

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 359

Zmiana warunkiem sukcesu

**Doskonałość w kształtowaniu
konkurencyjności przedsiębiorstw**

Redaktorzy naukowci

Grzegorz Bełz

Joanna Kacała



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2014

Redaktor Wydawnictwa: Jadwiga Marcinek

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Adam Dębski

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 978-83-7695-454-7

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk i oprawa:

EXPOL, P. Rybiński, J. Dąbek, sp.j.

ul. Brzeska 4, 87-800 Włocławek

Spis treści

Wstęp	9
Urszula Bąkowska-Morawska: Turystyczne łańcuchy dostaw. Kierunki zmian i doskonalenia	11
Michał Chomicki: Kształtowanie doskonałości w relacjach z kooperantami w warunkach niepewności	20
Marta Chudykowska: Adaptacja metody FMEA przy projektowaniu systemu pomiaru dokonań w celu zapewnienia skuteczności działań optymalizacyjnych	30
Wojciech B. Cieśliński, Jakub Mierzyński, Waclaw Nosek: Model zarządzania procesami odnowy przedsiębiorstw – w kierunku organizacyjnego uczenia się	42
Maciej Czarnecki, Magdalena Rajchelt: Kluczowe kompetencje zarządcze i pracownicze w kontekście faz rozwoju organizacji	52
Agnieszka Czerwińska-Lubszyk, Anna Michna: Relacje pomiędzy sieciami współpracy a funkcjonowaniem MŚP w dotychczasowych badaniach empirycznych	65
Dariusz Dudój: Mechanizm wzrostu zaangażowania pracowników w doskonalenie organizacji jako efekt ukierunkowanego rozwoju kompetencji pracowników	73
Marcin Flieger: Doskonalenie funkcji marketingowej poprzez implementację zasad marketingu relacji	85
Szymon Jopkiewicz: Aspekty zaangażowania i zaufania w doskonaleniu organizacji sektora zdrowia	94
Jarosław Karpacz, Klaudia Pilch: Ewolucja rutyn organizacyjnych jako fundament doskonalenia organizacji	106
Piotr Karwacki: Controlling jako narzędzie wielopłaszczyznowej oceny organizacji sieciowej	115
Eryk Kosiński, Michał Flieger: Optymalizacja modelu sprzedaży – wyniki badań satysfakcji i potrzeb klientów wybranych firm sektora elektroenergetycznego w Polsce	128
Marcin Kowalewski: Proces definiowania i implementacji kluczowych mierników dokonań do przedsiębiorstwa	138
Janusz Kraśniak: Doskonalenie kompetencji menedżerskich kadry zarządzającej podmiotów leczniczych	146
Kazimierz Krzakiewicz: Efekt aureoli i badanie czynników sukcesu organizacji	159

Janusz Marek Lichtarski: Ewolucja kryteriów oceny doskonałości struktury organizacyjnej	170
Krzysztof Machaczka: Uświadomiona wizja organizacji jako kluczowy element zdolności rekonfiguracji strategicznej przedsiębiorstwa.....	179
Małgorzata Machaczka: Zjawisko wielokulturowości w przedsiębiorstwach międzynarodowych	188
Kamila Malewska: Intuicja w podejmowaniu decyzji jako źródło przewagi konkurencyjnej	196
Mieczysław Morawski: Doskonalenie procesów dzielenia się wiedzą z udziałem kluczowych pracowników przedsiębiorstwa w świetle badań empirycznych.....	208
Bogdan Nogalski, Przemysław Niewiadomski: Elastyczność produktowa jako przejaw zmian i determinanta doskonalenia konkurencyjnego zakładu wytwórczego – koncepcja oceny	220
Hubert Pachciarek, Alberto Lozano Platonoff: Rozwój przywódcy jako czynnik zmiany w organizacji – studium przypadku programu kształtowania menadżerów	235
Bartłomiej Pierański: Zasoby niematerialne jako źródło przewagi konkurencyjnej przedsiębiorstwa	247
Katarzyna Piórkowska: Socjopsychologiczne uwarunkowania decyzji menedżerskich w ujęciu dialektycznym – kontekst cech osobowościowych i właściwości temperamentu.....	256
Gabriela Roszyk-Kowalska: Umiejętności kluczowego pracownika w doskonaleniu przedsiębiorstwa.....	269
Ewa Stańczyk-Hugiet: Ewolucja koncepcji doskonałości jako egzemplifikacja różnicowania	277
Anna Starosta: Diagnozowanie kultury organizacyjnej w procesie jej identyfikacji i zmiany jako warunek osiągnięcia doskonałości organizacji.....	286
Monika Stelmaszczyk: Niewystarczająca analiza błędów barierą dzielenia się wiedzą w przedsiębiorstwach budowlanych	296
Aneta Stosik, Aleksandra Leśniewska: Bariery w procesie doskonalenia pracowników – analiza wybranych przypadków	306
Anna Zabłocka-Kluczka: Odporność swoista organizacji	318
Agnieszka Żarczyńska-Dobiesz: Pracownik 50+ jako kluczowy czynnik w procesie doskonalenia przedsiębiorstw.....	329

Summaries

Urszula Bąkowska-Morawska: Tourist supply chains. Directions of changes and perfecting	19
---	----

