzować nową terminologią. Nie podejmując w tym miejscu tego wątku warto podkreślić, że osiągnięciu konsensusu w wymiarze teoretycznym nie sprzyja stan praktyki zarządzania pracownikami we współczesnych organizacjach, zwłaszcza tych funkcjonujących w sektorze publicznym, szczególnie w publicznych szpitalach. Sprawowanie funkcji personalnej w tych podmiotach sprowadza się bowiem często do administrowania sprawami osobowymi, a nie do zarządzania zasobami ludzkimi (Jończyk 2008; Buchelt 2011a).

Zarządzanie zasobami ludzkimi jako szczególnie podejście do sprawowania funkcji personalnej w organizacjach przejawia się w zestawie określonych wyróżników. Najważniejsze z nich to traktowanie zatrudnionych jako źródła pozyskiwania i utrzymywania przewagi konkurencyjnej, strategiczna integracja kwestii personalnych ze strategią organizacyjną (pionową i horyzontalną), inwestowanie w kapitał ludzki, aktywne uczestnictwo kierowników liniowych w zarządzaniu personelem czy indywidualizacja stosunków pracy (Dessler 2003; Pochtowski 2007). Z kolei wskazane wyróżniki świadczą o realizacji działań dotyczących kształtowania zasobów ludzkich, tj. pozyskiwania personelu, jego adaptacji, zarządzania efektywnością pracy, wynagradzania czy rozwoju. Przy czym nie chodzi o całkiem nowy zestaw praktyk zarządzania stosowany wobec pracowników, ale o ich adekwatną do potrzeb organizacji konfigurację i sposób egzekwowania.

Kwestie dotyczące zarządzania personelem w szpitalach na przestrzeni ostatnich lat przyciągają uwagę coraz liczniejszego grona badaczy, przy czym stwierdzenie to dotyczy raczej krajów wysoko rozwiniętych niż Polski². Kluczowym czynnikiem wpływającym na zainteresowanie badaczy problemami zarządzania zasobami ludzkimi jest niedobór tych zasobów w ochronie zdrowia, przy jednoczesnym wzroście popytu na świadczenia medyczne. Z analiz prowadzonych przez Światową Organizację Zdrowia oraz agendy rządowe poszczególnych krajów wynika, że liczba personelu medycznego niezbędnego do udzielania świadczeń zdrowotnych jest niewystarczająca

² Zdecydowana większość publikacji odnosi się do szpitali funkcjonujących w krajach wysoko rozwiniętych, takich jak Wielka Brytania, Stany Zjednoczone, Dania czy Kanada. W Polsce nadal kwestie związane z zarządzaniem zasobami ludzkimi w tych podstawowych jednostkach sektora ochrony zdrowia traktowane są niestety marginalnie. Na pierwszym planie eksponowana jest bowiem kwestia niedoboru zasobów finansowych w systemie ochrony zdrowia. Warto jest przy tym podkreślić, że z analiz literatury przedmiotu wynika, iż niedobór środków finansowych, zwłaszcza tych publicznych, jest immanentną cechą współczesnych systemów ochrony zdrowia nie tylko w krajach takich jak Polska, ale też bardziej rozwiniętych. W tych drugich jednak – inaczej niż w Polsce – nie powoduje to marginalizowania kwestii związanych z zarządzaniem pracownikami.

w stosunku do aktualnych potrzeb obywateli. Jednocześnie należy liczyć się z postępującym pogłębianiem się problemu niedoboru zasobów ludzkich w ochronie zdrowia między innymi w powodu nieodpowiedniej organizacji systemów edukacyjnych, braku lub nieefektywności polityk dotyczących zdrowia publicznego, czy też skłonności migracyjnych ludności, w tym personelu medycznego (WHO 2006; WHO 2015). Warto przy tym zaznaczyć, że niedobór zasobów ludzkich w ochronie zdrowia jest wyraźniejszy w krajach mniej rozwiniętych, z których personel medyczny emigruje. I tak dla przykładu w Niemczech na 100 000 obywateli przypadało w 2013 roku 401 lekarzy, w Norwegii 431, a w Polsce 224 (Eurostat 2017). W przypadku personelu pielęgniarstwa w naszym kraju analizowany wskaźnik również nie napawa optymizmem. W roku 2013 w Niemczech przypadało 1268 pielęgniarek na 100 000 mieszkańców, a w Danii 1630. W Polsce natomiast wskaźnik ten wynosił 527 pielęgniarek (Eurostat 2016).

Niedobór wykwalifikowanego personelu medycznego stanie się w przyszłości dotkliwszy również za sprawą nasilającego się zjawiska demograficznego, jakim jest starzenie się społeczeństwa. To właśnie w starzejącym się społeczeństwie rośnie zapotrzebowanie na coraz większą liczbę usług medycznych, zwłaszcza tych świadczonych przez szpitale (Young, McCarthy, Barrett, Kenagy, Pinakiewicz 2001). W związku z tym szpitale będą musiały przygotować się na świadczenie nowych usług kardiologicznych, gastrologicznych, neurologicznych czy geriatrycznych, silniej skorelowanych z procesami starzenia – lub na zwiększenie zakresu usług już świadczonych (Wieczorowska-Tobis 2011; Derejczyk, Bień, Kokoszka-Paszkot, Szczygieł 2008).

Kolejnym czynnikiem wpływającym na wzrost zainteresowania badaczy problemami zarządzania zasobami ludzkimi w szpitalach jest strategiczne znaczenie tworzenia, dystrybucji i implementacji wiedzy w sektorze ochrony zdrowia (Ferlie, Crilly, Jashapara, Peckham 2012). Sektor ochrony zdrowia nierzadko określany jest jako sektor oparty na wiedzy (z ang. *knowledge intensive sector*). Wytwórcami, nośnikami i użytkownikami wiedzy (dotyczącej przede wszystkim nowych terapii, sposobów diagnozy czy wykorzystania

nowoczesnych technologii) są niewątpliwie pracownicy sfery medycznej. Permanentny rozwój kompetencji specjalistycznych personelu medycznego staje się warunkiem *sine qua non* utrzymania i poprawy szeroko pojmowanej jakości usług medycznych. Fakt ten pociąga za sobą działania promujące ideę uczenia się przez całe życie (z ang. *life long learning*) w sektorze ochrony zdrowia. Jednocześnie staje się wyzwaniem dla realizacji funkcji personalnej w szpitalach.

Badania nad kwestiami ZZL w szpitalach są podejmowane również z dwóch innych powodów: po pierwsze, z powodu permanentnego niedoboru środków finansowych w systemach ochrony zdrowia, oraz po drugie, z powodu wyraźnie wzrastających kosztów realizacji usług medycznych. Biorąc pod uwagę obydwie zjawiska płatnicy, zwłaszcza publiczni, domagają się efektywności realizacji usług medycznych lub też – szerzej – efektywności podmiotów leczniczych, przede wszystkim szpitali. W tym kontekście coraz częściej w literaturze przedmiotu podejmowany jest temat związków pomiędzy szeroko pojmowaną efektywnością szpitali (z ang. *hospital performance*) a zarządzaniem zasobami ludzkimi. Warto też zauważyć, że zarządzanie efektywnością szpitali, zwłaszcza publicznych, ma specyficzny charakter. Istotne są bowiem nie tyle wyniki finansowe szpitala, ile jakość udzielanych świadczeń medycznych (Nelson, Rust, Zahorik, Rose, Batalden, Siemanski 1992; Frączkiewicz-Wronka 2010)³. Do tej pory ustalono między innymi, że wybrane praktyki ZZL sprzyjają jakości usług medycznych. Do tych praktyk zaliczono progresywne praktyki ZZL, elastyczne podejście do kwestii związanych z równowagą pomiędzy życiem osobistym a zawodowym, przywództwo oparte na wsparciu, dotrzymywanie obietnic oraz budowanie zaufania pracowników wobec kadr zarządzających (Guest, Conway 2004). W innych badaniach, skoncentrowanych

