

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 355

Usługi 2014

**Branżowe i menedżerskie aspekty
rozwoju usług**

Redaktorzy naukowci

Barbara Iwankiewicz-Rak

Barbara Mróz-Gorgoń



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2014

Redaktor Wydawnictwa: Elżbieta Kozuchowska

Redaktor techniczny i korektor: Barbara Łopusiewicz

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

www.ibuk.pl, www.ebscohost.com,

w Dolnośląskiej Bibliotece Cyfrowej www.dbc.wroc.pl,

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 2014

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-446-2

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk i oprawa:

EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.

ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

Spis treści

Wstęp	9
-------------	---

Część 1. Usługi publiczne i społeczne

Barbara Kożuch, Antoni Kożuch: Responsywność w zarządzaniu usługami publicznymi	13
Barbara Iwankiewicz-Rak: Organizacje pozarządowe w Polsce – działalność usługowa na rzecz społeczeństwa	23
Anita Marta Tkocz: Usługi świadczone na rzecz społeczeństwa w ramach marketingu wspólnej sprawy (<i>cause marketing</i>)	34
Katarzyna Peter-Bombik, Agnieszka Szczudlińska-Kanoś: Aktywizacja osób starszych na rynku pracy w programach ugrupowań politycznych ...	44

Część 2. Branżowy kontekst rozwoju usług w Polsce

Wioleta Sobczak, Dawid Olewnicki, Lilianna Jabłońska: Sektor usług dla rolnictwa i ogrodnictwa – kierunki rozwoju.....	57
Jerzy Paczocha: Rozwój usług telekomunikacyjnych w aspekcie rozwoju infrastruktury telekomunikacyjnej i technologii.....	67
Arkadiusz Kawa: Elektroniczna giełda transportowa jako podmiot sektora usług logistycznych	79
Dawid Olewnicki, Mikołaj Śnieć, Krzysztof Chudecki: Zmiany na rynku firm usługowych zagospodarowania terenów zieleni w kontekście wzrostu zamożności i rosnącego zainteresowania roślinami ozdobnymi w Polsce ..	88
Urszula Bąkowska-Morawska: Marka „Karkonosze” jako czynnik tworzenia turystycznego łańcucha dostaw w regionie	99
Jacek Mierzwiński: Sponsoring w usługach sportu jako czynnik rozwoju i promocji.....	110

Część 3. Jakość i satysfakcja w usługach

Agnieszka Smalec: Rola komunikacji w zarządzaniu satysfakcją klienta-obywatela.....	119
Monika Dobska: Empowerment usługobiorców jako uprawomocnienie do wartościowania się pacjentów	129

Janusz Figura: Źródła informacji o jakości usług w procesach konkurencji na rynku logistycznym.....	140
Rafał Maćkowiak: Identyfikacja jakości świadczenia usług w gospodarce turystycznej na terenie miasta Szczecin metodą Mystery Shopping.....	152
Agnieszka Rak, Ludmila Szulgina: Marketing sportowy w kreowaniu wizerunku marki.....	162
Anna Tokarz-Kocik: Organizacja procesu motywowania w przedsiębiorstwach hotelarskich – wymiar funkcjonalny i podmiotowy.....	177

Część 4. Nowe technologie informacyjne w usługach

Anna Stolarczyk: Wpływ usług ICT na rozwój tradycyjnych usług pocztowych na krajowym rynku w latach 2006–2012 – komplementarność czy substytucja?.....	189
Agnieszka Dejnaka: Social Media Care jako nowy trend w obsłudze klienta	197
Bogdan Gregor, Beata Gotwald: Usługi medyczne i ich komunikowanie w Internecie, czyli kreowanie popytu na rynku B2C.....	207
Grażyna Rosa, Izabela Ostrowska: Określenie perspektyw rozwoju usług w Internecie na podstawie analizy zachowań segmentu młodych dorosłych.....	218
Joanna Nogiec: Opinie dotyczące wykorzystania kodów dwuwymiarowych do informowania o wybranych usługach.....	228
Beata Tarczydło: Strategia komunikacji marketingowej 360 stopni w kreowaniu wizerunku marki usługi. Studium przypadku.....	238

Część 5. Innowacje w zarządzaniu usługami

Małgorzata Kurleto: Determinanty i siły napędowe nowoczesnych strategii zarządzania destynacją turystyczną.....	253
Mateusz Lewandowski: Innowacje w usługach instytucji kultury.....	264
Mirosława Pluta-Olearnik: Internacjonalizacja usług kształcenia na poziomie wyższym – stan i oczekiwania.....	279
Barbara Mróz-Gorgoń: Znaczenie designu w kreowaniu wizerunku usługi.	289
Katarzyna Żugar-Głapiak: Outsourcing jako kierunek zarządzania procesami funkcji personalnej w organizacji.....	299
Małgorzata Okręglicka: Leasing jako usługa finansowa na rynku nieruchomości w Polsce.....	308

Summaries

Part 1. Public and social services

Barbara Kożuch, Antoni Kożuch: Responsivity in public service management	22
Barbara Iwankiewicz-Rak: Non-governmental organizations in Poland – service activities for the society	33
Anita Maria Tkocz: Services provided to the society as a result of the cause related marketing	43
Katarzyna Peter-Bombik, Agnieszka Szczudlińska-Kanoś: Activation of elderly people on the labour market in the programs of political parties ...	54

