

PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

226

Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów



pod redakcją

**Marka Łyszczaka, Marii Węgrzyn,
Dariusza Wasilewskiego**



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu
Wrocław 2011

Recenzenci: Aldona Frączkiewicz-Wronka, Teresa Lubińska

Redaktor Wydawnictwa: Anna Grzybowska

Redaktor techniczny: Barbara Łopusiewicz

Korektor: Barbara Cibis

Łamanie: Beata Mazur

Projekt okładki: Beata Dębska

Publikacja jest dostępna na stronie www.ibuk.pl

Streszczenia opublikowanych artykułów są dostępne w międzynarodowej bazie danych The Central European Journal of Social Sciences and Humanities <http://cejsh.icm.edu.pl> oraz w 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 2011

ISSN 1899-3192

ISBN 978-83-7695-131-7

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Spis treści

| | |
|------------|---|
| Wstęp..... | 7 |
|------------|---|

Część 1. Budowanie wartości – aspekt systemowy i właścicielski

| | |
|--|----|
| Dorota Korenik , Źródła finansowania innowacji w MSP szansą na rozwój (poprawę kondycji finansowej) ZOZ..... | 11 |
| Agnieszka Bem , Finansowanie ochrony zdrowia przez gospodarstwa domowe | 23 |
| Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska , Fundusze strukturalne UE jako determinanta konkurencyjności ZOZ | 33 |
| Joanna Jończyk , Kultura organizacyjna a innowacyjność w szpitalu publicznym..... | 43 |
| Joanna Sulowska, Łukasz Sulowski , Modele zarządzania zasobami ludzkimi w organizacjach medycznych..... | 53 |

Część 2. Budowanie wartości – aspekt rachunkowy i finansowy

| | |
|---|-----|
| Sylwia Serwatka , Wzajemne współzależności pomiędzy audytem i kontrolą wewnętrzną w Zakładzie Opieki Zdrowotnej | 63 |
| Maria Węgrzyn , Kształtowanie wartości ZOZ a rynek usług finansowych | 70 |
| Alina Warelis , Wartość szpitala jako przedsiębiorstwa a wartość firmy (<i>goodwill</i>). | 83 |
| Paweł Prędkiewicz , Identyfikacja potencjalnych problemów ze stosowaniem klasycznych metod wyceny przedsiębiorstw do samodzielnych publicznych ZOZ | 93 |
| Robert Golej , Perspektywy wykupów menedżerskich w służbie zdrowia w Polsce..... | 104 |
| Grzegorz Michalski , Efektywność inwestycji w płynne aktywa w opodatkowanych i nie opodatkowanych organizacjach opieki zdrowotnej..... | 115 |
| Radosław Witczak , Wpływ norm podatkowych na wycenę zakładów opieki zdrowotnej – wybrane zagadnienia | 129 |

Część 3. Budowanie wartości – aspekt pacjenta

| | |
|--|-----|
| Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder , Badanie poziomu oczekiwań i zadowolenia hospitalizowanych pacjentów – wybrane aspekty..... | 139 |
| Katarzyna Krot , Zaufanie w relacji lekarz–pacjent..... | 150 |
| Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska , Reputacja w funkcjonowaniu placówki zdrowotnej | 161 |
| Anna Murawska, Anna Michalska , Ocena wybranych problemów ochrony zdrowia ludności w Polsce | 174 |

Summaries

Part 1. Value Creation – system and ownership aspect

| | |
|--|----|
| Dorota Korenik , Sources of innovation in smes an opportunity for development – improving the financial situation of health care centers..... | 22 |
| Agnieszka Bem , Financing of health care by households | 32 |
| Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Zofia Wyszowska , EU Structural Funds as the determinant of the competitiveness in health care centre..... | 42 |
| Joanna Jończyk , Organizational culture and innovation in a public hospital..... | 52 |
| Joanna Sułkowska, Łukasz Sułkowski , Models of human resources management in medical organizations..... | 60 |

Part 2. Value Creation – accounting and financial aspect

| | |
|---|-----|
| Sylvia Serwatka , Mutual interdependence of audit and internal control in a health care centre..... | 69 |
| Maria Węgrzyn , Shaping the value of health care centre vs. financial services market..... | 82 |
| Alina Warelis , Worth of hospital as a company vs its value (goodwill)..... | 92 |
| Paweł Prędkiewicz , Identification of potential problems related to using traditional methods of valuing companies for public health care organizations..... | 103 |
| Robert Golej , Prospects for management buyouts in the health sector in Poland. | 114 |
| Grzegorz Michalski , The efficiency of liquid assets investment: taxed and not taxed healthcare organizations case..... | 128 |
| Radosław Witczak , The influence of tax provisions on the valuation of health care centers – chosen issues | 136 |

Part 3. Value Creation – aspect of patient

| | |
|---|-----|
| Dorota Jachimowicz-Wołoszynek, Agnieszka Weber, Dorota Rogala, Agnieszka Skinder , Examination of the level of expectation and satisfaction of patients of chosen health care units – some aspects | 149 |
| Katarzyna Krot , Trust in doctor-patient relationship..... | 160 |
| Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska , Reputation in functioning of a health facility..... | 173 |
| Anna Murawska, Anna Michalska , Evaluation of selected problems of health-care in Poland | 182 |

Katarzyna Krot

Politechnika Białostocka

ZAUFANIE W RELACJI LEKARZ–PACJENT

Streszczenie: Coraz szersze spektrum potencjalnych wyborów i rosnąca złożoność procesów decyzyjnych sprawiają, że wzrasta znaczenie zaufania. Zaufanie stanowi więc specyficzną wskazówkę ułatwiającą podejmowanie decyzji dzięki ograniczeniu niepewności. Jest ono szczególnie ważne w relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. W tym kontekście istotne jest więc określenie poziomu zaufania pacjentów do lekarzy w poszczególnych wymiarach, czyli zaufanie do kompetencji, uczciwości i rzetelności zawodowej lekarzy oraz ich stosunku do pacjenta.