³ Kwestie związane z zarządzaniem efektywnością szpitali publicznych intrygują wielu badaczy również w Polsce (zob. m.in. Frączkiewicz-Wronka 2010). Faktem jest bowiem to, że specyfika usługi medycznej utrudnia ustalenie zamkniętego zestawu standardów lub też wskaźników służących pomiarowi efektywności szpitali. Najczęściej do zarządzania efektywnością szpitali proponuje się wykorzystanie zrównoważonej karty wyników.

na pomiarze korelacji pomiędzy ZZL a efektywnością szpitali, przyjrano się nie tylko jakości, ale i bezpieczeństwu realizacji usługi medycznej. Analizie poddano zaangażowanie personelu medycznego, traktowane jako zmienna modyfikowana przez praktyki związane ze szkoleniem, możliwością rozwoju, udziałem w podejmowaniu decyzji i komunikacją. Badania odwoływały się do modelu zasobów potrzebnych do realizacji zadań (z ang. *job demands resources*). W ujęciu autorów tych badań zasobami były wskazane praktyki ZZL. Jednocześnie uzyskane wyniki pozwoliły na pozytywną weryfikację założonej hipotezy, że dostarczenie przez szpital odpowiednich zasobów potrzebnych do realizacji zadań prowadzi do wzrostu zaangażowania pracowników, co z kolei poprawia jakość i bezpieczeństwo realizacji usług medycznych (Shantz, Alfes, Arevshatian 2016).

Podsumowując analizę badań dotyczących zarządzania zasobami ludzkimi w publicznych szpitalach należy stwierdzić, że w oparciu o nie można nie tylko rozważać skuteczność metod i narzędzi zarządzania zasobami ludzkimi w tych podmiotach, ale też identyfikować cele, jakie powinny przyświecać polityce personalnej szpitali. Wśród takich celów można wymienić przede wszystkim: pozyskiwanie wartościowego kapitału ludzkiego, podejmowanie działań retencyjnych wobec zatrudnionych już pracowników czy rozwój kompetencji specjalistycznych, interpersonalnych i menedżerskich pracowników sfery medycznej. Podczas „szytej na miarę” konfiguracji praktyk ZZL pozwalających na realizację zidentyfikowanych celów, szpitale powinny też antycypować ich wpływ na kulturę organizacyjną zorientowaną na zmiany i innowacje.

Koncepcje i typologie kultury organizacyjnej

W dobie rosnących potrzeb zdrowotnych i ograniczonych nakładów finansowych na ochronę zdrowia, niezbędne jest poszukiwanie coraz efektywniejszych rozwiązań organizacyjnych nie tylko w zarządzaniu zasobami ludzkimi, ale również w obszarze kultury organizacyjnej podmiotów leczniczych. Wprowadzenie w latach osiemdziesiątych XX wieku do nauk o zarządzaniu

koncepcji kultury organizacyjnej dało początek nowemu sposobowi ujmowania organizacji jako swego rodzaju systemu kulturowego. Ujęcie to zakładało, że organizacje rozwijają własne wzorce i orientacje, które z kolei wpływają na postawy i zachowania pracowników. W tym kontekście w literaturze przedmiotu można wyróżnić dwie podstawowe teorie: naukową i pragmatyczną. Pierwsza z nich zakłada, że kultura jest obrazem głęboko zakorzenionych wartości i przekonań (Smircich 1983). Z kolei druga teoria traktuje kulturę jako narzędzie motywowania ludzi do stałego zaangażowania w realizację celów organizacji (Schwartz, Davis 1981). Rozwój tych teorii zaowocował wielością definicji, typologii i klasyfikacji kultury organizacyjnej (Ravasi, Schultz 2006). Szczególnie cenione są współcześnie prace Geerta Hofstede’a i Edgara Scheina. Pierwszy z badaczy traktuje kulturę organizacyjną jako zbiorowe zaprogramowanie umysłu, które odróżnia członków jednej organizacji od członków innej (Hofstede 1988). Z kolei Schein uznaje kulturę za regulator, mający zdolność do ustalania i zmiany parametrów, którym ma odpowiadać zachowanie uczestników organizacji (Schein 2004). Ogólnie rzecz biorąc, uznaje się, że kultura organizacyjna jest niematerialnym składnikiem organizacji obejmującym szeroki zakres zjawisk społecznych, w tym przekonań, wartości, zachowań i założeń, które zakorzeniają się w świadomości członków organizacji (Aycan, Kanungo, Mendonca, Yu, Deller, Stahl, Kurshid 2000; Barney 1986; Cameron, Quinn 1999; Chow, Liu 2009; Konecki 2007; Kostera 1989; Martin 2002; Ngo, Loi 2008; Pocztowski 2007; Sikorski 2006; Smircich 1983, Sułkowski 2002).

Analiza literatury przedmiotu pozwala wyróżnić cztery kluczowe cechy kultury organizacyjnej. Po pierwsze, KO jest zjawiskiem wspólnym dla członków organizacji (Schein 2004; Wilson 2001). Po drugie, KO ma bardziej i mniej widoczne poziomy (Schein 2004, s. 17; Wilson 2001). Po trzecie, każdy nowy uczestnik organizacji uczy się KO (Wilson 2001), zwłaszcza w procesie socjalizacji. Po czwarte, KO ma tendencję do podlegania zmianom, choć procesy te zachodzą bardzo powoli (Wilson 2001). Jednocześnie na podstawie tych cech tworzy się podziały, typologie i klasyfikacje kultury organizacyjnej, które

z kolei pozwalają na modelowanie tego zjawiska. Przykładowo wielu badaczy posługuje się dychotomicznymi typologiami kultur organizacyjnych. Lidia Zbiegień-Maciąg (1999) dokonuje przeglądu takich jednowymiarowych modeli, wyszczególniając kultury: pozytywną i negatywną, introwertyczną i ekstrawertyczną, zachowawczą i innowacyjną, męską i kobiecą, biurokratyczną i pragmatyczną, elitarną i egalitarną, silną i słabą. Ryszard Rutka i Małgorzata Czerska prezentują kulturę wyłonioną w oparciu o prakseologiczne kryteria oceny (kultury proefektywnościowe i antyefektywnościowe; Rutka, Czerska 2002). Zdaniem Czesława Sikorskiego (2006) kultury organizacyjne można podzielić ze względu na stopień unikania niepewności (kultury wysokiej i niskiej tolerancji niepewności). Wśród istniejących modeli KO jednym z najpopularniejszych jest podział według Kima Camerona i Roberta Quinna, zwany modelem wartości konkurujących (*competing values framework*; Cameron, Quinn 1999). Ważną funkcją tego modelu jest identyfikacja tych wymiarów organizacji, które umożliwiają odkrycie prawidłowości występujących w jej kulturze. Badania autorów doprowadziły do wyróżnienia czterech rodzajów KO: klanu, adhokracji, hierarchii i rynku.