Part 2. Trade context of services' development in Poland

Wioleta Sobczak, Dawid Olewnicki, Lilianna Jabłońska: Services sector for agriculture and horticulture – development directions	66
Jerzy Paczocha: Development of telecommunication services in the aspect of telecommunication infrastructure and technology development	78
Arkadiusz Kawa: Electronic freight exchange in logistics sector	87
Dawid Olewnicki, Mikołaj Śnieć, Krzysztof Chudecki: Changes on the market of service companies of green areas in the context of wealth increase and the growing interest in ornamental plants in Poland	98
Urszula Bąkowska-Morawska: “Karkonosze” brand as a factor of creating tourism supply chain in the region	109
Jacek Mierzwiński: Sponsorship in sport and recreation as a factor in their development and promotion	116

Part 3. Quality and satisfaction in services

Agnieszka Smalec: The role of communication in managing the satisfaction of a citizen–customer	128
Monika Dobska: Empowerment of clients as the authorizing of feeling more appreciated by patients	139
Janusz Figura: Sources of information about the quality of services in the processes of competition on the logistics market	151
Rafał Maćkowiak: The identification of service quality in the tourism economy in Szczecin city by the Mystery Shopping method	161

Agnieszka Rak: Sports marketing in the creation of brand image	176
Anna Tokarz-Kocik: Organization of motivation process in hospitality enterprises – functional and subjective aspect.....	185

Part 4. New information technologies in services

Anna Stolarczyk: The ICT services impact on the development of traditional postal services market in the domestic market in 2006-2012 – complementarity or substitution?	196
Agnieszka Dejnaka: Social Media Care as a new trends in customer service	206
Bogdan Gregor, Beata Gotwald: Medical services and their communication in the Internet – creating a demand for B2C market	217
Grażyna Rosa, Izabela Ostrowska: The analysis of growth opportunities services provided in the Internet on the basis of current behavior of the young adults segment	227
Joanna Nogieć: Opinions about the use of 2D codes in the information process	237
Beata Tarczydło: The 360 degree marketing communications strategy in developing a service brand image. A case study.....	249

Part 5. Innovations in the management of services

Malgorzata Kurleto: Determinants and driving forces of modern tourist destination management strategies	263
Mateusz Lewandowski: Innovations in cultural institutions' services	278
Mirosława Pluta-Olearnik: Internationalization of higher education services – condition and expectations	288
Barbara Mróz-Gorgoń: The importance of design in creating an image of a service	298
Katarzyna Żugar-Glapiak: Outsourcing as HR function management direction in an organization	307
Malgorzata Okręglicka: Leasing as a financial service on the real estate market in Poland.....	317

Monika Dobska

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

EMPOWERMENT USŁUGOBIORCÓW JAKO UPRAWOMOCNIENIE DOWARTOŚCIOWANIA SIĘ PACJENTÓW

Streszczenie: Artykuł porusza istotne zagadnienie reprezentacji i angażowania się pacjentów w proces zarządzania podmiotem leczniczym. Analiza systemów światowych, opierająca się także na Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia, wskazuje wyraźnie niezadowolenie pacjentów polskich z organizacji systemu opieki zdrowotnej. Pojawiający się trend konsumeryzmu, wyraźnie zauważalny w krajach, które przyjęły system bismarckowski (z Holandią na czele), wskazuje, w jaki sposób możliwe jest w szerszym stopniu włączenie pacjenta nie tylko w system, ale wręcz w zarządzanie podmiotem leczniczym. Wskazanie konieczności wprowadzenia reprezentacji pacjenta w struktury podmiotu stało się konkluzją prowadzonych rozważań.

Słowa kluczowe: empowerment, pacjent, podmiot leczniczy, zarządzanie podmiotem leczniczym.

DOI: 10.15611/pn.2014.355.12

Termin „empowerment” tłumaczony jest w literaturze polskiej jako uprawomocnienie, a więc jako proces zachęcania ludzi do angażowania się w zarządzanie daną organizacją. Prace M. Bugdola, M. Bratnickiego czy też P. Grajewskiego¹, opisując to zagadnienie, zwracają uwagę przede wszystkim na aspekt pracowniczy i stopień wpływu klientów wewnętrznych na funkcjonowanie organizacji. Nie sposób jednak ominąć kwestii zasadniczej, a wręcz fundamentalnej przy zarządzaniu organizacjami usługowymi. Klientem, który współtworzy system i kulturę danej organizacji, jest nie tylko pracownik, lecz także klient zewnętrzny. W przypadku usług medycznych będą to pacjenci, osoby towarzyszące czy też odwiedzające pacjentów hospitalizowanych. Podejście to (angażowanie pacjentów w system zarządzania) jest zgodne z marketingowym zarządzaniem jakością, tak charakterystycznym dla organizacji usługowych. Wprowadzenie tej formy zarządzania do podmiotów leczniczych skut-

¹ M. Bugdol, *Wartości organizacyjne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006; M. Bratnicki, *Podstawy współczesnego myślenia o zarządzaniu*, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2000; P. Grajewski, *Koncepcja struktury organizacji procesowej*, Dom Organizatora, Toruń 2003.

kowało przeformulowaniem pojęcia jakości z wewnętrznej (normatywnej), określanej za pomocą norm przyjętych i wypracowanych przez świadczeniodawcę, na jakość zewnętrzną, tożsamą z jakością pacjenta, oraz włączeniem do zarządzania marketingu relacyjnego. Należy zwrócić tutaj uwagę, iż przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się sposób postrzegania organizacji usługowej. Wybór tej wersji marketingu nie zmierza do przekształcenia rynkowego otoczenia w sferę wpływów i dominacji, ale zmierza do wchłonięcia tego, co zewnętrzne, do włączenia klientów w strukturę organizacyjną.

