

*Aleksandra Krawczyńska**

ZWIĄZEK POMIĘDZY ZAUFANIEM DO LEKARZA A POSTRZEGANĄ JAKOŚCIĄ USŁUGI MEDYCZNEJ

1. WPROWADZENIE

Problematyka zaufania jako fundamentu społecznej infrastruktury etycznej zawsze wzbudzała intensywne zainteresowanie ze strony przedstawicieli nauk społecznych. Wraz z rozwojem koncepcji marketingu relacyjnego, zaufanie i jego wpływ na efektywność organizacji stało się również przedmiotem badań ekonomistów. Wyniki tych badań dowodzą niezaprzeczalnie, iż zdobycie i utrzymanie zaufania jest kluczowym czynnikiem budowy i rozwoju długotrwałych i wartościowych relacji usługowych. Jest ono niezbędne aby mogło dojść do transferu wiedzy, zawarcia umów i współpracy między partnerami. Zaufanie to również zasadniczy element zasobów niematerialnych. Nic więc dziwnego, że badania dotyczące problematyki zaufania prowadzone są w różnych sektorach w tym także ważnym sektorze usług medycznych. Jednakże ze względu na mnogość prac i badań jak również różnorodność podejść do problematyki zaufania, jego determinant i konsekwencji, celem artykułu jest analiza tego zagadnienia na gruncie postrzeganej jakości usług medycznych.

2. ISTOTA RELACJI LEKARZ–PACJENT

W wyjaśnieniu zagadnienia relacji lekarza i pacjenta, szczególnie pomocne jest podejście behawioralne, nawiązujące do teorii psychologii społecznej i stosunków interpersonalnych. Wskazuje ono kluczowe uwarunkowania rozpoczęcia i trwania relacji między podmiotami. Są nimi rola zależności i jej ewentualna asymetria, zaufanie oraz wynikający z nich stopień zaangażowania i zakresu wzajemnych zobowiązań.

Biorąc pod uwagę stopień zależności stron można wyróżnić trzy klasy relacji. W pierwszej znajdują się relacje oparte na cenie, do drugiej należą relacje o charakterze społecznym, trzecia natomiast obejmuje strukturalne związki mię-

* Dr, adiunkt, Katedra Marketingu, Wydział Zarządzania Uniwersytetu Łódzkiego.

dzy usługodawcą a usługobiorcą [Iwińska-Knop, 2004]. W kontekście usług medycznych możemy mówić o dominacji stosunków należących do klasy drugiej.

Stosunki społeczne pomiędzy lekarzem a pacjentem określić można, posługując się definicją J. Szczepańskiego [1970, s. 190], według którego jest to „...system unormowanych, wzajemnych oddziaływań między partnerami na gruncie określonej platformy”. Tę platformę może stanowić jakiś przedmiot, postawa, interes, sytuacja, czyli wszystko to, co wiąże partnerów. W stosunkach lekarza i pacjenta ową platformę stanowi sytuacja zdrowotna tego drugiego i staje się płaszczyzną ich wzajemnych kontaktów, poprzez które wytwarza się układ powinności i obowiązków partnerów wobec siebie. Konsekwencją istnienia stosunków społecznych jest powstawanie określonych zależności społecznych. Zależność społeczna w usługach medycznych oznacza, że pacjent jest zależny od profesjonalisty ze względu na jego atrybuty np. wiedzę lub możliwości oddziaływania, wynikające z pełnionych przez lekarza ról społecznych¹, powierzonych mu przez struktury formalne organizacji, system prawny czy też społeczeństwo.

Z tej perspektywy relacje lekarz–pacjent są stosunkami społecznymi, w których partnerzy reprezentują zróżnicowane siły, a więc zajmują nierównorzędne pozycje – dominacji i uległości. Poprzez socjologów relacja taka określana jest jako paternalizm, poprzez ekonomistów jako „ustanowione pełnomocnictwo”. W literaturze można spotkać wiele modeli określających charakter relacji lekarz–pacjent [DiMatteo, 1994; Joby, 1996; Tobiasz-Adamczyki in., 1996]. Niezależnie jednak od kryteriów wyodrębniania modeli, ich autorzy, w znacznej większości, opowiadają się za tymi, które zawierają w sobie wszystkie aspekty troski o pacjenta, ułatwiając zarazem jego udział w procesie leczenia. Podkreślają również, iż w tej zależności społecznej zawsze mniej lub bardziej dominującą rolę ma profesjonalista i to od jego osobowości i umiejętności zależy funkcjonowanie tej relacji. Efektem takiej sytuacji, z natury rzeczy, jest brak możliwości ustanowienia modelu, w którym lekarz i pacjent stają się w pełni równorzędnymi partnerami. Badacze podkreślają, że taka koncepcja pomijałaby nieuniknioną różnicę w sile, doświadczeniu i wiedzy medycznej profesjonalisty, a co więcej, z punktu widzenia wartościowego ukształtowania produktu usługowego, głównie w warstwie rdzennej, nie byłaby nawet pożądana. (biorąc pod uwagę konieczność autonomii klinicznej). Kształtowanie jednak postrzeganej jakości usługi medycznej, czyli przyjęcia za punkt centralny optyki pacjenta, wymaga niwelowania w pewnym zakresie asymetrii roli, gdyż zwiększa to udział pacjenta w współwytwarzaniu jakości produktu usługowego. Desygnuje to fenomen zaangażowania i zaufania do usługodawcy – lekarza.

