

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

Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska

Uniwersytet Łódzki

REPUTACJA W FUNKCJONOWANIU PLACÓWKI ZDROWOTNEJ

Streszczenie: W artykule przedstawiono istotę marketingu, który w ochronie zdrowia można postrzegać jako funkcję wspomagającą zarządzanie placówką zdrowotną (w tym jej personelem) i jedną ze sfer, które wpływają na jakość usług medycznych (w tym: obsługi pacjenta). Zaprezentowanie – na podstawie literatury przedmiotu – istoty reputacji oraz czynników ją kreujących pozwoliło na wskazanie roli personelu (według autorskiej formuły *understanding*) w budowaniu reputacji placówki zdrowotnej – dzięki porozumieniu z pacjentem. Przedstawiono działania, których zakład opieki zdrowotnej powinien się wystrzegać, podejmując działania zmierzające do kreowania swojej reputacji.

Słowa kluczowe: placówka zdrowotna, reputacja, personel, porozumienie z pacjentem.

„Nie możesz zbudować reputacji na tym,
co zamierzasz zrobić”

Henry Ford

1. Wstęp

Podmioty działające w gospodarce rynkowej dążą do zdobycia przewagi konkurencyjnej, aby funkcjonować w długim okresie; dlatego budowanie reputacji to nie wybór, to konieczność, wręcz warunek *sine qua non* istnienia wielu organizacji. Jeśli organizacja w sposób świadomy, wieloaspektowy i strategiczny podchodzi do zarządzania, to reputacja staje się jej podstawowym narzędziem oddziaływania na klientów. Przedsiębiorstwa usługowe są szczególnie predestynowane do tworzenia przewagi konkurencyjnej opartej na reputacji – wynika to ze specyficznych cech usług (w literaturze wymieniane są najczęściej: niematerialność, nierozdzielność, różnorodność i nietrwałość)¹. Reputacja wiąże się z wiarygodnością (rodzi zaufanie do firmy, pozwalające przewyciężyć niepewność związaną z niematerialnym charakterem usługi), co implikuje ważną rolę personelu świadczącego usługę (jego kwalifikacje, zaangażowanie w pracę decydują o jakości wykonanej usługi).

Zakłady opieki zdrowotnej są szczególnymi usługodawcami, gdyż ich usługi mają wpływ na zdrowie i życie ludzkie. Reputacja powinna stanowić podwaliny

¹ Porównaj: A. Payne, *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1996, s. 21-23.

rynkowego ich funkcjonowania, a nie jedynie przedmiot zabiegów *public relations* (PR). W artykule – na podstawie literatury przedmiotu – zostanie przedstawiona istota reputacji oraz jej determinanty. Umożliwi to wskazanie roli personelu (na bazie autorskiej formuły *understanding*) w budowaniu reputacji placówki zdrowotnej – dzięki porozumieniu z pacjentem.

2. Rynkowa postawa placówki zdrowotnej

Spór pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami rynkowości świadczeń zdrowotnych toczy się wokół odmiennych interpretacji procesów wymiany. Zdaniem K.J. Arrowa usługi zdrowotne nie są dobrami rynkowymi, ponieważ²:

- popyt na usługi nie jest konsekwencją pożądanego zaspokojenia potrzeby, lecz koniecznością, której się unika;
- nie ma doskonałej symetrii informacji posiadanych przez lekarza i pacjenta (tj. przez bezpośrednie strony wymiany), co w wielu sytuacjach oznacza zakup zaufania, a nie precyzyjnie określonego efektu,
- zjawisko nieuzasadnionych medycznie świadczeń powoduje wypaczanie krzywej popytu poprzez nadkonsumpcję świadczeń,
- w kreowaniu popytu nadrzędną rolę odgrywa podaż, a nie cena świadczenia.

Jednak pomimo tych wątpliwości pojęcie: rynku (niektórzy mówią o *quasi-ryнку*) usług zdrowotnych zadomowiło się już na stałe zarówno w praktyce życia społeczno-gospodarczego, jak i w literaturze. Do istotnych cech rynku usług zdrowotnych można zaliczyć m.in.:

- silne zróżnicowanie wewnętrzne asortymentu usług,
- występowanie specyficznych preferencji poszczególnych segmentów pacjentów³,
- podejmowanie decyzji dotyczących struktury sektora zdrowia w sposób właściwy dla mechanizmu rynkowego regulowanego⁴,
- świadczenie usług medycznych odbywa się zarówno na rynku regulowanym (opartym na systemie ubezpieczeń zdrowotnych), jak i na wolnym rynku⁵.

Zakłady opieki zdrowotnej (ZOZ)⁶ funkcjonują w otoczeniu rynkowym, z którym wchodzi w interakcje, dlatego dyrektorzy/menedżerowie powinni uwzględnić

² W. Misiński, *Wolny wybór świadczeniodawcy przez pacjenta*, „Służba Zdrowia” 2003, nr 81, s. 18.

