

Identyfikacja więzi relacyjnych w sektorze ochrony zdrowia – zastosowanie modelu LVPLS

Iga Rudawska, Adam Sagan

Marketing relacyjny (MR), którego domeną jest kształtowanie więzi między uczestnikami wymiany, stanowi niekwestionowaną determinantę sukcesu rynkowego w długim horyzoncie czasowym. Dotychczasowe badania koncentrowały się głównie na zaletach płynących ze stosowania MR w przedsiębiorstwach, podczas gdy relacje powstające w sferze usług społecznych nie budziły znaczącego zainteresowania badaczy. Chcąc jednak konkurować w coraz bardziej złożonym otoczeniu sektora zdrowia, również dla zakładów opieki zdrowotnej nawiązywanie długotrwałych, satysfakcjonujących relacji z pacjentami staje się imperatywem. Autorzy wysuwają hipotezę, że ogół więzi relacyjnych pacjent – usługodawca można przedstawić w układzie hierarchicznym, od więzi formalnych, poprzez społeczne, aż po więzi strukturalne. Artykuł prezentuje metodologię identyfikacji i objaśnienia kategorii i subkategorii więzi relacyjnych w związku pacjent – świadczeniodawca, przyjmując punkt widzenia obu zaangażowanych stron. W celu empirycznej weryfikacji teoretycznych założeń przeprowadzono badanie jakościowe, wykorzystując w analizie wyników predykcyjny model najmniejszych kwadratów ze zmiennymi ukrytymi. Jego zadaniem było określenie hierarchicznej struktury zidentyfikowanych kategorii więzi, jak również wykrycie rozbieżności w przekroju analizowanych podprób (pacjenci, lekarze). Artykuł prezentuje wyniki badań oraz wysuwa sugestie co do możliwości ich aplikacji w praktyce sektora ochrony zdrowia.

1. Wstęp

Sektor ochrony zdrowia w Polsce staje dziś przed zadaniem zaspokojenia rosnących potrzeb zdrowotnych obywateli przy istotnych ograniczeniach po stronie źródeł finansowania ochrony zdrowia. W Polsce – na wzór większości krajów zjednoczonej Europy – podejmowane są próby racjonalizacji funkcjonowania sektora ochrony zdrowia. Jedną z takich propozycji jest pobudzenie mechanizmu konkurencji poprzez odejście do układu zintegrowanego (dominującego w zaopatrzeniowym modelu ochrony zdrowia) na rzecz układu relacyjnego świadczeniodawca – płatnik. Funkcja niezależnych usługodawców zdrowotnych należy natomiast do podmiotów publicznych i prywatnych, które

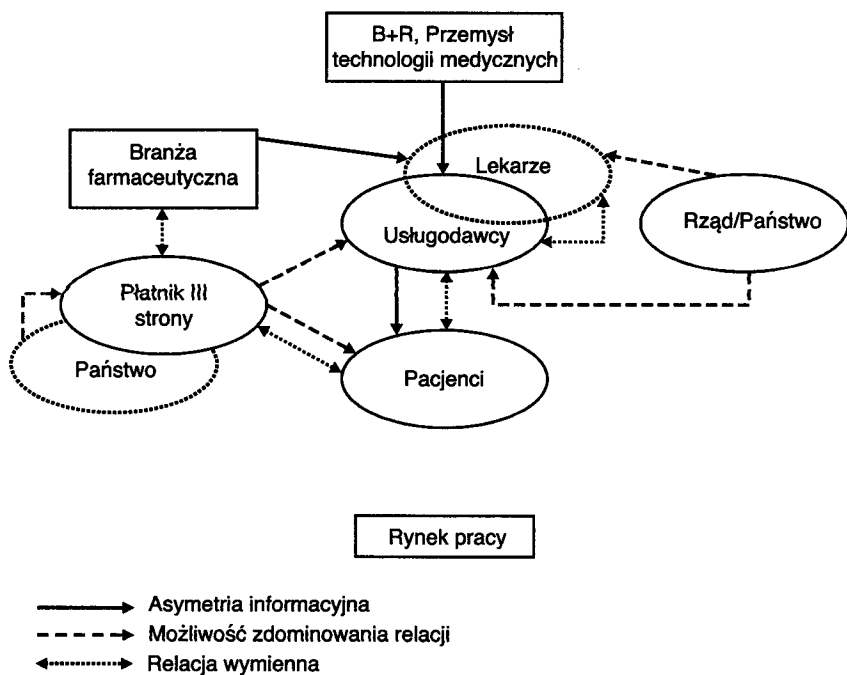
ustawowo mają gwarantowany jednakowy dostęp do umów. Kontrakty dotyczące świadczenia usług zdrowotnych stanowią zatem przejaw kreacji i instytucjonalizacji konkurencji. Ramy owego quasi-ryнку mogą wyzwolić mechanizm konkurencji w różnych jego sferach, przy czym z perspektywy celu niniejszego artykułu istotne znaczenie ma konkurencja o pacjenta między usługodawcami. Celem niniejszego artykułu jest identyfikacja więzi powstających w relacji usługodawca – usługobiorca w sektorze ochrony zdrowia oraz empiryczna weryfikacja ich znaczenia dla kształtowania omawianego związku z perspektywy obu stron procesu usługowego.