Słowa kluczowe: zaufanie interpersonalne, zaufanie instytucjonalne, wymiary zaufania, relacja lekarz–pacjent.

1. Wstęp

Ogromne zainteresowanie zaufaniem w relacjach interpersonalnych, instytucjonalnych czy organizacyjnych świadczy o znaczeniu tego zjawiska we współczesnym świecie. Zaufanie pomiędzy lekarzem a pacjentem, oprócz zdolności do budowania trwałych relacji pozbawionych podtekstu ekonomicznego, ma także wartość terapeutyczną¹. Mimo to w Polsce ten problem nie był szeroko badany. Celem niniejszego artykułu jest określenie poziomu zaufania pacjentów do lekarzy w trzech wymiarach.

2. Pojęcie i pomiar zaufania

Coraz szersze spektrum potencjalnych wyborów i rosnąca złożoność procesów decyzyjnych sprawiają, że wzrasta znaczenie zaufania. R.M. Morgan i S.D. Hunt uważają, że zaufanie jest esencjonalnym elementem tworzenia relacji².

Zaufanie można zdefiniować jako wiarę i oczekiwanie, że partner relacji będzie działał na rzecz wspólnych interesów³ oraz że żadna ze stron nie będzie nigdy dzia-

¹ L. Gilson, *Trust and the development of health care as a social institution*, "Social Science & Medicine" 2003, vol. 56, s. 1453-1568.

² R.M. Morgan, S.D. Hunt, *The commitment – trust theory of marketing*, "Journal of Marketing" 1994, vol. 58, nr 3, s. 20-38.

³ L. Gilson, wyd. cyt.

łać na szkodę partnera, wykorzystując jego słabe punkty⁴. Oznacza również chęć inwestowania swoich zasobów w relację z innym podmiotem. Zaufanie wynika z pozytywnych wyobrażeń będących konsekwencją dotychczasowych wzajemnych interakcji⁵ oraz oceny stopnia wiarygodności partnera relacji. Trzeba tu jednak zaznaczyć, że zaufanie i wiarygodność to zupełnie odmienne pojęcia⁶. Wiarygodność to właściwość partnera, zaufanie zaś to coś, co ufający może zaoferować drugiej stronie⁷.

Zaufanie wiąże się jednak z niepewnością dotyczącą motywów, intencji i działań partnera⁸, tym bardziej że od zachowania partnera zależą całkowite efekty podjętej współpracy⁹.

Wzbudzeniu zaufania sprzyja konsensus co do wyznawanych wartości w wymiarze zarówno indywidualnym, jak i organizacyjnym. Zgodność ta bowiem pozwala w pewnym zakresie przewidzieć nastawienie i zachowania uczestników relacji, a także umożliwia skuteczną komunikację. Ponadto zaufanie ma zdolność hamowania zachowań oportunistycznych, bowiem, jak twierdzą Ch. Hampden-Turner i A. Trompenaars, przed zachowaniami nieetycznymi silniej chronią bliskie więzi międzyludzkie niż uregulowania prawne i inne sztywne zasady¹⁰.

W literaturze wyodrębnia się szereg rodzajów zaufania ze względu na różne kryteria. Niestety podziały te zachodzą na siebie, a ponadto zrozumienie komplikuje zbieżne nazewnictwo poszczególnych typów zaufania. Jako przykład można podać zaufanie instytucjonalne, które przez wielu autorów jest definiowane jako zaufanie na poziomie makrostrukturalnym¹¹, tzn. zaufanie do systemu, z kolei inni rozpatrują je w skali mikroorganizacyjnej¹². Ten bałagan pojęciowy zmusza więc, przed podjęciem badań, do określenia charakteru podmiotów i łączącej obie strony relacji.

⁴ R.M. Morgan, S.D. Hunt, wyd. cyt.

⁵ J. Brockner, P.A. Siegel, J.P. Daly, T. Tyler, Ch. Martin, *When trust matters: The moderating effect of outcome favorability*, "Administrative Science Quarterly" 1997, vol. 42, s. 558-583.

⁶ R.C. Mayer, J.H. Davis, F.D. Schoorman, *An integrative model of organizational trust*, "Academy of Management Review" 1995, vol. 20, no 3, s. 709-734.

⁷ G. Dietz, D.N. Den Hartog, *Measuring trust inside organizations*, "Personnel Review" 2006, vol. 35, no 5, s. 557-588.

⁸ L. Gilson, wyd. cyt.

⁹ E.M. Whitener, S.E. Brodt, M.A. Korsgaard, J.M. Werner, *Managers as initiators of trust: An exchange relationship framework for understanding managerial trustworthy behavior*, "Academy of Management Review" 1998, vol. 23, no 3, s. 513-530.