Światowe publikacje korelujące poziom zdrowotności społeczeństwa z potrzebami pacjentów wzbudziły dyskusję na temat zagwarantowania społecznej równości oraz kreacji systemów opieki zdrowotnej w kontekście organizacji i dostarczania usług zdrowotnych. Podkreślano konieczność dbałości nie tylko o zapewnienie odpowiedniej jakości klinicznej, lecz także rangę obsługi pacjenta. Mając na uwadze, iż celem każdego systemu opieki zdrowotnej jest organizowanie, produkowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych tym, którzy tych świadczeń potrzebują, każdy z krajów stara się tak formułować politykę zdrowotną, aby w miarę możliwości dostępnych zasobów, wiedzy i technologii w jak najlepszy sposób spełnić powyższe postulaty. Działania takie podejmuje także od lat Polska, starając się usprawniać funkcjonujący system opieki zdrowotnej. Proces reformowania systemów opieki zdrowotnej jest zadaniem bardzo trudnym, ze względu na rosnące oczekiwania społeczeństwa oraz ograniczone zasoby w systemie. Jednakże analizując założenia do programów restrukturyzacyjnych, prowadzonych od 1996 roku, można odnieść wrażenie, iż nie tylko pacjent nie został włączony w proces podejmowania decyzji, ale wręcz brak jednoznacznej odpowiedzi, jaka osoba czy instytucja reprezentuje w systemie interesy pacjenta. Ta reprezentacja powinna zostać wyłoniona nie tylko na poziomie systemu, ale także na poziomie samego podmiotu leczniczego, ze względu na specyfikę zakładów oraz stan kliniczny pacjenta.

Przyglądając się globalnie opinii pacjenta na temat systemu opieki zdrowotnej, od 2008 roku Health Consumer Powerhouse (HCP) z siedzibą w Brukseli przygotowuje Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia. Indeks opracowany w 2012 roku obejmuje 27 krajów członkowskich Unii Europejskiej oraz Norwegię i Szwajcarię, a także kraje kandydujące: Chorwację i Byłą Jugosłowiańską Republikę Macedonii, Albanie, Islandię i Serbię². Edycja z 2012 roku ob-

² Health Consumer Powerhouse wydaje liczne publikacje na temat opieki zdrowotnej w różnych krajach. (1) w 2004 roku wydano Szwedzki Indeks Zdrowia Konsumentów; (2) w styczniu 2008 kanadyjski Frontier Center i HCP opublikowały pierwszy Europejsko-Kanadyjski Indeks Zdrowia porównujący systemy opieki zdrowotnej w Kanadzie i w 29 krajach europejskich. Edycja 2009 została opublikowana w maju 2009 roku; (3) Europejski Konsumentcki Indeks Opieki Kardiologicznej opublikowany w 2008 roku porównuje 29 europejskich systemów opieki kardiologicznej i naczyniowej w pięciu kategoriach, obejmujących 28 wskaźników efektywności; (4) pierwsza edycja Europejsko-Kanadyjskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia opublikowana została we wrześniu 2008 roku we współpracy z ośrodkiem Frontier Center for Public Policy i oceniała opiekę zdrowotną z perspektywy konsumenta zamieszkującego kanadyjskie prowincje; (5) pierwszy Europejski Konsumentcki Indeks Opieki Diabetologicznej opublikowany został we wrześniu 2008 roku i jest pierwszym rankingiem europej-

jęła oceną 42 wskaźniki w 34 krajach. Ranking 2012 składa się z pięciu podkategorii³:

1. Prawa pacjenta i informacje: 1.1. Prawo zdrowotne oparte na prawach pacjenta, 1.2. Organizacje pacjentów zaangażowane w proces decyzyjny, 1.3. Ubezpieczenie od niezawinionych błędów w sztuce lekarskiej, 1.4. Prawo do drugiej opinii, 1.5. Dostęp pacjenta do własnej dokumentacji, 1.6. Rejestr lekarzy z prawem wykonywania zawodu, 1.7. Informacja internetowa lub całodobowa informacja telefoniczna dotycząca opieki zdrowotnej, 1.8. Możliwość szukania transgranicznej opieki zdrowotnej z finansowaniem przez kraj zamieszkania pacjenta, 1.9. Katalog świadczeniodawców z rankingiem jakości świadczonych usług, 1.10. Rozpowszechnienie elektronicznej dokumentacji medycznej, 1.11. Dostęp pacjentów do internetowej formy umawiania się na wizyty lekarskie, 1.12. e-recepty;

2. Dostępność (czas oczekiwania): 2.1. Dostęp do lekarza rodzinnego w tym samym dniu, 2.2. Bezpośredni dostęp do specjalisty, 2.3. Poważne, nienagłe zabiegi operacyjne poniżej 21 dni, 2.4. Leczenie przeciwnowotworowe poniżej 21 dni, 2.5. Badanie tomografem komputerowym poniżej 7 dni;

3. Wyniki leczenia: 3.1. Śmiertelność z powodu zawału serca, 3.2. Śmiertelność niemowląt, 3.3. Stosunek liczby zgonów spowodowanych chorobami nowotworowymi do liczby zachorowań, 3.4. Utracone potencjalne lata życia, 3.5. Infekcje MRSA, 3.6. Cesarskie cięcia, 3.7. Niezdiagnozowana cukrzyca, 3.8. Depresja;

4. Zapobieganie/zakres i zasięg świadczonych usług: 4.1. Źródła finansowania systemów opieki zdrowotnej, 4.2. Operacje zaćmy, 4.3. Szczepienia niemowląt, 4.4. Przeszczepy nerek na milion mieszkańców, 4.5. Czy opieka stomatologiczna jest włączona do oferty publicznej ochrony zdrowia, 4.6. Wskaźnik przeprowadzania badań mammograficznych, 4.7. Nieformalne płacenie lekarzom, 4.8. Zapobieganie paleniu, 4.9. Długofalowa opieka nad osobami starszymi, 4.10. Procent dializ wykonywanych poza szpitalami;

5. Środki farmaceutyczne: 5.1. Refundacja leków sprzedawanych na receptę, 5.2. Farmakopea dostosowana do poziomu wiedzy osób niezwiązanych ze służbą zdrowia, 5.3. Tempo wprowadzania nowych leków przeciwnowotworowych, 5.4. Dostęp do nowych leków (czas oczekiwania na refundację), 5.5. Leki na chorobę Alzheimera, 5.6. Leki na schizofrenię, 5.7. Wiedza na temat braku skuteczności antybiotyków w walce z wirusami.

Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia 2012 stanowi próbę zmierzenia wydajności świadczenia usług zdrowotnych z perspektywy konsumenta oraz stworzenia rankingu najlepszych systemów z punktu widzenia właśnie odbiorcy świadczeń. Na uzyskane wyniki mają wpływ problemy związane z jakością informacji, brak jest

skich usług zdrowotnych świadczonych osobom chorym na cukrzycę w pięciu kluczowych obszarach: informacja, prawa i możliwości wyboru, jakie ma pacjent, szczodrość systemu, prewencja, dostęp do procedur i wyniki leczenia (A. Björnberg, *Europejski Konsumentcki Indeks Zdrowia. Raport 2012*, Health Consumer Powerhouse, Bruksela 2012, s. 16).

³ Tamże.

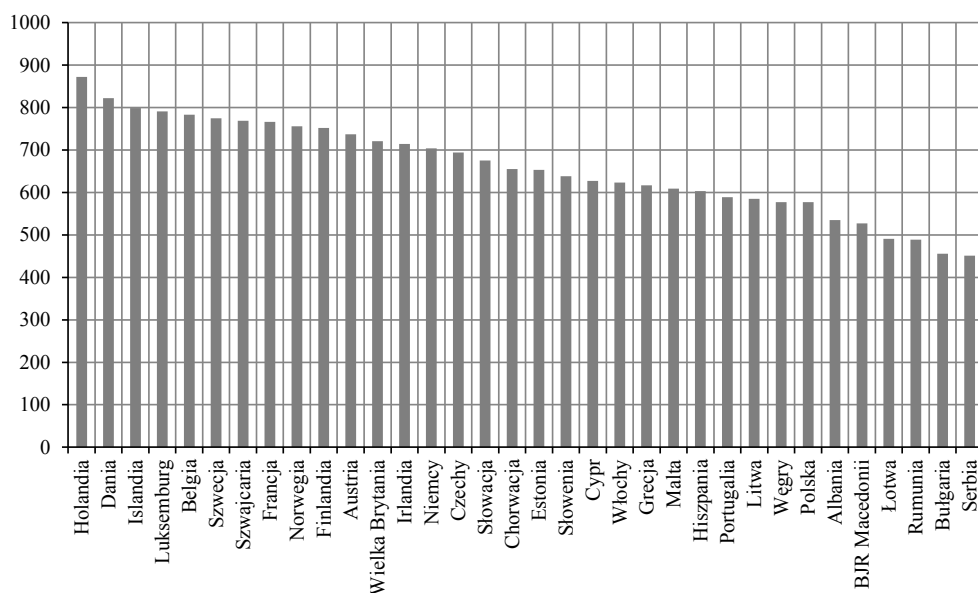
równocześnie jednorodnych procedur gromadzenia danych. Stworzony indeks porównawczy narodowych systemów zdrowia potwierdził, że istnieje grupa krajów członkowskich UE, które z perspektywy klienta dysponują dobrymi systemami opieki zdrowotnej.

Tabela 1. Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia opracowany w 2012 roku

Kraj	Kategorie oceny					Wynik łączny (max – 1000)	Ranking
	Prawa pacjenta i informacje (max – 175)	Dostępność (max – 250)	Wyniki leczenia (max – 300)	Zapobieganie/ zakres i zasięg świadczonych usług (max – 175)	Środki farmaceutyczne (max – 100)		
Albania	102	217	113	70	33	535	29
Austria	141	217	188	111	81	737	11
Belgia	117	233	213	140	81	783	5
Bułgaria	88	133	138	64	33	456	33
Chorwacja	146	133	200	128	48	655	17
Cypr	112	183	188	88	57	627	20
Czechy	107	183	225	117	62	694	15
Dania	175	167	250	140	90	822	2
Estonia	141	167	175	123	48	653	18
Finlandia	131	133	150	152	86	752	10
Francja	136	167	238	140	86	766	8
BJR Macedonii	112	183	113	82	38	527	30
Niemcy	117	200	200	11	76	704	14
Grecja	88	200	175	88	67	617	22
Węgry	122	167	138	99	52	577	28
Islandia	146	183	263	146	62	799	3
Irlandia	107	150	238	134	86	714	13
Włochy	131	133	213	93	52	623	21
Łotwa	107	117	138	88	43	491	31
Litwa	131	183	138	99	33	585	26
Luksemburg	112	233	250	134	62	791	4
Malta	88	183	163	128	48	609	26
Holandia	170	200	263	163	76	872	1
Norwegia	160	83	300	146	67	756	9
Polska	126	117	188	99	48	577	27
Portugalia	126	117	163	117	67	589	25
Rumunia	88	167	100	88	48	489	32
Serbia	102	117	113	82	38	451	34
Słowacja	122	200	188	99	67	675	16
Słowenia	112	133	213	99	81	638	19
Hiszpania	102	100	213	117	71	603	24
Szwecja	141	100	300	158	76	775	6
Szwajcaria	126	233	213	111	86	769	7
Wielka Brytania	160	133	200	146	81	721	12

Źródło: A. Björnberg, *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia. Raport 2012*, Health Consumer Powerhouse, Bruksela 2012, s. 22–23.