2. Relacja pacjent-usługodawca w znaczeniu marketingowym

Podstawą prezentowanej analizy jest paradygmat marketingu relacji ujmujący rynek jako sieć interakcji zachodzących między jego uczestnikami. Założenia takiego podejścia przypisywanego skandynawskiej szkole marketingu tkwią również w teorii ekonomii, doszukiwać się ich można w przesłankach szkoły austriackiej podkreślającej ciągłe „stawanie się” rynku rozumianego jako proces informacyjny. W sektorze zdrowia uczestnikami tego procesu, prócz pacjentów i świadczeniodawców, są państwo i płatnik. Związki relacyjne mogą zachodzić również między takimi innymi podmiotami jak przedstawiciele branży farmaceutycznej czy przemysłu technologii medycznych, którzy odgrywają rolę wspomagającą w stosunku do sektora zdrowia (rys. 1.). Za opisywaniem rynku w kategoriach relacji i reputacji przemawiają również ograniczone – ze względu na nieporównywalność jednostek miar nakładów i wyników – możliwości stosowania w sektorze zdrowia tradycyjnego podejścia ekonomicznego zorientowanego na kwantyfikację rezultatu działania, jak i rola przypisywana w tym sektorze profesjonalistom medycznym (głównie lekarzom).

Marketing relacji definiowany jest przez C. Grönroosa jako proces tworzenia i utrzymywania relacji z klientami, tak by cele obu zaangażowanych stron były realizowane poprzez wzajemne dotrzymanie obietnic (Lijander i Roos 2002: 593). Istotę relacji najlepiej można oddać, opisując je jako tworzenie więzi pomiędzy organizacją a klientem, przy czym więzi te należy interpretować jako bariery wyjścia „wiążące” klienta z usługodawcą i podtrzymujące związek (Storbacka, Strandvik i Gronroos 1994: 25). Ich występowanie oraz siła sprawiają, że pomiędzy pojedynczymi zdarzeniami (epizodami) pojawia się współzależność, będąca pierwszym przyczynkiem do zaistnienia relacji pacjent – usługodawca. Drugim z nich jest natomiast powtarzalność transakcji, która w usługach zdrowotnych – poza najbardziej adekwatnym w tym względzie podsektorem podstawowej opieki zdrowotnej – z uwagi na losowy charakter występowania większości epizodów chorobowych jest szczególnie trudna do przewidzenia.