¹⁰ Ch. Hampden-Turner, A. Trompenaars, *Siedem kultur kapitalizmu*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000.

¹¹ E. van der Schee, B. Braun, M. Calnan, M. Schnee, P.P. Groenewegen, *Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales*, "Health Policy" 2007, vol. 81, s. 56-67; S.D. Goold, G. Klipp, *Managed care members talk about trust*, "Social Science & Medicine" 2002, vol. 54, s. 879-888; D. Mechanic, *The functions and limitations of trust in the provision of medical care*, "Journal of Health Politics, Policy and Law" 1998, vol. 23, no 4, s. 661-686; K. Blomqvist, *Many faces of trust*, "Scandinavian Journal of Management" 1997, vol. 13, no 3, s. 271-286.

¹² R. Ellonen, K. Blomqvist, K. Puumalainen, *The role of trust in organisational innovativeness*, "European Journal of Innovation Management" 2008, vol. 11, no 2, s. 160-181.

Biorąc pod uwagę specyfikę relacji analizowanej w niniejszym opracowaniu, warto zająć się dwoma rodzajami zaufania: interpersonalnym i instytucjonalnym. Pierwsze z nich to zaufanie jednej osoby do drugiej, z kolei drugie może być rozumiane jako zaufanie osoby lub grupy do społecznych instytucji, struktur czy systemów¹³. Zaufanie instytucjonalne jest ogólną postawą będącą wynikiem z jednej strony osobistych, wcześniejszych doświadczeń i kontaktów z reprezentantami określonej instytucji, wykreowanego przez media wizerunku tej instytucji, z drugiej zaś strony efektem obowiązujących norm społecznych¹⁴. Poziom tego zaufania jest uzależniony również od indywidualnej zdolności do zaufania będącej rezultatem zarówno życia w społeczeństwie o pewnym poziomie kapitału społecznego, jak i bycia osobą ufającą otoczeniu, posiadającą naturalne predyspozycje do zaufania, bez uprzedzeń oceniającą propozycje usługodawców¹⁵.

Ze względu na wielowymiarowość zaufania rodzą się liczne problemy związane ze sposobem jego pomiaru. Dlatego też wielu autorów poświęciło temu zagadnieniu swoje publikacje¹⁶. Aby zmierzyć poziom zaufania, należy je rozumieć jako kompilację ocen dotyczących różnych aspektów i charakterystyk partnera relacji¹⁷. Wśród autorów nie ma również zgody co do zestawu tych cech – wymiarów zaufania. W pierwszych badaniach na ten temat proponowano następujące wymiary: niezawodność, kompetencje, konsekwencja, lojalność i otwartość. W następnych badaniach rozszerzano ten zestaw o kolejne wymiary: dyskrecja, życzliwość, rzetelność, sprawiedliwość, wrażliwość, dostępność i spełnianie obietnic¹⁸. Obecnie wielu autorów w swoich badaniach nad zaufaniem za R.C. Mayer et al. (1995) wykorzystuje głównie trzy wymiary: rzetelność, życzliwość i kompetencje¹⁹.

3. Zaufanie w relacji lekarz–pacjent

Świadczenie usług medycznych wiąże się z rozwiązywaniem istotnego problemu pacjenta. Wybór konkretnego świadczeniodawcy i pozostawanie lojalnym wobec niego są wynikiem złożonego procesu decyzyjnego, w którym ważną rolę odgrywa

¹³ Jak już wspomniano, jest to jeden z wielu sposobów rozumienia zaufania instytucjonalnego.

¹⁴ Porównaj: E. van der Schee, B. Braun, M. Calnan, M. Schnee, P.P. Groenewegen, op. cit.; S.D. Goold, G. Klipp, wyd. cyt.

¹⁵ S.D. Goold, G. Klipp, wyd. cyt.

¹⁶ Porównaj: L. Gilson, wyd. cyt.; R.C. Mayer, J.H. Davis, F.D. Schoorman, wyd. cyt.; G. Dietz, D.N. Den Hartog, wyd. cyt.

¹⁷ G. Dietz, D.N. Den Hartog, wyd. cyt.

¹⁸ Porównaj: K. Blois, *Trust in business relationships: An evaluation of its status*, "Journal of Management Studies" 1999, vol. 36, no 2, s. 197-215; P. McCole, *The role of trust for electronic commerce in services*, "International Journal of Contemporary Hospitality Management" 2002, vol. 14, no 2, s. 81-87.

¹⁹ Porównaj: R. Ellonen, K. Blomqvist, K. Puumalainen, wyd. cyt.; G. Dietz, D.N. Den Hartog, wyd. cyt.; R.M. Morgan, S.D. Hunt, wyd. cyt.; S.S.M. Gutierrez, J.G. Cillan, C.C. Izquierdo, *The consumer's relational commitment: Main dimensions and antecedents*, "Journal of Retailing and Consumer Services" 2004, vol. 11, s. 351-367; G. Svensson, *Mutual and interactive trust in business dyads: Condition and process*, "European Business Review" 2005, vol. 17, no 5, s. 411-427.

zaufanie. Niematerialność usług medycznych, wysoki poziom skomplikowania, trudności w ocenie (również po skonsumowaniu) ze względu na niedostateczny poziom kompetencji medycznych (asymetrię informacyjną) sprawiają, że pacjenci postrzegają je jako ryzykowne. Zaufanie stanowi więc specyficzną wskazówkę ułatwiającą podejmowanie decyzji dzięki ograniczeniu niepewności.