Na pierwszym miejscu w rankingu uplasowała się Holandia, dalej Dania, Islandia i Luksemburg. Rzecz znamienna, że czołowe miejsca zajmują kraje, w których systemy opieki zdrowotnej oparte są na modelu Bismarcka. Od wielu lat Holandia zajmuje pierwszą lokatę; w 2012 roku uzyskała aż 872 punkty na 1000 możliwych. Bez wątplenia jest jednym z państw mających najlepiej skonstruowane przepisy w zakresie udziału pacjentów w procesie podejmowania decyzji oraz kształtowania polityki w dziedzinie opieki zdrowotnej. Holenderski system opieki zdrowotnej stworzył ponad 160 ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej, w których gabinety są otwarte 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. W kontekście małego kraju oznacza to, że każdy obywatel ma możliwość dotarcia do działającego ośrodka w krótkim czasie. Ranking ogranicza się do oceny zyczliwości systemu opieki zdrowotnej w stosunku do konsumenta.



Rys. 1. Ranking narodowych systemów zdrowia z perspektywy klienta – wyniki *Europejskiego Konsumentckiego Indeksu Zdrowia*

Źródło: opracowanie własne na podstawie tabeli 1.

Drugie miejsce pod względem liczby uzyskanych punktów zajęła Dania (822 punkty), trzecie zaś Islandia (722 punkty). Na dość odległym miejscu znalazła się Polska, albowiem mając 577 punktów, lokuje się dopiero na 27 pozycji⁴. Na podkre-

⁴ W poszczególnych kategoriach Polska zajęła następujące miejsca: Prawa pacjenta i informacje – 16 miejsce, Dostępność – 30 miejsce, Wyniki leczenia – 19 miejsce, Zapobieganie/zakres i zasięg świadczonych usług – 22 miejsce, Środki farmaceutyczne – 25 miejsce (A. Björnberg, wyd. cyt., s. 22–23).

ślenie zasługuje również to, że różnica przy porównaniach skrajnych jest duża. Holandia uzyskała aż o 371 punktów więcej aniżeli Serbia, zajmująca ostatnie miejsce w rankingu.

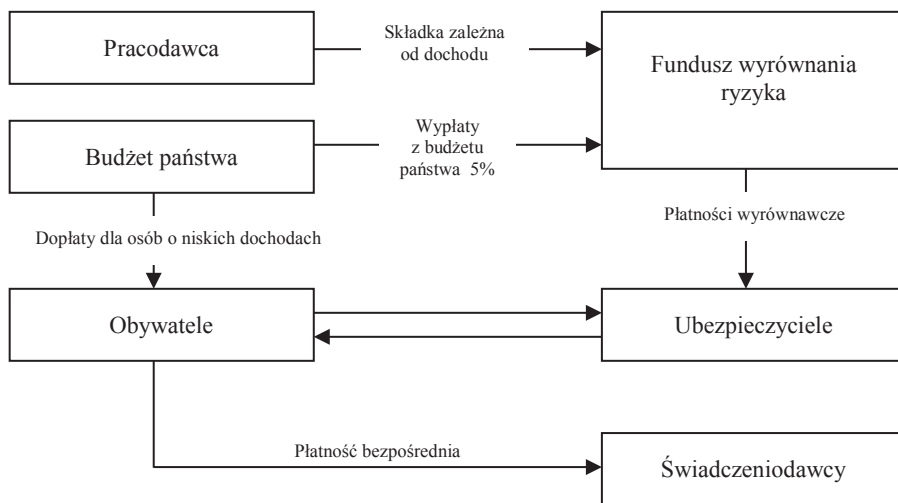
Ze względu na to, że holenderski system opieki zdrowotnej został przez konsumentów oceniony jako najlepszy i zajął czołowe miejsce w Europejskim Konsumenckim Indeksie Zdrowia, zostaną przedstawione jego czołowe założenia, ze szczególnym uwzględnieniem włączenia pacjenta w proces jego tworzenia. Z historycznego punktu widzenia holenderski system opieki zdrowotnej charakteryzowała inicjatywa prywatna zarówno w zakresie finansowania, jak i świadczenia opieki medycznej.

Na poziomie krajowym za całokształt działań z zakresu ochrony zdrowia odpowiada minister zdrowia, opieki społecznej i sportu (5 listopada 2012 roku ministrem została E. Schippers) wraz z sekretarzem stanu ds. zdrowia, opieki społecznej i sportu⁵. W Holandii znaczący wpływ na kształtowanie polityki zdrowotnej i zarządzanie systemem opieki zdrowotnej wywierają liczne organizacje pozarządowe, zrzeszające pracowników medycznych lub instytucje opieki zdrowotnej, a także organizacje pacjentów/konsumentów. Wśród najważniejszych na uwagę zasługują: Holenderska Federacja Organizacji i Opieki Zdrowotnej, Narodowe Stowarzyszenie Szpitali, Stowarzyszenie Szpitali Uniwersyteckich, Narodowe Stowarzyszenie Domowej Opieki Zdrowotnej i Domowego Pielęgniarstwa, Holenderska Federacja Pacjentów i Konsumentów, Holenderskie Stowarzyszenie Społecznych Ubezpieczeń Zdrowotnych, Zrzeszenie Prywatnych Ubezpieczycieli, Królewskie Holenderskie Towarzystwo Medyczne, Narodowe Zrzeszenie Lekarzy Ogólnie Praktykujących, Narodowe Zrzeszenie Lekarzy Specjalistów, Narodowe Holenderskie Zrzeszenie Personelu Pielęgniarskiego, Narodowe Stowarzyszenie Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej, Narodowe Stowarzyszenie Gminnych Świadczeń Zdrowotnych i inne⁶.