Platformę powstawania więzi między pacjentem a usługodawcą stanowią poszczególne wymiary relacji, które odnieść można do płaszczyzn interakcji między leczonym a leczącym. Wymiar techniczny odnosi się do podstawowego



Rys. 1. Rodzaje relacji zachodzących w sektorze zdrowia i jego otoczeniu. Źródło: opracowanie własne.

i uznawanego tradycyjnie za instrumentalny poziomu interakcji między pacjentem a świadczeniodawcą, który obejmuje czynności medyczne związane z diagnozą i terapią. Stanowi on istotę zawodów medycznych, a w specjalnościach zabiegowych (jak chirurgia, ortopedia) przybiera postać inwazyjną. Wymiar społeczny dotyczy sfery komunikacyjnej między stronami procesu usługowego, przy czym ma ona charakter zarówno werbalny, jak i niewerbalny. Sposób prowadzenia rozmowy, formułowania pytań, jasność wypowiedzi reprezentanta usługodawcy oraz to, co zawarte jest w kodzie mowy i ciała, kontakcie wzrokowym czy nawet dotyku, w całości oddziałuje na jakość i skuteczność komunikowania się z pacjentem (Barański et. al. 2000: 122). W wyniku umiejętnej interakcji na poziomie społecznym możliwe jest przesunięcie relacji ku sferze moralnej bazującej na zaufaniu, jakim pacjent darzy lekarza. Między nim a komunikowaniem zachodzi sprzężenie zwrotne, gdyż budowanie relacji opartej na zaufaniu sprzyja skutecznej komunikacji, szczególnie interpersonalnej. Budowa zaufania jest warunkiem przejścia relacji na poziom poznawczy odnoszący się do stopnia zaangażowania pacjenta i lekarza w proces usługowy.

Zinterpretowane powyżej wymiary relacji stanowią podstawę do kształtowania się więzi między pacjentem a usługodawcą. Zaistnienie relacji w wymiarze technicznym, będącym w istocie instrumentalną sferą interakcji poddanej

badaniu, uzależnione jest od wystąpienia więzi typu formalnego, mogących mieć zarówno wydźwięk negatywny w odczuciu usługobiorcy (jak więź prawna, techniczna czy organizacyjna¹), jak i pozytywny (więź finansowa). Z kolei powstanie relacji na płaszczyźnie społecznej, moralnej i poznawczej determinowane jest pojawieniem się nacechowanych pozytywnie więzi typu społecznego i strukturalnego (Rosen i Surprenant 1998: 106). To one decydują o trwaniu relacji, wpływając na jej wartość postrzeganą przez pacjenta. Między wymienionymi kategoriami więzi zachodzi układ hierarchiczny, a więc więzi formalne wpływają na powstanie więzi typu społecznego, a te z kolei na więzi strukturalne. Założenie to jest podstawą budowy modelu ścieżkowego PLS ze zmiennymi ukrytymi.

3. Analiza struktury więzi relacyjnych – model LVPLS

Koncepcyjny model kształtowania więzi między pacjentem a usługodawcą zarysowany powyżej był podstawą weryfikacji empirycznej. Badaniem pierwotnym przeprowadzonym metodą ustrukturyzowanego wywiadu z kwestionariuszem ankiety objęto obie strony relacji pacjent – usługodawca. Respondentami reprezentującymi podażową stronę relacji byli lekarze zatrudnieni w zakładach opieki zdrowotnej. Z kolei respondenci uczestniczący w badaniu strony popytowej zostali zdefiniowani jako osoby dorosłe (18+), zamieszkujące teren regionu zachodniopomorskiego. Dobór próby w badaniu strony podaźowej miał charakter losowy, co pozwoliło na oszacowanie statystycznego błędu przewidywania na poziomie 0,05 (dla poziomu ufności 0,95). Operat losowania stanowił rejestr zakładów opieki zdrowotnej województwa zachodniopomorskiego według stanu w dniu 01.10.2003 roku². Z kolei w projektowaniu próby po popytowej stronie relacji, ze względu na niemożność posilkowania się uaktualnionym wykazem identyfikującym wszystkie elementy badanej populacji, posłużono się doбором wzorowanym na próbie do Ankiety Gallupa (Churchill 2002: 536). Zastosowano technikę *random route* polegającą na ustaleniu obszaru i punktu, w którym ankietier rozpoczyna realizację wywiadów, a następnie dobraniu w bezpośrednim otoczeniu wyznaczonej liczby kolejnych adresów, zgodnie z zadaniem algorytmem losowania. W każdym wylosowanym w ten sposób gospodarstwie domowym przeprowadzano wywiad z osobą, która spełniała założenie wstępne zdefiniowane jako: „przynajmniej jeden kontakt z usługodawcą opieki zdrowotnej w przeciągu roku poprzedzającym badanie”, oraz odpowiadała zadanej dla danego obszaru kwocie (wiek, płeć). W badaniu przeprowadzonym między listopadem 2003 a lutym 2004 roku wzięło udział 506 mieszkańców oraz 126 menedżerów opieki zdrowotnej regionu zachodniopomorskiego.

