

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

262

Efektywność – konceptualizacja i uwarunkowania



Redaktorzy naukowi

Tadeusz Dudycz

Grażyna Osbert-Pociecha

Bogumiła Brycz



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2012

Recenzenci: Wojciech Dyduch, Aldona Frączkiewicz-Wronka,
Dagmara Lewicka, Gabriel Łasiński, Elżbieta Mączyńska,
Krystyna Poznańska, Maria Sierpińska, Elżbieta Skrzypek,
Henryk Sobolewski, Agnieszka Sopińska, Grzegorz Urbanek

Redakcja wydawnicza: Elżbieta Kozuchowska, Barbara Majewska

Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna w Internecie na stronach:

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

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 2012

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-254-3

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Druk: Drukarnia TOTEM

Spis treści

Wstęp	9
Piotr Bartkowiak, Przemysław Niewiadomski: Efektywne zarządzanie firmą rodzinną – kompetencyjne wyzwania sukcesji.....	11
Tomasz Bieliński: Polityka państw w zakresie preferowanych kierunków studiów a wspieranie innowacyjności gospodarki	25
Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska: System obsługi klienta jako czynnik konkurencyjności (na przykładzie gabinetu stomatologicznego).....	35
Piotr Chojnacki: Problemy zrównoważonego rozwoju w Polsce w kontekście efektywnego wykorzystania zasobów	53
Filip Chybalski: Problem racjonalności w decyzjach emerytalnych. Rozważania teoretyczne.....	64
Agnieszka Dejnaka: Innovative methods of brand creation on the market and their effectiveness	76
Wojciech Dyduch: Współczesne dylematy zarządzania pomiarem efektywności organizacyjnej	86
Adam Dzikowski: Metody jakościowe w zarządzaniu wiedzą i ocenie kapitału intelektualnego.....	96
Bartłomiej J. Gabryś: Metodyka pomiaru efektywności przedsiębiorczych organizacji: wprowadzenie do problematyki.....	110
Katarzyna Gajek, Wojciech Idzikowski: Koncepcja kompleksowej oferty szkoleniowej doskonalenia kapitału intelektualnego w organizacji	118
Beata Glinkowska: Kompetencje pracownika a efektywność organizacji	126
Barbara Kamińska: Uwarunkowania zarządzania wiedzą w małych i średnich przedsiębiorstwach.....	134
Alicja Karaś-Doniec: Efekty działalności podmiotów sztuk scenicznych w gospodarce lokalnej. Ujęcie ekonomiczne i organizacyjne	148
Janusz Kornecki: Efektywność usługi proinnowacyjnej realizowanej w ramach projektu systemowego Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości	166
Magdalena Kozera: Kapitał intelektualny w rolnictwie – zrozumieć, zmierzyć, zastosować	177
Grażyna Kozuń-Cieślak: Efektywność wydatków publicznych na ochronę zdrowia w krajach Unii Europejskiej	188
Stanisław Lewiński vel Iwański, Monika Kotowska: Wspólny rynek europejski a możliwości rozwojowe polskich przedsiębiorstw	202
Gabriel Łasiński, Piotr Głowicki: Uwarunkowania metodyczno-organizacyjne pracy grupowej w przedsiębiorstwach.....	211

Magdalena Majowska: W kierunku maksymalizacji efektywności organizacji – perspektywa uniwersalistyczna, sytuacyjna i instytucjonalna.....	221
Anna Matras-Bolibok: Efektywność współpracy przedsiębiorstw w zakresie działalności innowacyjnej.....	232
Aneta Michalak: Efektywność jako kryterium wyboru modeli finansowania inwestycji rozwojowych w górnictwie	241
Adam Nalepka: Efekty gospodarowania gminnym zasobem nieruchomości i możliwości ich powiększenia	261
Grażyna Osbert-Pociecha: Ograniczanie złożoności jako uwarunkowanie osiągnięcia efektywności organizacji	277
Marzena Papiernik-Wojdera: Koncepcja zrównoważonego wzrostu a zarządzanie efektywnością przedsiębiorstwa.....	293
Witold Rekuć, Leopold Szczurowski: Elastyczność procesów biznesowych jako czynnik zdolności adaptacyjnych organizacji.....	305
Elżbieta Skrzypek: Efektywność ekonomiczna jako ważny czynnik sukcesu organizacji.....	313
Halina Sobocka-Szczapa: Efektywność aktywnych programów rynku pracy	326
Henryk Sobolewski: Wybrane aspekty strukturalne alokacji własności prywatyzowanych przedsiębiorstw	341
Janusz Strużyna: Efektywność ewoluującej organizacji.....	356
Elżbieta Izabela Szczepankiewicz: Bilans wartości niematerialnych jako narzędzie pomiaru, raportowania i doskonalenia kapitału intelektualnego w organizacji opartej na wiedzy	366
Leopold Szczurowski, Witold Rekuć: Aspekty efektywności systemu ocen działalności naukowej jednostki podstawowej szkoły wyższej.....	388
Ewa Szkic-Czech: Outsourcing informacji społeczno-gospodarczej uwarunkowaniem skuteczności procesów biznesowych	401
Aldona Uziębło: Efektywność funkcjonowania organizacji <i>non profit</i> na przykładzie Fundacji Hospicyjnej. Studium przypadku	416
Krzysztof Zymonik: Efektywność działań w zakresie odpowiedzialności za bezpieczeństwo produktu.....	432
Zofia Zymonik: Koszty jakości jako miara efektywności działań w przedsiębiorstwie	440
Beata Zyznarska-Dworczak: Możliwości wykorzystania benchmarkingu do obiektywnej oceny efektywności procesów i przedsięwzięć rozwojowych w działalności gospodarczej	448

Summaries

Piotr Bartkowiak, Przemysław Niewiadomski: Effective management of family business – competence challenges of succession.....	24
Tomasz Bieliński: Educational policy regarding preferred fields of tertiary education and its impact on the most innovative sectors of economy.....	34
Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska: The customer service system as a competitive factor (on the example of a dentist's surgery).....	52
Piotr Chojnacki: Problems of sustainable development in Poland in the context of resources effective using	63
Filip Chybalski: Rationality in pension decisions. Some theoretical considerations.....	75
Agnieszka Dejnaka: Innowacyjne metody kreowania marki na rynku a ich efektywność	85
Wojciech Dyduch: Contemporary dilemmas in the management of organizational performance measurement.....	95
Adam Dzikowski: Qualitative methods in knowledge management and intellectual capital assessment	109
Bartłomiej J. Gabryś: Methodology of performance measurement in entrepreneurial organizations: introduction.....	117
Katarzyna Gajek, Wojciech Idzikowski: Company University – conception of complex training offer of intellectual capital improvement in contemporary organisation	125
Beata Glinkowska: Employee competencies and organizational effectiveness	133
Barbara Kamińska: Determinants of knowledge management in small and medium-sized enterprises	147
Alicja Karaś-Doniec: Effects of activity of performing arts in local economy. Organizational and economic aspects.....	165
Janusz Kornecki: Effectiveness of pro-innovation services provided within the systemic project carried out by the Polish Agency for Enterprise Development	176
Magdalena Kozera: Intellectual capital in agriculture – to understand, measure and use	187
Grażyna Kozuń-Cieślak: Efficiency of public expenditure on health care in the European Union countries	201
Stanisław Lewiński vel Iwański, Monika Kotowska: Single European Market and Polish business development opportunities	210
Gabriel Łasiński, Piotr Głowicki: Methodological and organizational aspects of group work in organizations.....	220
Magdalena Majowska: Towards maximizing the effectiveness of the organization – universalistic, contingency and institutional perspective	231

Anna Matras-Bolibok: Effectiveness of collaboration of enterprises in the range of innovation activity	240
Aneta Michalak: Effectiveness as a criterion of choosing financing models of development investment in mining	260
Adam Nalepka: Results of community real estate management and opportunities of their increase	276
Grażyna Osbert-Pociecha: Limitation of complexity as condition of firm's efficiency	292
Marzena Papiernik-Wojdera: The concept of sustainable growth and enterprises efficiency management	304
Witold Rekuć, Leopold Szczurowski: Business process flexibility as an organization adaptability factor	312
Elżbieta Skrzypek: Role of economic efficiency in shaping business success	325
Halina Sobocka-Szczapa: Efficiency of active labor market programs	340
Henryk Sobolewski: Selected structural aspects of ownership allocation in companies undergoing privatisation	355
Janusz Strużyna: Effectiveness of evolving organization	365
Elżbieta Izabela Szczepankiewicz: The Intellectual Capital Statement as a tool for measuring, reporting and improving of intellectual capital in a knowledge-based organization	387
Leopold Szczurowski, Witold Rekuć: Efficiency aspects of the scientific activity evaluation system of the university organizational unit	400
Ewa Szkic-Czech: Outsourcing of socio-economic information as a factor affecting the efficiency of business processes	415
Aldona Uziębło: Effectiveness of functioning of non-profit organization on the example of the Hospice Foundation. Case study	431
Krzysztof Zymonik: Effectiveness of actions in terms of product safety liability	439
Zofia Zymonik: Quality costs as measure of effectiveness of actions in enterprise	447
Beata Zyznarska-Dworczak: Possibilities of benchmarking using for the objective evaluation of the effectiveness of processes and projects in business	455

Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska

Uniwersytet Łódzki

SYSTEM OBSŁUGI KLIENTA JAKO CZYNNIK KONKURENCYJNOŚCI (NA PRZYKŁADZIE GABINETU STOMATOLOGICZNEGO)

Streszczenie: Działania na rzecz lepszej obsługi klienta mogą zwiększyć konkurencyjność podmiotu i poprawić jego wynik ekonomiczny. W artykule przedstawiono istotę konkurencyjności i jej determinanty. Wskazano na znaczenie jakości obsługi w budowaniu reputacji podmiotu w oczach klientów i jej długookresowych konsekwencji. Omówiono wyniki badań z zakresu: oczekiwań pacjentów wobec personelu gabinetu stomatologicznego; oceny kontaktu pacjent – personel gabinetu, dokonanej przez pacjentów; wpływu relacji pacjent – dentysta na postawy pacjentów wobec usługodawcy.

Słowa kluczowe: jakość obsługi, konkurencyjność gabinetu stomatologicznego, reputacja.

1. Wstęp

Jeszcze do lat 80. XX wieku wystarczającym warunkiem osiągnięcia przewagi konkurencyjnej była umiejętność skoncentrowania się przedsiębiorstwa na wybranym priorytecie konkurowania. Takie stanowisko proponował m.in. M.E. Porter w swoim modelu konkurowania, przeciwstawiając sobie strategię lidera kosztowego i strategię dyferencjacji oraz sugerując, że brak jednoznaczności w tym wyborze – poprzez „efekt ugrzęźnięcia” – może zdecydowanie osłabić przedsiębiorstwo na rynku (a w konsekwencji pogorszyć także wyniki jego działalności) czy wręcz wyeliminować je z rynku [Porter 1992]. Dziś do osiągnięcia przewagi konkurencyjnej i związanych z nią celów efektywnościowych nie wystarczy już forsować tylko jeden wyraźnie wyartykułowany kierunek działania.

Obecne warunki funkcjonowania na rynku do zapewnienia rozwoju przedsiębiorstwa egzekwują jego zdolność do działania z uwzględnieniem kilku priorytetów równocześnie¹, w tym [Wadhawa, Rao 2002]:

- szybkiego dostarczania danego produktu,
- utrzymywania odpowiednio niskich kosztów,

¹ Owa ambiwalencja dotyczy nie tylko sposobów osiągnięcia danego celu, ale także samych celów.

- zapewnienia relatywnie wysokiej jakości,
- respektowania zindywidualizowanych oczekiwań klientów, co przekłada się na konieczność zapewnienia kompleksowej oferty, czyli zróżnicowania profilu działania firmy.

Jak zauważa G. Osbert-Pociecha, „na pierwszy rzut oka” priorytety te są sprzeczne ze sobą, czy nawet częściowo się wykluczają, a tym samym są trudne do realizacji w tym samym czasie [Osbert-Pociecha 2009]. Okazuje się jednak, że poprzez podejmowanie określonych działań (o przekrojowym charakterze, zorientowanych procesowo, uwzględniających różne horyzonty czasowe itp.) na rzecz szeroko rozumianej elastyczności możliwe jest neutralizowanie konfliktu między nimi [Osbert-Pociecha 2007]. Wyzwanie – szeroko rozumianej elastyczności – staje też przed podmiotami oferującymi usługi zdrowotne (zarówno komercyjnie, jak i na zasadach *non profit*), które powinny dążyć nie tylko do realizacji wymienionych celów, ale również do znalezienia równowagi między ekonomicznym i medycznym obszarem prowadzonej działalności. Jest to szczególnie newralgiczny obszar w komercyjnych podmiotach opieki zdrowotnej, aby podnoszenie efektywności działania nie odbywało się kosztem zasad etyki lekarskiej. P.F. Drucker uważa, że biznes jest organizacją, która dodaje wartość i kreuje bogactwo, przy czym wartość jest kreowana dla klientów, a bogactwo – dla właścicieli [Watson 2002]. Podobne stanowisko zajmuje A.K. Koźmiński, twierdząc, że ostatecznym celem wszelkich działań gospodarczych jest wyłącznie przyrost wartości u klienta i w firmie [Koźmiński 1998]. Idąc tym tropem, można wskazać, że komercyjny gabinet stomatologiczny powinien dostarczać wartość pacjentom (związaną zarówno ze *stricte* medycznym obszarem usługi, jak i pozamedyczną jej częścią), aby przysporzyć bogactwa dentyście jako właścicielowi gabinetu.

Celem pracy jest przedstawienie znaczenia systemu obsługi klienta w budowaniu przewagi konkurencyjnej. Będzie to osiągnięte dzięki wskazaniu znaczenia jakości obsługi w kreowaniu reputacji gabinetu stomatologicznego w oczach klientów, jako narzędzia kształtowania ich długookresowych postaw wobec usługodawcy. Ponadto zostanie podjęta próba odpowiedzi na pytania:

- Czy postawy pracowników gabinetów stomatologicznych są zgodne z oczekiwaniami pacjentów?
- Czy pacjent korzystający z usług gabinetu buduje jego pozytywny wizerunek na rynku?
- Czy pacjent, który korzysta z usług tylko jednego stomatologa, jest mniej skłonny do przejścia do konkurencji niż pacjent, który nie ma stałego dostawcy świadczenia stomatologicznego?

Artykuł ma charakter teoretyczno-empiryczny – bazuje na przeglądzie literatury przedmiotu oraz wynikach badań własnych autorki.

2. Konkurencyjność a efektywność działania

Słowo „konkurencja” wywodzi się z łac. *concurrentia*, które oznacza współzawodnictwo, ale można spotkać się również ze słowem *concurrere*, które można tłumaczyć jako „biec razem” [Kopaliński 1971]. Współzawodnictwo, rywalizacja stanowi najważniejszy z elementów gospodarki wolnorynkowej, jest procesem, za pomocą którego uczestnicy rynku, dążąc do realizacji swoich interesów, próbują przedstawić oferty korzystniejsze od innych pod względem ceny, jakości lub innych charakterystyk wpływających na decyzje nabywcy o zawarciu transakcji [Pacholski, Trzcieliński (red.) 2005]. Umożliwia osiągnięcie przewagi konkurencyjnej (unikalnej pozycji w stosunku do konkurentów, pozwalającej na osiągnięcie założonych celów podmiotu). Pojawia się wtedy, gdy oferta gabinetu stomatologicznego – w ocenie klientów – jest bardziej atrakcyjna niż innych podmiotów z branży. Natomiast „biec razem” może odnosić się do konieczności wyznaczenia wspólnych celów usługobiorcy i usługodawcy świadczenia stomatologicznego (medycznych – zdrowe i ładnie wyglądające zęby pacjentów, pozamedycznych – wysoka jakość obsługi² zgodna z oczekiwaniami nabywcy), które pozwolą na usatysfakcjonowanie pacjenta, zatrzymanie go jako lojalnego klienta gabinetu (korzystającego z usług w długim okresie oraz rekomendującego gabinet potencjalnym pacjentom-klientom), a w konsekwencji zapewnienie dochodu gabinetowi stomatologicznemu (jako przedsiębiorstwu zarobkującemu). Tak więc dziś istotą konkurencyjności jest to, że dany podmiot robi coś inaczej niż inni (nie tylko na płaszczyźnie *stricte* medycznej) lub lepiej, zdobywając tym samym uznanie w oczach klientów i w konsekwencji osiągając wyższą efektywność działania (por. rys. 1).