¹ Tylko lekarz posiada w społeczeństwie oficjalnie uznaną umiejętność i prawo leczenia choroby. Jest jedynym uznanym ekspertem, uprawnionym do orzekania o zdrowiu i chorobie. Orzeczenia lekarskie mogą zmienić kwalifikacje różnych zachowań. Mogą znosić odpowiedzialność za dokonane przestępstwo, mogą odebrać społeczną aprobatę dla chorowania czy też zapewnić specjalne przywileje społeczne, jak np. rentę czy zwolnienie z obowiązku odbywania służby wojskowej.

3. ZAUFANIE JAKO FUNDAMENT RELACJI LEKARZ-PACJENT

W większości stosunek jednostki do innych jednostek lub grup opiera się na założeniu, że ludzie są tacy, jakimi chcą być, zachowują się w zgodzie z powszechnie przyjętymi i akceptowanymi normami i wzorami zachowań i według nich będą wykonywać swoje obowiązki. Zdarzają się jednak sytuacje, w których takie założenia nie wytrzymują konfrontacji z rzeczywistością. Ludzie nadużywają swojej władzy, przewagi czy wręcz dopuszczają się nieuczciwości. Dla zapewnienia zatem efektywności relacji interpersonalnych, a nawet życia społecznego, czyli ograniczenia sytuacji ciągłej podejrzliwości, niepokoju i usiłowania kontroli, niezbędne jest zaufanie.

R.M. Morgan i S.D. Hunt [1994] stawiają tezę, że zaufanie jest podstawą każdej wymiany partnerskiej. Znaczenie zaufania w usługach dostrzegli L. Barry i A. Parasuraman [1991] stwierdzając, że „...*podstawą efektywnego marketingu w firmie usługowej jest odpowiednie zarządzanie zaufaniem*”. Szczególnego jednak znaczenia nabiera ono w kontekście relacji, z którymi niepewność i ryzyko jest nierozdzielnie związane, w których jednostki potrzebują i poszukują, jak podkreśla K. Blomqvist [1997], informacji odnoszących się do przewidywalnego i obowiązującego zachowania partnerów.

Tym bardziej twierdzenie L. Barry’ego i A. Parasuraman’a [1991] ma zastosowanie w usługach profesjonalnych, w których zmienność i niejednorodność świadczenia pociągają za sobą najwyższy stopień niepewności. Zaufanie, będąc jednym z najważniejszych regulatorów decyzji, podejmowanych przez konsumentów usług profesjonalnych, spełnia dwie podstawowe funkcje [Lewicka-Strzelecka, 2003]. Pierwsza polega na ograniczaniu ryzyka związanego z podejmowaniem określonych działań, np. skorzystania z danej usługi czy usługodawcy. Jak zauważają A. Falkowski i T. Tyszka [2001] ryzyko dla konsumenta związane jest z różnymi aspektami jego decyzji. Ryzyko funkcjonalne dotyczy niepewności czy usługa będzie spełniała oczekiwania, czy dany usługodawca dotrzyma wszystkich jawnych i niejawnych zobowiązań z nią związanych. Ryzyko finansowe określa niepewność co do adekwatności ceny oraz kosztów ukrytych, które trzeba będzie ponieść w przyszłości. Z kolei ryzyko niepożądanych skutków ubocznych wiąże się z obawą o szkodliwe efekty skorzystania z usługi, a ryzyko psychologiczne wyraża niepewność o osobistą satysfakcję z usługi. Druga funkcja zaufania polega na przewyżczeniu, towarzyszącej decyzjom konsumentów usług profesjonalnych, złożoności poznawczej, składającej się z coraz wyższego stopnia złożoności technicznej, organizacyjnej i informacyjnej.