Interpretacji ważności dla kształtowania przyjaznych kontaktów pacjent – usługodawca z perspektywy obu stron relacji poddano wszystkie typy więzi. Zawartość treściowa poszczególnych rodzajów więzi została określona w badaniu pilotażowym. Na jego podstawie wyodrębniono 13 kategorii więzi (tab. 1.).

Kategoria główna	Subkategoria więzi	Twierdzenie z kwestionariusza ankiety
Formalna	Więź finansowa	A. Oferowanie pacjentom zachęt cenowych
	Więź techniczna	B. Dysponowanie jedynymi w okolicy specjalistami w danej dziedzinie, unikatowym sprzętem medycznym
	Więź organizacyjna	C. Dogodna lokalizacja placówki
Społeczna	Więź oparta na wiedzy	D. Zapewnianie pacjentom kompleksowej opieki zdrowotnej
	Więź komunikacyjna	E. Bardzo dobry przepływ informacji między personelem a pacjentami
	Więź oparta na indywidualizacji	F. Zindywidualizowane podejście personelu do pacjentów
	Więź emocjonalna	G. Troska personelu o zaspokojenie nie tylko zdrowotnych, ale i emocjonalnych potrzeb pacjentów
	Więź psychologiczna	H. Starania personelu o zmniejszenie u pacjentów stresu wywołanego chorobą i leczeniem
Strukturalna	Upoważnienie (<i>empowerment</i>)	I. Postawa personelu zachęcająca pacjentów do czynnego angażowania się w proces leczenia
	Więź osobista	J. Przyjacielski i życzliwy stosunek personelu do pacjentów
	Więź symboliczna (oparta na reputacji)	K. Reputacja placówki dająca pacjentom poczucie pewności
	Więź ideologiczna	L. Kierowanie się przez personel normami etycznymi
	Partnerstwo	M. Traktowanie pacjentów jako osoby współdecydujące o własnym zdrowiu i leczeniu

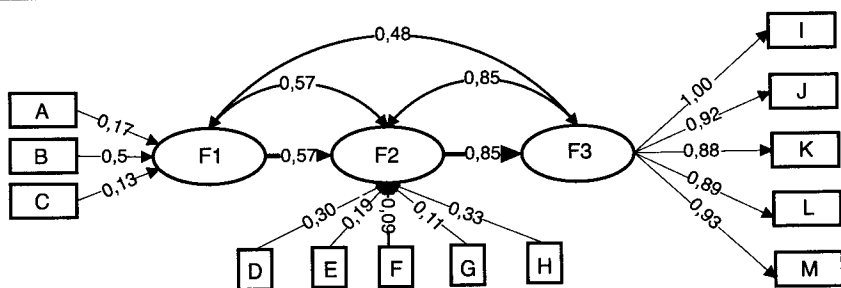
Tab. 1. Kategorie więzi w relacji pacjent-usługodawca. Źródło: opracowanie własne.

Kategorie te stanowiły podstawę pięciopunktowej skali Likerta służącej do pomiaru wyróżnionych trzech kategorii więzi relacyjnych pacjent – usługodawca.