³ W analizach zmian w sektorze usług zdrowotnych nabywcy traktowani są często jako zbiór homogeniczny.

⁴ Regulacji podlegają zasady prowadzenia działalności przez podmioty świadczące usługi medyczne, dostęp do zawodu, specjalizacje, zasady rozliczeń z NFZ, formy komunikacji z rynkiem itp.

⁵ Komercyjna działalność medyczna mogła się pojawić, ponieważ zostały spełnione warunki:

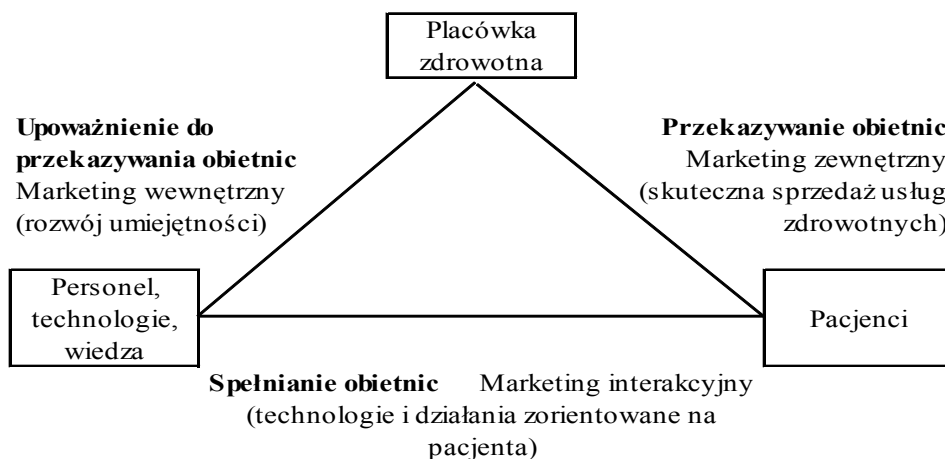
- istnienie co najmniej dwóch stron o niezaspokojonych potrzebach,
- strony te miały zamiar i możliwość zaspokojenia tych potrzeb,
- istniał skuteczny sposób porozumiewania się między nimi,
- była usługa i były pieniądze, które mogły stać się przedmiotem wymiany.

Za: N. Drogosz, *Marketing – pomysł prosty jak agrafka*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2003, nr 5, s. 8.

⁶ Bez względu na to, kto jest ich właścicielem – organ władzy publicznej, czy osoba fizyczna, spółka prawa handlowego, fundacja, stowarzyszenie, związek wyznaniowy czy kościół itp.

konieczność wykorzystywania marketingu w wytyczaniu celów rynkowych, rozpoznawaniu przyszłych warunków działania i określaniu czynników sukcesu oraz budowaniu wizerunku placówki w otoczeniu. W ochronie zdrowia marketing można postrzegać jako⁷ funkcję wspomagającą zarządzanie placówką zdrowotną (w tym jej personelem) i jedną ze sfer wpływających na jakość usług medycznych (w tym: obsługi pacjenta). System marketingu usług zdrowotnych przybiera postać trójkąta „wpisanego” w otoczenie (rys. 1), a zadaniem władz placówki zdrowotnej staje się skoordynowanie działań w obszarze marketingu⁸:

- zewnętrznego (związanego z usługą i jej ceną, ze sposobem sprzedaży i dystrybucją oraz rozpowszechnianiem informacji i oddziaływaniem za pomocą środków i metod promocji),
- wewnętrznego (związanego z przeszkoleniem i motywowaniem pracowników oraz budowaniem zespołu, który potrafi przywiązać pacjenta do instytucji),
- partnerskiego (bazującego na umiejętnościach i kwalifikacjach pracowników w zakresie obsługi pacjentów, która ma umożliwić budowanie relacji z pacjentami⁹).



Rys. 1. Obszary marketingu usług zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Ch. Grönroos, *Service Management and Marketing*, John Wiley & Sons, New York 2001, s. 55.

⁷ M. Dobska, P. Dobski, *Marketing usług medycznych*, INFOR, Warszawa 1999, s. 20.

⁸ Ph. Kotler, *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa 1994, s. 431-432.

⁹ Czynności usługowe tworzą konkretne relacje między dwoma odrębnymi podmiotami: jeden z nich to usługodawca (osoba/podmiot świadczący usługę medyczną), drugi to usługobiorca (konsument usługi). I na tej bazie wyrasta marketing relacji (jego osią konstrukcyjną jest współpraca pomiędzy stronami).

Z rysunku wynika, że rynkowo zorientowany ZOZ wykorzysta marketing do rozpoznania potrzeb pacjentów (przede wszystkim pozamedycznych) i poinformowania ich o swojej ofercie oraz budowania wizerunku placówki. Na personelu placówki spoczywa obowiązek takiej realizacji usługi, jaka jest oczekiwana przez pacjenta i zadeklarowana przez ZOZ (to m.in. postawa personelu będzie miała wpływ na reputację placówki zdrowotnej).