Michał Chomicki: Shaping the excellence in relations with cooperators under uncertainty.....	29
Marta Chudykowska: Adaptation of FMEA method in designing a system to measure achievements to ensure the effectiveness of optimising actions..	41
Wojciech B. Cieśliński, Jakub Mierzyński, Waclaw Nosek: Renewal process management model of enterprises – in the direction of organizational learning.....	51
Maciej Czarnecki, Magdalena Rajchelt: Key managerial and employees' competencies in the context of organizational growth and development...	64
Agnieszka Czerwińska-Lubszczyk, Anna Michna: Networking vs. operation of small and medium-sized enterprises.....	72
Dariusz Dudój: Mechanism of the increase of employees' engagement in organization improvement as an effect of directed development of employees' competencies	84
Marcin Flieger: Improving marketing function through the implementation of relationship marketing principles.....	93
Szymon Jopkiewicz: Aspects of commitment and trust to improve the organization of the health sector.....	105
Jarosław Karpacz, Klaudia Pilch: Evolution of organizational routines as foundation for organizational improvement.....	114
Piotr Karwacki: Controlling as a tool of multi-dimensional assessment of the network organization	127
Eryk Kosiński, Michał Flieger: Optimisation of sales model – results of satisfaction and customers' needs research of chosen firms of electro energy sector in Poland.....	137
Marcin Kowalewski: Defining and implementing process of KPIs.....	145
Janusz Kraśniak: Improvement of managerial skills of the management in health care entities	158
Kazimierz Krzakiewicz: The halo effect. Investigation of the organization's success factors	169
Janusz Marek Lichtarski: The evolution of criteria of assessment of organizational structure excellence.....	178
Krzysztof Machaczka: Informed vision of the organization as a key element in the ability of strategic reconfiguration of enterprises.....	187
Małgorzata Machaczka: The phenomenon of multiculturalism in international companies.....	195
Kamila Malewska: Intuition in decision-making as a source of competitive advantage	207
Mieczysław Morawski: Improving knowledge sharing processes with key employees of the company in the light of empirical research	219

Bogdan Nogalski, Przemysław Niewiadomski: Product flexibility as an indication of changes and a determinant of a perfectly competitive manufacturing facility – assessment concept.....	234
Hubert Pachciarek, Alberto Lozano Platonoff: Leader’s development as a factor of change in an organization – case study of shaping managers’ program.....	246
Bartłomiej Pierański: Immaterial resources as a source of competitive advantage of an enterprise.....	255
Katarzyna Piórkowska: Socio-psychological determinants of managerial decisions in accordance with a dialectic approach – the context of personality traits and temperament characteristics.....	268
Gabriela Roszyk-Kowalska: Skills of key employees in enterprise’s improvement	275
Ewa Stańczyk-Hugiet: Evolution of the excellence concept as an exemplification of variation.....	285
Anna Starosta: Organisational culture diagnosis in the process of its identification and change as a condition to achieve business excellence.....	295
Monika Stelmaszczyk: Insufficient analysis of errors as the knowledge sharing barrier in a construction enterprise	305
Aneta Stosik, Aleksandra Leśniewska: Barriers of employee development – analysis of selected cases.....	317
Anna Zabłocka-Kluczka: Specific immunity of the organization	328
Agnieszka Żarczyńska-Dobiesz: A 50+ employee as a key factor in the business improvement process.....	338

Szymon Jopkiewicz

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

ASPEKTY ZAANGAŻOWANIA I ZAUFANIA W DOSKONALENIU ORGANIZACJI SEKTORA ZDROWIA

Streszczenie: Artykuł podejmuje problem zaangażowania i zaufania w kontekście doskonalenia organizacji i ekonomizacji sektora zdrowia. Intencją autora było zidentyfikowanie i opisanie kluczowych atrybutów interakcji usługowej – zaangażowania i zaufania, które są istotne dla pacjentów oraz dla organizacji, umożliwiając ich rozwój, uczenie się i poprawę jakości oferowanych usług. Podjęta problematyka wydaje się uzasadniona ze względu na dokonujące się zmiany cywilizacyjne i próbę wyrównywania poziomów życia w krajach Unii Europejskiej.

Słowa kluczowe: zaangażowanie, zaufanie, doskonalenie organizacji, sektor zdrowia.

DOI: 10.15611/pn.2014.359.09

1. Wstęp

Przeobrażenia systemowe w Polsce otworzyły drogę do ekonomizacji usług zdrowotnych i doskonalenia organizacji, czyli do racjonalizacji działań w tej ważnej dla życia ludzi sferze. Istotne zatem stało się opracowanie koncepcji działań widocznych na poziomie sektora zdrowia, które z jednej strony wypełniłyby wieloletnią lukę niedostatków w zakresie jakości świadczeń, wprowadzając instrumenty ekonomizacji do obszarów, w których dotychczas nie występowały, z drugiej zaś pozwalałyby na efektywną współpracę z pacjentami. Tym bardziej że funkcjonowanie polskiej służby zdrowia wciąż dalekie jest od oczekiwań pacjentów. Dlatego też podjęta w artykule problematyka zaangażowania i zaufania, jako sposobu doskonalenia organizacji w sektorze zdrowia, wydaje się uzasadniona ze względu na dokonujące się zmiany społeczne i cywilizacyjne oraz próby wyrównywania poziomów życia w krajach Unii Europejskiej.

Wdrożenie tej idei stało się nie tylko rezultatem zmian w systemie służby zdrowia, lecz konieczności wynikającej z przyjętych w Polsce regulacji prawnych determinujących działanie niektórych podmiotów w obszarze komunikacji z pacjentem poprzez zakaz reklamowania się. Rozwiązanie to uniemożliwiło stosowanie kla-

sycznych narzędzi marketingowych przyjętych w innych sektorach, determinując zakres narzędzi komunikacji z klientem typowych dla marketingu relacyjnego. Pojęcie marketingu relacji definiuje się jako tworzenie, utrzymywanie i wzbogacanie więzi z klientami i ich partnerami w taki sposób, aby cele obu stron zostały osiągnięte poprzez obustronną wymianę i realizację poczynionych obietnic [Grönroos 1990, s. 138].

2. Zaangażowanie świadczeniobiorcy w relację usługową

Komunikacja z pacjentem to nie tylko kształtowanie wizerunku, ale także pomoc w stawianiu diagnozy i przekonanie pacjenta do określonej terapii, a w konsekwencji możliwość obniżki kosztów leczenia. Istotne jest przede wszystkim to, czy pacjent, subiektywnie oceniający stan swojego zdrowia, wyraża zgodę na poddanie się danemu typowi leczenia. W związku z tym komunikacja oparta na zaangażowaniu i zaufaniu może wpływać modyfikująco na zmianę postawy usługobiorcy.