O. E. Williamson [1991] wskazuje na pięć możliwych procesów, w których dokonywana jest subiektywna ocena partnera pod kątem bycia godnym zaufania:

- proces kalkulacyjny (*calculative process*) – związany z ekonomicznym pojmowaniem zaufania, bazującym na racjonalnych decyzjach, opartych na kalkulacji korzyści i strat;
- proces predykcyjny (*prediction process*) – polega na zdolności jednej strony do przewidywania zachowania drugiej, czyli wymaganie posiadania pewnych informacji o wcześniejszych zdarzeniach i postępowaniu partnera;
- proces kompetencyjny (*capability process*) – dotyczy ustalenia zdolności drugiej strony do wypełniania swoich obowiązków;
- proces intencyjny (*intentionality process*) – obejmuje interpretację i ocenę motywów postępowania drugiej strony. W procesie tym jedna strona interpretuje postawę, słowa i zachowania drugiej, starając się ustalić intencje wymiany. Podstawą takiego postępowania jest stwierdzenie, że ludzie, odpowiednio umotywowani do pomagania (np. przez wspólne normy i wartości), są bardziej godni zaufania niż ci podejrzewani o kierowanie się ukrytymi intencjami. Innymi słowy, chodzi o możliwość zrozumienia przyczyn, które kierują działaniami stron i powodują odpowiedni poziom zaangażowania;
- proces cyrkulacyjny (*transference process*) – odnosi się do możliwości wykorzystywania opinii strony trzeciej o partnerze wymiany, jako podstawy do stwierdzenia czy jest on godny zaufania. Sugeruje to, iż w sytuacji, gdy jednostka ma niewielkie doświadczenie lub nie ma go bezpośredniego z potencjalnym partnerem, może dochodzić do transferu zaufania ze źródeł zewnętrznych, którym konsument ufa.

Autor ten dowodzi również, że najsłabszą siłą oddziaływania charakteryzuje się zaufanie, zbudowane na kalkulacji, a najsilniejszą i najtrudniejszą do przerwania – zaufanie oparte na postrzeganiu intencji i motywów postępowania partnera.

W późniejszych pracach O.E. Williamson [1993] dokonał strukturyzacji pojęcia i wyróżnił trzy rodzaje zaufania:

- Wykalkulowane – ponieważ opiera się na racjonalnych przesłankach takich jak opłacalność aktu wymiany czy perspektywa powtarzalności transakcji.
- Instytucjonalne – stanowiące pochodną społecznego i organizacyjnego kontekstu, w którym kontrakty są zawierane. Kontekst ten jest konstytuowany przez prawo, instytucje sądownicze i kontrolne oraz organizacje konsumenckie. Szczególne znaczenie odgrywa przy tym reputacja czy instytucja marki. Reputacja gwarantuje nie tylko pewien poziom parametrów usługi, ale także stałość pewnych wartości.
- Osobiste – budowane na pozytywnych emocjach wobec usługodawcy. Usługobiorca, obdarzający usługodawcę zaufaniem tego typu, traktuje go w sposób wyjątkowy, zawiesza wobec niego kontrolę, a niepowodzenia tłumaczy przyczynami losowymi.

Koncepcji zaufania wiele uwagi poświęcono zarówno w literaturze z zakresu psychologii społecznej, socjologii i ekonomii a także marketingu. Każda dyscypli-

na jednak oferuje swoiste rozumienie tego terminu i mechanizmu jego powstawania. W tych opracowaniach zaufanie kojarzone jest z takim pojęciami, jak pewność, nadzieja, wiara, przekonanie lub zbiór przekonań, predyspozycja, zmienna sytuacyjna, strukturalna lub interpersonalna [Blomqvist, 1997]. Powstałe w ten sposób zamieszanie pojęciowe jest wynikiem kontekstu, w jakim koncepcja zaufania jest rozważana.

Psychologia społeczna i dziedziny jej pokrewne podkreślają znaczenie zaufania w kontekście relacji interpersonalnych. J. B. Rotter [1979, s. 1–7] definiuje zaufanie jako „*ogólne oczekiwanie jednostki, że można polegać na słowie danym przez drugą stronę*”. Jest to klasyczna i chyba najczęściej wykorzystywana definicja zaufania w literaturze z zakresu marketingu. Stała się ona podstawą operacjonalizacji tego pojęcia przez C. Moorman, R. Deshpande i G. Zaltman [1993, s. 81–101], według których zaufanie to „*gotowość polegania na partnerze wymiany, co do którego jesteśmy przekonani*”. Z kolei J. Anderson i J. Narus [1990, s. 42–58] stwierdzają, że „*zaufanie to pozytywne oczekiwania jednej strony relacji, iż druga strona będzie postępować w sposób przynoszący jej pozytywne rezultaty, jak również nie dokona nieoczekiwanych przedsięwzięć mogących mieć negatywny wpływ na wynik relacji*”. Z definicji tych wynika, że z zaufaniem wiążą się pewne przeświadczenia na temat zachowania innych. Wychodząc z takiego założenia Morgan i Hunt [1994] konstatują, iż rzeczywiście można oczekiwać określonych zachowań partnera, na którego uczciwości i prawości z całą pewnością polegamy. Definiują oni zatem zaufanie „*jako pewność jednej strony co do rzetelności i uczciwości drugiej*”.