Ponadto świadczenie usług medycznych ekspozuje człowieka: z jednej strony lekarza (jego osobowość, wpływ na charakter relacji z pacjentem), z drugiej natomiast – chorego z jego potrzebami i oczekiwaniami. Doświadczenia lekarzy rodzą dylemat, czy traktować pacjenta jako osobę przypadkową, a kontakt z nim jako incydentalny, czy też widzieć w nim kogoś bliskiego, komu należy poświęcić czas, okazać ciepło i przywiązanie. Preferencje co do pierwszej opcji kreują stehniczowane relacje, pozbawione pierwiastka ludzkiego. Druga opcja narzuca relacje oparte na osobistym kontakcie i jego konsekwencjach. Tak ostro zarysowana polaryzacja nie jest jednak stanem naturalnym. Zazwyczaj spotykanych lekarzy można umiejscowić gdzieś na kontinuum pomiędzy dwiema skrajnymi postawami. To, który z punktów na tym kontinuum jest poziomem akceptowalnym przez chorych, który zaś świadczy o niezgodności z wzorcem idealnego lekarza, decydują oczekiwania pacjentów. O charakterze tej relacji w znacznym stopniu decyduje umiejętnie zbudowane zaufanie.

Zaufaniem w ramach usług medycznych pacjenci mogą obdarzać konkretne osoby, czyli personel medyczny (zaufanie interpersonalne), bądź okazywać bardziej ogólną postawę zaufania do lekarzy i ich społecznej roli. W rzeczywistości można mówić o rozszerzających się koncentrycznych kręgach zaufania²⁰. Zaufanie wypracowane w relacji z konkretnym lekarzem z czasem będzie się rozciągało na placówkę, w której ten lekarz jest zatrudniony, a w dalszej perspektywie na rolę społeczną lekarza i cały system opieki zdrowotnej. Może również zachodzić zjawisko o przeciwnym kierunku, tzn. zaufanie instytucjonalne do lekarzy będzie wpływać na podejście do konkretnego pracownika placówki opieki zdrowotnej.

Pacjentom zaufanie jest potrzebne na każdym etapie budowania relacji z lekarzem. Potrzeba zaufania rośnie w sytuacji konieczności zawierzenia intencjom i decyzjom lekarza²¹. W relacji lekarz–pacjent ufające sobie strony oczekują dobroczynności, tzn. że lekarz będzie zainteresowany i zaangażowany w dążenie do zapewnienia dobrego samopoczucia pacjenta oraz będzie zmierzał do realizacji wspólnych interesów. Pacjenci oczekują przede wszystkim kompetencji i odpowiedniego wyniku leczenia. Pacjent (*truster*) z kolei daje lekarzowi (*trustee*) swobodę działania (*discretionary*) w warunkach niepewności i ryzyka i oczekuje, że lekarz wykorzysta tę władzę w imieniu pacjenta²². Ponadto zaufanie kreuje trwałe relacje

²⁰ P. Sztompka, *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007, s. 47.

²¹ M. Mohseni, M. Lindstrom, *Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study*, "Social Science & Medicine" 2007, vol. 64, s. 1373-1383.

²² S.D. Goold, G. Klipp, wyd. cyt.

oraz niweluje potrzebę stałego monitorowania poziomu usług świadczonych przez lekarzy²³. To z kolei redukuje koszty transakcyjne związane z warunkami niepewności²⁴. Zaufanie do lekarza zwiększa również skłonność pacjenta do brania odpowiedzialności za własne zdrowie i umacnia chęć uczestnictwa w procesie podejmowania decyzji o sposobie leczenia²⁵.

Zaufanie jest także proponowane jako środek łagodzący skutki asymetrii informacyjnej. Pozwala ono pacjentowi uwierzyć w informacje przekazywane przez lekarzy, dotyczące stawianej diagnozy czy sposobu leczenia. Tylko jeśli uda się zapewnić akceptację informacji przekazywanych przez wiarygodnego lekarza, pacjenci będą postrzegali potencjalną relację jako mniej ryzykowną dzięki mniejszej asymetrii. Zaufanie decyduje także o atmosferze spotkania w gabinecie lekarskim, zapewnia zadowolenie pacjentów i ich lojalność, przestrzeganie zaleceń lekarskich, kontynuację leczenia, a tym samym szybsze wyzdrowienie pacjenta, w końcu wpływa na sukces rynkowy instytucji ochrony zdrowia²⁶. Niekiedy świadczenie medyczne wykonane poprawnie w sposób techniczny budzi zastrzeżenia ze względu na brak zaufania w relacji lekarz–pacjent.