W celu określenia związków przyczynowych zachodzących między analizowanymi czynnikami zastosowano model cząstkowych najmniejszych kwadratów ze zmiennymi ukrytymi LVPLS (*Latent Variable Partial Least Squares*). Model ten jest rodzajem modelu predykcyjnego ze zmiennymi ukrytymi łączącym predykcję ekonometryczną z psychometrycznym modelowaniem ukrytych cech jednostek (Bagozzi 1998: 134). Stanowi on alternatywę dla klasycznych w tym nurcie modeli równań strukturalnych (*structural equation modeling*), do których należą np. LISREL, SEPATH, EQS czy AMOS. W odróżnieniu od klasycznych modeli strukturalnych PLS stosuje nieco inne założenia modelu,

kryteria optymalizacji oraz metodę estymacji. Wybór tego modelu był podyktowany niewielką relatywnie próbą badawczą, predykcyjnym charakterem analizowanego modelu oraz przyjętym założeniem o formatywnej naturze wskaźników więzi relacyjnych.

Model struktury więzi relacyjnych został zbudowany zarówno dla całości próby oraz osobno w podpróbach lekarzy oraz pacjentów. Do estymacji wykorzystano program LVPLSX 1.8 opracowany przez J.B. Lohmoellera. Przyjęto, że relacje w modelach pomiarowych ukrytej zmiennej egzogenicznej i zmiennej mediującej mają charakter formatywny (*inward*), a w modelu pomiarowym zmiennej ukrytej endogenicznej – refleksyjny (*outward*). Dane wejściowe zostały wprowadzone do modelu w postaci surowej a parametry modelu – oszacowane na podstawie macierzy kowariancji. Niestandaryzowana postać danych wejściowych jest konieczna dla zapewnienia porównywalności modeli budowanych dla dwóch badanych populacji (pacjentów i lekarzy). Parametry modelu dla całej próby są przedstawione na rys. 2.



Rys. 2. Model dla całości próby. Źródło: opracowanie własne.

Parametry ścieżkowe modelu wewnętrznego wskazują na hierarchiczny i skumulowany charakter wpływów zmiennych niezależnych na zmienne zależne. Świadczy o tym narastająca siła parametrów regresyjnych oraz współczynniki korelacji między zmiennymi ukrytymi. Najsilniejszy związek występuje między więzią strukturalną a społeczną w relacji pacjent-lekarz. Słabszy wpływ obserwuje się między aspektami formalnymi a społecznymi relacji. Skumulowany charakter relacji odzwierciedlają także korelacje między zmiennymi ukrytymi, wśród których zmienne sąsiadujące cechują się silniejszymi związkami niż zmienne skrajne w modelu rekurencyjnym.

Analiza wag regresyjnych wskazuje, że aspekty formalne relacji są najsilniej związane ze zmienną B (więzią techniczną), aspekty społeczne – ze zmiennymi D (więzią opartą na wiedzy) i H (więzią psychologiczną). Ładunki czynnikowe mierzące rzetelność pomiaru aspektu strukturalnego są wysokie i przekraczają wartość 0,8. Świadczy to o wysokiej rzetelności wskaźników I-M mierzących tą zmienną ukrytą (szczególnie I – upoważnienie, J – więź osobista oraz M – partnerstwo).

Ogólna ocena jakości dopasowania modelu znajduje się w tabelach 2 i 3.

Czynnik	Wieloraki R ²	Przeciętna wariancja resztowa	Przeciętne zasoby zmienności wspólnej	Przeciętna redundancja
Formalny (F1)	0,00	1,02	0,58	0,00
Społeczny (F2)	0,32	0,50	0,66	0,21
Strukturalny (F3)	0,72	0,38	0,69	0,49
Średnia wartość	0,34	0,57	0,65	0,27

Tab. 2. Wskaźniki dopasowania modelu wewnętrznego. Źródło: opracowanie własne na podstawie LVPLS 1.8.

Z tab. 2. wynika, że najwyższy współczynnik determinacji charakteryzuje aspekt strukturalny więzi (72% całkowitej zmienności jest tłumaczony przez model). Poza aspektem formalnym również średnia wariancja resztowa zmiennych obserwowalnych jest stosunkowo niewysoka. Przeciętne zasoby zmienności wspólnej wskazują na porównywalną i w miarę dobrą trafność zbieżną wskaźników poszczególnych zmiennych ukrytych, a przeciętna redundancja wskazuje na zdolność poszczególnych komponentów modelu do predykcji obserwowalnych zmiennych endogenicznych.