Zainteresowanie zagadnieniem efektywności ma długoletnią tradycję. Początkowo utożsamiano ją z wydajnością w sensie techniczno-ekonomicznym (dzięki dążeniu do obniżenia kosztów poprzez ograniczanie strat i marnotrawstwa materiałów, siły roboczej oraz doskonalenie technologii i lepsze wykorzystanie czasu pracy) [Kisielewska, Kozuń-Cieślak 2007]. Dziś bierze się pod uwagę jeszcze inne kryteria, takie jak sprawność w sensie prakseologicznym T. Kotarbińskiego, kompetencyjność w sensie organizacyjnym M. Webera, funkcjonalność w sensie humanistycznym R. Beckharda, komunikatywność w sensie osobowościowym D.J. Lawlessa i moralność w sensie behawioralnym K. Obuchowskiego i B.K. Saanlana [Holstein-Beck 1997]. Dlatego współcześnie jest wręcz niemożliwe wskazanie jednego, uniwersalnego i zadowalającego różnych interesariuszy miernika efektywności. W praktyce można wskazać następujące wymiary efektywności działania podmiotów, które są współzależne [Brajer-Marczak 2008]:

- finansowe (zysk, stopa zysku),
- operacyjne (efektywność procesów),

² Związana m.in. z dostępnością usług (lokalizacja gabinetu, godziny otwarcia, cena usługi); wyglądem personelu i siedziby usługodawcy; zachowaniami pracowników (zarówno dentysty, jak i personelu pomocniczego) wobec klientów.

- rynkowe (stopień zaspokojenia potrzeb klientów),
- rozwojowe (zdolność tworzenia nowych produktów oraz pozyskiwanie nowych umiejętności).

Dlatego należy podkreślić fakt, że współczesne podejście do problemu efektywności uwzględnia szerokie spektrum czynników determinujących jej efektywność. Chodzi tu o [Kozusznik 2005]:

- czynniki o charakterze materialnym (tzw. miary obiektywne, wynikające z tradycyjnego podejścia),
- czynniki nowe (tzw. miary subiektywne), do których można zaliczyć:
 - potrzeby i oczekiwania pracowników (i wynikającą stąd satysfakcję),
 - elastyczność zespołu, dzięki której potrafi on szybko dostosować się do zmian zachodzących w otoczeniu podmiotu i wewnątrz niego (i wynikające stąd kreowanie wartości dla klienta),
 - poczucie wpływu w pracy i możliwość rozwoju kapitału ludzkiego (i wynikająca stąd satysfakcja i lojalność pracowników),
 - satysfakcja i lojalność klientów.

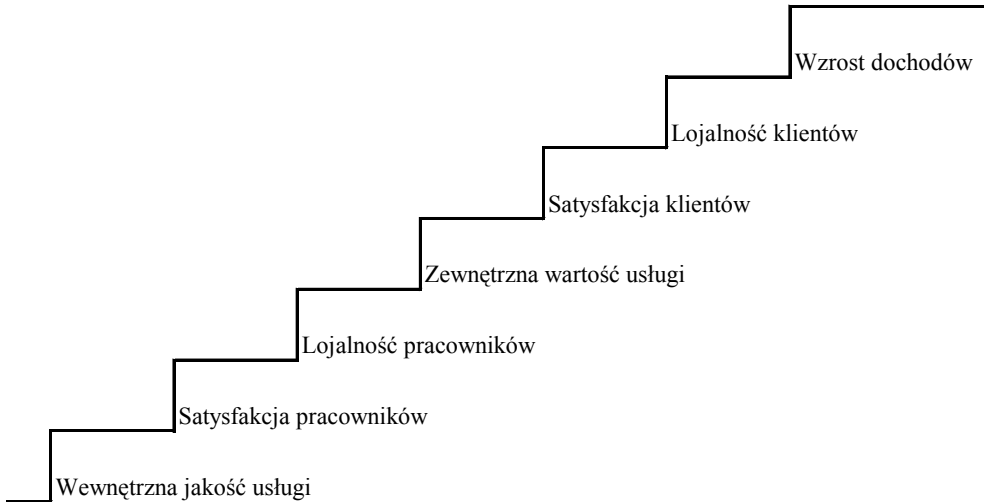
Reasumując, dążenie do wzrostu dochodów wymaga powiązania czynników nowych z tradycyjnymi. Podejście to jest widoczne w – opartym na jakości – proklientowskim podejściu do klienta (wewnętrznego i zewnętrznego) przedsiębiorstwa. Można je przedstawić w formie łańcucha korzyści (por. rys. 1).

3. Jakość obsługi jako instrument konkurowania

Rysunek 1 przedstawia łańcuch korzyści w usługach – podejście kaskadowe wyraźnie obrazuje fakt, że aby wejść na szczyt (poprawić wynik ekonomiczny usługodawcy), należy krok po kroku pokonać każdy stopień:

- poprawa jakości usługi (zarówno w sferze *stricte* medycznej – lepsze materiały i umiejętności zawodowe pracowników, jak i związanej z obsługą – podniesienie poziomu umiejętności z zakresu komunikacji interpersonalnej), która przyczyni się do:
 - wzrostu satysfakcji pracowników (a w konsekwencji ich lojalności wobec gabinetu), którzy mogą czuć się dumni z tego, że pracują w gabinecie, w którym jakość wyznacza kierunek działania. Zadowolony pracownik stara się wykonywać swoją pracę dobrze, dostarczając tym samym dodatkową wartość klientowi – zadowolenie z empatycznej postawy personelu, co owocuje:
 - satysfakcją pacjentów i wzrostem poziomu ich lojalności, która wyraża się m.in. korzystaniem z usług gabinetu w długim okresie. A. Payne wskazuje, że utrzymanie klientów wywołuje wiele pozytywnych skutków dla przedsiębiorstwa, do których należą m.in. [Payne 1996]:
 - utrzymywanie się podmiotu na rynku (a przychody z działalności satysfakcjonują stomatologa),
 - koszty sprzedaży, marketingu i rozruchu amortyzują się w dłuższym okresie związku nabywcy usługi z podmiotem,

- stali klienci „kupują więcej” w długim okresie,
- obsługiwane stałe nabywcy usługi często mniej kosztuje,
- zadowoleni klienci rekomendują usługi, przez co poszerza się krąg nabywców,
- zadowoleni klienci chętniej zapłacą wyższą cenę.



Rys. 1. Kaskada jakości w usługach

Źródło: [Gilbert, Parhizgari 2000].

Jakość obsługi może stanowić o potencjale konkurencyjności podmiotu, który może być zdefiniowany jako system zasobów³ materialnych i niematerialnych umożliwiających przedsiębiorstwu zastosowanie optymalnych instrumentów skutecznego konkurencyjnego na rynkach [Stankiewicz (red.) 1999]. W ramach czynności podejmowanych przez gabinet stomatologiczny można wyodrębnić trzy typy działań, które odgrywają różną rolę w kształtowaniu przewagi konkurencyjnej:

- działania bezpośrednie – związane są z kreowaniem wartości dla pacjenta – nabywcy usługi zdrowotnej, obejmują np. diagnozowanie, wykonywanie zabiegów, czynności personelu pomocniczego itp.,

³ Zasoby, aby mogły się przyczynić do budowania trwałej przewagi konkurencyjnej, powinny posiadać następujące cechy:

- być strategicznie wartościowe – mogą być podstawą wykorzystania szans lub przeciwstawienia się zagrożeniom płynącym z otoczenia placówki,
- charakteryzować się rzadkością posiadania przez obecnych i przyszłych konkurentów,
- być trudne do imitacji i kopiowania przez konkurentów,
- być niemożliwymi do substytuowania przez inne zasoby,
- charakteryzować się dostępnością – tzn. potencjalny nabywca powinien być w stanie za nie zapłacić,
- być komunikatywne, co oznacza, że powinny być zrozumiałe i dostępne dla odbiorców.

Za: [Barney 1991].

- działania pośrednie – mają służyć sprawnej realizacji działań podstawowych, obejmują np. konserwację wyposażenia i urządzeń (np. unitu, komputera), przygotowanie harmonogramu wizyt, sterowanie urządzeniami pomocniczymi (np. aparatem rentgenowskim), zarządzanie personelem itp.,
- działania zabezpieczające jakość – obejmują monitorowanie, testowanie, korygowanie działań w obszarze *stricte* medycznym i pozamedycznym.