4. Metodologia badania

Mimo ogromnego znaczenia zaufania w relacjach pomiędzy lekarzem a pacjentem w Polsce do tej pory zagadnienie to było badane dość rzadko. Ciekawość badawcza wynika również stąd, że polski system opieki zdrowotnej, w tym również relacja lekarz–pacjent, jest obszarem ciągłych transformacji. Co prawda nie ma możliwości skonfrontowania obecnych wyników z wcześniejszymi, bowiem, jak już zostało to wspomniane, do tej pory nie badano zaufania gruntownie i wielowymiarowo, zgodnie z naturą tego zjawiska. CBOS w cyklicznych badaniach pt. „Opinie o opiece zdrowotnej” zadaje pytanie swoim respondentom o poziom zaufania²⁷. Jednak odpowiedzi uzyskane na jedno pytanie następującej treści: „czy, ogólnie rzecz biorąc, ma pan(i) zaufanie do lekarzy, których porady pan(i) zasięga lub u których się pan(i)

²³ Porównaj: M. Moore, *Truth, trust and market transactions: What do we know?*, „The Journal of Development Studies” 1999, vol. 36, no 1, s. 74-88. P. Taylor-Gooby, *Uncertainty, trust and pensions: The case of the current UK reforms*, „Social Policy and Administration” 2005, vol. 39, no 3, s. 217-232; P. Taylor-Gooby, *Trust, risk and health care reform*, „Health, Risk & Society” 2006, vol. 8, no 2, s. 97-103.

²⁴ P. Taylor-Gooby, *Uncertainty* ...

²⁵ Porównaj: M. Hall, E. Dugan, B. Zheng, A.K. Mishra, *Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter?*, „The Milbank Quarterly” 2001, vol. 79, no 4, s. 613-639; D. Mechanic, op. cit.

²⁶ M. Hall, E. Dugan, B. Zheng, A.K. Mishra, wyd. cyt.

²⁷ K. Wądołowska, *Opinie o opiece zdrowotnej*, CBOS, Warszawa, luty 2010; K. Wądołowska, *Opinie o opiece zdrowotnej*, CBOS, Warszawa, kwiecień 2009; K. Wądołowska, *Opinie o opiece zdrowotnej*, CBOS, Warszawa, marzec 2007.

leczy?” mogą dostarczać mylących informacji. Przede wszystkim nie wiadomo, do czego respondenci się odnoszą, odpowiadając na tak sformułowane pytanie (kompetencji czy też może rzetelności). Ponadto uzyskane dane w zasadzie nie mają wartości praktycznej.

Zaufanie w relacji lekarz–pacjent jest pojęciem trudno mierzalnym i, jak wskazują autorzy, nie istnieje uniwersalna skala umożliwiająca zbadanie zaufania²⁸. Dlatego badacze zajmujący się tą problematyką podejmują trud zbudowania własnych skal na podstawie doświadczeń innych, a następnie ich weryfikacji. W efekcie problemy z konceptualizacją tego pojęcia jeszcze bardziej się nasilają.

Badanie, którego założenia zostaną opisane w dalszej części, zostało zaplanowane z myślą o weryfikacji skal do badania zaufania pacjentów do lekarzy oraz wstępne rozpoznanie trendów i charakteru tego zjawiska. Badanie to miało więc również na celu:

1) określenie poziomu zaufania do lekarzy ogólnie oraz w poszczególnych wymiarach, czyli zaufanie do kompetencji, uczciwości i rzetelności zawodowej lekarzy oraz ich stosunku do pacjenta;

2) ustalenie wymiarów, które najsilniej wpływają na ogólne zaufanie do lekarzy;

3) zidentyfikowanie czynników wpływających na poziom zaufania.

Zaufanie do lekarzy badano więc jako zaufanie ogólne oraz zaufanie szczegółowe, odnoszące się do trzech najczęściej przytaczanych w literaturze wymiarów: kompetencji, rzetelności i otwartości na pacjenta. Wielowymiarowe badanie zaufania umożliwi zidentyfikowanie specyficznych elementów relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, które dzięki modyfikacji mogą przyczynić się w przyszłości do wzrostu zaufania.

Każdy z typów zaufania był badany za pomocą pięciostopniowej skali Likerta. Skale zostały opracowane na podstawie przeglądu literatury. Kolejnym ważnym założeniem było to, że zdecydowano się badać zaufanie w aspekcie instytucjonalnym, a nie interpersonalnym. Oznacza to, że pytania dotyczyły lekarzy ogółem, a nie konkretnych osób, z którymi chorzy mają do czynienia, mimo że, jak zostało wcześniej wspomniane, ta ogólna postawa konstruuje się przede wszystkim na podstawie własnych doświadczeń pacjenta.

Osiągnięcie tych celów wymagało przeprowadzenia badania pierwotnego w postaci ankiety audytoryjnej. Badanie miało charakter pilotażowy, wzięło w nim udział 208 studentów II i III roku dwóch uczelni: Politechniki Białostockiej i Uniwersytetu w Białymstoku. Stanowi to istotne ograniczenie badania ze względu na określone cechy demograficzno-społeczne próby badawczej. Zgodnie bowiem z wcześniejszymi wynikami badań, znaczenie i poziom zaufania w relacji z lekarzem jest różnicowany przez rodzaj choroby i związaną z nią niepewność i ryzyko, cechy społeczno-demograficzne pacjenta, tj. poziom wykształcenia, wiek, a także dostęp do wiedzy²⁹.

²⁸ G. Dietz, D.N. Den Hartog, wyd. cyt.

²⁹ Porównaj: D. Mechanic, wyd. cyt.; L. Gilson, wyd. cyt.