Koncepcja wspomnianych autorów, stworzona na potrzeby wymiany stricte ekonomicznej, nie jest w pełni akceptowalną w sytuacji równoczesnego występowania wymiany społecznej [Garbarino i Johnson, 1999]. W kontekście usług, obarczonych dużym udziałem czynnika ludzkiego oraz charakteryzowanych za pomocą osobowości i etosu profesjonalisty, bardziej adekwatną wydaje się być zatem, oparta na literaturze z zakresu psychologii społecznej i marketingu, definicja P. M. Doney i J. P. Cannon [1997, s. 35–51]. Według nich zaufanie to „*postrzeganie wiarygodności i życzliwości strony nim obdarzanej*”. Wiarygodność odnosi się do stopnia, w jakim jedna ze stron wierzy, że druga ma wymagane kompetencje do wykonywania swego zawodu efektywnie i rzetelnie. Wyraża się ona w dotrzymywaniu umów i związana jest przede wszystkim z możliwością przewidywania zachowań. Życzliwość z kolei to wiara, że usługodawca kieruje się intencjami i motywami, korzystnymi dla usługobiorcy, także w sytuacji wystąpienia nieprzewidzianych okoliczności. Zaufanie w tym kontekście rozumiane jest jako psychologiczny stan, odnoszący się do indywidualnego postrzegania motywów postępowania w stosunku do kogoś w sytuacji posiadania pewnej przewagi nad drugą stroną relacji [Jefferies i Reed, 2000]. Życzliwość wynika ze specyficznych atrybutów usługodawcy, takich jak moralna odpowiedzialność i pozytywne

intencje, a to wiąże ją z pojęciem *goodwill* – w węższym zakresie reputacją usługodawcy, a w szerszym – z dzieleniem wspólnych wartości i norm, które umożliwiają zrozumienie celów i dążeń drugiej strony (tego co nimi kieruje). Jak stwierdza M. Sako [1992], odnosi się ona do wzajemnych oczekiwań pełnego zaangażowania czyli przejmowania inicjatyw, przekraczających wcześniejsze obietnice i stanowi najbardziej abstrakcyjny wymiar zaufania.

Literatura z zakresu socjologii i psychologii wskazuje na aspekty powstawania zaufania i stoi na stanowisku, że ma ono wymiary natury kognitywnej i afektywnej.

Zaufanie kognitywne, prowadzące do powstania więzi, opartej na wiedzy, jest rozumiane jako skłonność pacjenta do polegania na kompetencjach i niezawodności lekarza czyli odnosi się do jego wiarygodności. Wynika ono z dowodów i analiz, budujących wiedzę pacjenta, pozwalającą na dokonanie założenia, że lekarz jest zdolny do postawienia właściwej diagnozy i przeprowadzenia odpowiedniego postępowania medycznego [Swan 1986]. Ten rodzaj zaufania jest konsekwencją:

- postrzegania profesjonalisty jako eksperta – podstawą oceny są informacje o poziomie wiedzy lekarza i jego doświadczeniu, dotyczącym interesujących pacjenta zagadnień;

- dostępnej dla pacjenta wiedzy, odnoszącej się do przebiegu procesu usługowego, korzyści, wynikających z usługi i inwestycji, jakie musi ponieść, np. stopnia zaangażowania się w leczenie;

- jakości technicznej i funkcjonalnej oraz związanej z nimi satysfakcji z wyniku w poprzednich kontaktach usługowych z lekarzem – z tym, że w usługach medycznych satysfakcja jest ściśle skorelowana z rdzeniem usługi.

Zaufanie afektywne, prowadzące do powstania więzi emocjonalnej, rozumiane jest jako oczekiwanie pacjenta, że lekarz będzie działał w jego najlepszym interesie, kierował się intencjami i motywami korzystnymi dla pacjenta. Charakteryzuje je poczucie bezpieczeństwa, indywidualnego traktowania i pełnej troski demonstrowanej przez lekarzy. Ten rodzaj zaufania jest konsekwencją postrzegania życzliwości i związany jest:

- Z reputacją profesjonalisty [Urbaniak 2004] – rozumianą w tym miejscu jako wynik demonstrowania w swoich poczynaniach troski o interes pacjenta [Ganesan 1994] i stojącą w opozycji do oportunistycznych zachowań (*self-interest seeking behavior*), uwzględnianych w modelu R. M. Morgan i Sh. D. Hunt [1994], a związanych z postrzeganiem sytuacji konfliktogennych, w jakich znajduje się lekarz w ramach wypełniania różnych ról społecznych². Głównie jednak, jak po-