Spośród innych koncepcji warto wskazać model kultury opracowany przez Rogera Harrisona i rozwinięty przez Charlesa Handy'ego w latach osiemdziesiątych XX wieku (Harrison 1972; Handy 1993). Ten model zaadaptowano do badań wykorzystanych w niniejszej publikacji. Badacze zaproponowali podział na cztery rodzaje kultury organizacyjnej: kulturę władzy, roli, zadań i jednostki (osobową). Za kulturę władzy uznano kulturę zorientowaną na źródło władzy w organizacji. Władza zajmuje tu centralne miejsce, dobiera sobie współpracowników, wynagradza i karze według własnego kodeksu postępowania. W organizacji o kulturze władzy kierownicy traktują podwładnych przedmiotowo. Za kulturę roli uznano kulturę biurokratyczną, w której nacisk kładziony jest na legalność działań i poczucie odpowiedzialności. W tej kulturze stanowisko pracy liczy się bardziej niż osoba je zajmująca. Organizacja o takim typie kultury dąży do racjonalności, stabilności, biurokratycznego porządku. Za kulturę zadań uznano kulturę

organizacji zobrazowaną jako siatka ludzi znajdujących się w różnych jej punktach w zależności od wykonywanych zadań. W kulturze zadań to one mają charakter priorytetowy; dominuje praca oparta na zespołach budowanych na potrzeby konkretnych projektów i dążących do wspólnych celów. Główny nacisk jest położony na rezultat pracy (projektu, zadania). Z kolei za kulturę jednostki (osobową) uznano kulturę organizacji związaną głównie z zaspokajaniem potrzeb swoich członków. W centrum zainteresowania znajduje się pracownik, jego cele oraz potrzeby (głównie samorealizacji). Rola organizacji sprowadza się jedynie do zorganizowania miejsca pracy i pomocy pracownikom w realizacji ich indywidualnych celów.

Specyfika kultury organizacyjnej w publicznych szpitalach

Weryfikacja empiryczna kultury organizacyjnej w znaczącej większości przypadków dotyczy organizacji prywatnych. Znacznie mniej miejsca poświęcono badaniom KO w organizacjach sektora publicznego. W Polsce pionierskim badaniom poddano KO w organizacjach publicznych w sektorze ochrony zdrowia (Jończyk 2011, 2015; Sułkowski 2012), usługach społecznych (Frączkiewicz-Wronka 2015) i administracji (Kozuch 2004). Warto przywołać kilka kluczowych wniosków na temat KO w publicznych szpitalach, którym jest poświęcona niniejsza publikacja. Na wstępie należy jednak podkreślić specyfikę publicznych szpitali, która jest powiązana zarówno ze szczególnym charakterem rynku ochrony zdrowia, jak i publicznością wyróżniającą te organizacje (Kozuch 2004, 2006; Frączkiewicz-Wronka 2009). Specyfika rynku ochrony zdrowia wynika z różnic pomiędzy tym rynkiem a rynkami innych dóbr, ponieważ zdrowie jest wartością o wyjątkowym wymiarze etycznym, nie jest towarem i jest bezcenne. Jednocześnie dostęp do usług opieki medycznej regulowany jest nie przez mechanizmy rynkowe, jak przy zakupie usług standardowych, ale na podstawie gwarancji Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Z kolei publiczność szpitali, które odgrywają strategiczną rolę w systemie opieki zdrowotnej,

charakteryzuje się cechami odróżniającymi ją od publiczności organizacji biznesowych. Należy tu podkreślić, że cele publicznych szpitali są liczne, wielowymiarowe i często trudne do pogodzenia – np. równość, sprawiedliwość i efektywność. Jednostki te poddane są nadmiernym wpływom politycznym, naciskom różnych grup interesu czy stałej obserwacji ze strony środków masowego przekazu. Ponadto obowiązują w nich odmienne niż w sektorze prywatnym kryteria sukcesu – nie są nimi wyłącznie kryteria finansowe, ale przede wszystkim korzyści społeczne związane z pełnieniem służby publicznej. Jednocześnie w publicznych szpitalach typowe jest występowanie licznych subkultur organizacyjnych, będących odzwierciedleniem często przeciwstawnych interesów funkcjonujących w nich grup, np. zawodowych.

Z zagranicznych badań dotyczących KO w publicznych szpitalach można tu przywołać przykład szpitali chińskich, w których typowa kultura skupia się bardziej na odpowiedzialności społecznej, konkurencji i zrównoważonym rozwoju, a mniej na rozwoju zdolności personelu, orientacji zespołowej i zaangażowaniu. Ponadto kulturę chińskich szpitali publicznych cechuje ścisła kontrola wewnętrzna i znaczne scentralizowanie (Zhou, Bundorf, Chang, Huang, Xue 2011). Podobne wyniki uzyskał Łukasz Sułkowski przy badaniu KO polskich szpitali publicznych. W opinii badacza i członków jego zespołu KO tych organizacji wyraźnie mierza w kierunku hierarchiczności i nadmiernej centralizacji (Sułkowski 2013). Kultura badanych szpitali objawia się znaczącą 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 i salowe (Sułkowski 2013).

W publicznych szpitalach w Polsce powszechny i akceptowany jest autokratyczny styl kierowania, a wieloletni kierownicy, którzy rozwinęli styl paternalistyczny, są szczególnie wysoko cenieni i poważani. W działaniach zawodowych wykony-

wanych przez lekarzy, pielęgniarki oraz menedżerów sporadycznie pojawia się styl konsultacyjny czy partycypacyjny. Struktura władzy jest bardzo stabilna zarówno w sensie układu hierarchicznego (stanowisk pracy, uprawnień i podległości), jak również w postaci osób sprawujących władzę. W szpitalach dominuje funkcjonalna struktura organizacyjna oraz centralizm w podejmowaniu decyzji. Władza jest trwała i sformalizowana. Powyższe wnioski potwierdzają badania Aldony Frączkiwicz-Wronki (2015), która podkreśla, że dominującym typem kultury w publicznym szpitalu jest kultura hierarchii. Nawet jeśli pracownicy są zaangażowani w realizację celów szpitali, to ograniczają ich nadmiernie sformalizowane procedury, szczegółowo określające sposób wykonywania obowiązków i niepozostawiające miejsca na niestandardowe, elastyczne postępowanie. Do niemalże identycznych wniosków dotyczących KO publicznych szpitali prowadzi badania jednej z autorek niniejszej publikacji. Potwierdzają one tezę o nadmiernej centralizacji władzy, hierarchiczności i autokratycznym stylu kierowania w publicznych szpitalach, w znacznej mierze związanych z nakładaniem się różnych subkultur zawodowych w tych podmiotach (Jończyk 2011; 2015). W publicznych szpitalach zaznacza się też skłonność do konserwatyizmu kulturowego, przejawiająca się oporem wobec zmian oraz dążeniem do utrzymania *status quo*.

Związki kultury organizacyjnej i zarządzania zasobami ludzkimi – aspekty teoretyczne

W refleksjach badawczych dotyczących zarządzania coraz częściej pojawia się przekonanie, że praktyki ZZL mogą oddziaływać na określone postawy i zachowania pracowników, formułując tym samym kulturę danej organizacji (Bowen, Ostroff 2004; Chow, Liu 2009; Lau, Ngo 2004; Konecki 2007; Poczowski 2007, Buchelt 2015). Jedną z pierwszych opinii na powyższy temat sformułował Thomas Peters (1978), sugerując, że systemy ZZL mogą być traktowane jako mechanizm do przekazywania wartości i przekonań organizacji, kształtując jej charakter. Ważne są tu trzy kwestie: czego organizacja oczekuje od

pracowników, jakie zachowania pracowników są nagradzane oraz jakie są nakazy i zakazy dotyczące prawidłowego współżycia społecznego w organizacji. Do podobnych wniosków doszli Howard Schwartz i Stanley Davis (1981), podkreślając, że wynikająca z zasad ZZL wiedza o oczekiwanych wzorcach aktywności i akceptowalnych w organizacji zachowaniach umożliwia jednocześnie osiągnięcie celów organizacyjnych. To dzięki wymianie informacji i doświadczeń pracowników określone normy i zachowania stają się środkami, przez które jest tworzona i podtrzymywana kultura organizacyjna (Ulrich 1984). Zdaniem Wendy Ulrich polityki i procedury realizowane przez menedżerów działów zajmujących się ZZL powinny stać się swoistymi rytuałami w organizacji, gdyż pomogą one w ustaleniu granic i norm tych zachowań dotyczących zarządzania ludźmi, przez które kształtowana jest kultura organizacyjna.