3. Budowa reputacji

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

Reputacja jest kategorią wielowymiarową. Powstaje na podstawie działań podejmowanych przez organizację, więc cała aktywność ZOZ (zarówno w obszarze *stricte* medycznym, jak i pozamedycznym) przyczynia się do jej budowy. Reputacja jest rezultatem interakcji doświadczeń, wierzeń, odczuć i wiedzy, jaką otoczenie ma o organizacji¹⁰. Reputacja placówki medycznej może zatem dotyczyć 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).

Określenia „zbiór cech”, „całościowa ocena wizerunku”, „suma spostrzeżeń” pozwalają przyjąć, że reputacja placówki medycznej – w oczach poszczególnych jednostek i grup z jej otoczenia – będzie wypadkową¹¹:

- działań z zakresu kształtowania asortymentu świadczonych usług medycznych oraz atrybutów konkretnej usługi¹²,
- w odniesieniu do placówek prywatnych – polityki cenowej, znajdującej wyraz w sposobie kalkulowania cen podstawowych oraz stosowanych rabatów¹³,
- doboru miejsca, w którym usługa jest świadczona¹⁴,
- sposobu komunikowania się organizacji z jej otoczeniem za pomocą wszelkich stosowanych form i instrumentów promocji,
- procedur związanych ze świadczeniem usług¹⁵,

¹⁰ Por. D. Bernstein, *Company Image and Reality. A critique of corporate communications*, Holt, Rinehart and Wilson, London 1984, s. 125; P. de Pelsmacker, M. Geuens, J. van den Bergh, *Marketing Communications*, Pearson Education, Harlow 2001, s. 16.

¹¹ A. Wilczak, *Wizerunek placówki medycznej – determinanty i ograniczenia*, [w:] *Ochrona zdrowia – wizerunek, marketing, rynek*, red. G. Karasiewicz, IPiSS, Warszawa 2006, s. 49.

¹² Na przykład rodzaj świadczonych usług, poziom jakości poświadczony akredytacją lub normą ISO 9000.

¹³ Na przykład dla rodzin; dla pracowników przedsiębiorstwa X, jeśli przynajmniej pięcioro korzysta z usług placówki.

¹⁴ Na przykład we własnej siedzibie, w domu pacjenta.

¹⁵ Na przykład zamawianie wizyt domowych, rezerwacja terminów badań itp.

Tabela 1. Przegląd wybranych definicji reputacji

Autor podejścia	Definicja
K. Weigelt, C. Camerer ^{a)}	Reputacja to zbiór cech przypisywanych firmie, o których możemy wnioskować na podstawie jej przeszłych działań
E.R. Gray, J.M.T. Balmer ^{b)}	Reputacja przedsiębiorstwa obrazuje wartościujący osąd dotyczący cech firmy i powstaje na przestrzeni czasu jako rezultat spójnych działań wzmacnianych przez efektywną komunikację
C.J. Fombrun, M. Shanley ^{c)}	Reputacja reprezentuje dokonywane przez publiczność, skumulowane w czasie oceny firmy
B.A. Neville, S.J. Bell, B. Menguc ^{d)}	Reputacja obejmuje całościową ocenę wizerunku organizacji, dokonywaną przez pryzmat osobistych wartości interesariusza
A.M. Weiss, E. Anderson, D.J. MacInnis ^{e)}	Reputacja to ogólne postrzeganie stopnia, w jakim organizacja cieszy się dużym szacunkiem i poważaniem
M.K. Saxton ^{f)}	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 ^{g)}	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
S.L. Wartick ^{h)}	Reputacja to suma spostrzeżeń pojedynczego interesariusza na temat tego, na ile działania organizacji odpowiadają żądaniom i oczekiwaniom różnych grup interesariuszy
E. Yoon, H.G. Guffey, V. Kijewski ⁱ⁾	Reputacja przedsiębiorstwa odzwierciedla historię jego przeszłych działań
V.P. Rindova, C.J. Fombrun ^{j)}	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

^{a)} K. Weigelt, C. Camerer, *Reputation and corporate strategy: A review of recent theory and applications*, „Strategic Management Journal” 1988, vol. 9, no 5, ^{b)} E.R. Gray, J.M.T. Balmer, *Managing corporate image and corporate reputation*, „Long Range Planning” 1998, vol. 31, no 5, ^{c)} C.J. Fombrun, M. Shanley, *What’s in a name? Reputation building and corporate strategy*, „Academy of Management Journal” 1990, t. 33, no 2, ^{d)} B.A. Neville, S.J. Bell, B. Menguc, *Corporate reputation, stakeholders and the social performance – financial performance relationship*, „European Journal of Marketing” 2005, vol. 39, no 9/10, ^{e)} A.M. Weiss, E. Anderson, D.J. MacInnis, *Reputation management as a motivation for sale structure decisions*, „Journal of Marketing” 1999, vol. 63, no 4, ^{f)} M.K. Saxton, *Where do reputations come from?*, „Corporate Reputation Review” 1998, vol. 1, no 4, ^{g)} J.M.T. Balmer, *Corporate identity and the advent of corporate marketing*, „Journal of Marketing Management” 1998, vol. 14, no 8, ^{h)} S.L. Wartick, *The relationship between intense media exposure and change in corporate reputation*, „Business and Society” 1992, vol. 31, no 1, ⁱ⁾ E. Yoon, H.G. Guffey, V. Kijewski, *The effects of information and company reputation on intentions to buy a business service*, „Journal of Business Research” 1993, vol. 27, no 3, ^{j)} V.P. Rindova, C.J. Fombrun, *Who’s Tops and Who Decides? The social construction of corporate reputations*, Stern School of Business, Working Paper, New York 1996.