² Lekarz obciążony jest podwójną rolą: pierwszoplanową – lekarza odpowiedzialnego za właściwe pod względem technicznym wykonanie zadania, procesu leczenia oraz menedżera realizującego funkcje marketingowe, ekonomisty, odpowiedzialnego za kontrolę kosztów i liczenie zysków. Wypełnienie tych dwóch ról powoduje, iż lekarze często znajdują się w sytuacjach konfliktogennych.

twierdzą badania przeprowadzone przez D. Mechanic i Sh. Meyer [2000], pacjenci obawiają się finansowych przyczyn zaangażowania lekarza w relację, które determinują jej kształt i zawartość. Ale również badania przeprowadzone przez B. Leisen i M. R. Hyman [2004] wskazują, że świadomość istnienia finansowych motywów, kierujących zachowaniami lekarza, raczej wzmacnia postrzeganą przez pacjentów życzliwość usługodawcy. Być może związane jest to z utożsamianiem finansowych motywów postępowania lekarza z redukcją stosowania nadmiernych i niepotrzebnych procedur medycznych.

– Z konsensusem co do wyznawanych wartości, pozwalającym w pewnym stopniu przewidzieć zachowania i postawy podmiotów relacji. Związane jest to z kulturą organizacji a w przypadku usług medycznych – z kulturą profesjonalizmu [Sikorski 1995] i możliwościami socjalizacji pacjenta [MacMillan i in., 2005]. Wynika to również z etycznych zachowań usługodawcy. Wyraża się to z jednej strony w uznaniu autonomii klinicznej usługodawcy, a z drugiej w oczekiwaniu poszanowania praw pacjenta, np. zachowania tajemnicy lekarskiej. Jak podają S. Roman, S. Ruiz [2005], im lepsze jest postrzeganie etycznych zachowań usługodawcy, tym większa wiara w jego życzliwość. Ale również im niższy poziom zaufania do branży, tym silniejsze oddziaływanie postrzeganych etycznych zachowań usługodawcy na satysfakcję pacjenta. Znaczenie w tym kontekście odgrywa również pochodzenie lekarza, przynależność do nacji, grupy etnicznej a nawet wyznawana religia [Tarn i in., 2005].

– Z postrzeganiem specyficznych inwestycji usługodawcy – inwestycje mogą dotyczyć zaangażowania czasowego lekarza lub konsekwencji finansowych, jakie on musiał ponieść dla danej relacji³ [Roman i Ruiz, 2005]. Badania, przeprowadzone przez wspomnianych wcześniej autorów, potwierdzają, że im większe jest postrzegane zaangażowanie usługodawcy w relację, tym większa jest wiara w jego życzliwość [Miyamoto i Rexha, 2004].

– Z zaufaniem kognitywnym – będącym czynnikiem wspomagającym powstanie zaufania afektywnego.

4. ROLA ZAUFANIA DO LEKARZA W PROCESIE KSZTAŁTOWANIA POSTRZEGANEJ JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH

Konsekwencją jednoczesności świadczenia i konsumpcji usługi jest możliwość dostosowania działań usługodawcy do sytuacji konkretnego usługobiorcy. Klient, uczestnicząc w procesie świadczenia tym bardziej konsumpcji, ma zatem wpływ na ostateczne kształtowanie usługi również po zakończeniu świadczenia.

³ Specyficzne inwestycje usługodawcy pośrednio przez swój wpływ na satysfakcję widziane są również jako źródła zaufania kognitywnego, czyli wpływają również na wiarygodność lekarza.

Można stwierdzić, że zarówno jakość usługi jak i jej ocena formułują się w trakcie całego tego procesu. Zdaniem R. Lytle i M. Mokwa [1992], postrzeganie przez pacjenta jakości usługi medycznej odnosi się do każdej z warstw usługi i jest formowane w procesie oceny. Proces formułowania oceny usługi składa się z trzech faz: przedświadczeniowej, świadczenia usługi i poświadczeniowej i w każdej z nich pacjent nawiązuje z lekarzem relacje o różnym charakterze.

W fazie pierwszej, mamy do czynienia z relacją symboliczną w znacznej mierze opartą na wizerunku lekarza, który wpływa na formułowanie się oczekiwań pacjentów w stosunku do jakości produktu, a także warunkuje przyjęcie przez pacjenta postawy zaufania wobec przyszłych działań usługodawcy.