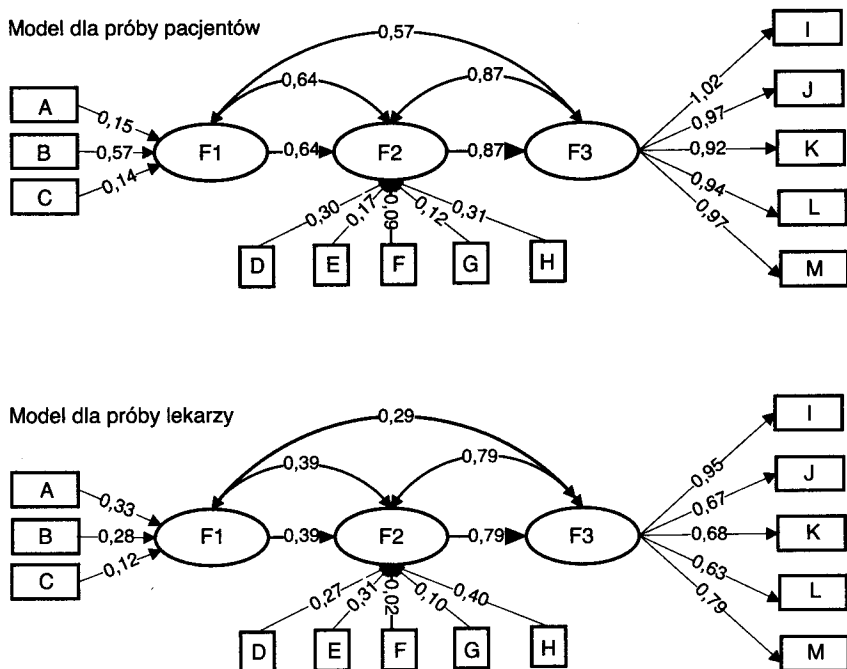
Zmienna	Wariancja resztowa	Zasoby zmienności wspólnej	Redundancja
A	1,65	0,45	0,00
B	0,21	0,90	0,00
C	1,19	0,39	0,00
D	0,43	0,65	0,21
E	0,39	0,68	0,22
F	0,75	0,51	0,17
G	0,63	0,64	0,21
H	0,28	0,81	0,26
I	0,38	0,73	0,52
J	0,29	0,74	0,53
K	0,44	0,64	0,46
L	0,40	0,66	0,47
M	0,40	0,69	0,49

Tab. 3. Wskaźniki dopasowania modelu zewnętrznego. Źródło: opracowanie własne na podstawie LVPLS 1.8.

Tab. 3. przedstawia analogiczne wskaźniki dla obserwowalnych zmiennych egzo- i endogenicznych. Poza zmiennymi A (więź finansowa) i C (więź organiza-

cyjna) wszystkie wskaźniki w sposób poprawny opisują zmienne ukryte, o czym świadczą zasoby zmienności wspólnej. Zmienne te w niejednakowy sposób przewidują endogeniczne zmienne obserwowalne. Najwyższe wskaźniki redundancji charakteryzują zmienne I (upoważnienie) oraz J (więź osobista).

Skala poziomów więzi relacyjnych została zastosowana w badaniu na próbie lekarzy zakładów opieki zdrowotnej i pacjentów. Modele ścieżkowe zbudowane na tych grupach respondentów przedstawione są na rys. 3.



Rys. 3. Modele ścieżkowe dla próby lekarzy i pacjentów. Źródło: opracowanie własne.