Źródło: opracowanie własne na podstawie literatury przedmiotu.

- otoczenia materialnego¹⁶,
 - postaw personelu (kompetencji, doświadczenia oraz zorientowania na pacjenta)¹⁷.
- Personel odgrywa ważną rolę w tworzeniu obrazu ZOZ w oczach pacjentów – to jego specjalistyczna wiedza i umiejętności wpływają na zdrowie i życie ludzkie. W praktyce pacjenci zwracają uwagę również na pozamedyczne umiejętności personelu (np. empatia, komunikatywność) i one też kształtują obraz lekarza/ZOZ w oczach pacjentów. Placówki zdrowotne powinny zatem do budowy swojej reputacji wykorzystywać również pozamedyczne umiejętności pracowników (implikuje to konieczność zwracania uwagi na umiejętności interpersonalne pracowników na etapie rekrutacji oraz konieczność szkolenia ich w tym zakresie).

4. Porozumienie z pacjentem

Słowa Arystypa z Cyreny: „gdybyś umiał żyć z ludźmi, nie musiałbyś jadać pospolicie” można przełożyć na „gdybyś umiał tworzyć dobre długotrwałe relacje ze swoimi klientami, nie musiałbyś obawiać się o swój sukces”. Jeśli przyjmie się za oczywiste podejście proponowane w marketingu relacji, iż klient powinien być w centrum uwagi, to kontakt nabywca usługi (pacjent) – wykonawca (lekarz) powinien bazować na porozumieniu. Działania podejmowane przez lekarza-usługodawcę powinny zmierzać do budowania klimatu zrozumienia i zaufania (gdyż tylko w ten sposób można pozyskać przychylność pacjenta-usługobiorcy), powinny być podejmowane dla dobra nabywcy usługi. Idąc tym tropem, można wskazać specyficzne cechy usług zdrowotnych (oparte na pozytywnej atrybucji), które determinują postawę lekarza wobec pacjenta, dając szansę na zbudowanie pozytywnego wizerunku w oczach pacjentów. I tak, wychodząc z angielskiego *understanding* (m.in. zrozumienie, porozumienie), można zaproponować¹⁸:

U – *undertake* – lekarz – zgodnie z *Kodeksem etyki lekarskiej* (art. 2, punkt 1) – zobowiązuje się do ochrony życia i zdrowia ludzkiego, zapobiegania chorobom, leczenia chorych oraz niesienia ulgi w cierpieniu;

N – *necessary* – konieczna jest specjalistyczna wiedza (i ciągłe jej uzupełnianie) lekarza¹⁹ i postępowanie zgodnie z etyką altruizmu (znaczenie zdrowia i życia ludz-

¹⁶ Na przykład wygląd pomieszczeń, nowoczesność wykorzystywanych urządzeń diagnostycznych, stroje firmowe itp.

¹⁷ Znaczenie personelu firmy usługowej według G. Apteego wynika z faktu, iż:

- 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” mają ogromne znaczenie dla podmiotu, gdyż są oni odpowiedzialni za dostarczanie satysfakcji nabywcom.

(za: A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J.W. Wiktor, *Marketing usług*, Wolters Kluwer, Kraków 2006, s. 259).

¹⁸ Porównaj: A. Bukowska-Piestrzyńska, *Określanie atrybutów usług*, „*Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstw*”, 2009, nr 9.

¹⁹ Dotyczy to również wszystkich członków personelu placówki zdrowotnej.

kiego nakłada na usługodawcę swoisty obowiązek moralnego zaangażowania się w wymianę oraz redukcję niepewności i ryzyka, jakie towarzyszą lecącemu się pacjentowi²⁰);

D – *diversity* – rozumiane jako zróżnicowanie oferty usługowej placówki medycznej przez zastosowanie nowoczesnych narzędzi diagnostycznych – jest ograniczone, ponieważ pacjent nie potrafi ocenić doskonałości technicznej tych narzędzi (można różnicować usługi w zakresie aspektu opieki – *care* – np. pokój o podwyższonym standardzie w szpitalu); rozumiane jako różnorodność przypadków dla tej samej usługi medycznej, zwiększa zapotrzebowanie na etyczne zachowania personelu²¹, ponadto sprawia, że lekarz w dążeniu do uzyskania ekwifinalności powinien nie tylko podnosić swoje kwalifikacje medyczne (aby zadbać o aspekt leczenia – *cure*), ale również umieć określić profil pacjenta i sprawdzać, jakie są jego oczekiwania w odniesieniu do opieki (mogą one być determinowane wiekiem pacjenta, płcią, ceną usługi itp.), a także:

E – *educate* – istotne jest edukowanie pacjenta np. w zakresie higieny, profilaktyki zdrowotnej, a także wskazywanie korzyści z danej usługi i problemów, jakie mogą się pojawić w wyniku zaniechania leczenia (pozwoli to na zbudowanie zaufania koniecznego do nawiązania długookresowej relacji) itp.;

R – *relationship* – usługowe *minimum minimorum*, to spotkanie dwu osób, dzięki któremu pojawia się relacja usługowa; więź między lekarzem a pacjentem ma wpływ na budowanie wzajemnego zaangażowania i zaufania (wpływa na aspekt *stricte* medyczny usługi) oraz na ocenę jakości usług (obejmuje również pozamedyczne aspekty usługi);

S – *synchronize* – w trakcie realizacji świadczenia zdrowotnego konieczne jest zsynchronizowanie pacjenta i personelu medycznego w czasie i miejscu (należy zwrócić uwagę, że rozwój urządzeń do transferu danych, obrazu, dźwięku w ostatnich latach pozwala już na to, by lekarz np. diagnosta był w zupełnie innym miejscu globu, niż pacjent);

T – *trust* – pacjent często nie jest w stanie określić złożoności swojego problemu zdrowotnego, dlatego relacja pacjent–lekarz musi być oparta na zaufaniu; ale na zaufaniu nie tylko w odniesieniu do zasobu wiedzy medycznej, ale również – do podejmowanych decyzji (od profesjonalistów powinniśmy oczekiwać pozytywnych przykładów godzenia etosu z biznesem, ściśle – przewartościowania wyborów ekonomicznych); zaufanie stanowi podstawowy warunek zaangażowania uczestników wymiany²²; złamanie pewnych zasad w działalności lekarskiej mogłoby prowadzić

²⁰ G.T. Gundlach, P.E. Murphy, *Ethical and legal foundations of relational marketing exchange*, "European Journal of Marketing" 2003, vol. 37, no 1-2, s. 173.

²¹ C.P. Rao, A. Singhapakdi, *Marketing ethics: A comparison between services and other marketing professionals*, "Journal of Services Marketing" 1997, vol. 11, no 6, s. 410.

²² Porównaj: K. Roberts, S. Varki, R. Brodie, *Measuring the quality of relational marketing exchanges*, "European Journal of Marketing" 2003, vol. 37, no 1-2, s. 178; M.A. Hocutt, *Relationship dissolution model: Antecedents of relationship commitment and the likelihood of dissolving a relationship*, "International Journal of Service Industry Management" 1998, vol. 9, no 2, s. 190.

do podważenia zaufania lub nawet utraty prawa wykonywania zawodu (np. w przypadku rażących błędów w sztuce lekarskiej);

A – *act* – usługa medyczna może być rozumiana jako szereg czynności – począwszy od pierwszego kontaktu chorego z placówką opieki zdrowotnej w rejestracji ZOZ, poprzez wizytę w gabinecie diagnostycznym, zabiegowym itp., aż do jej opuszczenia – podejmowanych na zlecenie w celu zapewnienia zdrowia (jego zachowania, ratowania, przywracania i poprawy) lub wzbogacenia walorów osobistych; przebieg usługi medycznej zależy od charakteru relacji między personelem a pacjentem i aktywności każdej ze stron²³;

N – *negotiate* – usługowy produkt powstać może jedynie jako rezultat wzajemnych ustępstw i uzgodnień, a rola lekarza-usługodawcy nie może sprowadzać się do gotowości bezkrytycznego reagowania na zgłaszane potrzeby²⁴ (np. wystawienie kolejnego zwolnienia);

D – *dealing* – traktowanie pacjenta jak partnera (aż chciałoby się powiedzieć, jak człowieka), a nie jak „jednostki chorobowej”; trzeba przy tym pamiętać, że aby mieć usatysfakcjonowanych pacjentów, najpierw trzeba mieć usatysfakcjonowanych pracowników;

I – *interactive* – długi przedział czasowy niezbędny do nawiązania relacji oznacza pewne *continuum* interakcji pacjent – personel placówki zdrowotnej, w którym strony doświadczają obopólnej wymiany wartości²⁵;

N – *non-stop* – budowanie zaufania w relacji lekarz-pacjent jest procesem, a nie jednorazowym działaniem;

G – *good* – usługa musi być dobrem²⁶ dla pacjenta.

Jak widać, *understanding*, do którego powinien dążyć lekarz w relacji z pacjentem, jest możliwy do osiągnięcia bez stosowania specjalistycznych marketingowych zabiegów i bez konieczności angażowania dodatkowych środków finansowych (co nie jest bez znaczenia zarówno w publicznych, jak i niepublicznych placówkach opieki zdrowotnej), wystarczy, aby personel angażował się w wykonywanie codziennych zadań dla dobra pacjenta.