Warto tu przywołać badania przeprowadzone w Hong Kongu na próbie 332 firm (Lau, Ngo 2004). Wyniki tych badań pozwoliły na stwierdzenie, że praktyki ZZL, które kładą nacisk na szkolenia, nagrody przyznawane za wydajność, jak również rozwój pracy zespołowej, przyczyniają się do tworzenia kultury organizacyjnej promującej zmianę i innowację. Badacze doszli do wniosku, że kultura organizacyjna pełni niejako funkcję mediatora pomiędzy systemem HR i wynikami firmy. Oznacza to, że praktyki ZZL realizowane przez badane przedsiębiorstwa miały wpływ na kulturę organizacyjną, co z kolei przekładało się na zachowania i wyniki pracowników. W innym badaniu na próbie 170 respondentów indywidualnych stwierdzono, że premia wypłacana na podstawie indywidualnych wyników może doprowadzić do bardziej indywidualistycznej kultury organizacyjnej w porównaniu do wynagradzania zespołowego (Kuhn 2009). Jeszcze inne badania przeprowadzone na próbie 904 absolwentów zatrudnionych w sześciu publicznych organizacjach pozwoliły na sformułowanie wniosku, że kultura organizacyjna tych organizacji miała istotny wpływ na poziom retencji tych pracowników. W tych organizacjach, które miały kulturę promującą szacunek i dobre relacje międzyludzkie, pracownicy przebywali 14 miesięcy dłużej niż w organizacjach repre-

zentujących kulturę ukierunkowaną głównie na zadania (Sheridan 1992).

W polskiej literaturze przedmiotu na problematykę związków pomiędzy KO i ZZL zwrócili uwagę między innymi Aleksy Poczowski (2007) i Krzysztof Konecki (2007). W opinii Poczowskiego (2003) praktyki ZZL stosowane w dziedzinie zarządzania są wynikiem utrwalonych wzorców kulturowych obowiązujących w organizacjach. Dlatego też niezbędne jest docenianie kultury organizacyjnej w kontekście zmian czy innowacji. Z kolei dla ZZL ważne jest uwzględnienie wartości kulturowych w opracowywaniu zasad polityki personalnej (Poczowski 2007). Podobne wnioski z prowadzonych analiz przywołuje Konecki, który wskazuje na konieczność integracji wartości pracowników i wartości organizacyjnych składających się na kulturę organizacyjną z określonymi procedurami i praktykami zarządzania zasobami ludzkimi (Konecki 2007). Jeżeli w organizacji dominują wartości charakterystyczne dla kultury zorientowanej indywidualistycznie (np. rywalizacja, nastawienie na sukces indywidualny), to narzędzia ZZL powinny odpowiadać tym wartościom. Z kolei jeżeli organizacja chce wprowadzić wartości charakterystyczne dla kultury kolektywistycznej, promującej pracę zespołową, to musi dostosować narzędzia ZZL do tego rodzaju kultury (Konecki 2007). Przykładowo przy promowaniu przez organizację wartości kultury kolektywistycznej, w procesie pozyskiwania pracowników należy stawiać na kandydatów o cechach zespołowych. Systemy ocen pracowniczych czy wynagradzania powinny być bardziej ukierunkowane na skuteczną pracę zespołową niż na indywidualną rywalizację. Podobnie procesy kształcenia powinny kłaść większy nacisk na wszechstronność kwalifikacji pracowników w celu wzajemnego zastępowania się w pracy zespołów, a nie na wyłącznie indywidualny, specjalistyczny rozwój.

W podsumowaniu teoretycznych dociekań można przywołać stwierdzenie, że postawy, przekonania i wartości tworzące kulturę organizacyjną mogą pociągać za sobą rozwój polityk, praktyk i systemów ZZL (Ferris, Arthur, Berkson, Kaplan, Harrell-Cook, Frink 1998). Z kolei odpowiednio zdefiniowane zasady zarządzania zasobami ludzkimi mogą stymulować rozwój

odpowiednich kultur zorientowanych na realizację strategicznych celów organizacji, w tym również publicznych szpitali.

Metodyka badań

W oparciu o zaprezentowane powyżej założenia teoretyczne postawiono tezę, że istnieje związek pomiędzy KO i ZZZL w publicznym szpitalu. W celu jej weryfikacji wykorzystano dane z badań ankietowych, stanowiących element szerszych dociekań prowadzonych w nurcie jakościowym, których celem było zrozumienie złożonego zjawiska kultury organizacyjnej w warunkach innowacyjności. W analizie wykorzystano opinie 468 pracowników ośmiu publicznych szpitali. Wśród respondentów 18% stanowili menedżerowie, 21% lekarze, zaś 61% – pielęgniarki i położne. Należy podkreślić, że dobór szpitali był celowy i wynikał przede wszystkim ze znajomości tych placówek, jak i praktycznej możliwości przeprowadzenia w nich rzetelnych badań. Opracowanie danych ilościowych nie było tu najważniejszym celem analizy, ale pełniło funkcję porządkującą i urealnijającą dane uzyskane z wcześniejszych obserwacji oraz wywiadów. Zatem opracowanie liczbowe w przywoływanych badaniach było jedynie, jak to określił Konecki (2000), podążaniem za „regułą większości” pomocną w decyzjach o realności sprawdzanych zjawisk.