Wśród instytucji, które w sposób istotny w coraz większym stopniu są włączane w proces podejmowania decyzji, jest Holenderska Federacja Pacjentów i Konsumentów (Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie – NPCF). Federacja ta nie tylko jest organizacją opiniotwórczą, ale też czynnie współpracuje z rządem w celu przekazywania informacji pacjentom. Na stronie www.KiesBeter.nl przedstawiane są istotne informacje na temat: świadczeniodawców i ich oceny wyrażanej przez pacjentów, możliwości znalezienia świadczeniodawcy w zakresie poszukiwanych usług czy też możliwości zapoznania się z tzw. *czarną listą*. Opieka zdrowotna w takim ujęciu staje się całkowicie transparentna. W zakresie znalezienia świadczeniodawcy wystarczy na mapie Holandii zaznaczyć poszukiwane miasto czy też wieś,

⁵ Sekretarzowi stanu ds. zdrowia, opieki społecznej i sportu podlegają: sekretarz generalny, zastępca sekretarza generalnego wraz z między innymi: dyrektorem generalnym zdrowia publicznego, dyrektorem generalnym lecznictwa otwartego, dyrektorem generalnym opieki długoterminowej, dyrektorem generalnym opieki społecznej i młodzieży (szerzej na www.rijksoverheid.nl/ministeries/vws).

⁶ W.C. Włodarczyk, S. Poździejch, *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001, s. 245.



Rys. 2. Przepływy finansowe w systemie podstawowego ubezpieczenia zdrowotnego Holandii

Źródło: *The New care system in the Netherlands – durability, solidarity, choice, efficiency*, prezentacja Minister Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu, www.escounsell.eu, 6.02.2013.

wskazać rodzaj usług, na jakie pacjent ma zapotrzebowanie, i wyświetla się lista zakładów z oceną byłych pacjentów. W celu zobiektywizowania ocen administrator strony, zgodnie z otrzymanymi instrukcjami, odrzuca przed akceptacją wszystkie opinie pacjentów, które mogłyby zostać uznane za bezzasadne czy też obelżywe. Takie opinie nie są zamieszczane na stronie. W Holandii istotne znaczenie ma praca Inspektora Ochrony Zdrowia (IGZ), który od 2003 roku zgodnie z opracowanymi wskaźnikami jakości ocenia bezpieczeństwo, efektywność i dostępność. Od 2005 roku opinie i raporty z odbywanych auditów zamieszczane są oficjalnie na stronie www.KiesBeter.nl. Każdy pacjent może przeczytać, jakiej placówki dotyczyła kontrola, co obejmowała i jakie zastrzeżenia zgłasza inspektor. Dane takich zakładów wraz z raportem są wymieniane na tzw. *czarnej liście* z adnotacją, że są one pod szczególnym nadzorem Inspektora w związku z zaistniałymi zaniedbaniami. Jeżeli rekontrola nie wypada zadowolająco, Inspektor zamieszcza informacje o zakazie przyjmowania pacjentów w danej jednostce oraz przewiezieniu pacjentów (w przypadku hospitalizacji lub pobytu stałego) do innych zakładów. Zakaz może być stały lub odwracalny – po wprowadzeniu działań korygujących. W sytuacji wykrycia nieprawidłowości w praktyce indywidualnej Inspektor może podjąć decyzje o zamknięciu gabinetu, zakazie przyjmowania pacjentów, a nawet skierowaniu sprawy przeciwko lekarzowi do sądu dyscyplinarnego. Od 2013 roku ma rozpocząć działanie Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego i Środowiska. Zadaniem tego Instytutu będzie nie tylko opracowywanie kolejnych wskaźników do oceny jakości świadczonych usług, ale przede wszystkim zbieranie opinii pacjentów.

Na stronie <http://bit.ly/kwaliteitsinstituut> znajduje się link, gdzie strona rządowa zaprasza pacjentów: *Bądź na bieżąco i porozmawiaj z nami*. Poprzez taką formę komunikacji nie tylko rząd otrzymuje informację zwrotną o ocenie pacjenta, ale zarazem pacjent może, jeśli wyrazi zgodę, otrzymywać newslettery dotyczące usług, którymi jest zainteresowany (na przykład nowości z zakresu rehabilitacji – profilaktyka, nowe metody leczenia). Mimo że zaangażowanie pacjentów wydaje się tak duże, a usługa postrzegana jest w kategoriach wartości, rząd holenderski uważa, że poziom ten nie jest jeszcze wystarczający, i wskazuje na kolejne zadania dla Instytutu, aby wypracować i wzmocnić tzw. *lepszego standardu profesjonalnej obsługi* (ta sfera dotyczy przede wszystkim pacjentów hospitalizowanych). Obecnie zbierane są z zakładów informacje do trzech wskaźników⁷: *wskaźnika strukturalnego*, który obrazuje informacje na temat organizacji procesu świadczenia usługi; z kolei *wskaźnik procesu* weryfikuje sześć obszarów⁸; *wskaźnik rezultatu* (najtrudniejszy do weryfikacji) zaś dostarcza informacji na temat rezultatu leczenia. Problematyczność obiektywnej oceny wskaźnika wynika z braku informacji od pacjentów po opuszczeniu zakładu (można to ocenić w przypadku pacjentów hospitalizowanych, np. weryfikując, jaki odsetek pacjentów po zabiegach chirurgicznych odczuwał ból po 36 godzinach od zakończenia zabiegu).