Tabela 1. Struktura próby badawczej

| Miejsce zamieszkania | | | Płeć | | |
|--|--------|---------|---------------------------|--------|---------|
| | liczba | procent | | liczba | procent |
| Białystok | 104 | 50,0 | kobieta | 124 | 59,6 |
| wieś | 35 | 16,8 | mężczyzna | 84 | 40,4 |
| do 50 tys. | 48 | 23,1 | wiek | | |
| 50-100 | 15 | 7,2 | poniżej 25 | 180 | 86,5 |
| 100-200 tys. | 2 | 0,9 | 25-35 | 27 | 12,98 |
| 200-300 tys. | 4 | 1,9 | 36-45 | 1 | 0,5 |
| Dochód netto w przeliczeniu na jedną osobę w gospodarstwie domowym | | | Poziom wykształcenia | | |
| do 500 | 22 | 11,1 | średnie | 127 | 61,0 |
| 501-1000 | 62 | 31,3 | licencjat | 58 | 27,9 |
| 1001-1500 | 57 | 28,8 | wyższe | 23 | 11,1 |
| 1501-2000 | 28 | 14,1 | Uczelnia | | |
| 2001-2500 | 14 | 7,1 | Politechnika Białostocka | 74 | 35,6 |
| powyżej 2500 | 15 | 7,6 | Uniwersytet w Białymstoku | 134 | 64,4 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

W związku z tym dalsze wnioski, mimo że wskazują istotne tendencje i charakteryzują zaufanie do lekarzy, można odnosić jedynie do młodych osób. Tabela 1 zawiera charakterystykę próby badawczej.

5. Analiza danych: poziom zaufania do lekarzy

Celem zrealizowanego badania było ustalenie poziomu zaufania instytucjonalnego do lekarzy. Biorąc pod uwagę wielowymiarowość tego zjawiska, badani mieli za zadanie określić poziom swojego zaufania do lekarzy w wymiarze: ogólnym, kompetencji, rzetelności i życzliwości. Okazało się, że większość respondentów deklarowała ograniczony poziom zaufania do lekarzy (przeważają odpowiedzi, że raczej ufają lub nie mają sprecyzowanej postawy) (tab. 2).

W celu porównania poziomu zaufania w poszczególnych wymiarach zostały obliczone średnie arytmetyczne. Respondenci wyrażają najwyższe zaufanie w stosunku do kompetencji lekarzy (średnia 3,67), następnie w stosunku do rzetelności (średnia 3,45), najgorzej zaś ocenili życzliwość (średnia 3,39).

Ze względu na specyfikę próby badawczej nie ma możliwości zweryfikowania wpływu zmiennych demograficznych na poziom zaufania do lekarzy. Można jednak stwierdzić zależność pomiędzy zaufaniem w poszczególnych wymiarach a indywidualną zdolnością do zaufania. Przede wszystkim niepokojący jest fakt, że aż 65%

Tabela 2. Poziom zaufania w relacji lekarz-pacjent

| | Zaufanie ogólne | | Zaufanie do kompetencji | | Przekonanie o życzliwości | | Zaufanie do rzetelności | |
|------------------|-----------------|---------|-------------------------|---------|---------------------------|---------|-------------------------|---------|
| | liczba | procent | liczba | procent | liczba | procent | liczba | procent |
| Zdecydowanie tak | 6 | 2,9 | 6 | 2,9 | 5 | 2,4 | 10 | 4,8 |
| Raczej tak | 134 | 64,4 | 148 | 71,1 | 104 | 50,0 | 105 | 50,5 |
| Ani tak, ani nie | 45 | 21,6 | 35 | 16,8 | 68 | 32,7 | 65 | 31,3 |
| Raczej nie | 17 | 8,2 | 17 | 8,2 | 30 | 14,4 | 25 | 12,0 |
| Zdecydowanie nie | 6 | 2,9 | 2 | 1,0 | 1 | 0,5 | 3 | 1,4 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

badanych młodych osób uważa, iż w relacjach z innymi należy zachować ostrożność, natomiast zaledwie 14% twierdzi, że większości ludzi można zaufać. Ten niski poziom skłonności do zaufania wpływa na sposób budowania relacji z innymi ludźmi, w tym z lekarzami.

Zgodnie z wynikami badania istnieje istotna statystycznie, pozytywna zależność pomiędzy indywidualną skłonnością do zaufania a poziomem zaufania do lekarzy ($p = 0,0001$). Osoby, które deklarują chęć zaufania obcym, jednocześnie znacznie częściej deklarują wysoki poziom zaufania do lekarzy. Osoby zdecydowanie ufające lekarzom stanowiły prawie 14% wśród studentów deklarujących skłonność do zaufania obcym i zaledwie 1,5% wśród studentów, którzy deklarowali nieufność wobec innych (tab. 3). Podobna zależność występuje w ramach pozostałych wymiarów zaufania.