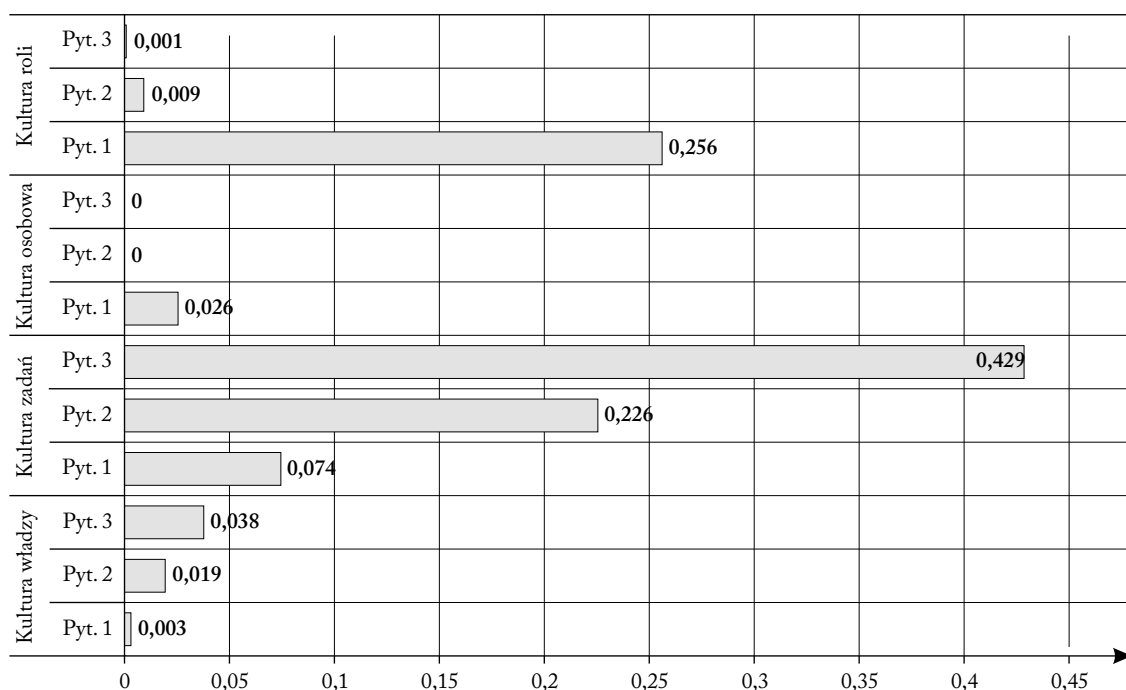
W celu weryfikacji postawionej tezy wyróżniono dwie zmienne nominalne (kategorialne): KO i ZZZL. Pierwszą z nich uznano za wyjaśniającą, drugą zaś za wyjaśnianą. W odniesieniu do KO posłużono się przywołaną w części teoretycznej typologią opracowaną przez Harrisona i rozwiniętą przez Handy’ego, wyróżniającą cztery typy kultury organizacyjnej: władzy, zadań, osobową i roli (Harrison 1972; Handy 1993). W badaniu ZZZL wykorzystano trzy praktyki: dobór personelu otwartego na zmiany (pyt. 1), zachęcanie personelu do rozwoju i dzielenia się wiedzą (pyt. 2) i nagradzanie personelu za innowacyjność (pyt. 3). Dobór takich praktyk ZZZL był podyktowany przede wszystkim ich strategiczną rolą w warunkach wdrażania zmian i innowacji w szpitalach. Odpowiedzi respondentów były udzielane w oparciu o siedmiostopniową skalę

Likerta i brzmiały następująco: 1 – „zdecydowanie nie”, 2 – „nie”, „3 – raczej nie”, „4 – brak opinii”, 5 – „raczej tak”, 6 – „tak”, 7 – „zdecydowanie tak”. W badaniu związków pomiędzy wyróżnionymi zmiennymi wykorzystano analizę zależności wykonaną przy użyciu programu Statistica 10.

W związku z realizacją celu opracowania pomiędzy poszczególnymi zmiennymi (typem KO i wybraną praktyką ZZZL) przeprowadzono test chi-kwadrat. Jako graniczny poziom ustalono wartość 0,05. Jeśli zatem wartość zestawionych zmiennych była niższa od 0,05, oznaczało to istnienie związku pomiędzy zmiennymi, i odwrotnie. Łącznie przeprowadzono 48 testów (po 12 testów dla poszczególnych grup zawodowych i 12 dla wszystkich respondentów razem). Wyniki testu dla wszystkich respondentów (bez rozbijania na grupy zawodowe) zaprezentowano na rysunku 1.

Wyniki testu zależności przedstawione na rysunku 1 pozwalają stwierdzić, że istnieją zależności pomiędzy wszystkimi typami KO a poszczególnymi praktykami ZZZL za wyjątkiem kultury zadań, gdzie wartość w odniesieniu do badanych praktyk ZZZL wynosi powyżej 0,05. W przypadku pozostałych typów KO wartość graniczna jest niższa od 0,05. Przykładowo w zestawieniu kultury władzy z praktyką doboru personelu otwartego na zmiany (pyt. 1) wskaźnik wynosi 0,03, w zestawieniu kultury roli z praktyką nagradzania personelu za innowacyjność (pyt. 3) – 0,01, oraz w zestawieniu kultury osobowej z praktyką zachęcania personelu do rozwoju i dzielenia się wiedzą (pyt. 2) wynosi 0,00.

Następnie poddano sprawdzeniu, czy istnieją związki pomiędzy odpowiedziami dotyczącymi poszczególnych typów KO i praktyk ZZZL przedstawicieli badanych grup zawodowych. W pierwszej kolejności dokonano próby sprawdzenia, czy istnieją związki pomiędzy odpowiedziami dotyczącymi typu KO i odpowiedziami dotyczącymi praktyki doboru pracowników otwartych na zmiany. Wyniki testu w rozbiciu na opinie poszczególnych grup zawodowych zaprezentowano na rysunku 2. Analiza odpowiedzi respondentów dotyczących typu KO i praktyki doboru pracowników otwartych na zmiany potwierdza występowanie zależności jedynie w przypadku kultury władzy. Wartość poziomu istotności po-



Rysunek 1. Wyniki testu zależności pomiędzy poszczególnymi typami KO i praktykami ZZZL.

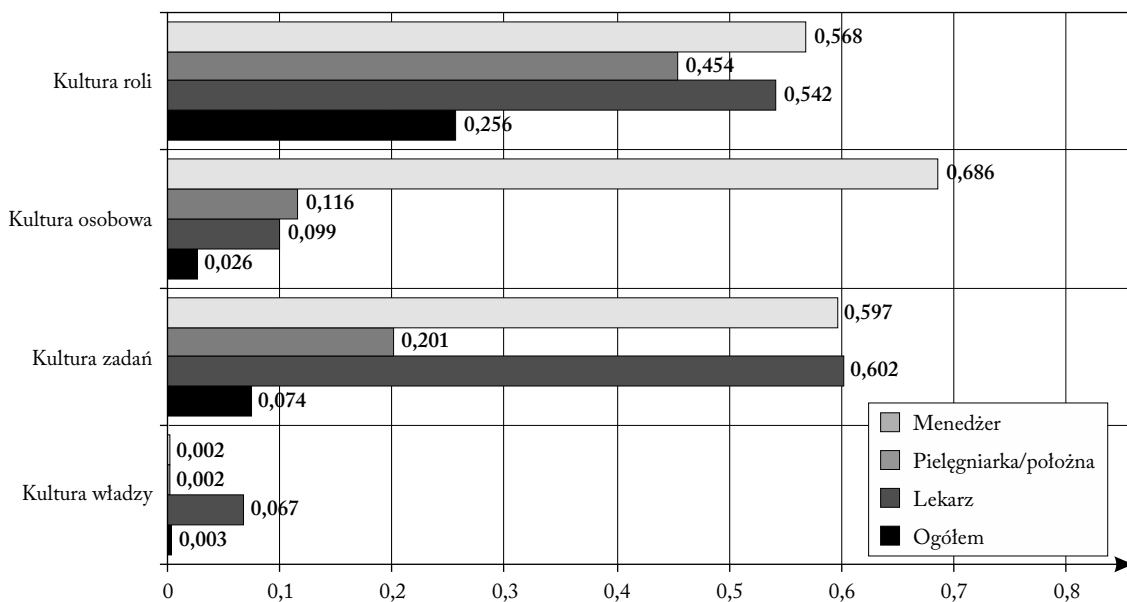
Źródło: opracowanie własne.

niżej przyjętej wartości granicznej 0,05 widoczna jest w przypadku pielęgniarek i położnych (0,002) i menedżerów (0,002). W przypadku lekarzy uzyskana wartość wynosi 0,067, czyli nieznacznie przekracza przyjętą wartość graniczną. Może to skłaniać do stwierdzenia, że odpowiedzi respondentów dotyczące zarówno typu KO, jak i badanej praktyki ZZZL także korelują ze sobą.