Pojęcie zaangażowania jest często mylnie identyfikowane z „przywiązaniem”. W.L. Wilkie zaangażowanie konsumenta (*consumer involvement*) definiuje jako „ilość wydatkowanej przez konsumenta energii na określoną aktywność związaną z nabywaniem i honorowaniem dóbr i usług” [Wilkie 1995, s. 164]. Zatem zaangażowanie jest procesem o podłożu motywacyjnym, gdyż pobudza konsumentów do działania i ukierunkowuje ich zachowania, jak również stanowi istotny bodziec do zmian i dalszego doskonalenia się organizacji.

Cechą charakterystyczną zaangażowania jest to, że jego poziom zmienia się w zależności od konkretnej sytuacji (rodzaju interakcji). Zazwyczaj możliwość zakupu nowej usługi powoduje wzrost zaangażowania konsumentów, a tym samym modyfikację ich zachowań [Furtak 2003, s. 175]. Jeżeli zatem usługodawca dostrzeże wartość długookresowych relacji, to nie może ignorować znaczenia zaangażowania konsumenta, na każdym z możliwych etapów interakcji [Roberts 2003, s. 178], tzn. czynnie uczestniczyć w procesie wymiany informacji, co może świadczyć o otwartości na zmianę i chęci organizacyjnego uczenia się. Istotność zaangażowania, z perspektywy strony popytowej relacji, uzasadnia siła identyfikacji pacjenta z celami i zadaniami wyznaczonymi przez usługodawcę w procesie diagnozy i terapii. Spośród wielu typów zaangażowania (afektywne, normatywne i intencjonalne) tylko afektywnemu przypisuje się wpływ na stopień, w jakim pacjent zamierza wytrwać i kontynuować relację z usługodawcą [Roberts i in. 2003, s. 178].

Zależność między komunikacją a zaangażowaniem uwzględnia wiodącą rolę więzi społecznych, opartych na emocjach, w tworzeniu i podtrzymywaniu relacji z pacjentem. Pojawienie się uczucia bliskości i pewnego rodzaju zażyłości jest wynikiem długotrwałej relacji usługowej o dużej intensywności interakcji usługodawca–pacjent [Rudawska 2007, s. 73]. Ponadto takie cechy usługodawcy, jak reagowanie, umiejętność słuchania i wyjaśniania, próby zrozumienia argumentów drugiej strony oraz empatia, są warunkiem nawiązania trwałej relacji [Chandon i in. 1997,

s. 67]. Dowodzą one tego, że pacjent komunikując się, zdaje się na kontakt z konkretną osobą i istotną rolę odgrywają w tej relacji związki emocjonalne. Pozytywne emocje mają wpływ nie tylko na subiektywnie postrzeganą satysfakcję pacjenta, ale także mogą przyczynić się do poprawy stanu jego zdrowia. Efektem może być redukcja kosztów obsługi pacjenta-klienta uzyskanej dzięki wykorzystaniu instrumentów marketingu relacji [Dube, Belanger 1996, s. 11]. Natomiast więzi oparte na wiedzy odnoszą się do zbioru informacji o przebiegu choroby i jej uwarunkowaniach, a ich powiernikiem staje się lekarz. Ponadto interakcje usługodawca–pacjent związane są często z intymną sferą życia człowieka. Trwałe związki powstałe na tej płaszczyźnie stanowią dla pacjenta ważną barierę wyjścia, która intensyfikuje zaangażowanie [Rudawska 2004, s. 15-16] i stanowi fundament długookresowej interakcji usługowej.

Warunkiem zaangażowania w relację jest postrzeganie jej przez strony w kategoriach istotności. Stąd też zaangażowanie, mające podłoże motywacyjne, determinuje powstawanie afektywnej więzi klienta z organizacją. Intensywność tego związku może wahać się w zależności od typu relacji. Relacje o pozytywnym nasyceniu ekspresywnym, czyli część związków usługodawca–pacjent, są bardziej podatne na zaangażowanie. Jego rola wzrasta wraz ze stopniem złożoności usługi zdrowotnej i brakiem rzeczywistych kompetencji pacjenta w ocenie profesjonalizmu usługodawcy [Rudawska 2004, s. 15-16].

D.S. Brody twierdzi, że zwiększenie udziału pacjentów w podejmowaniu decyzji klinicznych poprawi opiekę nad chorymi i wyniki leczenia dzięki lepszemu gromadzeniu informacji, trafności decyzji, wykorzystaniu przez lekarzy technologii, zainteresowaniu pacjenta kosztami, niewygodami, dolegliwościami oraz komplikacjami towarzyszącymi zabiegom [Brody 1980, s. 718-722]. Włączanie pacjenta w podejmowanie decyzji zmusza lekarza do wzięcia pod uwagę wszystkich możliwości i przedstawienia uzasadnienia zaleceń. Pacjent rozumiejąc naturę problemu, potrafi ustosunkować się do intencji lekarza. Wymiana poglądów winna prowadzić do bardziej racjonalnego, właściwego i otwartego rozważenia wszystkich sposobów leczenia [Brody 1980, s. 720].

Pojęcie zaangażowania wywodzi się z teorii wymiany społecznej, w której zakłada się, że to, co ludzie sądzą o związku z inną osobą, będzie zależało od tego, jak pojmują nagrody, które daje im ten związek, lub koszty, na jakie się narażają [Aronson i in. 1997, s. 426-427]. W związku z tym postępująca ekonomizacja usług zdrowotnych pozwala na rynkową interpretację tego zjawiska [Rudawska 2004, s. 16]. To niewątpliwie pierwszy bezpośredni wniosek, jaki wynika z odniesienia zaangażowania do teorii wymiany społecznej, interpretowanej w ujęciu usług zdrowotnych. Drugi to dostrzeżenie wiodącej roli zaangażowania w występowaniu pozytywnych efektów rozwoju takich relacji, jak dostosowanie się i współpraca [Mitręga 2005, s. 79]. Można zatem powiedzieć, że w sektorze zdrowia zaangażowanie jest kategorią społeczną i ekonomiczną, a relacje powstające na styku usługodawca–pacjent są

przez socjologów i psychologów medycyny interpretowane na gruncie stosunków społecznych.