Podnoszony kilkakrotnie problem budowania zaufania w relacji lekarz-pacjent jest związany z dążeniem do poprawy jakości usługi, co pokazano na rys. 2. Pacjent będzie dobrze postrzegał placówkę zdrowotną, jeśli ta będzie spełniała jego oczekiwania nie tylko w obszarze *stricte* medycznym, ale również organizacyjnym i psychologicznym.

²³ K. Krot, *Jakość i marketing usług medycznych*, ABC, a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008, s. 13-14.

²⁴ K. Rogoziński, *Sfera publiczna fundamentem sektora usług publicznych*, [w:] *Zarządzanie usługami publicznymi*, red. B. Kożuch, Kraków 2008.

²⁵ I. Rudawska, *Koncepcja marketingu relacji w sektorze usług zdrowotnych*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004, nr 4, s. 166.

²⁶ Towary dzielą się na dobra i usługi. K. Rogoziński zwraca uwagę na semantyczny niuans: „dobro rzeczowe” może wcale nie być dobrem, usługa musi (lub przynajmniej powinna).



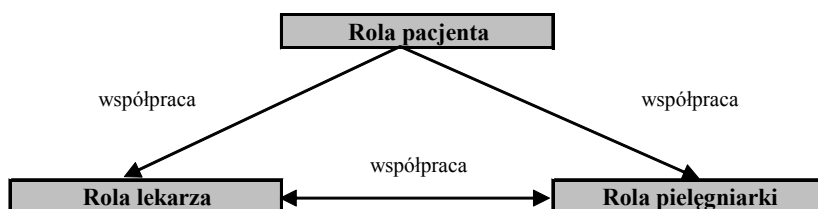
Rys. 2. Determinanty jakości usługi a wiarygodność usługodawcy

Źródło: K. Lisiecka, *Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych*, [w:] *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, red. K. Lisiecka, IPiSS, Warszawa 2003, s. 25.

Za jakość psychologiczną usługi w znacznej części będzie odpowiadał personel pomocniczy (zarówno „biały”, jak i administracyjny). Szczególna rola przypada pielęgniarce. Jej partnerska rola w układzie z pacjentem upodmiotawia pacjenta i jego rodzinę, przygotowując ją do wielu czynności pielęgnacyjnych w opiece nad chorym, niepełnosprawnym czy umierającym człowiekiem (rola ta przejawia się również w postaci doradztwa, konsultacji czy nauczania zdrowych praktyk)²⁷. Pielęgniarka powinna pozostawać w partnerskim układzie również z lekarzem²⁸ (rys. 3).

²⁷ Z. Krawczyńska-Butrym, *Pielęgniarstwo rodzinne w Polsce w XXI wieku*, „Pielęgniarstwo 2000” 1999, nr 1, s. 37 i nast.

²⁸ Więzy zawodowe, jakie łączą te dwie grupy, nie powinny mieć pionowego charakteru stosunków podporządkowania, lecz poziomy – właściwy relacji współpracy. W praktyce jednak w wielu ZOZ dominuje model paternalistyczno-dyrektywny układu ról pomiędzy stronami relacji usługowej, w którym dominującą rolę pełni lekarz, co sprawia że i pielęgniarka, i pacjent wykonują polecenia przekazywane odgórnie i nie są równoprawnymi partnerami w tworzeniu wspólnej wartości końcowej. Za: M. Dobska, *Zarządzanie w usługach medycznych*, [w:] *Zarządzanie relacjami w usługach*, red. K. Rogoziński, Difin, Warszawa 2006, s. 206.



Rys. 3. Model marketingowego układu ról w opiece medycznej

Źródło: I. Wrońska, *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa*, CEM, Warszawa 1997, s. 94.

Dążenie do wspólnego celu (poprawa stanu zdrowia i/lub ratowanie życia pacjenta) powinno przybierać charakter trójstronnego porozumienia, w którym strony ze sobą współpracują. Układ, w którym pacjent zostaje „wbudowany” w strukturę organizacyjną ZOZ i razem z personelem tworzy wspólną wartość, jest rozwiązaniem charakterystycznym dla prorynkowej organizacji podmiotu. Pacjent – jako ostateczny weryfikator wykonanej usługi medycznej – ma wpływ na proces projektowania usługi. Jego subiektywna opinia dotycząca jakości jest tak samo ważna, jak wewnętrzna