W fazie świadczenia usługi nawiązywana jest interpersonalna i bezpośrednia już relacja, której jakość ma przełożenie na zapewnienie możliwości dostarczenia rdzenia usługi. Ogromnego znaczenia nabiera w tym miejscu zbudowane we wstępnej fazie zaufanie do usługodawcy. Nie tylko ułatwia ono wybór lekarza [Smoldt, 1998], ale jak przyjmują dynamiczne modele uwzględniające zaufanie [Światowiec, 2001], im jest ono większe, tym silniej przyczynia się do lepszej wymiany informacji. Usprawniony, w rezultacie pojawienia się zaufania do lekarza, system wzajemnej komunikacji prowadzi do pojawienia się u pacjenta świadomości swojej roli (*role clarity*)⁴ [Kelley i in., 1990] w usłudze i procesie zdrowienia. Pacjent, który nie jest świadomy, jaki powinien być jego udział w tym procesie, nie jest zdolny do przyswajania niezbędnej mu wiedzy i nabywania umiejętności [Dellande i in., 2004]. Zmniejszeniu zatem może ulec prawdopodobieństwo uzyskania pożądanego efektu medycznego. Również badania, przeprowadzone przez D. H. Thom [2002] w USA na 732 pacjentach i 45 lekarzach, wskazują, na istnienie zależności między poziomem zaufania do lekarza a jego zachowaniami w trakcie i po zakończeniu interakcji. Im wyższy poziom zaufania, jaki pacjent posiadał do lekarza przed wizytą, tym większe prawdopodobieństwo przyjmowania i akceptowania informacji medycznych, nowych leków lub sposobów leczenia i poddawania się diagnostyce medycznej. Potwierdzają to badania B. Leisen i M. R. Hyman [2004], w których potwierdzono hipotezy o wpływie zaufania i jego zmian w trakcie usługowego kontaktu na skłonność pacjenta do przekazywania poufnych informacji o ryzykownych zachowaniach zdrowotnych, akceptowania proponowanej kuracji, przepisanych leków i zalecanych zmian w zachowaniu, a także dzielenia się przemyśleniami i uczuciami. Zaufanie odgrywa również znaczącą rolę w budowaniu pozytywnego nastawienia do innowacji medycznych i ich akceptacji w leczeniu, pomimo posiadania informacji o małej ich skuteczności terapeutycznej u innych pacjentów [Krawczyńska i Trzmielak, 2001].

⁴ Termin funkcjonujący w literaturze marketingu usług, podkreślającej wagę partycypacji klienta w świadczeniu usług.

Ostatnia faza, poświadczeniowa, zdominowana jest przez relację emocjonalną opartą na zbudowanym wcześniej (tj. w fazie pierwszej) i wzmacnianym w trakcie spotkania z lekarzem, zaufaniu pacjenta do usługodawcy. Z marketingowego punktu widzenia jest ono najbardziej pożądanym elementem jakości otrzymanej [Morgan i Hunt, 1994] prowadzące do zaangażowania i współpracy pacjenta. Zaufanie staje się niezbędne do ewentualnego samoświadczania pacjenta, współtworzącego tym samym pełną usługę, która następnie podlega ocenie pod kątem jakości. Rola zaufania w tym miejscu przejawia się w jego wpływie na ułatwienie wzajemnej komunikacji i na świadomość pacjenta co do jego roli w kształtowaniu rdzenia usługi po zakończeniu bezpośredniej interakcji z lekarzem. Ta z kolei, prowadzi do wykształcenia umiejętności i dostosowania zachowań pacjenta do wymagań usługodawcy. Im bardziej pacjent jest zaangażowanym współtwórcą usługi, tym więcej wie na temat najlepszego sposobu skorzystania z niej i ewentualnych przyczyn nieosiągnięcia spodziewanego rezultatu, co wzmacnia tym samym jego motywację do samoświadczania. Podkreślają ten aspekt S. Dellande, M. C. Gilly, J. L. Graham [2004], wskazując, że pacjent nieposiadający wymaganych umiejętności odczuwa frustrację i traci motywację do współpracy. Ale również pomimo posiadania umiejętności i motywacji jego zaangażowanie się w proces usługowy może być znikome, jeżeli jego rola nie została mu jasno wyjaśniona i poprzez posiadane zaufanie do lekarza, zaakceptowana.

Odnaleziono zatem związek, pomiędzy zaufaniem do lekarza a wynikiem technicznym (zdrowotnym) pacjenta. [Thom, 2002]. Omówione zależności mają tym większą wagę, że część usług nie tylko wymaga samoświadczania pacjenta, ale także nawiązywania sekwencji transakcji w celu wypracowania pełnej usługi – we wszystkich jej warstwach. W takiej sytuacji bez zaufania i jego mediacyjnej roli rzadko dochodziłoby do zaangażowania pacjenta w relację z danym lekarzem i wchodzenia z nim w kolejne bezpośrednie kontakty usługowe, co tym samym zagrażałoby osiągnięciu poświadczonych celów medycznych i marketingowych w długim okresie.