Zaangażowanie wpływa na jakość relacji poprzez kształtowanie postaw i zachowań lekarza oraz pacjenta. Istotność zaangażowania dla podaźowej strony relacji należy łączyć ze zmniejszoną rotacją pracowników, większą ich motywacją, uczeniem się, umacnianiem systemu wartości organizacji, co zwiększa skuteczność działań i umożliwia doskonalenie organizacji. Z perspektywy strony popytowej relacji wagę zaangażowania uzasadnia siła identyfikacji pacjenta z celami i zadaniami wyznaczonymi przez lekarza w relacji usługowej [Rudawska 2004, s. 16].

3. Zaufanie w relacji usługowej

Stworzenie długookresowych relacji partnerskich zależy od zaangażowania każdej ze stron w dobre funkcjonowanie takiego układu. Pojawia się ono jednak tam, gdzie występuje zaufanie, rozumiane jako chęć polegania na partnerze. Zatem zaufanie ma szczególne znaczenie w warunkach niewiedzy lub niepewności, związanych z nieznanymi lub niepoznawalnymi działaniami innych [Gambetta 1988, s. 218]. Efekty relacji partnerskich opartych na zaufaniu to [Doyle 2003, s. 101]:

- zmniejszenie ryzyka związanego z dokonywaniem zakupu,
- funkcjonowanie zgodne z zaleceniami dostawcy,
- zmniejszenie podatności na utratę klientów,
- koncentrowanie się na wartościach,
- lepsza współpraca,
- rozwiązywanie problemów.

Zaufanie może przyczyniać się do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa, a w relacjach między pacjentem a lekarzem jest to istotne. W organizacji takiej jak placówka medyczna podstawą efektywnego funkcjonowania jest odpowiednie zarządzanie zaufaniem [Berry i in. 1991, s. 107]. C. Grönroos podkreśla, że istotą w relacjach z klientami jest wzajemne zaufanie, a nie wrogość [Grönroos 1996, s. 14]. W.B. Seal wprowadza pojęcie „organizacji opartej na zaufaniu” (*trust organisation*). Ma to związek nie tylko ze zwiększeniem zaufania klientów, lecz także z budowaniem zaufania wewnątrz organizacji [Seal 1998, s. 18]. Całościowa ocena placówki medycznej dokonywana przez pacjenta obejmuje zarówno relacje z lekarzem, białym personelem, jak i pracownikami administracji. Znalazło to swoje odzwierciedlenie w teorii zaangażowania–zaufania R. Morgana i S. Hunta, która czyni zaufanie czynnikiem odgrywającym centralną rolę w budowaniu, podtrzymywaniu i umacnianiu zaangażowania [Morgan, Hunt 1994, s. 24]. Wynika to z faktu, że relacja pacjent–lekarz najczęściej inicjowana jest zaistnieniem stanu chorobowego pacjenta lub profilaktyki chorób i determinowana asymetrią informacyjną. Asymetria w tego typu relacji jest oparta na sile profesji medycznej (deontologii lekarskiej) oraz autorytecie (typu epistemicznego) i prestiżu lekarza, powodując, że lekarz dysponuje kompetencjami umożliwiającymi ocenę stanu zdrowia i choroby pacjenta.

Asymetria informacyjna czyni relację bardziej podatną, w stosunku do innych sytuacji rynkowych, na nieetyczne zachowania usługodawcy [Rudawska 2004, s. 17]. Budzi to wątpliwości natury moralnej i etycznej, co znajduje wyraz w próbie ograniczenia tzw. zasady swobody klinicznej (*clinical freedom*), gdyż właśnie fakt autonomicznych decyzji lekarza, zgodnych z wiedzą i oceną sytuacji bez konieczności konsultacji z pacjentem, budzi najczęściej kontrowersji [Wennberg 1992, s. 67 i n.]. Zaufanie wobec danego obiektu jest definiowane najczęściej jako wiarygodność i życzliwość owego obiektu wobec partnera (osoby, organizacji) [Doney 1997, s. 36]. Z kolei w kategoriach behawioralnych oznacza gotowość polegania na obiekcie w warunkach opisanych przez niepewność i brak całkowitej lub częściowej kontroli nad sytuacją [Moorman i in. 1993, s. 82]. W pojęcie zaufania wpisane jest zatem ryzyko. Pogląd ten wyraża K. Giffin, który dochodzi do wniosku, że zaufanie pojawia się wówczas, gdy osoby polegają na innej osobie, usiłują osiągnąć jakiś cel czy ryzykują stratę [Giffin 1967, s. 78].

Niezależnie od roli zaangażowania należy zauważyć, że im większe ryzyko związane z kontaktem z usługodawcą i większy stopień jego zależności, tym większe prawdopodobieństwo zaistnienia zaufania. A. Giddens podkreśla, że w zdobywaniu zaufania zasadne jest przyjmowanie strategii „aktywnego zaufania”, „otwierania się na innych”, nawet jeśli wiąże się to z ryzykiem, gdyż może to stanowić jedyną szansę wywołania poczucia obowiązku, imperatywu wiarygodności, nakazu wzajemności czy poczucia odpowiedzialności [Beck i in. 1994, s. 187]. „Poczucie posiadania pełnej odpowiedzialności [...], może zmobilizować specjalistę, sprawić, że będzie zdeterminowany aby za wszelką cenę uniknąć sytuacji, w której zaufanie klienta zostałoby nadużyte” [Merton i in. 2003, s. 22]. Można zatem mówić o pewnym progu ryzyka, po którego przekroczeniu pojawia się zachowanie świadczące o zaufaniu. Na pewno w przypadku usług medycznych próg ten wyznacza deontologia lekarska skłaniająca pacjenta do zdawania się na lekarza, mimo ryzyka zachowań nieetycznych z jego strony. Dlatego istotną rolę odgrywa nie tylko kształtowanie zaufania do konkretnego lekarza, np. pierwszego kontaktu, specjalisty, ale także do całej instytucji.