Tabela 2. Oczekiwania pacjentów wobec wybranych elementów oferty szpitala

Oceniany aspekt	Jak powinno być	
	szpital A	szpital B
Gabinety lekarskie wyposażone są w nowoczesny sprzęt	6,30	6,93
Usługa realizowana jest w wyznaczonym terminie	5,96	6,00
Pracownicy zawsze chętnie udzielają odpowiedzi na zadawane pytania	6,07	6,10
Personel medyczny zachowuje się grzecznie i kulturalnie wobec pacjentów	6,00	6,37
Personel medyczny dysponuje dużą wiedzą na temat innowacyjnych metod leczenia	5,95	6,23
Obsługa nowoczesnego sprzętu jest znana personelowi medycznemu	5,93	6,30
Każdy nowy pacjent zostaje poinformowany o regulaminie placówki	5,28	4,75
Każdy z pacjentów jest postrzegany jako indywidualna jednostka	5,60	6,33

Źródło: opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

ocena jakości placówki, oparta na wypracowanych standardach postępowania medycznego²⁹. Jest to tym ważniejsze, iż to pacjent będzie najbardziej wiarygodnym informatorem o specyfice działania ZOZ wobec innych (również potencjalnych pacjentów). To on będzie kreował pozytywną lub negatywną reputację placówki w otoczeniu, dlatego należy dbać o wizerunek ZOZ w jego oczach, zadowolenie pacjentów będzie możliwe, gdy jego oczekiwania zostaną zaspokojone. W tabeli 2

²⁹ Tamże, s. 207.

przedstawiono oczekiwania pacjentów dwóch szpitali wobec wybranych cech oferty tych placówek³⁰.

Choć poziom wymagań stawiany szpitalom przez pacjentów jest nieco odmienny, to w obu badanych grupach jest on wysoki. Największe znaczenie dla pacjentów obu placówek medycznych miało wyposażenie gabinetów w nowoczesny sprzęt. Kolejne miejsca zajęły czynniki związane z postawami personelu – grzeczne i kulturalne zachowanie wobec pacjentów oraz szybkie reagowanie na potrzeby zgłaszane przez pacjentów. Tak więc, aby spostrzeżenia pacjenta co do stopnia zaspokojenia ich potrzeb były pozytywne, personel powinien się w pełni angażować w wykonywanie swoich obowiązków.

5. Zakończenie

Placówki zdrowotne powinny budować swoją pozycję rynkową m.in. dzięki reputacji. 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 podmiotu³¹. A te są konieczne. Jedną ze zmian powinno być skłonienie pracowników do profesjonalnego posługiwania się umiejętnościami interpersonalnymi, gdyż to one – w dużej mierze – kreują obraz personelu w oczach pacjentów; kształtowanie tych umiejętności wśród pracowników ZOZ jest więc niezbędne.

Na zakończenie należy podkreślić, że zakłady opieki zdrowotnej, podejmując działania nakierowane na kreowanie swojej reputacji, powinny wystrzegać się m.in.³²:

- traktowania pozytywnego wizerunku jako celu, a nie środka mającego prowadzić do zapewnienia sukcesu rynkowego danej placówki,
- braku zrozumienia tego, w jaki sposób powstaje wizerunek placówki w oczach poszczególnych grup z jej otoczenia,
- braku zrozumienia dla podejmowanych wysiłków, wynikającego z oczekiwania przełożenia wizerunku na wyniki w krótkim okresie,

³⁰ Badanie zostało przeprowadzone w okresie marzec-kwiecień 2009 r. w dwóch szpitalach województwa mazowieckiego. Wzięło w nim udział 70 pacjentów. Ankietowani w skali od 1 (mało ważne) do 7 (bardzo ważne) ocenili swoje oczekiwania względem wybranych obszarów funkcjonowania szpitala.

³¹ Niechętna postawa innych podmiotów rynkowych (w tym pacjentów) wobec ZOZ może być wynikiem jej postępowania w obliczu sytuacji kryzysowej. Na przykład lekarz, któremu udowodniono nadużywanie alkoholu w czasie pracy (o czym – np. z mediów – wiedzą pacjenci), nadal przyjmuje pacjentów w przychodni. Efektem jest niezadowolenie pacjentów, którzy mogą czuć się zlekceważeni przez kierownictwo ZOZ. Ich negatywne odczucia (związane z obawą o własne zdrowie) będą miały wpływ na to, jak będą postrzegać ten ZOZ. Sytuacja ta wpływa również negatywnie na reputację ZOZ w oczach pracowników – mogą czuć dyskomfort związany z brakiem reakcji ze strony kierownictwa na nieetyczną sytuację; w niektórych przypadkach może to być demoralizujące do tego stopnia, że zachęci do podobnych zachowań, co przyczyni się do dalszego niszczenia reputacji ZOZ.

³² A. Wilczak, wydz. cyt., s. 49.

- fragmentaryczności podejmowanych działań i braku odpowiednich rozwiązań organizacyjnych,
- wprowadzania istotnych zmian w funkcjonowaniu placówki, które mogłyby istotnie wpłynąć na jej obraz w otoczeniu, przy jednoczesnym braku poinformowania zainteresowanych,
- braku uświadomienia sobie faktu, że oddziaływanie na rzecz budowania pozytywnych obrazów w otoczeniu organizacji jest procesem ciągłym, który się nigdy nie kończy, natomiast osiągnięte rezultaty jest stosunkowo łatwo zaprzepaścić.