We wszystkich obszarach można wskazać działania *stricte* medyczne („tradycyjne” w funkcjonowaniu gabinetów – wynikające z istoty świadczenia zdrowotnego) oraz związane z obsługą pacjenta jako klienta (które dopiero od niedawna znalazły się w centrum zainteresowania dentystów-usługodawców). Ich suma będzie przedmiotem subiektywnej oceny nabywcy usługi. Należy zauważyć, że dla pacjenta łatwiejsze do oceny są pozamedyczne czynniki obsługi (gdyż – ze względu na asymetrię informacji w usługach medycznych – tych *stricte* medycznych nie jest w stanie profesjonalnie ocenić), dlatego będzie zwracał na nie szczególną uwagę, aby utwierdzić się w przekonaniu o trafności podjętej decyzji zakupowej.

Uwzględnienie ciągłego poprawiania jakości obsługi w funkcjonowaniu gabinetu stomatologicznego (co owocuje m.in. budowaniem pozytywnego wizerunku placówki w oczach otoczenia) to wymóg współczesnego rynku, warunkujący istnienie podmiotu. Jest to konieczność [Wawak 1998]:

- strategiczna – program strategiczny gabinetu stomatologicznego musi zakładać osiągnięcie wyższej jakości pracy i jej efektów;
- marketingowa – aby marketing mógł przynieść oczekiwane efekty na konkurencyjnym rynku, niezbędne są usługi o wysokiej jakości (to, co obiecane np. na stronie www gabinetu, musi być dostarczone, aby podmiot był wiarygodny w oczach usługobiorców);
- ekonomiczna – gabinet/klinika stomatologiczna, jako przedsiębiorstwo zarobkowe, musi przynosić dochody przewyższające koszty i wytworzyć zysk netto (stąd istotne jest wykorzystanie możliwości, jakie dają strategie rynkowe oparte na relacji cena – jakość⁴);
- technologiczna – rozwój postępu technicznego powoduje, że gabinet musi nie tylko oferować na rynku usługi spełniające wymogi czasu (zgodne z aktualną wiedzą medyczną), ale również powinien wykorzystywać sprzęt umożliwiający świadczenie usług wysokiej jakości (kupno materiałów nowej generacji bez umiejętności posługiwania się nimi czy bez wyposażenia umożliwiającego optymalne ich zastosowanie nie poprawi jakości usługi);
- społeczna – pacjenci oczekują na lepszą jakość usług; ci, którzy płacą z własnej kieszeni, zwiększają swoje oczekiwania co do komfortu świadczenia usługi i podnoszą poprzeczkę wymagań, a gabinet stomatologiczny powinien im sprostać – zwiększyć jakość swej pracy (wzrost jakości pracy ma automatyczne przełożenie na podniesienie jakości obsługi klientów ze względu na lepsze zadowolenie pracowników);

⁴ Szerzej na ten temat [Bukowska-Piestrzyńska 2010].

- prawna – gabinet, chcąc uniknąć konfliktu z prawem, musi oferować usługi bezpieczne (niezagrożające życiu i zdrowiu), jednocześnie musi zadbać o to, aby nie narażać pacjenta na ponoszenie strat ekonomicznych i moralnych (czyli dostarczyć na rynek usługi na poziomie co najmniej oczekiwań nabywców i zgodne z aktualną wiedzą medyczną);
- informacyjna – wynikająca z faktu, że dobre informacje rozchodzą się szybko, a złe wielokrotnie szybciej (tzw. marketing szeptany), dlatego gabinet stomatologiczny zainteresowany swym wizerunkiem powinien dążyć do ciągłej poprawy jakości.

Należy podkreślić, że za jakość usługi odpowiada nie tylko stomatolog, ale cały personel gabinetu, który realizuje część obowiązków w kontaktach z pacjentami, np. przeprowadzenie ankiety dotyczącej jakości obsługi, usuwanie kamienia nazębnego, instruktaż z zakresu higieny jamy ustnej (w tym pokazanie dziecku-pacjentowi na modelu, jak powinno czyścić zęby) itp. Stąd personel gabinetu nie tylko powinien dysponować wiedzą specjalistyczną, ale również powinien posiadać umiejętności z zakresu biznesowego funkcjonowania podmiotu (w tym komunikacji interpersonalnej) [Krawczyńska-Butrym 1999].

Podnoszenie jakości usług (w tym jakości obsługi) jest krokiem w budowaniu wizerunku gabinetu w oczach klientów wewnętrznych i zewnętrznych, zarówno obecnych, jak i potencjalnych. Dlatego powinno być traktowane jako świadome narzędzie budowania reputacji gabinetu stomatologicznego.

4. Reputacja podmiotu w budowaniu pozycji rynkowej

Pacjent, wchodząc do gabinetu, obdarza stomatologa (i w pewnym zakresie również personelu gabinetu) zaufaniem⁵, które może mieć wpływ na:

- rezultaty leczenia uzyskiwane przez pacjenta [Hall 2002; Thom i in. 2004], dzięki m.in.:
- uaktywnieniu efektu placebo,
- zwiększeniu motywacji do poszukiwania pomocy i korzystania z profilaktyki, co podnosi prawdopodobieństwo wcześniejszej diagnozy i bezzwłocznego podjęcia leczenia,
- poprawie komunikacji między lekarzem i pacjentem (co może przyczynić się do większej otwartości i szczerości pacjenta, a w konsekwencji bardziej dokładnego rozpoznania w trakcie wywiadu lekarskiego),

⁵ Zarządzanie zaufaniem można określić jako: „zbiór działań kreowania systemów i metod, które pozwalają uzależnionym jednostkom dokonywać ocen i decyzji, odnoszących się do niezawodności potencjalnych operacji zawierających ryzyko, a związanych z innymi jednostkami (ocena wiarygodności innych jednostek), a także umożliwiających uczestnikom i właścicielom tychże systemów wzrost i stosowne reprezentowanie wiarygodności własnej bądź ich systemów (budowanie własnej wiarygodności)”. Za: [Grudzewski i in. 2007].

- poprawie postrzegania skuteczności leczenia i oceny własnego zdrowia oraz poprawie samopoczucia i jakości życia (w tym jakości życia związanej ze zdrowiem jamy ustnej);
- wyniki ekonomiczne dentysty-świadczoniodawcy.

Dlatego dentysta powinien podejmować działania mające na celu budowę i umacnianie zaufania pacjenta (m.in. dzięki efektywnej komunikacji), tym bardziej że pacjenci, którzy mają ograniczone zaufanie, są bardziej zmotywowani do zadawania pytań dotyczących reputacji świadczeniodawcy, częściej przeglądają Internet i inne dostępne źródła w celu poszukiwania opinii innych pacjentów [Lee, Lin 2009] (dotyczących jakości *stricte* medycznej i związanej z obsługą sprzedażową), co dodatkowo powinno stanowić bodziec do dbałości dentysty o opinie aktualnych pacjentów. Tak więc dentysta powinien dołożyć wszelkich starań nie tylko do tego, aby pozyskać zaufanie pacjenta, ale przede wszystkim, by je utrzymać, gdyż ma ono wpływ na reputację gabinetu w oczach aktualnych usługobiorców oraz – dzięki marketingowi szeptanemu – potencjalnych.

Reputacja jako odrębny przedmiot badań pojawiła się pod koniec XX wieku i jak dotąd nie sformułowano jednej powszechnie akceptowanej definicji tego pojęcia. Jest przedmiotem zainteresowania ekonomistów, specjalistów ds. zarządzania, socjologów czy psychologów, stąd wielość określeń tego pojęcia (por. tab. 1).