Należy zatem uznać zaufanie za główny komponent budowy i umacniania zaangażowania stron relacji. Jak twierdzi I. Rudawska, nakładająca się na niepewność przebiegu i rezultatu wymiany w usługach zdrowotnych ich niematerialność i heterogeniczność tworzą z zaufania podstawowe narzędzie rynkowego oddziaływania [Rudawska 2004, s. 17]. Efektywna ekonomizacja usług zdrowotnych uzależniona jest od zarządzania zaufaniem, ponieważ klient zmuszony jest zakupić usługę, zanim jej doświadczy [Morgan, Hunt 1994, s. 24]. Co więcej, zaufanie pojawia się nawet przed dokonaniem aktu sprzedaży (konsumpcji usługi), np. w wyniku rekomendacji wiarygodnej osoby trzeciej [Palmar, Bejou 1994, s. 499]. Zaufanie w relacji pacjent–usługodawca jest jednym z warunków oferowania produktu usługowego, rozumianego jako wiązka korzyści dostarczona klientowi, zaspokajająca jego potrzeby zdrowotne i psychiczne. Rezultat procesu usługowego jest uzależnio-

ny nie tylko od kompetencji usługodawcy, ale również od współdziałania i zaangażowania pacjenta [Rudawska 2005, s. 7].

D.T. Wilson i S. Jantrania postrzegają zaufanie w kontekście wartości związku sprzyjającego wykształceniu się głębokiej relacji [Wilson, Jantrania 1994, s. 66]. Natomiast A. Ravalad i C. Grönroos dodają, że zaufanie poprzez zwiększenie poczucia bezpieczeństwa oraz zapewnienie stabilności i pewności redukuje koszty konsumenta, a tym samym zwiększa wartość związku [Ravalad, Grönroos 1994, s. 17]. Podsumowują to V. Liljander i I. Roos, traktując zaufanie jako najważniejszy instrument oddziaływania [Liljander, Roos 2002, s. 595]. Zaufanie musi być jednak oceniane w kontekście ekonomizacji i dynamicznych zmian, w których uczestniczą organizacje sektora zdrowia. M. Argyle wyraża pogląd, że ujawnianie siebie jest możliwe tylko wówczas, gdy ludzie zaczynają mieć do siebie zaufanie i przyznaje, że w stosunkach międzyludzkich w pewnych obszarach „samoujawnianie” jest większe niż w innych, np. lekarzowi jesteśmy skłonni powiedzieć więcej niż kierownikowi banku [Argyle 1999, s. 150]. Mechanizm zaufania polega zatem na tym, że inni członkowie danej grupy charakteryzują się uczciwością i kooperatywnym zachowaniem opartym na wspólnie wyznaczonych normach [Moorman i in. 1993, s. 82], odnoszących się do długotrwałych relacji usługowych pacjent–lekarz, co wydaje się również istotne z perspektywy doskonalenia i uczenia się organizacji.

Zaufanie, podobnie jak i zaangażowanie, traktowane jest nie tylko jako część interakcji usługowej nawiązanej między usługodawcą a pacjentem, ale stanowi także podstawę działań przedsiębiorstwa usługowego, które kreuje odpowiednią kulturę organizacyjną. Zdaniem F. Fukuyamy zaufanie to mechanizm oparty na założeniu, że innych członków danej społeczności cechuje uczciwe i kooperatywne zachowanie oparte na wspólnie wyznawanych normach. Normy te mogą dotyczyć głęboko zakorzenionych wartości, ale także obejmować standardy obowiązujące w danej profesji lub przyjęte reguły zachowania. Dlatego też wierzymy, że lekarz nie będzie działał świadomie na naszą szkodę, ponieważ spodziewamy się, iż będzie postępował zgodnie z przysięgą Hipokratesa i zasadami swojej profesji [Fukuyama 1997, s. 38].

G. Hamel i C.K. Prahalad traktują zaufanie jako „strategiczną gotowość” (*strategic intent*), bez której niemożliwe jest pełne wykorzystanie zawodowych umiejętności członków organizacji [Doyle 1995, s. 29], a zaufanie pacjenta do profesjonalisty ma priorytetowe znaczenie na wszystkich etapach procesu usługowego. Zaufanie stanowi podstawę długofalowej współpracy i współdziałania. Okazją do pogłębienia (bądź zniweczenia) zaufania stają się tzw. momenty prawdy, czyli kryzysowe sytuacje między usługodawcą a usługobiorcą, które znajdują odniesienie w cyklu aktywności nabywcy [Dobska, Rogoziński 2008, s. 235]. Cykl aktywności nabywcy porządkuje proces obsługi klienta. W fazie pierwszej, przedsprzedażowej następuje wybór i wstępna weryfikacja ofert. Momenty prawdy pojawiają się w końcowym etapie fazy drugiej (negocjowania i nabywania) oraz są kontynuowane w fazie trzeciej (świadczenia i konsumowania). Oznacza to, że w pozostałych fazach interakcja

może zachodzić bez głębszego, a czasem bez jakiegokolwiek zaangażowania stron relacji. Taka sytuacja ma miejsce wówczas, gdy np. pacjent przegląda i analizuje w domu ofertę placówki medycznej. Natomiast faza druga i trzecia oznacza świadome i aktywne wchodzenie w relację z reprezentantem usługodawcy. Jest nim osoba należąca do personelu kontaktowego, ale może nim być również system komunikacji pośredniej (strony internetowe) lub materialny element wyposażenia zastępujący osobę wykonawcy [Dobska, Rogoziński 2008, s. 238]. W fazie trzeciej szczególną rolę odgrywa zaufanie i zaangażowanie w relację.