Parametry strukturalne modeli potwierdzają ogólne tendencje ujawnione w modelu ogólnym i wskazują na podobną strukturę zależności. W porównaniu do próby pacjentów, wśród lekarzy zaobserwować można słabsze współczynniki wpływu poszczególnych czynników. Szczególnie niższy wśród lekarzy jest wpływ aspektu formalnego na społeczny. Inna nieco jest również struktura wag regresyjnych wśród formatywnych wskaźników więzi formalnych i społecznych. W grupie lekarzy silniejsze wskaźniki relacji formalnych występują dla zmiennej A (więź finansowa) i B (więź techniczna), a dla relacji społecznych – E (więź komunikacyjna) i H (więź psychologiczna). W grupie pacjentów dla relacji formalnych największy wpływ ma zmienna B (więź techniczna), a dla społecznych – wskaźnik D (więź oparta na wiedzy) i H (więź psychologiczna).

Podobnie jak dla ogólnego modelu dla podprób współczynniki determinacji są najsilniejsze dla czynnika więzi strukturalnej, a trafność zbieżna wskaźników jest akceptowalna. Model budowany na próbie pacjentów generalnie bardziej trafnie w porównaniu do próby lekarzy umożliwia przewidywanie obserwowalnych zmiennych zależnych.

Czynnik	Wieloraki R ²	Przeciętna wariancja resztowa	Przeciętne zasoby zmienności wspólnej	Przeciętna redundancja
Próba pacjentów				
Formalny (F1)	0,00	0,99	0,55	0,00
Społeczny (F2)	0,40	0,47	0,68	0,28
Strukturalny (F3)	0,75	0,40	0,70	0,53
Średnia wartość	0,38	0,56	0,66	0,31
Próba lekarzy				
Formalny (F1)	0,00	1,12	0,59	0,00
Społeczny (F2)	0,16	0,53	0,61	0,10
Strukturalny (F3)	0,62	0,32	0,63	0,39
Średnia wartość	0,2	0,58	0,61	0,19

Tab. 4. Wskaźniki dopasowania modelu wewnętrznego dla podprób. Źródło: opracowanie własne.

Z tab. 5. wynikają pewne różnice w strukturze wskaźników dla poszczególnych wymiarów więzi relacyjnych. W wymiarze formalnym wśród pacjentów dominuje więź techniczna, a wśród lekarzy – więź finansowa. W wymiarze społecznym występuje już większa spójność wskaźników. Najbardziej dominującym wskaźnikiem wśród pacjentów jest tu D (więź oparta na wiedzy) E (więź komunikacyjna) oraz H (więź psychologiczna) a wśród lekarzy – E (więź komunikacyjna), G (więź emocjonalna) i H (więź psychologiczna). Pełna zgodność wskaźników istnieje natomiast w wymiarze strukturalnym. Zarówno dla próby pacjentów jak i lekarzy wskaźnikami o najwyższych zasobach zmienności wspólnej są I (upoważnienie), J (więź osobista) oraz M (partnerstwo).

Moc predykcyjna wskaźników również wykazuje zróżnicowanie w przekroju badanych populacji. Generalnie silniejsze wskaźniki redundancji występują wśród pacjentów w wymiarze społecznym (zmienne D-H) w porównaniu z analogicznymi wskaźnikami dla lekarzy. Wśród tych ostatnich porównywalna wielkość obserwowana jest jedynie dla zmiennych I (upoważnienie) oraz J (więź osobista).

Zmienna	Wariancja resztowa	Zasoby zmienności wspólnej	Redundancja
Próba pacjentów			
A	1,71	0,38	0,00
B	0,16	0,91	0,00
C	1,11	0,37	0,00
D	0,32	0,71	0,28
E	0,38	0,69	0,28
F	0,77	0,53	0,21
G	0,61	0,66	0,26
H	0,27	0,83	0,33
I	0,42	0,72	0,54
J	0,30	0,76	0,57
K	0,43	0,66	0,50
L	0,41	0,68	0,51
M	0,41	0,69	0,52
Próba lekarzy			
A	0,94	0,71	0,00
B	0,90	0,67	0,00
C	1,53	0,38	0,00
D	0,85	0,48	0,07
E	0,43	0,63	0,10
F	0,48	0,57	0,09
G	0,56	0,62	0,11
H	0,31	0,74	0,11
I	0,21	0,81	0,50
J	0,22	0,68	0,42
K	0,46	0,50	0,31
L	0,33	0,55	0,34
M	0,36	0,63	0,39

Tab. 5. Wskaźniki dopasowania modelu zewnętrznego dla podprób. Źródło: opracowanie własne.