System opieki zdrowotnej wypracowany przez rząd i społeczeństwo Holandii może być *zbiorem dobrych praktyk*, z których warto czerpać przynajmniej niektóre rozwiązania. Na podstawie badań opinii społecznej wydaje się, że polskie społeczeństwo w coraz większym stopniu gotowe jest na zmiany, które mogą wydawać się rewolucyjne. Potwierdzeniem tego może być badanie Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS), którego wyniki zostały opublikowane w marcu 2012 roku: *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*. W raporcie podkreślono, że działalność służby zdrowia (szczególnie tzw. państwowej) budzi niemal powszechną dezaprobatę, a rozczarowaniu opieką zdrowotną towarzyszy przekonanie o złym wydatkowaniu przeznaczonych na nią pieniędzy. Chcąc zweryfikować, jakie działania, zdaniem respondentów, mogłyby rozwiązać problemy opieki zdrowotnej, CBOS przedstawił scenariusze rozwiązań, a następnie poproszono badanych o wybór najlepszego. Proponowane rozwiązania miały dać odpowiedź między innymi na pytanie, czy Polacy skłonni byłiby wesprzeć finansowo obecny system, ponieść dodatkowe koszty, czy też woleliby, aby każdy sam decydował, czy i gdzie się ubezpieczyć? Dwie trzecie ankietowanych nie jest przekonanych do zwiększenia nakładów na opiekę zdrowotną, w tym jedna trzecia woli pozostawić wszystko tak, jak jest obecnie. Tyle samo respondentów popiera pomysł oddania spraw związanych ze zdro-

⁷ Szerzej na www.zichtbarezorg.nl.

⁸ *Bezpieczeństwo* – unikanie zdarzeń niepożądanych; *skuteczność* – właściwe wykonanie usługi, jakość kliniczna; *poszanowanie praw pacjenta*; *punktualność* – realizacja usługi na czas; *wydajność* – unikanie takich form opieki, które naraziłyby niepotrzebnie pacjenta na dłuższe i bardziej wyczerpujące leczenie, nie dając wyników klinicznych; *równość* – równe traktowanie wszystkich grup pacjentów, bez względu na rasę, wyznanie, miejsce zamieszkania czy status społeczny.

wiem w ręce obywateli, a więc samodzielnego decydowania, gdzie i za ile się ubezpieczyć lub czy opłacić potrzebne świadczenia we własnym zakresie. Co szósty respondent opowiada się za wprowadzeniem częściowej odpłatności za wszystkie usługi świadczone w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a co dwunasty za najlepsze rozwiązanie uznaje podniesienie podatków lub odprowadzanej co miesiąc składki na ubezpieczenie. Co dziesiąty badany nie potrafił zająć jednoznacznego stanowiska w tej sprawie. Największa grupa respondentów tłumaczących problemy służby zdrowia wyłącznie nieracjonalnym wydatkowaniem pieniędzy przeznaczonych na ten cel (38%) opowiada się za wprowadzeniem swobody decydowania o tym, czy i gdzie się ubezpieczyć. Badanych z tej grupy cechuje powszechna niechęć do propozycji zwiększenia nakładów na państwową opiekę zdrowotną (71%). Co istotne, postawa ta przeważa także wśród ankietowanych twierdzących, że za niezadowalającą jakość i dostępność świadczeń odpowiada wyłącznie zbyt skromny budżet służby zdrowia (53%). Osoby te zakładają więc, że ulepszenie systemu wymaga nie tyle pozyskania dodatkowych środków od obywateli, ile lepszego zarządzania pieniędzmi publicznymi. Nie powinno dziwić, że respondenci nie chcą go wspierać z własnej kieszeni, a jedna trzecia najchętniej w ogóle zrezygnowałaby z ubezpieczenia w NFZ. W badaniu prowadzonym w 2012 roku niezadowolenie z opieki zdrowotnej zadeklarowało prawie 78% ankietowanych, a satysfakcję w tym względzie – tylko 19% [CBOS 2012]⁹.