Reputacja jest rezultatem interakcji doświadczeń, wierzeń, odczuć i wiedzy, jaką otoczenie ma o organizacji. Dlatego reputacja placówki medycznej może dotyczyć

Tabela 1. Przegląd wybranych definicji „reputacji”

Autor podejścia	Definicja
K. Weigelt, C. Camerer [Weigelt, Camerer 1988]	Reputacja to zbiór cech przypisywanych firmie, o których możemy wnioskować na podstawie jej przeszłych działań
E.R. Gray, J.M.T. Balmer [Gray, Balmer 1998]	Reputacja przedsiębiorstwa obrazuje wartościujący osąd dotyczący cech firmy i powstaje na przestrzeni czasu, jako rezultat spójnych działań wzmacnianych przez efektywną komunikację
B.A. Neville, S.J. Bell, B. Menguc [Neville i in. 2005]	Reputacja obejmuje całościową ocenę wizerunku organizacji, dokonywaną przez pryzmat osobistych wartości interesariusza
M.K. Saxton [Saxton 1998]	Reputacja to konkretny obraz organizacji na przestrzeni czasu, tak jak jest ona widziana oczami jej interesariuszy i prezentowana w ich myślach i słowach
J.M.T. Balmer [Balmer 1998]	Reputacja przedsiębiorstwa odnosi się do postrzegania organizacji, które kształtuje się na przestrzeni czasu i które koncentruje się na tym, co ona robi i jak się zachowuje
V.P. Rindova, C.J. Fombrun [Rindova, Fombrun 1996]	Reputacja stanowi zbiorowy wyraz przeszłych działań i osiągnięć firmy, który opisuje jej zdolność do dostarczania wartościowych wyników wielu interesariuszom. Mierzy względną pozycję firmy zarówno wewnątrz, w ocenie pracowników, jak i na zewnątrz, w ocenie inwestorów w obydwu jej środowiskach – konkurencyjnym i instytucjonalnym

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

postrzegania placówki jako dobrego pracodawcy, czy też przekonania o wysokim poziomie jakości świadczonych przez nią usług (niezależnie od braku własnych doświadczeń potencjalnego pracownika czy pacjenta w tym zakresie). Powstaje na podstawie działań podejmowanych przez organizację (jest ich efektem), więc cała aktywność gabinetu powinna przyczyniać się do budowy pozytywnego wizerunku podmiotu w otoczeniu⁶. Chodzi tu m.in. o [Wilczak 2006]:

- działania z zakresu kształtowania asortymentu świadczonych usług medycznych oraz atrybutów konkretnej usługi (np. rodzaj świadczonych usług, poziom jakości poświadczony akredytacją lub normą ISO 9000),
- politykę cenową, znajdującą wyraz w sposobie kalkulowania cen podstawowych oraz stosowanych rabatów (np. dla rodzin; dla pracowników przedsiębiorstwa X, jeśli minimum pięć osób korzysta z usług placówki),
- dobór miejsca, w którym usługa jest świadczona,
- sposób komunikowania się gabinetu/kliniki stomatologicznej z jej otoczeniem za pomocą wszelkich stosowanych form i instrumentów promocji,
- procedury związane ze świadczeniem usług (np. rezerwacja terminów wizyt za pośrednictwem strony www gabinetu, przypominanie sms-em o wizycie itp.),
- otoczenie materialne (np. wygląd pomieszczeń, nowoczesność wykorzystywanych urządzeń, interaktywność strony www gabinetu, stroje firmowe itp.),
- postawy personelu (kompetencje i doświadczenie *stricte* medyczne oraz marketingowe zorientowanie na pacjenta). Znaczenie personelu firmy usługowej według G. Apte wynika z tego, że [Czubała i in. 2006]:
 - personel jest widoczny dla pacjenta – są to osoby, które mają bezpośredni kontakt z nabywcą usługi,
 - pracownicy „pierwszej linii” realizują funkcje marketingowe wobec klientów,
 - zadowolenie i motywacja pracowników „pierwszej linii” ma ogromne znaczenie dla podmiotu, gdyż są oni odpowiedzialni za dostarczanie satysfakcji nabywcom.

Podstawą dokonywanej przez interesariuszy oceny funkcjonowania podmiotu są jego działania i efekty. To na nich przede wszystkim oparta jest reputacja gabinetu. Patrząc na reputację z perspektywy ekonomicznej, należy zauważyć, że powstaje ona w wyniku takich działań gabinetu, które na przestrzeni czasu tworzą spójny wzorzec [Dąbrowski 2009a, b]. Proces powstawania reputacji można opisać jako ciąg posunięć, stanowiących sygnały dotyczące jego zamierzeń, cech i zasobów. Sygnały te pozwalają interesariuszom ocenić zdolność przedsiębiorstwa do tworzenia dla nich wartości⁷.

⁶ W niektórych placówkach zdrowotnych panuje błędne przekonanie, że reputację można zbudować dzięki intensywnym działaniom z zakresu promocji (zwłaszcza dzięki wykorzystaniu PR), bez konieczności wprowadzania zmian w funkcjonowaniu podmiotu.

⁷ Na przykład badania przeprowadzone przez D.K. Basdeo, K.G. Smitha, C.M. Grimma, V.P. Rindovą i P.J. Derfusa [Basdeo i in. 2006] wskazują, że zarówno całkowita liczba podejmowanych przez firmę działań rynkowych, jak i ich kompleksowość wpływają w znacznym stopniu na reputację przedsiębiorstwa; natomiast z badań P. Herbiga i J. Milewicza [1995] wynika, że w tworzeniu reputacji bardziej istotna niż spójność sygnałów jest spójność efektów podejmowanych działań.

Reasumując, pozytywny wizerunek gabinetu – oparty na wysokiej jakości usługi – wiąże się dla niego z trzema głównymi, strategicznymi korzyściami [Cravens, Goad 2009]:

- silniejszą pozycją konkurencyjną, dzięki „posiadaniu” lojalnych pacjentów (którzy nie tylko sami korzystają z usług gabinetu, ale również rekomendują go innym),
- odpornością na kryzys,
- korzyściami finansowymi.

5. Kontakt pacjent – dentysta w świetle badań ankietowych

Usługi medyczne (ze względu na swoją specyfikę [szerzej w: Bukowska-Piestrzyńska 2010]) oparte są na zaufaniu pacjenta do lekarza, a pacjent najczęściej ocenia pozamedyczne właściwości usługi. Dlatego rolą lekarza dentysty (i pozostałego personelu gabinetu) jest budowanie zaufania pacjenta również na podstawie pozamedycznych atrybutów usługi (priorytetem powinny być niezmiennie wiedza i umiejętności *stricte* medyczne). Aby sprawdzić, jak pacjenci oceniają pozamedyczne właściwości usługi stomatologicznej oraz jak te oceny przekładają się na ich postawy wobec gabinetu (np. zmieniają dentystę, stają się ambasadorami gabinetu), w czerwcu 2011 r. zostało przeprowadzone badanie ankietowe. Wzięło w nim udział 279 respondentów (150 kobiet i 129 mężczyzn). Większość respondentów (57,6%) korzystała z usług wyłącznie jednego stomatologa, 21% badanych deklarowało korzystanie z usług jednego dentysty, ale w sytuacji gdy nie potrafi on poradzić sobie z jakimś zabiegiem, korzystają z usług innego stomatologa; pozostała część badanych korzysta z usług różnych dentystów. Charakterystykę respondentów z punktu widzenia sposobu opłacania wizyty przedstawia tab. 2.

Większość respondentów za usługi stomatologiczne płaci bądź dopłaca z własnej kieszeni (tylko 1 na 10 zadeklarował, że leczy się wyłącznie ze środków NFZ).

Tabela 2. Sposób finansowania wizyty w gabinecie stomatologicznym przez respondentów

Sposób finansowania wizyty u dentysty	Liczba odpowiedzi
Finansowane przez NFZ	10,6%
Finansowane przez NFZ, ale za „lepsze” materiały pacjent dopłaca w kasie gabinetu (oficjalnie)	22%
Finansowane przez NFZ, ale za „lepsze” materiały pacjent dopłaca nieoficjalnie	2,5%
Finansowane przez NFZ w jednym gabinecie, w innym leczy się prywatnie (tj. opłaca wizytę z własnej kieszeni)	9,7%
Leczy się wyłącznie prywatnie i sam opłaca wizyty u stomatologa	54,5%
Leczy się wyłącznie prywatnie, a wizyty u stomatologa opłaca mu pracodawca	0,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tak więc wnioski płynące z przeprowadzonego badania będą kierowane do podmiotów, które funkcjonują na rynku usług zdrowotnych na zasadach typu *for profit*, choć nie należy wykluczać możliwości ich aplikacji w placówkach publicznych.

W tabeli 3 zostały przedstawione wybrane⁸ oczekiwania pacjentów wobec personelu gabinetu stomatologicznego. Znamienne jest, że dominanta we wszystkich obszarach wyniosła 5.