W drugiej kolejności przeprowadzono test zależności badający związki pomiędzy odpowiedziami dotyczącymi typu KO i praktyki zachęcania pracowników do rozwoju i dzielenia się wiedzą (zob. rys. 3). Analiza danych potwierdziła istnienie zależności pomiędzy opiniami dotyczącymi zachęcania do rozwoju i dzielenia się wiedzą a opiniami dotyczącymi wszystkich typów kultury, poza kulturą zadaniową. Jednoznaczne zależności stwierdzono po analizie ocen respondentów reprezentujących różne grupy zawodowe w odniesieniu do opinii dotyczących kultury osobowej. Wartość poziomu istotności poniżej przyjętej wartości granicznej 0,05 widoczna jest w przypadku lekarzy (0,035). W przypadku

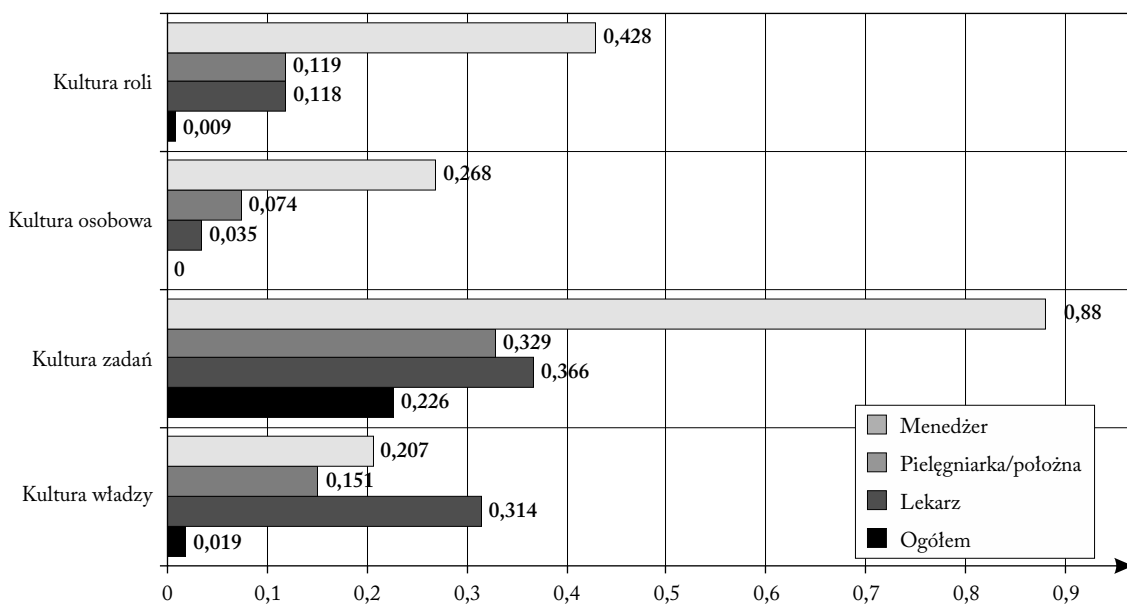
analizy opinii pielęgniarek i położnych poziom istotności nieznacznie przekroczył przyjętą wartość graniczną (0,076), co może prowadzić do wniosku, że odpowiedzi respondentów dotyczące zarówno typu KO, jak i badanej praktyki ZZZL także korelują ze sobą. Z kolei nie stwierdzono istnienia powyższej zależności w badaniu opinii menedżerów dotyczących oceny typu kultury i praktyki zachęcania pracowników do rozwoju i dzielenia się wiedzą (0,268). Może to być związane z brakiem zainteresowania lub chęci niesienia pomocy pracownikom w zaspokajaniu ich potrzeb i realizacji ich indywidualnych celów, czy z też brakiem potrzeby własnej samorealizacji, charakterystycznej dla kultury osobowej.

Ostatni test zależności przeprowadzono pomiędzy opiniami respondentów dotyczącymi typu KO i nagradzania pracowników za innowacyjność (zob. rys. 4). Wyniki analiz potwierdziły istotne zależności pomiędzy odpowiedziami wszystkich respondentów dotyczącymi nagradzania za innowacyjność i dotyczącymi wszystkich typów kultury, poza kulturą zadań. Jednoznaczne



Rysunek 2. Wyniki testu zależności pomiędzy typem KO i praktyką doboru pracowników otwartych na zmiany.

Źródło: opracowanie własne.



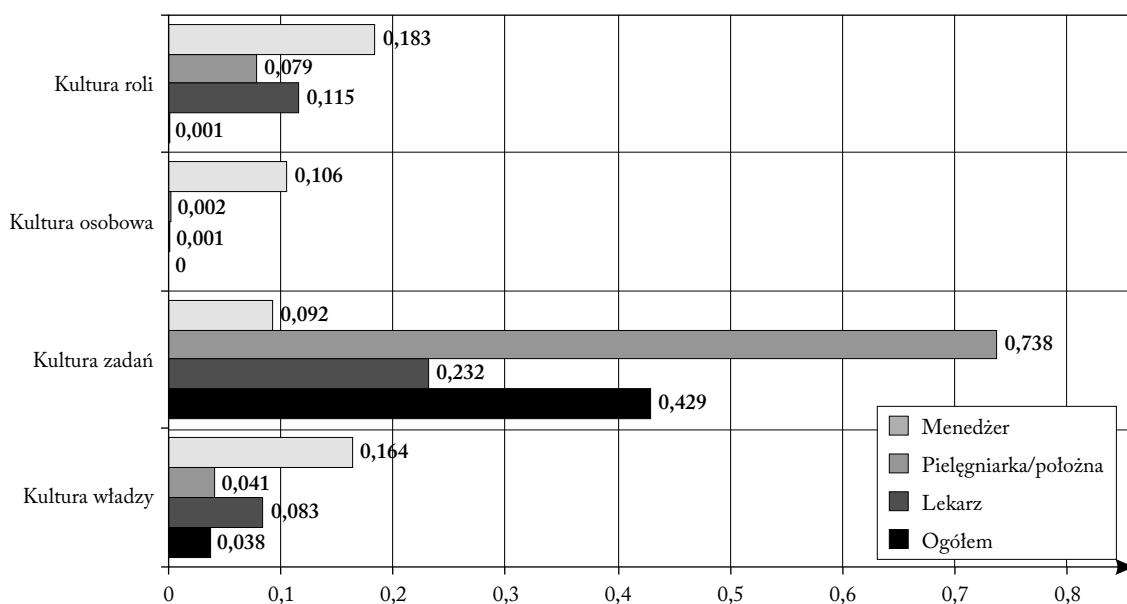
Rysunek 3. Wyniki testu zależności pomiędzy typem KO i praktyką zachęcania pracowników do rozwoju i dzielenia się wiedzą.

Źródło: opracowanie własne.

związki pomiędzy badanymi zmiennymi zostały potwierdzone opiniami pielęgniarek i położnych (0,002) i lekarzy (0,001) w odniesieniu do kultury osobowej. W przypadku menedżerów nie stwierdzono żadnych korelacji pomiędzy ich opiniami dotyczącymi tego typu kultury z opiniami dotyczącymi praktyki nagradzania za innowacyjność. Podobna sytuacja miała miejsce w odniesieniu do badania korelacji pomiędzy opiniami menedżerów dotyczącymi kultury osobowej i praktyki zachęcania personelu do rozwoju. Może to być spowodowane niewłaściwą postawą tej grupy zawodowej wobec problemów dotyczących wynagradzania personelu w szpitalu. Ponadto w przypadku grupy pielęgniarek i położnych stwierdzono istnienie zależności pomiędzy ich opiniami dotyczącymi kultury władzy i opiniami dotyczącymi praktyki nagradzania za innowacyjność (0,041). Istnienia takiej zależności nie stwierdzono w przypadku badania opinii lekarzy i menedżerów. Może to prowadzić do wniosku o ogólnym zadowoleniu tych grup z wynagradzania i jednoczesnym braku zainteresowania kwestią systemowej regulacji wynagrodzeń w szpitalu.