4. Podsumowanie

Zaprezentowane badanie potwierdziło hierarchiczny układ więzi zidentyfikowanych w relacji pacjent – usługodawca. Ujawniona w skonstruowanych modelach struktura zależności między poszczególnymi typami więzi cechuje się dobrym dopasowaniem do założeń teoretycznych.

Z perspektywy rozwoju rynku usług zdrowotnych, w którym za podstawową kategorię przyjmujemy więzi formowane w relacji leczeni – leczący, istotnego znaczenia nabierają różnice identyfikowane w przekroju analizowanych podgrup. Świadomość istnienia rozbieżności w postrzeganiu relacji przez obie strony może być przesłanką do podjęcia działań (kampanii społecznych, szkoleń) na rzecz rozwoju marketingowej orientacji podmiotów opieki zdrowotnej dopasowującej je do oczekiwań finalnych beneficjentów usług medycznych. Z drugiej strony ujawnione tendencje w strukturze wskaźników dla poszczególnych wymiarów więzi relacyjnych oraz we wpływie wyróżnionych czynników – będące w istocie odzwierciedleniem percepcji obu zaangażowanych stron – determinują postawy i zachowania pacjentów oraz lekarzy (szczególnie dotyczy to aspektu formalnego, w ramach którego występują najbardziej znaczące różnice we wskaźnikach między pacjentami a lekarzami). Wzrost aplikacyjny powyższych ustaleń empirycznych polega na rozpoznaniu możliwości podnoszenia efektywności konsumpcyjnej poprzez adaptację usługodawców do zidentyfikowanych preferencji pacjentów. Na podstawie analizy więzi przemawiających za kontynuacją relacji przez pacjentów stwierdzono, że priorytetem są więzi strukturalne budowane na upoważnieniu (ang. *empowerment*) pacjentów, więzi osobistej oraz partnerstwie, co potwierdza fundamentalną tezę nordyckiej szkoły marketingu relacyjnego o zaufaniu jako spoiwie związku usługobiorca (tu: pacjent) – usługodawca (tu: zakład opieki zdrowotnej reprezentowany przez lekarza).

Informacje o autorach

Dr Iga Rudawska – Katedra Marketingu, Uniwersytet Szczeciński.

E-mail: igita@univ.szczecin.pl.

Dr hab. prof. AE Adam Sagan – Katedra Analizy Rynku i Badań Marketingowych, Akademia Ekonomiczna w Krakowie. E-mail: sagana@ae.krakow.pl.

Przypisy

¹ Chodzi tu o te przypadki relacji pacjent – usługodawca, które obwarowane są brakiem wyboru podmiotu (monopol dostawcy w przestrzeni lub związany z technologią) lub też związaniami prawnymi (jak przymus rejonizacji pacjentów obowiązujący w publicznym sektorze opieki zdrowotnej w Polsce przed 1999 rokiem).

² Rejestr zakładów opieki zdrowotnej jest dostępny na stronach internetowych www.rejestrzoz.gov.pl

Bibliografia

- Bagozzi, R.P. (red.) 1998. *Advanced methods of marketing research*, New York: Blackwell.
- Barański, J., Waszyński E. i A. Steciwka A. (red.) 2000. *Komunikowanie się lekarza za pacjentem*, Warszawa: Astrum.
- Churchill, G. A. 2002. *Badania marketingowe. Podstawy metodologiczne*, Warszawa: PWN.
- Liljander, V. i I. Roos 2002. Customer-relationship levels – from spurious to true relationship. *Journal of Services Marketing*, Vol. 16, No. 7.

- Rosen, D. i E.C. Surprenant 1998. Evaluating relationships: are satisfaction and quality enough?. *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 9, No. 2.
- Storbacka, K., Strandvik T. i C. Grönroos 1994. Managing customer relationships for profit: the dynamics of relationship quality. *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 5, No. 5.