Zatem wobec relacji pacjent–lekarz istotne jest wytwarzanie się klimatu zaufania i konsensusu co do wyznawanych wartości zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i organizacyjnym, odnoszącym się do kultury organizacyjnej. Leżący u podstaw kultury organizacyjnej jej system wartości oddziałuje na całokształt relacji usługodawca–usługobiorca. Otacza on organizację, wpływając na jej wizerunek, co manifestuje się w obserwowalnych artefaktach. W sposób bezpośredni przejawia się w postawach i zachowaniach usługodawcy. Zatem zgodność systemów wartości pacjenta i usługodawcy sprzyja redukcji niepewności i umożliwia oparcie relacji na wiarygodności. Ten typ zaufania sprzyja stabilizowaniu związku i czyni pacjenta mniej podatnym na krótkookresowe defekty jakości. Wspólne, ujawnione przez obie strony relacji wartości są ważnym prekursorem zjawiska zaangażowania, pozwalają bowiem do pewnego stopnia przewidzieć nastawienia i zachowania uczestników interakcji. Wspólnota wartości sprzyja realizacji celu postawionego przed relacją usługową i ułatwia stronom komunikowanie się [Rudawska 2004, s. 17-18]. Niewątpliwie jednak komunikacja formalna i nieformalna poprzez swój aparat narzędziowy zmniejsza niepewność i tym samym wytwarza klimat zaufania między usługodawcą a usługobiorcą.

Kiedy zaufanie pokładane jest przez pacjenta w lekarzu, nie tylko determinuje poziom jego satysfakcji z usługi, ale i przyczynia się do kreacji poczucia pewnego rodzaju uzależnienia od usługodawcy. Konstatacja ta prowadzi do podważenia pojęcia satysfakcji jako kategorii opisującej jedynie jakość relacji i uniwersalnego miernika skuteczności wysiłków organizacji na rzecz kształtowania związków z klientem [Rudawska 2004, s. 17]. Poziom satysfakcji pacjenta z usługi winien być mierzony na podstawie obserwacji osobowościowych charakterystyk personelu medycznego i jego umiejętności komunikacyjnych. Im bardziej pacjent czuje się usatysfakcjonowany kontaktami z lekarzem, tym większe jego zaangażowanie w relację. Im bardziej satysfakcjonujący sposób, w jaki profesjonalista wypełnia swoją rolę wobec pacjenta, tym większe jego przywiązanie i zaangażowanie w relację. Zakładając afektywny wymiar zaangażowania, przyjmuje się, iż czynnikami satysfakcji w największej mierze przyczyniającymi się do powstawania owego zjawiska będą elementy emocjonalne związane m.in. z postęпами rekonwalescencji, a nie instrumentalne procesu usługowego, takie jak np. refundacja świadczenia z Narodowego Funduszu Zdrowia [Rudawska 2004, s. 18]. Potwierdzają to badania bezpośrednie, w których pacjenci wymieniają empatię oraz poświęcenie czasu

i uwagi przez lekarza jako naczelną determinantę satysfakcji [Aldana i in. 2001, s. 18].

Natomiast badania B. Wranga, A. Palmera i D. Bejou prowadzone w sektorach, w których istotną rolę odgrywają bezpośrednie kontakty, wskazują na ocenę umiejętności personelu jako kluczową determinantę satysfakcji klienta z relacji z usługodawcą [Wrang i in. 1994, s. 27]. Należy jednak dodać, że ów bezpośredni kontakt oznacza zarówno relację *face to face*, jak i kontakt telefoniczny lub za pomocą Internetu.

4. Metodyka badań

Na wstępie należy podkreślić, że uzyskane w badaniu odpowiedzi prezentują postawy deklaratywne respondentów, którzy jednak byli rzeczywistymi pacjentami placówek służby zdrowia i korzystali ze świadczeń medycznych. Ponadto część pytań dotyczyła zagadnień bezpośrednio nieuświadomianych przez pacjentów w trakcie świadczenia medycznego, stąd ich postulatywny charakter. Niemniej jednak uzyskane wyniki wskazują na potrzebę dalszych, pogłębionych badań w tym zakresie.

Podstawową techniką empiryczną służącą do weryfikacji teoretycznych założeń była ankieta w pełni ustrukturyzowana, skierowana do pacjentów publicznych i niepublicznych placówek podstawowej opieki zdrowotnej, przeprowadzona na terenie województwa świętokrzyskiego. By jednak w formułowaniu wniosków wykroczyć poza zakres przebadanej zbiorowości, zapewniony został losowy dobór próby. W sumie za pomocą kwestionariusza ankiety przebadano 279 osób zamieszkujących województwo świętokrzyskie, z czego kobiety stanowiły 195 osób, czyli 70,14%, mężczyźni zaś 84 (niemal 30,00%). Blisko połowa badanych mieszka w małych i dużych miastach (powyżej 100 tys. mieszkańców); mieszkańcy wsi stanowią niewiele ponad połowę z badanej populacji.

Badaną grupę różnicowała także struktura wykształcenia. Osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 13,60%, ze średnim – 64,1%, z zasadniczym i zawodowym niewiele ponad 22% – niewiele ponad 22%. Najliczniejszą grupę (131) stanowiły kobiety z wykształceniem średnim, mężczyźni w tej grupie było 48. Struktura wieku badanych była zróżnicowana, choć przewagę stanowiły osoby w przedziale wiekowym 50–59 lat (243 osoby, 87,10%; w tym 170 kobiet i 73 mężczyzn).

Biorąc pod uwagę kryterium miejsca zamieszkania i stopnia wykształcenia, należy stwierdzić, że dominującą grupę stanowili mieszkańcy wsi z wykształceniem średnim (90 respondentów). Natomiast wykształcenie wyższe najliczniej było reprezentowane w małych oraz dużych miastach (24 osoby), gdzie liczba osób z wykształceniem średnim wynosiła 87. Najmniej liczną grupę stanowili mieszkańcy wsi z wykształceniem podstawowym (2 osoby); w miastach grupa o tym wykształceniu również była nieliczna (3 osoby).

5. Wyniki badań

Wyniki badań empirycznych potwierdzają słuszność sformułowanych założeń teoretycznych mówiących, że zaufanie i zaangażowanie w relacji usługowej stanowią istotne komponenty ekonomizacji służące doskonaleniu organizacji sektora zdrowia.