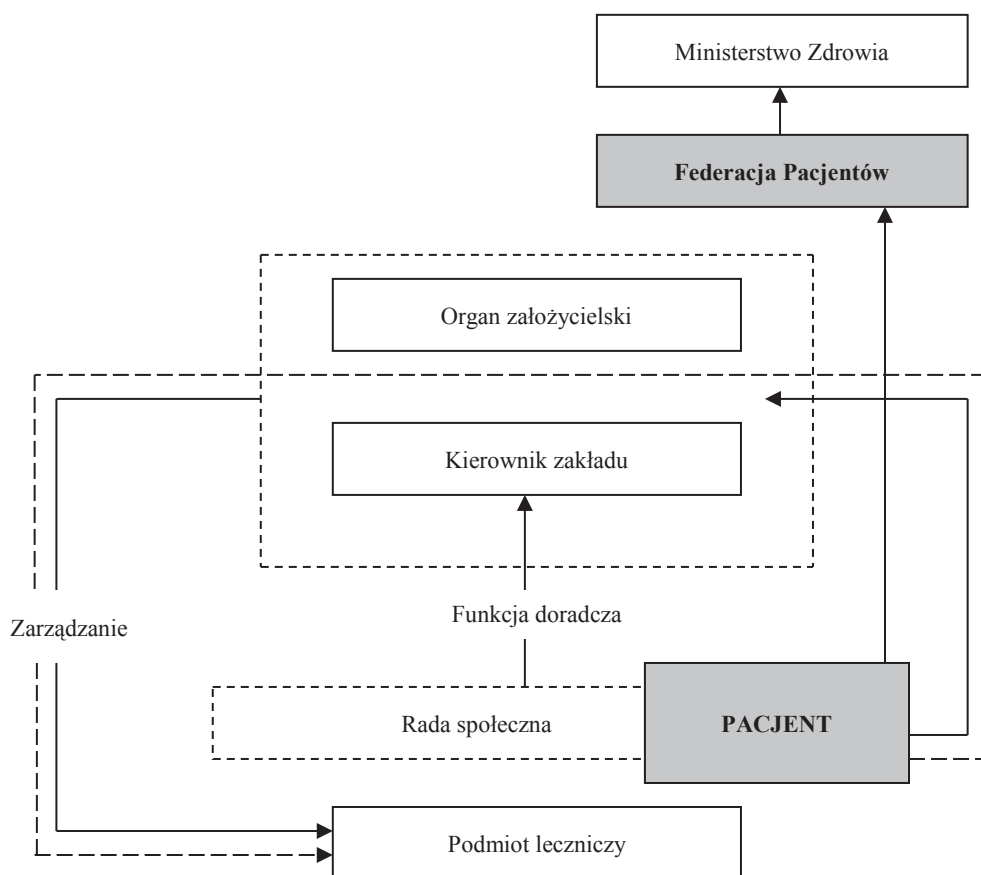
Konkludując, można jeszcze raz podkreślić, że czerpanie z dobrych wzorców organizacyjnych, a szczególnie holenderskich, może być przyczynkiem do poprawy organizacji polskiego systemu opieki zdrowotnej, a tym samym w sposób istotny wpłynąć na opinię obywateli na jego temat. Warto skorzystać z doświadczeń europejskich, zwłaszcza holenderskich, gdzie nie tylko transparentność działalności wymusza wręcz inny poziom świadczenia usługi, ale także włączanie pacjenta w proces podejmowania decyzji pozwala profesjonalistom i zarządom na doskonalenie cyklu aktywności nabywcy. W podmiocie leczniczym bowiem klient może występować w trzech rolach: jako partner, doradca i *pudło rezonansowe*. Te trzy perspektywy pozwolą podmiotom leczniczym w jak najszerszym ujęciu zrozumieć postrzeganie organizacji z perspektywy pacjentów. Klient staje się równoprawnym członkiem organizacji z donośnym głosem doradczym, jako nie tylko współarbitr ocenający, ale także jako współprojektant, współkreator.

Rola reprezentacji klientów staje się elementem znaczącym w zarządzaniu podmiotem leczniczym i dlatego też pojawia się nowa rola klienta, który współzarządza, przynajmniej procesami związanymi z organizacją świadczenia usługi. To oddolne artykułowanie potrzeb ma dużo szersze znaczenie. Można je bowiem na wzór holenderski przenieść na poziom prawdziwej kreacji polityki zdrowotnej i włączyć we wszystkie instytucje, które w sposób bezpośredni wpływają na organizację systemu opieki zdrowotnej (a więc na szczeblach Minister-

⁹ W przedstawionym raporcie szerzej ustosunkowano się do opinii społecznej na temat funkcjonowania systemu oraz przedstawiono metodykę badawczą.

stwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia czy w końcu tych organizacji i instytucji, które tworzą rynek usług medycznych). Głos i współdziałanie pacjentów musi być znaczące.

Na tle przeprowadzonych rozważań można wysunąć rekomendacje co do formułowania polityki zdrowotnej. Oprócz tych elementów, które do tej pory wyznaczały cele polityki zdrowotnej, należałoby dodać społeczną reakcję na konieczność zmian, branie pod uwagę opinii społecznej. Uznając autonomię pacjentów jako punkt wyjścia, należy włączyć ich w proces współdecydowania o kształcie systemu opieki zdrowotnej. Sprzężenie przede wszystkim polityki społecznej z polityką zdrowotną. Usprawnienie zarządzania podmiotami leczniczymi wymaga zwrócenia szczególnej uwagi na kwalifikacje kadry zarządzającej oraz osób w ramach jednostki samorządu terytorialnego. Istotne jest też upodmiotowienie pacjenta.



Rys. 3. Rola reprezentacji pacjentów

Źródło: M. Dobska, *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013, s. 320.

Działania naprawcze powinny więc równolegle następować z dwóch stron: polityki społecznej, angażując pacjenta w rzeczywistą kreację polityki zdrowotnej, oraz ze strony podmiotu, który w nowych uwarunkowaniach ekonomicznych (w procesie restrukturyzacji lub po przekształceniach) ma jedyną i niepowtarzalną okazję stworzenia nowej kultury organizacji. Kultury, w której profesjonalista wspólnie z usługobiorcą tworzą wartość.

Literatura

- Björnberg A., *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia. Raport 2012*, Health Consumer Powerhouse, Bruksela 2012.
- Bratnicki M., *Podstawy współczesnego myślenia o zarządzaniu*, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2000.
- Bugdol M., *Wartości organizacyjne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Dobbska M., *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, Poznań 2013.
- Grajewski P., *Koncepcja struktury organizacji procesowej*, Dom Organizatora, Toruń 2003.
- The New care system in the Netherlands – durability, solidarity, choice, efficiency*, prezentacja Minister Zdrowia, Opieki Społecznej i Sportu, www.escounsell.eu, 6.02.2013.
- Włodarczyk W.C., Poździej S., *Systemy zdrowotne. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.

EMPOWERMENT OF CLIENTS AS THE AUTHORIZING OF FEELING MORE APPRECIATED BY PATIENTS

Summary: The article discusses a substantial issue of representatives and patients becoming involved into the process of managing the health centre. The analysis of world systems, being based also on the Euro Health Consumer Index, clearly presents dissatisfaction of Polish patients with the organization of health care system. The trend of the consumerism, which can be noticed in countries which adopted the Bismarckian system (with Netherlands at the head), shows how it is more and more possible to involve a patient not only into the system, but also into the management of health centre. Showing the need to introduce a patient into the structures of the health centre as a representative is a conclusion of this dissertation.

Keywords: empowerment, patient, health centre, health centre management.