Tabela 3. Wskazania pacjentów dotyczące poziomu oczekiwań względem postaw personelu gabinetu stomatologicznego

Oczekiwania pacjenta	1	2	3	4	5	Śr.	Dom.	Od.st.
Personel powinien dawać pacjentowi poczucie bezpieczeństwa	0,4%	2,2%	2,2%	26,4%	69,0%	4,61	5,0	0,67
Informacja w trakcie leczenia powinna być wyczerpująca	0,4%	2,2%	4,7%	28,9%	63,9%	4,54	5,0	0,72
Dentysta powinien starać się rozpoznać potrzeby pacjenta (np. w zakresie stomatologii estetycznej)	0,4%	4,0%	9,9%	34,9%	50,7%	4,32	5,0	0,84
Dentysta powinien rozmawiać z pacjentem o jego problemach zdrowotnych i profilaktyce	1,1%	2,9%	12,7%	30,2%	53,1%	4,31	5,0	0,88
Dentysta nie powinien naciskać na pacjenta, aby zdecydował się na droższe leczenie	3,7%	7,0%	11,5%	31,1%	46,7%	4,1	5,0	1,09
Dentysta powinien rozmawiać z pacjentem językiem pozbawionym specjalistycznych sformułowań	0,7%	3,6%	9,8%	41,5%	44,4%	4,25	5,0	0,83

Oznaczenia w główce tabeli odpowiadają rodzajowi udzielonej odpowiedzi:

1 – na pewno nie, 2 – raczej nie, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej tak, 5 – na pewno tak.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W kategorii oczekiwań priorytetem dla pacjentów w gabinecie stomatologicznym jest poczucie bezpieczeństwa – oczekiwanie 95,4% respondentów. Pacjenci chcą, aby dentysta rozmawiał z nimi „po ludzku”⁹ (85,9% respondentów), rozmawiał o ich potrzebach (85,6% wskazań) i profilaktyce oraz problemach zdrowotnych (83,3%), w taki sposób, aby informacja w trakcie leczenia była wyczerpująca

⁸ W badaniu respondenci mieli do oceny blisko 40 czynników. W tabeli zamieszczone są te, które korespondują z celem niniejszego artykułu.

⁹ Takiego sformułowania użyło kilkoro ankietowanych w odpowiedzi na pytanie otwarte dotyczące cech „idealnego dentysty”.

(92,8%). Ponadto pacjenci oczekują od stomatologa, że będzie on unikał „zachęcania” pacjenta do drogiego leczenia (77,8%).

W trakcie badania respondenci zostali poproszeni o ocenę swoich odczuć związanych z przebiegiem wizyty w gabinecie stomatologicznym (por. tab. 4).

Tabela 4. Wskazania pacjentów dotyczące ocen kontaktów z personelem gabinetu stomatologicznego

Ocena funkcjonowania gabinetu	1	2	3	4	5	Śr.	Dom.	Od.st.
Poczucie bezpieczeństwa, jakie pacjent ma w gabinecie	2,2%	4,7%	6,2%	31,3%	55,6%	4,33	5	0,95
Pracownicy gabinetu w rzetelny sposób przedstawiają pacjentowi korzyści, których dostarczy mu określona usługa	1,5%	9,6%	16,9%	46,3%	25,7%	3,85	4	0,96
Pracownicy gabinetu zachęcają pacjenta do pełnego opisanego jego potrzeb związanych z usługą	2,6%	18,7%	26,0%	35,5%	17,2%	3,46	4	1,06
Pracownicy życzliwie traktują sugestie i uwagi pacjenta	1,1%	4,0%	16,4%	47,4%	31,0%	4,03	4	0,86
Stomatologa interesują tylko zęby, a nie pacjent jako człowiek	10,8%	25,7%	32,8%	20,9%	9,7%	2,93	3	1,13
Pracownicy gabinetu poświęcają więcej czasu na to, aby przekonać pacjenta do skorzystania z usługi, niż na dowiadywanie się o potrzebach pacjenta	12,7%	39,2%	28,4%	14,2%	5,6%	2,61	2	1,06
Stomatologa interesują tylko pieniądze pacjenta, a nie jego problemy zdrowotne	25,3%	40,1%	23,8%	7,1%	3,7%	2,24	2	1,03
Pracownicy potrafią w jasny sposób przekazać pacjentowi swoją wiedzę dotyczącą specyfiki usługi	2,2%	8,5%	16,2%	48,3%	24,7%	3,85	4	0,96

Oznaczenia w główce tabeli odpowiadają rodzajowi udzielonej odpowiedzi:

1 – na pewno nie, 2 – raczej nie, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej tak, 5 – na pewno tak.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Blisko 10 p.p. mniej pozytywnych wskazań, niż w oczekiwaniach, otrzymało osiągnięte przez pacjentów poczucie bezpieczeństwa w gabinecie (a więc w tym zakresie dentysta-usługodawca ewidentnie powinien podjąć kroki zmierzające do podniesienia satysfakcji pacjenta-klienta, jeśli chce usatysfakcjonować nabywców swoich usług). W opinii 72% respondentów pracownicy gabinetu rzetelnie przedstawiają pacjentom korzyści z konkretnego świadczenia medycznego, a 11,1% negatywnie oceniło swoich dentystów (i ich personel) w tym zakresie. Podobnie została oceniona jasność wypowiedzi – pozytywnych ocen 73%, a negatywnych – 10,7%.

Dominującą oceną w zakresie omawianych zagadnień była 4, co wobec oczekiwań na poziomie 5 daje lukę doskonałości w komunikacji personelu gabinetu z pacjentem. Nieco ponad połowa badanych (52,7%) pozytywnie oceniła poziom zainteresowania pracowników gabinetu potrzebami pacjentów. Niemal 1/5 respondentów uważa, że dentysta więcej czasu poświęca na to, aby przekonać pacjenta do leczenia, niż na poznanie jego potrzeb. Tylko 36,5% respondentów czuje, że dentysta traktuje „pacjenta jak człowieka”, podczas gdy 30,6% ma odczucie, że poza zębami właściwie już nic więcej nie widzi (tak więc stomatolodzy blisko 1/3 badanych powinni bardziej holistycznie traktować osoby, które stają w drzwiach gabinetu, jeśli chcą wpłynąć na poczucie satysfakcji pacjenta z kontaktów z personelem gabinetu). Dominanta oceny tego pytania wyniosła 3, zatem można rekomendować stomatologom, aby zajmowali bardziej czytelne – dla pacjentów – stanowisko w tym zakresie. Bardziej budujące były odpowiedzi na pytanie odnoszące się do przekonania pacjenta co do „zainteresowania” dentysty pieniędzmi vs zainteresowanie problemami zdrowotnymi pacjenta: 1 na 10 respondentów uważa, że stomatologa interesują tylko pieniądze, a nie problemy zdrowotne pacjenta, przeciwnego zdania jest 65,4% badanych, ale niezdecydowani w tej kwestii to blisko 1/4 ankietowanych. Dominanta dla tego pytania to odpowiedź: „raczej nie”.

Reasumując, odpowiedź na postawione we wstępie pytanie: „Czy postawy pracowników gabinetów stomatologicznych są zgodne z oczekiwaniami pacjentów?”, jest negatywna. Nie ma zbyt drastycznych różnic w poziomie oczekiwań i wysokości not oceniających pracę gabinetu, nie mniej jednak różnice są, i to zawsze na niekorzyść pracowników gabinetów stomatologicznych.

Aby odpowiedzieć na drugie pytanie postawione we wstępie artykułu („Czy pacjent korzystający z usług gabinetu buduje jego pozytywny wizerunek na rynku?”), zapytano pacjentów, czy poleciliby swojego dentystę innym osobom. Rozkład odpowiedzi przedstawiony jest w tab. 5.

Tabela 5. Chęć rekomendowania dentysty przez pacjenta a charakter korzystania z usług

Odpowiedź na pytanie: Czy pacjent poleciłby swojego obecnego dentystę innym osobom?	A	B	C
Zdecydowanie tak	85,6%	84,5%	61,4%
Tak, ale tylko w sytuacji, gdyby nie było innego rozwiązania	13,8%	15,5%	26,3%
Raczej nie	0,0%	0,0%	8,8%
Zdecydowanie nie	0,6%	0,0%	3,5%

Oznaczenia w główce tabeli odnoszą się do charakteru kontaktów pacjent – dentysta, i tak: A – pacjent korzysta z usług wyłącznie jednego dentysty; B – pacjent korzysta z usług jednego dentysty, ale w sytuacji gdy nie potrafi on poradzić sobie z jakimś zabiegiem, korzysta z usług innego stomatologa; C – pacjent korzysta z usług różnych dentystów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Marketing szeptany w wykonaniu pacjentów jest znacznie bardziej wiarygodny niż przekaz informacyjny gabinetu (np. wykorzystujący stronę www). W przypadku gdy personel gabinetu rozpoznał potrzeby pacjentów oraz potrafił je zaspokoić, przekaz jest pozytywny i pacjent buduje pozytywny wizerunek „swojego dentysty”¹⁰, w sytuacji braku satysfakcji pacjent nie tylko nie będzie rekomendował gabinetu, ale może również przyczynić się do kreowania negatywnego wizerunku gabinetu w oczach potencjalnych pacjentów.