Pogłębiona analiza czynników mających znaczenie dla zaangażowania pacjenta i lekarza w procesie leczenia ujawnia kluczową rolę dostosowania się do zaleceń lekarza, którą za bardzo ważną uznało blisko 64% badanych. Kolejne wskazanie to precyzja przekazu zaleceń lekarza (61%). Za bardzo ważną uznano również współpracę z lekarzem (niemal 59%). Motywacja pacjenta do leczenia została uznana za bardzo ważną przez blisko 52% badanych. Odpowiedzi respondentów obrazuje poniższa tabela 1.

Tabela 1. Zaangażowanie pacjenta i lekarza w relacji usługowej

Opinia	Zupełnie nieważne	Raczej nieważne	Ani ważne ani nieważne	Dość ważne	Bardzo ważne	Σ
a. dostosowanie się do zaleceń lekarza	1,08%	0,36%	1,43%	33,33%	63,80%	100,00%
b. współpraca z lekarzem	0,36%	1,79%	1,08%	37,99%	58,78%	100,00%
c. przywiązanie do lekarza	2,87%	14,70%	32,97%	41,22%	8,24%	100,00%
d. rola pacjenta w procesie diagnozy	0,36%	5,38%	11,11%	52,33%	30,82%	100,00%
e. akceptacja zaleceń lekarza	0,72%	0,72%	2,51%	48,03%	48,03%	100,01%
f. akceptacja odczuć pacjenta	1,08%	2,87%	7,17%	53,41%	35,48%	100,01%
g. więź emocjonalna (sympatia)	7,17%	12,54%	29,03%	37,99%	13,26%	99,99%
h. motywacja pacjenta do leczenia	1,08%	1,79%	5,02%	40,14%	51,97%	100,00%
i. precyzja przekazu zaleceń lekarza	1,08%	0,72%	4,66%	32,26%	61,29%	100,01%
j. empatia lekarza	4,30%	11,11%	29,39%	40,14%	15,05%	99,99%

Źródło: opracowanie własne.

Taki rozkład odpowiedzi wskazuje na istotną rolę sfery kognitywnej, czyli więzi opartych na wiedzy, jako czynników budujących zaangażowanie. Jest to dowodem na wsparcie postawionych w artykule założeń, ujawniając kluczową rolę zaangażowania w kształtowaniu relacji usługowych i doskonaleniu organizacji. Zaufanie i towarzyszące mu zaangażowanie budują czynniki, które odgrywają istotną rolę w usługowej interakcji. Niewiele ponad 80% pacjentów uznało za bardzo ważny

profesjonalizm i wykształcenie lekarza. Etyczne zachowanie lekarza jest bardzo istotne dla 77% respondentów, a blisko 70% uznało za bardzo ważne takie kategorie, jak odpowiedniość (odpowiedzialność) świadczenia, wiarygodność oraz bezpieczeństwo świadczenia. Wyniki zebrano w tabeli 2.

Tabela 2. Zaufanie pacjenta w relacji usługowej

Opinia	Zupełnie nieważne	Raczej nieważne	Ani ważne ani nieważne	Dość ważne	Bardzo ważne	Σ
a. profesjonalizm i wykształcenie lekarza	1,79%	0,36%	2,87%	14,34%	80,65%	100,01%
b. etyczne zachowania lekarza	0,36%	1,08%	1,43%	19,71%	77,42%	100,00%
c. gotowość polegania na lekarzu	0,36%	1,79%	2,15%	31,54%	64,16%	100,00%
d. dotrzymanie obietnicy usługowej przez lekarza	0,36%	0,00%	5,73%	31,54%	62,37%	100,00%
e. bezpieczeństwo świadczenia	0,36%	1,79%	2,87%	28,32%	66,67%	100,01%
f. wiarygodność świadczenia	0,72%	1,43%	2,87%	26,88%	68,10%	100,00%
g. odpowiedzialność świadczenia	0,72%	1,43%	1,79%	27,60%	68,46%	100,00%
h. trwałość świadczenia	0,72%	2,51%	4,30%	37,63%	54,84%	100,00%
i. umiejętności techniczne (manualne)	1,43%	1,79%	8,96%	25,81%	62,01%	100,00%
j. autorytet lekarza	1,08%	1,08%	8,96%	39,07%	49,82%	100,01%
k. rozmowa z pacjentem na tematy niezwiązane z chorobą	10,75%	18,64%	38,35%	21,15%	11,11%	100,00%

Źródło: opracowanie własne.

Wyniki te dowodzą, że istotny udział w tworzeniu zaufania w trakcie interakcji usługowej mają więzi afektywne i, podobnie jak w przypadku zaangażowania, więzi oparte na wiedzy. Należy zatem stwierdzić, że komunikacja będąc nośnikiem zaufania i zaangażowania, prowadzi do doskonalenia organizacji. Natomiast szczególnie udział w budowie zaufania i zaangażowania mają więzi psychologiczne (sfera afektywna). Stanowią je empatia (współodczuwanie) lekarza oraz więź emocjonalna (sympatia). Ponadto istotną rolę odgrywają czynniki wywodzące się ze sfery kognitywnej, czyli oparte na wiedzy i profesjonalizmie usługodawcy. Stanowią je bezpieczeństwo, wiarygodność, odpowiedniość i trwałość świadczenia. Wymienione czynniki w znaczący sposób kształtują zaufanie, a w konsekwencji, co potwierdzają badania empiryczne, budują istotną dla obu stron relację usługową.

6. Podsumowanie

W świetle przeprowadzonych analiz należy podkreślić, że zaangażowanie i zaufanie stanowią fundament doskonalenia się organizacji i mogą kształtować obopólnie korzystną interakcję usługową. Ponadto w budowaniu zaufania i zaangażowania istotną rolę odgrywają więzi afektywne i oparte na wiedzy.