Odnosząc się do powyższych rozważań, należy podkreślić, że zaufanie to kompozycja wielowymiarowa o wielu zależnościach. Ważnym jest również fakt, że zaufanie stanowi konstrukcję dynamiczną, a jego pochodzenie i typ powstającej więzi uzależnione są od sytuacji nabywczej, w jakiej znajduje się pacjent (pierwotny wybór usługodawcy czy kolejna transakcja z tym samym usługodawcą), a także pilności potrzeby (stanu zdrowotnego pacjenta). Uwarunkowane są one również czynnikiem czasu, czyli momentem relacji usługowej, w trakcie której, wraz z napływem informacji i wzbudzaniem emocji, struktura zaufania ulega zmianie.

ZAKOŃCZENIE

Znaczenie zaufania w usługach medycznych wynika również z jego konsekwencji dla relacji usługowej. Zgodnie z teorią R. M. Morgan i Sh. D. Hunt, [1994] potwierdzoną również na poziomie relacji interpersonalnych przez G. Macintosh i L. S. Lockshin, [1997] zaufanie, jest główną i bezpośrednią determinantą zaangażowania i współpracy, gdyż relacja oparta na zaufaniu jest tak wysoko ceniona przez strony, że są one w najwyższym stopniu skłonne do angażowania się w taki związek i podejmowania współpracy przy relatywnie wysokim stopniu niepewności. Zaufanie i zaangażowanie wpływa na jakość relacji poprzez kształtowanie postaw i zachowań pacjenta i profesjonalisty. W zakresie podaży wiąże się ono z większą motywacją lekarza i jego poświęceniem. W zakresie popytu wagę zaangażowania uzasadnia siła identyfikacji z celami i zadaniami, wyznaczanymi przez lekarza [Rudawska, 2004]. To z kolei prowadzi do tak nieodzownej w większości usług medycznych współpracy pacjenta. Jest ona tym ściślejsza im większe jest subiektywne prawdopodobieństwo jej powodzenia, czyli im silniejsze jest przekonanie, że druga strona będzie działała z korzyścią dla pacjenta lub przynajmniej nie wyrządzi mu szkody. Zaufanie ułatwia proces podejmowania decyzji o skorzystaniu z usług danego lekarza, prowadzi również do decyzji o kontynuowaniu relacji z lekarzem i rozwijania jej w długim okresie, budowania pozytywnego *word-of-mouth* a przede wszystkim wpływa na poziom postrzeganej jakości usługi medycznej. Zaufanie jest zatem warunkiem realizacji celów marketingowych i medycznych.

Słowa kluczowe: zaufanie, usługi medyczne, postrzegana jakość usług.

LITERATURA

- Anderson E., Lodish L.M., Witz B.A. (1987), *Resource Allocation Behavior in Conventional Cannes*, „Journal of Marketing Research” [za:] Światowiec J. (2001), *Zależność i zaufanie w relacjach między nabywcą a dostawcą*, „Marketing i Rynek”, nr 4
- Anderson J., Narus J. (1990), *A Model of Distributor Firm and Manufacturer Firm Working Partnerships*, „Journal of Marketing”, Vol. 54, No. 1
- Blomqvist K., 1997, *The Many Faces of Trust*, „Scandinavian Journal of Management”, Vol. 13, No 3
- Dellande S., Gilly M.C., Graham J.L. (2004), *Gaining Compliance and Losing Weight*, „Journal of Marketing”, Vol. 68, Issue 3
- DiMatteo M.R. (1994), *The Physician-Patient Relationship: Effects on the Quality Of Health Care*, „Clinical Obstetrics and Gynecology”, Vol. 37, Issue 1
- Doney P.M., Cannon J.P. (1997), *An Examination of the Nature of Trust in Buyer-Seller Relationships*, „Journal of Marketing”, Vol. 61, Issue 2
- Falkowski A., Tyszcza T. (2001), *Psychologia zachowań konsumenckich*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot

- Ganesan Sh. (1994), *Determinants of Long-Term Orientation in Buyer-Seller Relationships*, „Journal of Marketing”, Vol. 58, Issue 2
- Iwińska-Knop K. (2004), *Kanały rynku we współczesnej gospodarce*, Wydawnictwo UŁ, Łódź
- Jefferies F.L., Reed R. (2000), *Trust and Adaption in Relational Contracting*, „Academy of Management Review”, Vol. 25, Issue 4
- Joby J. (1996), *A Dramaturgical View of the Health Care Encounter, Cultural Value – Based Impression Management Guidelines for Medical Professional Behavior*, „European Journal of Marketing”, Vol. 30
- Kelley S.W., Donnelly J.H., Skinner S.J. (1990), *Customer Participation in Service Production and Delivery*, „Journal of Retailing”, Vol. 66, No. 3
- Krawczyńska A., Trzmielak D. (2001), *Innowacje w usługach medycznych a możliwość ich postrzegania*, [w:] *Innowacje w marketingu. Młodzi o marketingu I*, Wydawnictwo Fundacji Rozwoju Uniwersytetu Gdańskiego, Sopot
- Leisen B., Hyman M.R. (2004), *Antecedents and Consequences of Trust in a Service Provider*, „Journal of Business Research”, Nr 57
- Lewicka-Strzelecka A. (2003), *Zaufanie relacji konsument–biznes*, „Prakseologia”, nr 143
- Lytle R., Mokwa M., (1992), *Evaluating Health Care Quality: The Moderating Role of Outcomes*, „Journal of Health Care Marketing”, Vol. 12, Issue 1
- Macintosh G., Lockshin L.S. (1997), *Retail Relationships and Store Loyalty: A Multi-Level Perspective*, „International Journal of Research in Marketing”, Vol. 14, Issue 5
- MacMillan K., Money K., Money A., Downing S. (2005), *Relationship Marketing in the Not-For-Profit Sector: An Extension and Application of the Commitment-Trust Theory*, „Journal of Business Research”, Vol. 58.
- Mechanic D., Meyer Sh. (2000), *Concepts of Trust Among Patients with Serious Illness*, „Social Science & Medicine”, Vol. 51
- Miyamoto T., Rexha N. (2004), *Determinants of Three Facets of Customer Trust*, „Journal of Business Research”, Vol. 57
- Moorman Ch., Deshpande R., Zaltman G. (1993), *Factors Affecting Trust in Marketing Research Relationships*, „Journal of Marketing”, Vol. 57, Issue 1
- Morgan R.M., Hunt Sh.D. (1994), *The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing*, „Journal of Marketing”, Vol. 58, Issue 3
- Parasuraman A., Berry L. (1991), *Marketing Services*, The Free Press, New York
- Roman S., Ruiz S. (2005), *Relationship Outcomes of Perceived Ethical Sales Behavior: The Customer's Perspective*, „Journal of Business Research”, Vol. 58, Issue 4
- Rotter J. B. (1979), *Generalized Expectancies for Interpersonal Trust*, „American Psychologist”, Vol. 35
- Rudawska I. (2004), *Kształtowanie zaangażowania w relacjach usługowych*, „Marketing i Rynek”, nr 3
- Sako M. (1992), *Prices, Quality and Trust, Inter-firm Relations in Britain & Japan*, Cambridge University Press, Cambridge
- Sikorski Cz. (1995), *Profesjonalizm*, PWN, Warszawa
- Smoldt R. (1998), *Turn Word of Mouth into a Marketing Advantage*, „Healthcare Forum Journal”, Vol. 41, Issue 5
- Szczepański J. (1970), *Elementarne pojęcia socjologii*, PWN, Warszawa.
- Tarn D.M., Meredith L.S., Kagawa-Singer M., Matsumura Sh., Bito S., Oye R.K., Liu H., Kahn K.L., Fukuhara Sh., Wenger N.S. (2005), *Trust in One's Physician: The Role of Ethnic Match, Autonomy, Acculturation, and Religiosity among Japanese and Japanese Americans*, „Annals of Family Medicine”, Vol. 3
- Thom D. H. (2002), *Patient Trust in the Physician: Relationship to Patient Requests*, „Family Practice”, Vol. 19

- Tobiasz-Adamczyk B., Bajka J., Marmon G. (1996), *Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych*, Collegium Medicum UJ, Kraków
- Urbaniak M. (2004), *Koncepcja marketingu partnerskiego*, „Q jakości”, nr 4 (9)
- Williamson O. E. (1991), *Calculativeness, Trust and Economic Organization*, „Journal of Law and Economics”, Vol. 26
- Williamson O.E. (1993), *Opportunism and Its Critics*, „Managerial and Decision Economics”, Vol. 19

Aleksandra Krawczyńska

RELATIONSHIP BETWEEN TRUST AND PERCEIVED QUALITY OF HEALTHCARE SERVICES

Summary

The issue of trust as an ethical foundation of social infrastructure has always aroused intense interest among social scientists. With the development of the concept of relationship marketing, trust and its impact on the efficiency of the organization has also become a subject of research. The results of these studies show indisputably that the acquisition and maintenance of trust is a key factor in building and developing long-term relationships and valuable service. It is essential that there may be a transfer of knowledge, and cooperation agreements between the two sides. Trust is also an essential part of intangible assets. It is not surprising that research on the issues of trust are carried out in different sectors in this important sector of healthcare services. However, due to the multitude of work and research as well as a variety of approaches to the issues of trust, its determinants and consequences, aim of this article is to analyse this issue on the basis of the perceived healthcare service quality.

Keywords: Trust, Healthcare services, perceived service quality.