Pacjenci, którzy korzystają z usług jednego stomatologa, stanowili 79% respondentów i niemal wszyscy (oprócz jednego wskazania) poleciliby swojego dentystę innym osobom (w tym 85% bezwarunkowo), zasługują więc na miano ambasadorów gabinetu. Rozkład odpowiedzi wśród pacjentów korzystających z usług różnych stomatologów był już inny – 12,3% respondentów nie poleciłoby aktualnego dentystry innym osobom (i prawdopodobnie nadal będą szukać „tego swojego usługodawcy”). Natomiast 61,4% respondentów poleciłoby aktualnego dentystę innym (otwarte pozostaje pytanie, czy znaleźli już „swojego dentystę”, czy też w ten sposób próbują uwiarygodnić swój wybór). Tak więc odpowiedź na pytanie badawcze nie może być jednoznaczna – pacjenci lojalni wobec gabinetu są jego ambasadorami, natomiast ci, którzy nie mają „swojego” usługodawcy („poszukujący”), mogą przyczynić się do budowy negatywnego wizerunku.

Kolejny obszar badawczy został wyznaczony przez problem „źródeł lojalności pacjentów – czy wynika ona z faktu, że gabinet rzeczywiście zaspokaja ich potrzeby, czy też raczej jest to lojalność pasywna, wynikająca z inercji pacjenta”. D. Siemieniako twierdzi, że lojalność pacjentów powinna być rozumiana w ujęciu relacyjnym – wówczas dotrzymanie obietnic jest najlepszym wyrazem lojalności gabinetu stomatologicznego wobec pacjentów-klientów i szansą na lojalność pacjenta wobec gabinetu. Nastawienie na spełnianie obietnic stwarza szansę autentycznej wzajemności w relacji między dentystą/personelem pomocniczym a pacjentem. Każdorazowe dotrzymanie obietnicy ze strony gabinetu powinno utwierdzać w pacjencie przekonanie, że podjęta decyzja o zaufaniu tej konkretnej placówce była słuszna [Siemieniako 2010]. W tabeli 6 przedstawiony jest rozkład odpowiedzi na pytanie: „Czy pacjent, który korzysta z usług tylko jednego stomatologa, jest mniej skłonny do przejścia do konkurencji niż pacjent, który nie ma stałego dostawcy świadczenia stomatologicznego?”.

Przeszło 3/4 pacjentów korzystających z usług wyłącznie jednego stomatologa zadeklarowało, że nigdy nie rozważało zmiany stomatologa (jest to zgodne z przedstawionymi wcześniej korzyściami związanymi z lojalnością pacjentów). Wśród pozostałych grup odsetek ten jest zdecydowanie niższy. Pacjenci, którzy od lat leczą się u tego samego stomatologa, mogą nie być w pełni zadowoleni z poziomu jakości usług, ale nie podejmują żadnych działań, żeby to zmienić (lojalność z inercji doty-

¹⁰ Według szacunków ekspertów z Mayo Clinic przeciętny pacjent dzieli się informacją dotyczącą swojego leczenia z 39 osobami, co mnożąc przez liczbę pochlebnych opinii – daje liczbę 18 milionów osób posiadających pozytywną opinię na temat Mayo Clinic. Za: [Huff 2007].

Tabela 6. Chęć rezygnacji z usług dentysty a charakter korzystania z usług przez pacjenta

Odpowiedź na pytanie: Czy pacjent rozważał rezygnację z usług swojego obecnego dentysty?	A	B	C
Nie, nigdy	77,8%	57,4%	41,5%
Tak, ale nie podjął żadnych działań w tym kierunku	14,6%	29,6%	43,4%
Tak i szukał jakiegoś innego stomatologa	7,6%	13,0%	15,1%

Oznaczenia w główce tabeli odnoszą się do charakteru kontaktów pacjent – dentysta, i tak:

A – pacjent korzysta z usług wyłącznie jednego dentysty; B – pacjent korzysta z usług jednego dentysty, ale w sytuacji, gdy nie potrafi on poradzić sobie z jakimś zabiegiem, korzysta z usług innego stomatologa; C – pacjent korzysta z usług różnych dentystów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

czy 14,6% respondentów w tej grupie). Dane przedstawione w tab. 6 pozwalają pozytywnie odpowiedzieć na trzecie pytanie postawione w celu pracy – pacjent, który korzysta z usług jednego dentysty, jest mniej skłonny do zmiany usługodawcy (w długim okresie pozostaje nabywcą, co wpływa na efektywność funkcjonowania podmiotu). Interesujący dla dentystów-usługodawców gabinetów może być fakt, że nawet jeśli pacjenci rozważają rezygnację z usług swojego obecnego stomatologa, to częściej nie podejmują żadnych działań w tym kierunku, niż próbują doprowadzić do zmiany usługodawcy.

6. Zakończenie

Źródła przewagi konkurencyjnej gabinetów stomatologicznych ewoluują od prostych do skomplikowanych i unikatowych, o długim okresie trwania, trudnych do przywłaszczenia i naśladowania. Kreowanie i wykorzystywanie ich wymaga wyższych kwalifikacji – zarówno *stricte* medycznych, jak i pozamedycznych – dentystów i pozostałych członków personelu gabinetu. Jest to proces przechodzenia od twardych do miękkich wyznaczników konkurencyjności.

K. Obłój wskazuje następujące typy przewagi konkurencyjnej [Obłój 2001]:

- naturalna pozycja – lokalizacja gabinetu stomatologicznego;
- relacja pomiędzy ceną a jakością – przejawia się w możliwości zwiększenia rentowności działalności poprzez wzrost poziomu cen w wyniku wzrostu popytu (źródłem jest podniesienie jakości funkcji produktu/usługi), zwiększenie rentowności poprzez obniżkę kosztów może być niebezpieczne ze względów medycznych, np. zastosowanie włókna o grubości 2K do budowy trzypunktowego mostu zamiast włókna o grubości 16K pozwoli na obniżenie kosztów tego materiału o 73%, ale wpłynie na trwałość wykonanej pracy (i będzie nieetycznym działaniem wobec pacjenta);

- system obsługi zwiększający koszty zamiany – ma swoje źródło m.in. w:
 - dokładnym wyborze pacjentów (np. tylko osoby starsze lub tylko dzieci),
 - wychodzeniu naprzeciw oczekiwaniom pacjentów: medycznym (np. korony, mosty, protezy, implanty lub lakowanie, lakierowanie i lapisowanie) i pozamedycznym (np. związanym z wyglądem i wyposażeniem poczekalni: kawa i czapospisma lub kredki i papier do rysowania) w kształtowaniu długookresowych relacji między dentystą-usługodawcą i pacjentem-usługobiorcą,
 - w aktywnym świadczeniu usług posprzedażowych z wykorzystaniem budowy silnych barier dotyczących zmiany dentysty przez pacjenta-klienta;
- system obsługi budujący wysokie bariery wejścia – oparty jest na dodatnim sprzężeniu zwrotnym, jego źródłem jest tworzenie i kontrola różnych standardów (np. jakości).

Konkurencyjność gabinetu stomatologicznego to nie tylko aktualny bezpośredni udział w rynku, ale udział w przyszłych możliwościach, które są konsekwencją dzisiejszych zachowań pracowników gabinetu, gdyż to one budują reputację gabinetu w oczach pacjentów. Istota przewagi konkurencyjnej sprowadza się do tego, że gabinet robi coś więcej/inaczej, dzięki czemu osiąga lepsze rezultaty teraz i/lub w przyszłości. Można zatem uznać, że konkurencyjne mogą być te gabinety, które mają przewagę konkurencyjną w odpowiednim miejscu i czasie (ujęcie statyczne) oraz umiejętności zdobywania i wzmacniania tej przewagi przy wykorzystaniu zarówno *stricte* medycznych, jak i prorynkowych działań (ujęcie dynamiczne). G. Hamel i C.K. Prahalad twierdzą, że tworzenie przewagi konkurencyjnej jutra to kreowanie i zdominowanie pojawiających się możliwości i szans dla zdobycia przewagi nad nową przestrzenią konkurencyjną [Hamel, Prahalad 1999]. Taką szansą na kreowanie jutra dla dentystów stają się pozamedyczne właściwości świadczonych przez nich usług, które kreują wizerunek gabinetu w oczach pacjentów-klientów. Wyniki wielu badań potwierdzają, że lepszy wizerunek przedsiębiorstwa wiąże się z takimi korzyściami, jak [Dąbrowski 2009a,b]:

- większa skłonność do rekomendowania organizacji i jej produktów (co znalazło potwierdzenie także w przeprowadzonych badaniach),
- większa lojalność wobec organizacji (co również zostało potwierdzone na przykładzie usług stomatologicznych),
- odporność na działania konkurencji,
- większa skłonność do zakupów,
- większa skłonność do kooperacji,
- większa satysfakcja klientów wewnętrznych i zewnętrznych,
- mniejsza wrażliwość na cenę.