Postępująca ekonomizacja w sektorze zdrowia powinna być wspierana instrumentami opisywanymi w psychologii społecznej, behawioralnej. Wymaga to działań edukacyjnych prowadzonych wśród pracowników placówek zdrowotnych, obejmujących kształcenie zawodowe i podyplomowe personelu medycznego oraz kadry zarządzającej placówkami ochrony zdrowia, tak by świadomie budować kulturę organizacyjną zakładów opieki zdrowotnej. Dlatego dalszy rozwój sektora zdrowia wymaga pogłębionych badań, które wzmocnią teorię i dadzą podstawę do doskonalenia rozwiązań praktycznych. Wyniki badań empirycznych dowodzą, że ekonomizacja usług zdrowotnych znajduje się we wstępnej fazie rozwoju, a jej dalsza implementacja będzie uzależniona od zakresu świadomie prowadzonych zmian w sektorze zdrowia. Działania te istotne są nie tylko dla pacjentów, ale również dla doskonalenia się organizacji sektora zdrowia.

Literatura

- Aldana J.M., Piechulek H., Al-Satir A., *Client Satisfaction and Quality of Health Care*, „Bulletin of the World Health Organization” 2001, no. 6.
- Aronson E., Wilson T.D., Akert R.M., *Psychologia społeczna. Serce i umysł*, Zysk i S-ka, Poznań 1997.
- Aryle M., *Psychologia stosunków międzyludzkich*, PWN, Warszawa 1999.
- Beck U., Giddens A., Scott L., *Reflexive Modernisation*, Polity Press, Cambridge 1994.
- Berry L.L., Parasurman A., *Marketing Services Competing through Quality*, The Free Press, New York 1991.
- Brody D.S., *The Patient's Role in Clinical Decision-Making*, “Annals of Internal Medicine” 1980, no. 93.
- Chandon J., Leo P., Philippe J., *Service encounter dimensions: a dyadic perspective*. “International Journal of Service Industry Management” 1997, vol. 8, no. 1.
- Dobska M., Rogoziński K., *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2008.
- Doney P.M., Cannon J.P., *An examination of the nature of trust in buyer-seller relation*, “Journal of Marketing” 1997, vol. 61.
- Doyle P., *Marketing in the new millennium*, “European Journal of Marketing” 1995, vol. 29, no. 13.
- Doyle P., *Marketing wartości*, Wydawnictwo Felberg SJA, Warszawa 2003.
- Dube L., Belanger M., *The role of emotions in health care satisfactions*, “Journal of Health Care Marketing” 1996, vol. 16, Issue 2.
- Fukuyama F., *Zaufanie. Kapitał społeczny a droga do dobrobytu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa–Wrocław 1997.
- Furtak R., *Marketing partnerski na rynku usług*, PWE, Warszawa 2003.
- Gambetta D., *Can we trust?*, [w:] *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, red. D. Gambetta, Basil Blackwell, Oxford 1988.

- Giffin K., *The Contribution of Studies of Source Credibility to Theory of Interpersonal Trust In the Communication Process*, „Psychological Bulletin” 1967, vol. 68.
- Grönroos Ch., *Service Management and Marketing. Managing the Moments of Truth in Service Competition*, Free Press, Lexington 1990.
- Grönroos Ch., *The Rise and Fall of Modern Marketing and Its Rebirth*, [w:] *Marketing in Evolution: Essays in Honor of Michael J. Baker*, red. S.A. Shaw, N. Hood, Macmillan, New York 1996.
- Liljander V., Roos I., *Customer–relationship levels-from spurious to true relationship*, „Journal of Services Marketing” 2002, vol. 16, no. 7.
- Merton V., Merton R.K., Barber E., *Client ambivalence in professional relationships: The problem of seeking help from strangers*, [w:] *New Directions in Helping*, red. B.M. DePaulo, Academic Press, New York 2003.
- Mitrega M., *Marketing relacji. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa 2005.
- Moorman C., Deshpandé R., Zaltman G., *Factors affecting trust in market research relationship*, “Journal of Marketing” 1993, January, vol. 57.
- Morgan R.M., Hunt S.D., *The Commitment–trust Theory of Relationship Marketing*, “Journal of Marketing” 1994, Issue 3.
- Palmar A., Bejou D., *Buyer-Seller. Relationships: A Conceptual Model and Empirical Investigation*, „Journal of Marketing Management” 1994, vol. 10.
- Ravald A., Grönroos Ch., *The Value Concept and Relationship Marketing*, “Asia-Australia Marketing Journal” 1994, vol. 2, no. 1.
- Roberts K., Varki S., Broslie R., *Measuring the quality of relationship in consumer services an empirical study*, “European Journal of Marketing” 2003, vol. 37, no. 1-2.
- Rudawska I., *Ekonomizacja relacji pacjent–usługodawca w opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2006.
- Rudawska I., *Kształtowanie zaangażowania w relacjach usługowych (na przykładzie rynku usług zdrowotnych)*, „Marketing i Rynek” 2004, nr 3.
- Rudawska I., *Opieka zdrowotna. Aspekty rynkowe i marketingowe*, PWN, Warszawa 2007.
- Seal W.B., *Relationship Banking and Management of the Organization Trust*, “International Journal of Bank Marketing” 1998, vol. 16, no. 3.
- Wennberg J.A., *ACPR and Strategy for Health Care reform*, “Health Affairs” 1992, Winter, s. 67 i n., [cyt. za:] I. Rudawska, *Pacjent-klient na rynku usług zdrowotnych*, „Marketing i Rynek” 2003, nr 1.
- Wilkie W.L., *Customer Behavior*, “Journal of Services Marketing” 1995, vol. 9, no. 1.
- Wilson D.T., Jantrania S., *Understanding the Value of a Relationship*, “Asia-Australia Marketing Journal” 1994, vol. 2, no. 1.
- Wrang B., Palmer A., Bejou D., *Using Neural Network Analysis to Evaluate Buyer-Sellers Relationships*, “European Journal of Marketing” 1994, no. 10.

ASPECTS OF COMMITMENT AND TRUST TO IMPROVE THE ORGANIZATION OF THE HEALTH SECTOR

Summary: The article raises the issue of commitment and trust in the context of organizational improvement and economization of the health sector. The author’s intention is to identify and describe the key attributes of service interactions – commitment and trust that are important to patients and to the organizations, enabling their development, learning and improving the quality of services offered. The issue seems to be justified because of the changes in progress of civilization and attempt to equal standards of living in the countries of the European Union.

Keywords: commitment, trust, improvement of the organization, health sector.