Tabela 3. Zależność pomiędzy poziomem zaufania ogólnego a indywidualną skłonnością do zaufania (w %)

| | Skłonność do zaufania – większości można ufać | Brak skłonności do zaufania – trzeba być ostrożnym | Trudno powiedzieć |
|------------------|---|--|-------------------|
| Zdecydowanie nie | 0,0 | 4,4 | 0,0 |
| Raczej nie | 0,0 | 11,8 | 2,3 |
| Ani tak, ani nie | 10,3 | 19,3 | 36,4 |
| Raczej tak | 75,9 | 63,0 | 61,4 |
| Zdecydowanie tak | 13,8 | 1,5 | 0,0 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

W celu stwierdzenia, który z wybranych wymiarów zaufania najlepiej wyjaśnia ogólny jego poziom, wykorzystano model regresji wielorakiej. Do stworzenia modelu zastosowano trzy wymiary zaufania, zmienne demograficzno-ekonomiczne

oraz indywidualną skłonność do zaufania. W pierwszym kroku okazało się, że część czynników jest nieistotna statystycznie, w związku z tym podjęto próbę poprawy modelu. Ostatecznie model zawiera jedynie poszczególne wymiary zaufania przy współczynniku determinacji wynoszącym $R^2 = 0,49$ i $p = 0,00000$. Oznacza to, że model wyjaśnia ponad 49% zaobserwowanej zmienności poziomu zaufania pacjentów. Szczegółowe parametry modelu zawiera tab. 4.

Tabela 4. Model regresji

| | <i>b</i> | Bł. std. - z <i>b</i> | <i>t</i> (204) | <i>p</i> |
|---------------------------|----------|-----------------------|----------------|----------|
| Wyraz wolny | 0,431863 | 0,228014 | 1,894020 | 0,059637 |
| Zaufanie do kompetencji | 0,542473 | 0,071737 | 7,562020 | 0,000000 |
| Przekonanie o życzliwości | 0,159608 | 0,065589 | 2,433447 | 0,015817 |
| Zaufanie do rzetelności | 0,173513 | 0,068082 | 2,548585 | 0,011552 |

Źródło: opracowanie własne na podstawie badania.

Najsilniej o ogólnym zaufaniu pacjentów do lekarza decyduje ich przekonanie o kompetencjach i wysokich umiejętnościach instrumentalnych lekarza ($p = 0,00000$). Pozostałe wymiary, tj. rzetelność prac lekarza ($p = 0,011$) oraz jego otwartość i życzliwość w stosunku do pacjenta ($p = 0,015$) mają porównywalne znaczenie.

6. Wnioski końcowe

Rola zaufania do lekarza wiąże się także z wielostronną asymetrią w kontaktach z pacjentem. Znaczenie zaufania rośnie w miarę wzrostu poziomu złożoności świadczenia medycznego oraz wzrostu różnic pomiędzy lekarzem a pacjentem w zakresie wiedzy (asymetria informacyjna), pozycji społecznej, prestiżu, siły autorytetu. Zaufanie jest także ważnym elementem leczącym i stymulującym organizm do walki z chorobą³⁰. W związku z tym jest ono również, pośrednio, elementem oceny jakości świadczeń medycznych. Badanie, mimo pilotażowego charakteru, wykazało, że młodzi, studiujący ludzie w ograniczonym stopniu ufają lekarzom. Nie chodzi tu o zaufanie do konkretnej osoby, lecz raczej o postawę wobec lekarzy ogółem, która wykształciła się na bazie własnych doświadczeń, zasłyszanych opinii i wizerunku personelu medycznego kreowanego przez media. Młodzi ludzie, którzy z reguły nie borykają się z większymi problemami zdrowotnymi, a tym samym ich kontakty z opieką medyczną najczęściej sprowadzają się do wizyt u lekarza rodzinnego lub specjalisty, dość krytycznie oceniają lekarzy, zwłaszcza w wymiarze dotyczącym życzliwości i otwartości lekarzy w stosunku do chorych. Natomiast relatywnie najwyższe zaufanie deklarują w stosunku do wiedzy i kompetencji lekarskich.

³⁰ A. Olchowska-Kotala, *Dobry lekarz – perspektywa pacjenta*, „Sztuka Leczenia” 1999, nr 1, s. 101.

Niska ocena zaufania do lekarzy wśród młodych i wykształconych ludzi może się wiązać z ich wyższymi oczekiwaniami. W przeciwieństwie do osób starszych, młode osoby, wychowane w gospodarce rynkowej, gdzie zdobycie klienta jest głównym celem podmiotów rynkowych, swoje przyzwyczajenia przenoszą również na grunt opieki zdrowotnej. Niestety tutaj spotyka ich rozczarowanie spowodowane zupełnie innym podejściem do pacjenta, od którego oczekuje się uległości, podporządkowania i akceptacji dla zachowań personelu medycznego. Niewłaściwe z punktu widzenia młodej osoby zachowania personelu powodują niski poziom zaufania.

Okazało się również, że poziom zaufania do lekarzy jest uzależniony od indywidualnej skłonności do zaufania. Niestety badane osoby w wyraźnej większości deklarują brak zaufania wobec innych, co przekłada się również na relacje z lekarzami.

Praktyczna wartość badań nad zaufaniem to nie tylko próba określenia poziomu tego zaufania, lecz przede wszystkim zbadanie go w sposób bardziej szczegółowy, tzn. w poszczególnych wymiarach. Dzięki temu menedżerowie otrzymują wiedzę, jakie aspekty relacji pomiędzy pacjentem a lekarzem należy poprawić. Okazuje się, że, w opinii młodych ludzi, o ogólnym zaufaniu do lekarzy decyduje przede wszystkim przekonanie o wysokich kompetencjach medycznych lekarzy. Pozostałe wymiary są równoważne. Należy tu jednak zaznaczyć, że w odniesieniu do innych grup demograficznych wnioski te mogą być zupełnie odmienne.