W świetle przedstawionego wywodu widać, że badanie opinii pacjentów-klientów pomaga w sprawdzaniu, czy i w jakim zakresie gabinet spełnia oczekiwania nabywców usług stomatologicznych, i odkrywaniu obszarów, które wymagają interwencji i poprawy w celu usatysfakcjonowania pacjentów-klientów, a w konsekwencji budowania reputacji gabinetu i poprawienia jego efektywności.

Literatura

- Balmer J.M.T., *Corporate Identity and the Advent of Corporate Marketing*, „Journal of Marketing Management” 1998, vol. 14, no. 8.
- Barney J., *Firm resources and sustained competitive advantage*, „Journal of Management” 1991, no. 2.
- Basdeo D.K., Smith K.G., Grimm C.M., Rindova V.P., Derfus P.J., *The impact of market actions on firm reputation*, „Strategic Management Journal” 2006, no. 2.
- Brajer-Marczak R., *Czynniki warunkujące poprawę efektywności przedsiębiorstw wdrażających systemy zarządzania jakością*, [w:] T. Dudycz (red.), *Mikroekonomiczne aspekty funkcjonowania przedsiębiorstw*, Politechnika Wroclawska, Wrocław 2008.
- Bukowska-Piestrzyńska A., *Finansowanie marketingu w ochronie zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2010.
- Cravens K.S., Goad O.E., *Employees: The key link to corporate reputation management*, „Business Horizons” 2009, no. 7–8.
- Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.W., *Marketing usług*, Wolters Kluwer, Kraków 2006.
- Dąbrowski T.J., *Zarządzanie reputacją przedsiębiorstwa*, „Przegląd Organizacji” 2009a, nr 9.
- Dąbrowski T.J., *Wpływ reputacji na wartość przedsiębiorstwa i migrację kapitału*, [w:] B. Dobiegała-Korona (red.), *Migracje klientów a wartość przedsiębiorstwa*, PWN, Warszawa 2009b.
- Gilbert G.R., Parhizgari A.M., *Organizational effectiveness indicators to support service quality*, „Managing Services Quality” 2000, no. 1, za: M. Sobkowska, T. Opala, *Efektywność pracy i jakość opieki medycznej w zakładzie opieki zdrowotnej*, [w:] M.D. Głowacka, J. Galicki, E. Mojs (red.), *Zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa 2009.
- Gray E.R., Balmer J.M.T., *Managing corporate image and corporate reputation*, „Long Range Planning” 1998, vol. 31, no. 5.
- Grudzewski W.M., Hejduk I.K., Sankowska A., Wańtuchowicz M., *Zarządzanie zaufaniem w organizacjach*, Difin, Warszawa 2007.
- Hall M.A., *Law, medicine and trust*, „Stanford Law Review” 2002, vol. 55.
- Hamel G., Prahalad C.K., *Przewaga konkurencyjna*, Business Press, Warszawa 1999.
- Herbig P., Milewicz J., *To Be or Not to Be ... Credible that is: A model of reputation and credibility among competing firms*, „Marketing Intelligence & Planning” 1995, no. 6.
- Holstein-Beck M., *Być albo nie być menedżerem*, INFOR, Warszawa 1997, za: M. Tyrańska, *Jakość kapitału ludzkiego a efektywność przedsiębiorstwa*, „Problemy Jakości” 2009, nr 5.
- Huff Ch., *How „Wower” are your patients?*, „Hospital&Health Network”, November 2007.
- Kisielewska M., Kozuń-Cieślak G., *Pojęcie i pomiar efektywności – studia literaturowe*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu nr 1152, Wydawnictwo AE, Wrocław 2007.
- Kopaliński W., *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa 1971.
- Koźmiński A.K., *Odrabianie zaległości. Zmiany organizacji i zarządzania w byłym bloku socjalistycznym*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Kożusznik B., *Kierowanie zespołem pracowniczym*, PWE, Warszawa 2005.
- Krawczyńska-Butrym Z., *Pielęgniarstwo rodzinne w Polsce w XXI wieku*, „Pielęgniarstwo 2000” 1999, nr 1.
- Lee Y., Lin J.L., *Trust but verify: The interactive effects of trust and autonomy preferences on health outcomes*, „Health Care Analysis” 2009, vol. 17(3).
- Mingotaud F., *Sprawny kierownik. Techniki osiągnięcia sukcesu*, Poltext, Warszawa 1994.
- Neville B.A., Bell S.J., Menguc B., *Corporate Reputation, Stakeholders and the Social Performance – financial performance relationship*, „European Journal of Marketing” 2005, vol. 39, no. 9/10.
- Oblój K., *Logika przewagi konkurencyjnej*, „Przegląd Organizacji” 2001, nr 9.
- Osbert-Pociecha G., *Relacja między efektywnością a elastycznością organizacji*, Prace Naukowe Akademii Ekonomicznej nr 1183, Wydawnictwo AE, Wrocław 2007.

- Osbert-Pociecha G., *Ambiwalencja zarządzania organizacją – zagrożenie czy szansa*, „Przegląd Organizacji” 2009, nr 6.
- Pacholski L.M., Trzcieliński S. (red.), *Przedsiębiorstwo konkurencyjne*, Wyd. Politechniki Poznańskiej, Poznań 2005.
- Payne A., *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1996.
- Porter M.E., *Strategia konkurencji. Metody analizy sektorów, konkurentów*, PWE, Warszawa 1992.
- Rindova V.P., Fombrun C.J., *Who's Tops and Who Decides? The Social Construction of Corporate Reputations*, New York University, Stern School of Business, Working Paper, 1996.
- Saxton M.K., *Where do Reputations Come From?*, „Corporate Reputation Review” 1998, vol. 1, no. 4.
- Siemieniako D., *Lojalność klientów – historia czy współczesność marketingu?*, „Marketing i Rynek” 2010, nr 5.
- Stankiewicz M.J. (red.), *Budowanie potencjału konkurencyjności przedsiębiorstwa*, TNOiK, Toruń 1999.
- Stoner J.A.F., Frejman R.E., Gilbert D.R., *Kierowanie*, PWE, Warszawa 2001.
- Thom D.H., Hall M.A., Pawlson L.G., *Measuring patient's trust in physicians when assessing quality of care*, „Health Affairs (Milwood)” 2004, vol. 23.
- Wadhawa S., Rao K.S., *Towards a Proactive Flexibility Management*, „Global Journal of Flexible System Management” 2002, no. 2–3.
- Watson G.H., *P.F. Drucker: Delivering Value to Customers*, „Quality Progress” 2002, no. 5.
- Wawak T., *TQM w warunkach polskich*, materiały szkoleniowe, Centrum Edukacji i Rozwoju Biznesu, Mikołajki 1998.
- Weigelt K., Camerer C., *Reputation and corporate strategy: a review of recent theory and applications*, „Strategic Management Journal” 1988, vol. 9, no. 5.
- Wilczak A., *Wizerunek placówki medycznej – determinanty i ograniczenia*, [w:] G. Karasiewicz. (red.), *Ochrona zdrowia – wizerunek, marketing, rynek*, IPiS, Warszawa 2006.

THE CUSTOMER SERVICE SYSTEM AS A COMPETITIVE FACTOR (ON THE EXAMPLE OF A DENTIST'S SURGERY)

Summary: Steps taken in order to improve customer service may enhance entity's competitiveness and improve its economic performance. The article presents the essence of competitiveness and its determinants. It emphasises the importance of service quality in building up entity's reputation as seen by its customers and long-term consequences of that quality. It discusses the results of research concerning: patients' expectations about dentist's surgery staff; the assessment of patient-surgery staff interactions; the impact of a patient-dentist relationship on patients' attitudes towards the service provider.

Keywords: service quality, competitiveness of dentist's surgery, reputation.