Podsumowanie

Wyniki badań dotyczące opinii wszystkich respondentów łącznie (bez podziału na grupy zawodowe) potwierdziły tezę, że w poddanych weryfikacji empirycznej publicznych szpitalach istnieje związek pomiędzy KO i ZZL. Biorąc jednak pod uwagę kryterium grup zawodowych należy stwierdzić występowanie różnic. I tak przeprowadzona analiza zależności potwierdziła istnienie związków pomiędzy opiniami lekarzy dotyczącymi praktyki doboru personelu otwartego na zmiany i opiniami dotyczącymi kultury władzy. Jednocześnie w odniesieniu do tej grupy zawodowej potwierdzono istnienie związków pomiędzy opiniami dotyczącymi praktyk zachęcania do rozwoju i dzielenia się wiedzą oraz nagradzania za innowacyjność z opiniami dotyczącymi kultury osobowej. Może to prowadzić do wniosku, że lekarze najbardziej identyfikują się z kulturą osobową, która zapewnia im zaspokojenie własnych celów i potrzeb (głównie samo-realizacji). Podobne wnioski dotyczą pielęgniarek i położnych. Analiza danych pozwala stwierdzić,



Rysunek 4. Wyniki testu zależności pomiędzy typem KO i praktyką nagradzania pracowników za innowacyjność.

Źródło: opracowanie własne.

że istnieją związki pomiędzy ich opiniami dotyczącymi kultury osobowej i opiniami dotyczącymi praktyk zachęcania do rozwoju i dzielenia się wiedzą oraz nagradzania za innowacyjność. Ponadto zestawienie odpowiedzi pielęgniarek i położnych dotyczących praktyki doboru pracowników otwartych na zmiany z opiniami dotyczącymi kultury władzy również potwierdza istnienie korelacji. Jednak jedynie w przypadku tej grupy zawodowej stwierdzono zależność pomiędzy opiniami dotyczącymi kultury władzy i opiniami dotyczącymi praktyki nagradzania za innowacyjność. Może to wynikać z większej świadomości tego personelu dotyczącej potrzeby systemowej regulacji wynagrodzeń, szczególnie wobec własnej grupy zawodowej. Z kolei w przypadku menedżerów (jako jedynej grupy zawodowej) stwierdzono zależność pomiędzy opiniami dotyczącymi kultury władzy i opiniami dotyczącymi praktyki doboru pracowników otwartych na zmiany. Taka sytuacja może wynikać z posiadania przez menedżerów określonej pozycji w szpitalu i ze związanej z nią ogólnej ignorancji wobec problemów dotyczących personelu.

Powyższe wyniki badań mogą prowadzić do następujących konkluzji. Po pierwsze, praktyki ZZL mogą być traktowane jako mechanizmy przekazywania wartości i norm (kultury) organizacji. Po drugie, KO i związane z nią normy organizacyjne nie muszą być wynikiem wspólnych wartości pracowników, ale mogą być kształtowane przez przepisy wdrożone przez organizację. Po trzecie, sposób zaprojektowania praktyk ZZL może komunikować personelowi ważne i przydatne informacje o KO. Po czwarte, praktyki ZZL mogą przekazywać pracownikom znormalizowane informacje o oczekiwanych wzorcach aktywności i akceptowanych przez organizację zachowaniach, umożliwiających jej osiągnięcie własnych celów. Jednocześnie należy stwierdzić, że procedury i praktyki ZZL realizowane przez menedżerów powinny stać się zwyczajami w szpitalach. W szczególności ważne są procedury oceny, rozwoju i nagradzania, które pomagają pracownikom w ustaleniu granic norm i zachowań w organizacjach. Konkludując warto podkreślić, że przeprowadzone badania nie są wolne od ograniczeń. Przede wszystkim istnieją znaczne różnice pomiędzy liczebnością

grup zawodowych respondentów, co z pewnością wpłynęło na otrzymane wyniki (jednak nie było możliwości zdobycia większej liczby ankiet od mniej licznych grup, jakimi są lekarze i menedżerowie w szpitalach). Pomimo to wydaje się, że powyższe wyniki mogą stanowić dla naczelnego kierownictwa szpitali cenną wskazówkę dotyczącą potrzeby wzajemnego dostosowywania ZZL i KO, szczególnie w warunkach zmian i innowacji, nieustannie obecnych w praktyce współczesnych szpitali.

Literatura

- Aycan, Z., Kanungo, R., Mendonca, M., Yu K., Deller, J., Stahl, G., Kurshid, A. (2000). Impact of culture on human resource management practices: A 10-country comparison. *Applied Psychology: An International Review*, 49 (1), 192–221.
- Barney, J. (1986). Organizational culture: Can it be a source of sustained competitive advantage? *The Academy of Management Review*, 11 (3), 656–665.
- Bowen, D., Ostroff, C. (2004). Understanding HRM–firm performance linkages: The role of the “strength” of the HRM system. *The Academy of Management Review*, 29 (2), 203–221.
- Buchelt, B. (2011a). Perspektywa rozwoju funkcji personalnej w jednostkach sektora usług medycznych w Polsce. W: J. Stępniewski, P. Karniej, M. Kęsy (red.), *Innowacje organizacyjne w szpitalach* (s. 348–359). Warszawa: ABC Woletrs Kluwer Business.
- Buchelt, B. (2011b). Strategiczna istotność ZZL a faktyczny poziom rozwoju funkcji personalnej w publicznych i niepublicznych ZOZ-ach. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2, 73–85.
- Buchelt, B. (2015). Performance management in Polish companies internationalizing their market activities. *The International Journal of Human Resource Management*, 26 (15), 1965–1982.
- Cameron, K.S., Quinn, R. E. (1999). *Diagnosing and Changing Organizational Culture: Based on the Competing Values Framework*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Cameron, K.S., Quinn, R.E., Degraff, J., Thakor, A. (2007). *Competing Values Leadership: Creating Value in Organizations*. MA: Edward Elgar Publishing.
- Chow, I., Liu, S. (2009). The effect of aligning organizational culture and business strategy with HR systems on firm performance in Chinese enterprises. *The International Journal of Human Resource Management*, 20 (11), 2292–2310.