Literatura

- Blomqvist K., *Many faces of trust*, "Scandinavian Journal of Management" 1997, vol. 13, no 3, s. 271-286.
- Blois K., *Trust in business relationships: An evaluation of its status*, "Journal of Management Studies" 1999, vol. 36, no 2, s. 197-215.
- Brockner J., Siegel P.A., Daly J.P., Tyler T., Martin Ch., *When trust matters: The moderating effect of outcome favorability*, "Administrative Science Quarterly" 1997, vol. 42, s. 558-583.
- Dietz G., Den Hartog D.N., *Measuring trust inside organizations*, "Personnel Review" 2006, vol. 35 no 5, s. 557-588.
- Ellonen R., Blomqvist K., Puumalainen K., *The role of trust in organisational innovativeness*, "European Journal of Innovation Management" 2008, vol. 11, no 2, s. 160-181.
- Gilson L., *Trust and the development of health care as a social institution*, "Social Science & Medicine" 2003, vol. 56, s. 1453-1568.
- Goold S.D., Klipp G., *Managed care members talk about trust*, "Social Science & Medicine" 2002, vol. 54, s. 879-888.
- Grunig J.E., Hon L., *Guidelines for Measuring Relationships in Public Relations*, The Institute for Public Relations Commission on PR Measurement and Evaluation, University of Florida 1999, available at: www.instituteforpr.com.
- Gutierrez S.S.M., Cillan J.G., Izquierdo C.C., *The consumer's relational commitment: Main dimensions and antecedents*, "Journal of Retailing and Consumer Services" 2004, vol. 11, s. 351-367.
- Hall M., Dugan E., Zheng B., Mishra A.K., *Trust in physicians and medical institutions: What is it, can it be measured, and does it matter?*, "The Milbank Quarterly" 2001, vol. 79, no 4, s. 613-639.
- Hampden-Turner Ch., Trompenaars A., *Siedem kultur kapitalizmu*, Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2000.

- Mayer R.C., Davis J.H., Schoorman F.D., *An integrative model of organizational trust*, "Academy of Management Review" 1995, vol. 20, no 3, s. 709-734.
- McCole P., *The role of trust for electronic commerce in services*, "International Journal of Contemporary Hospitality Management" 2002, vol. 14, no 2, s. 81-87.
- Mechanic D., *The functions and limitations of trust in the provision of medical care*, "Journal of Health Politics, Policy and Law" 1998, vol. 23, no 4, s. 661-686.
- Mohseni M., Lindstrom M., *Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study*, "Social Science & Medicine" 2007, vol. 64, s. 1373-1383.
- Moore M., *Truth, trust and market transactions: What do we know?*, "The Journal of Development Studies" 1999, vol. 36, no 1, s. 74-88.
- Morgan R.M., Hunt S.D., *The commitment – trust theory of marketing*, "Journal of Marketing" 1994, vol. 58 no 3, s. 20-38.
- Morgan R.M., *Relationship marketing and marketing strategy*, [w:] *Handbook of Relationship Marketing*, eds A. Parvatiyar, J.N. Sheth, Sage Publications, Inc. Thousand Oaks, London-New Delhi 2000, s. 483-484.
- Olchowska-Kotala A., *Dobry lekarz – perspektywa pacjenta*, „Sztuka Leczenia” 1999, nr 1, s. 101.
- Svensson G., *Mutual and interactive trust in business dyads: Condition and process*, "European Business Review" 2005, vol. 17, no 5, s. 411-427.
- Sztompka P., *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Wydawnictwo Znak, Kraków 2007, s. 47.
- Taylor-Gooby P., *Uncertainty, trust and pensions: The case of the current UK reforms*, "Social Policy and Administration" 2005, vol. 39, no 3, s. 217-232.
- Taylor-Gooby P., *Trust, risk and health care reform*, "Health, Risk & Society" 2006, vol. 8 no 2, s. 97-103.
- Wądołowska K., *Opinie o opiece zdrowotnej*, CBOS, Warszawa, luty 2010.
- Wądołowska K., *Opinie o opiece zdrowotnej*, CBOS, Warszawa, kwiecień 2009.
- Wądołowska K., *Opinie o opiece zdrowotnej*, CBOS, Warszawa, marzec 2007.
- Whitener E.M., Brodt S.E., Korsgaard M.A., Werner J.M., *Managers as initiators of trust: An exchange relationship framework for understanding managerial trustworthy behavior*, "Academy of Management Review" 1998, vol. 23, no 3, s. 513-530.
- van der Schee E., Braun B., Calnan M., Schnee M., Groenewegen P.P., *Public trust in health care: A comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales*, "Health Policy" 2007, vol. 81, s. 56-67.

TRUST IN DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP

Summary: The need for trust increases in a situation in which it is necessary to believe in the doctor's intentions and decisions. Moreover, trust creates permanent relationships and eliminates the necessity of continuous monitoring of the level of services provided by doctors. In this context it has been necessary to perform the survey. The research allowed to define the level of institutional trust between patients and doctors.

Keywords: interpersonal trust, institutional trust, trust dimensions, doctor-patient relationship.