Literatura

- Balmer J.M.T., *Corporate identity and the advent of corporate marketing*, „Journal of Marketing Management” 1998, vol. 14, no 8.
- Bernstein D., *Company Image and Reality. A critique of corporate communications*, Holt, Rinehart and Wilson, London 1984.
- Bukowska-Piestrzyńska A., *Określanie atrybutów usług*, „Ekonomika i Organizacja Przedsiębiorstw” 2009, nr 9.
- Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J.W., *Marketing usług*, Wolters Kluwer, Kraków 2006.
- de Pelsmacker P., Geuens M., van den Bergh J., *Marketing Communications*, Pearson Education, Harlow 2001.
- Dobska M., *Zarządzanie w usługach medycznych*, [w:] (*Zarządzanie relacjami w usługach*, red. K. Rogoziński, Difin, Warszawa 2006.
- Dobska M., Dobski P., *Marketing usług medycznych*, INFOR, Warszawa 1999.
- Drogosz N., *Marketing – pomysł prosty jak agrałka*, „Zdrowie i Zarządzanie” 2003, nr 5.
- Fombrun C.J., Shanley M., *What’s in a name? Reputation building and corporate strategy*, „Academy of Management Journal” 1990, vol. 33, no 2.
- Gray E.R., Balmer J.M.T., *Managing corporate image and corporate reputation*, „Long Range Planning” 1998, vol. 31, no 5.
- Grönroos Ch., *Service Management and Marketing*, John Wiley & Sons, New York 2001.
- Gundlach G.T., Murphy P.E., *Ethical and legal foundations of relational marketing Exchange*, „European Journal of Marketing” 2003, vol. 37, no 1-2.
- Hocutt M.A., *Relationship dissolution model: Antecedents of relationship commitment and the likelihood of dissolving a relationship*, „International Journal of Service Industry Management” 1998, vol. 9, no 2.
- Kotler Ph., *Marketing. Analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner & Ska, Warszawa 1994, Krawczyńska-Butrym Z., *Pielęgniarstwo rodzinne w Polsce w XXI wieku*, „Pielęgniarstwo 2000” 1999, nr 1.
- Krot K., *Jakość i marketing usług medycznych*, ABC, a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
- Lisiecka K., *Charakterystyka kategorii jakości usług zdrowotnych*, [w:] *Zarządzanie jakością usług zdrowotnych*, red. K. Lisiecka, IPiS, Warszawa 2003.
- Misiński W., *Wolny wybór świadczeniodawcy przez pacjenta*, „Służba Zdrowia” 2003, nr 81.
- 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.
- Payne A., *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1996.
- Rao C.P., Singhapakdi A., *Marketing ethics: A comparison between services and other marketing professionals*, „Journal of Services Marketing” 1997, vol. 11, no 6.

- 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.
- Roberts K., Varki S., Brodie R., *Measuring the quality of relational marketing exchanges*, "European Journal of Marketing" 2003, vol. 37, no 1-2.
- Rogoziński K., *Sfera publiczna fundamentem sektora usług publicznych*, [w:] *Zarządzanie usługami publicznymi*, red. B. Kozuch, Kraków 2008.
- Rudawska I., *Koncepcja marketingu relacji w sektorze usług zdrowotnych*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” 2004, nr 4.
- Saxton M.K., *Where do reputations come from?*, „Corporate Reputation Review” 1998, vol. 1, no 4.
- Wartick S.L., *The relationship between intense media exposure and change in corporate reputation*, „Business and Society” 1992, vol. 31, no 1.
- Wrońska I., *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa*, CEM, Warszawa 1997.
- Weigelt K., Camerer C., *Reputation and corporate strategy: A review of recent theory and applications*, „Strategic Management Journal” 1988, vol. 9, no 5.
- Weiss A.M., Anderson E., MacInnis D.J., *Reputation management as a motivation for sale structure decisions*, „Journal of Marketing” 1999, vol. 63, no 4.
- Wilczak A., *Wizerunek placówki medycznej – determinanty i ograniczenia*, [w:] *Ochrona zdrowia – wizerunek, marketing, rynek*, red. A. Karasiewicz, IPiS, Warszawa 2006.
- Yoon E., Guffey H.G., Kijewski V., *The effects of information and company reputation on intentions to buy a business service*, „Journal of Business Research” 1993, vol. 27, no 3.

REPUTATION IN FUNCTIONING OF A HEALTH FACILITY

Summary: The paper presents the essence of marketing, which in health care may be regarded as a function supporting the management of a health care facility (including its staff) and one of the spheres which affects the quality of medical services (including patient service). The presentation – on the basis of literature – of the essence of reputation and the factors which create it, enabled to point out the role of staff (basing on the author's formula of understanding) in building the health facility reputation – thanks to a communication with the patient. The conclusion presents actions which health care centre should avoid when taking action in order to create its reputation.

Keywords: health care facility, reputation, staff, communication with the patient.