- Derejczyk, J., Bień B., Kokoszka-Paszko J., Szczygieł J. (2008). Gerontologia i geriatria w Polsce na tle Europy — czy należy inwestować w ich rozwój w naszym kraju? *Gerontologia Polska*, 16 (3), 149–159.
- Dessler, G. (2003). *Human Resource Management*. Pearson Education: Upper Saddle River.
- Eurostat (2016). Nursing and caring professionals. Pobrane ze strony: http://ec.europa.eu/eurostat/cache/metadata/Annexes/hlth_res_esms_an4.pdf (dostęp 4.05.2017).
- Eurostat (2017). Practising physicians per 100 000 inhabitants. Pobrane ze strony: http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?tab=table&p_lugin=1&pcode=tps00044&language=en (dostęp: 4.05.2017).
- Ferlie, E., Crilly, T., Jashapara, A., Peckham, A. (2012). Knowledge mobilization in healthcare: A critical review of health sector and generic management review. *Social Science and Medicina*, 74 (8), 1297–1304.
- Ferris, G., Arthur, M., Berkson, H., Kaplan, D., Harrell-Cook, G., Frink, D. (1998). Toward a social context theory of the human resource management-organization effectiveness relationship. *Human Resource Management Review*, 8 (3), 235–264.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (red.) (2009). *Zarządzanie publiczne: elementy teorii i praktyki*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (red.) (2010). *Pomiar efektywności organizacji publicznych na przykładzie sektora ochrony zdrowia*. Katowice: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Katowicach.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2014). *Zarządzanie usługami społecznymi. Studium partnerstw publiczno-społecznych*. Warszawa: Difin.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2015). Diagnostowanie kultury organizacyjnej w podmiocie leczniczym – studium szpitala publicznego. W: B. Koźuch, Ł. Sułkowski (red.), *Instrumentarium zarządzania publicznego* (s. 177–198). Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Guest, D.E., Conway, N. (2004). *Employee Well-being and the Psychological Contract*. London: CIPD.
- Handy, C. (1993). *Understanding Organizations*. Harmondsworth: Penguin.
- Harrison, R. (1972). Understanding your organization's character. *Harvard Business Review*, 50 (3), 119–128.
- Hofstede, G. (1988). The Confucius connection: From cultural roots to economic growth. *Organizational Dynamics*, 16 (4), 4–22.
- Jończyk, J. (2008). *Zarządzanie zasobami ludzkimi w zakładach opieki zdrowotnej*. Warszawa: Difin.
- Jończyk, J. (2011). Kształtowanie proinnowacyjnej kultury organizacyjnej w szpitalu publicznym. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2 (79), 43–54.
- Jończyk, J. (2015). The impact of human resource management on the innovativeness of public hospitals in Poland. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 213, 1000–1007.
- Konecki, K. (2000). *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Konecki, K. (2007). Kulturowe uwarunkowania zarządzania zasobami ludzkimi. Sprzężenia zwrotne w działaniu. W: K. Konecki, P. Chomczyński (red.), *Zarządzanie organizacjami. Kulturowe uwarunkowania zarządzania zasobami ludzkimi* (s. 11–29). Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Kostera, M. (1989). Kultura i kultura organizacyjna. *Przegląd Organizacji*, 8, 21–23.
- Koźuch, B. (2004). *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce polskich organizacji*. Warszawa: Placent.
- Koźuch, B. (2006). *Problemy zarządzania organizacjami publicznymi*. Kraków: Fundacja Współczesne Zarządzanie oraz Instytut Spaw Publicznych.
- Kuhn, K. (2009). Compensation as a signal of organizational culture: The effects of advertising individual or collective incentives. *The International Journal of Human Resource Management*, 20 (7), 1634–1648.
- Lau, C.-M., Ngo, H.-Y. (2004). The HR system, organizational culture, and product innovation. *International Business Review*, 13, 685–703.
- Marrewijk, M. van, Timmers, J. (2003). Human capital management: New possibilities in people management. *Journal of Business Ethics*, 44 (2–3), 171–184.
- Martin, J. (2002). *Organizational Culture: Mapping the Terrain*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Nelson, E.C., Rust R.T., Zahorik, A., Rose, R.L., Batalden, P., Siemanski B.A. (1992). Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance? *Journal of Health Care Marketing*, 12 (4), 6–13.
- Ngo, H., Loi, R. (2008). Human resource flexibility, organizational culture and firm performance: An investigation of multinational firms in Hong Kong. *The International Journal of Human Resource Management*, 19 (9), 1654–1666.
- Peters, T. (1978). Symbols, patterns, and settings: An optimistic case for getting things done. *Organizational Dynamics*, 7 (2), 3–23.
- Ployhart, R.E., Moliterno, T. (2011). Emergence of human capital resource: A multilevel model. *Academy of Management Review*, 36 (1), 127–150.

- Pocztowski A. (2007). *Zarządzanie zasobami ludzkimi: Strategie – procesy – metody*. Warszawa: PWE.
- Ravasi, D., Schultz, M. (2006). Responding to organizational identity threats: Exploring the role of organizational culture. *Academy of Management Journal*, 49 (3), 433–458.
- Rutka, R., Czerska, M. (2002). Wpływ kultury organizacyjnej na metody i narzędzia pełnienia ról kierowniczych. W: J. Stankiewicz (red.), *Nowoczesne zarządzanie przedsiębiorstwem*, cz. 1. Zielona Góra: Redakcja Wydawnictw Matematyczno-Ekonomicznych.
- Schein, E. (2004). *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schwartz, H., Davis, S. (1981). Matching corporate culture and business strategy. *Organizational Dynamics*, Summer, 30–48.
- Shantz, A., Alfes, K., Arevshatian, L. (2016). HRM in healthcare: the role of work engagement. *Personnel Review*, 45 (2), 274–295.
- Sheridan, J. (1992). Organizational culture and employee retention. *Academy of Management Journal*, 35 (5), 1036–1056.
- Sikorski, Cz. (2006). *Kultura organizacyjna. Efektywnie wykorzystaj możliwości swoich pracowników*. Warszawa: C.H. Beck
- Smircich, L. (1983). Concepts of culture and organizational analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28, 339–358.
- Sułkowski, Ł. (2002). *Kulturowa zmienność organizacji*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sułkowski, Ł. (2012). *Kulturowe procesy zarządzania*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Sułkowski, Ł. (2013). Zmiana kulturowa w polskich szpitalach – wyniki badań. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. cz. I, 14 (10), 83–96.
- Ulrich, W. (1984). HRM and culture: History, ritual, and myth. *Human Resource Management Journal*, 23 (2), 117–128.
- Wieczorowska-Tobis, K. (2011). Specyfika pacjenta starszego. W: K. Wieczorowska-Tobis, T. Kostka (red.). *Fizjoterapia w geriatrici* (s. 18–27). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Wilson, A.M. (2001). Understanding organizational culture and implications for corporate marketing. *European Journal of Marketing*, 35, 353–367.
- WHO (World Health Organization) (2006). *Human Resources for Health in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- WHO (World Health Organization) (2015). *Core Health Indicators in the WHO European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Young, D.W., McCarthy, S.M., Barrett, D., Kenagy, J.W., Pinakiewicz, D.C. (2001). Beyond health care cost containment: creating collaborative arrangements among the stakeholders. *International Journal of Health Planning and Management*, 16, 207–228.
- Zbiegień-Maciąg, L. (1999). *Kultura w organizacji: identyfikacja kultur znanych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Zhou, P., Bundorf, K., Chang, J., Huang, J.X., Xue, D. (2011). Organizational culture and its relationship with hospital performance in Public hospitals in China. *Health Services Research*, 46 (6), 2139–2160.

The relationship between human resource management and organizational culture in public hospitals

Organizational culture (OC), along with organizational structure or strategy, is one of the most crucial determinants of successful human resource management practices implementation. The factor's importance increases in unique organizations such as public hospitals. In the literature, the aspect of organizational culture in hospitals is widely discussed. However, at the same time researchers rarely focus on the influence of OC on human resource management practices. Due to the fact, the paper's objective is to detect relationships between organizational culture and human resource management practices. In order to fulfil the objective, in the first part of the paper the authors discuss theoretical aspects of OC and HRM in public hospitals. In the second part, they analyze the relationship between these two categories. Additionally, a research was conducted in the years 2014/2015 in Poland on the sample of 468 respondents employed in 8 public hospitals. Its results confirm that there is a correlation between different types of organizational culture and particular human resource management practices such as recruitment of employees who are open to change and development and ready to share knowledge and reward staff for innovativeness. The findings can be regarded as reasonable premises for management in the organizations and a further research area.

Keywords: human resource management, organizational culture, public hospitals.