

Monika Dobska

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu
Wydział Zarządzania
Katedra Badań Rynku i Usług
e-mail: monika.dobska@ue.poznan.pl

Rola konsumeryzmu w menedżerskiej reorientacji projakościowej na przykładzie branży usług medycznych

Kody JEL: M31, M39

Słowa kluczowe: usługi, zarządzanie usługami, konsumeryzm, jakość usług

Streszczenie. W artykule poruszono istotne zagadnienie związane z konsumeryzmem medycznym jako oddolnym ruchem pacjentów wpływającym na konieczność reorientacji zarządzania w usługach medycznych. Wskazuje się na konieczność usługowej idiosynkrazji, a więc zdolności dostrzegania niepowtarzalności usługobiorcy, przy jednoczesnym włączeniu pacjenta w proces współkreacji procesu świadczenia. Pozytywne oddziaływanie konsumeryzmu medycznego jest jednak możliwe przy założeniu: ukształtowania nowych kompetencji menedżerskich personelu, przyjęciu paradygmatu marketingu relacyjnego, a co za tym idzie, zmiany kultury organizacji usługowej.

Wprowadzenie

Przeobrażenia społeczno-gospodarcze w Polsce powodują, iż przedsiębiorstwa, a szczególnie te z sektora usług, dostosowując się do nowych warunków gospodarczych, starają się zmieniać strategię działania. Coraz częściej jest ona oparta na dążeniu do sprostanania potrzebom klientów poprzez strategię projakościową. Zmienia się jednak sposób spojrzenia na formę zarządzania. Menedżerowie nie myślą jedynie o jakości wynikającej ze spełnienia wymogów normy, ale o jakości postrzeganej i interpretowanej przez klienta zewnętrznego. Takie podejście nie jest już obce na naszym rynku. Novum stanowi coraz częściej pojawiający się nurt konsumeryzmu, który niejako wymusza inne spojrzenie na organizację. Nie są to już głosy sporadyczne, wynikające z badania opinii klientów,

a zorganizowane ujawnienie potrzeb określonych grup, które w sposób sformalizowany oceniają i domagają się właściwej realizacji usługi.

Celem artykułu jest wykazanie, iż pojawiające się nurty konsumeryzmu obywatelskiego w sposób znaczący mogą wpłynąć na reorientację strategii zarządzania, w której, biorąc pod uwagę orientację projakościową, włącza się klienta w proces współkreatacji produktu usługowego.

1. Historyczny rozwój konsumeryzmu

Pojęcie konsumeryzmu ma wiele znaczeń. Rozumiane jest jako doktryna moralna upatrująca w konsumpcji sposobu na osiągnięcie szczęścia, radości życia, możliwości zaspokajania wszelkich pragnień zarówno fizycznych, jak i duchowych. Dobro zostaje utożsamione z dobrem materialnym lub przynależnością do świata symboli konsumpcyjnych. Drugi sposób rozumienia tego pojęcia odnosi się do ruchu społecznego na rzecz obrony praw konsumenta oraz reakcji na negatywne skutki konsumpcji (Zaremba-Warnke, 2012). Taką definicję w kontekście nauk społecznych podał Mayer, który szczególnie uwypuklił działania mające na celu ochronę, wzmacnianie i uwydatnianie praw nabywców (Malczyńska-Biały, 2012). Iwasiński (2015) proponuje pierwszy trend nazwać konsumpcjonizmem, natomiast pojęcie konsumeryzmu zachować dla aktywności podejmowanej dla konsumentów.

Gabriel oraz Lang wskazują, iż konsumeryzm, mający na celu ochronę i wzmacnianie praw nabywców, przechodził cztery podstawowe stadia rozwoju. Momentem przełomowym pierwszego etapu była prezydentura Roosevelta, który wzywał do wydania praw w zakresie bezpiecznej żywności i leków. W drugim okresie rozwoju konsumeryzmu istotnego znaczenia nabrała publikacja Schlinka i Chase'a pod tytułem *Your Money's Worth* (*Twoje pieniądze są tego warte*), która ukazawszy się w 1927 roku, stała się inspiracją do założenia przez autorów w tym samym roku Związku Konsumentów (Consumers Union).

Trzeci okres kojarzony jest ze *Specjalnym przesłaniem do Kongresu w sprawie ochrony interesu konsumentów XXXV* prezydenta Stanów Zjednoczonych Kennedy'ego z 15 marca 1962 roku. Rozpoczynając swoją wypowiedź od znamienych słów: *Consumers, by definition, include us all* („wszyscy jesteśmy konsumentami”), wskazał, iż interesy konsumentów nie były do tej pory w sposób wystarczający respektowane przez państwo. W swoim przemówieniu podkreślił, że rząd powinien skupić się na wzmocnieniu czterech podstawowych praw: do bezpieczeństwa, do informacji, prawa wyboru oraz do bycia wysłuchanym. Na kolejne prawo zwróciła uwagę Peterson, dyrektor Biura ds. Konsumentów – prawo do wycofania się oraz rekompensaty za krzywdę.

Realizacja europejskiej polityki konsumenckiej rozpoczęła się rezolucją Rady z 14 kwietnia 1975 roku w sprawie Programu Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej na rzecz ochrony konsumentów i polityki informacyjnej. To właśnie w niej sformułowano podstawowe prawa konsumenta: do bezpieczeństwa i ochrony zdrowia, do ochrony interesów ekonomicznych, do edukacji i informacji, do efektywnego systemu dochodzenia

roszczeń, do zrzeszania się i reprezentacji. Wymagania w zakresie ochrony praw konsumenta w sposób znaczący zostały podniesione w traktacie z Maastricht z 1992 roku, gdzie mówi się o wysokim poziomie zdrowia, bezpieczeństwa i ekonomicznych interesach konsumentów, a także ich prawie do edukacji, samorealizacji i informacji.

Ochrona praw konsumenta wciela się w konsumeryzm zinstytucjonalizowany, a więc inicjatywy, które przejmuje rząd czy w dalszej mierze Unia Europejska. Natomiast o wiele ciekawszym zjawiskiem jest konsumeryzm obywatelski, a więc ruch oddolny, gdzie klient przejmuje inicjatywę, wyraźnie domagając się nie tylko ochrony swoich praw, ale także formułując konkretne wręcz żądania dotyczące jakości.

2. Konsumeryzm medyczny

*Na początku były ofiary,
a potem wraz z większą wiedzą i możliwościami pojawili się pacjenci*

Konsumeryzm medyczny to ruch obywatelski, który powstał w wyniku inicjatywy samych pacjentów. Zapoczątkowany prawdopodobnie przez pacjentów psychiatrycznych, rozszerzył się na inne dziedziny medyczne. Źródeł konsumeryzmu medycznego można upatrywać w Stanach Zjednoczonych, gdzie pozycja klienta w dojrzałym społeczeństwie daje możliwość nie tylko wyrażania, ale także egzekwowania swoich potrzeb. Silne organizacje reprezentujące interesy pacjentów nie tylko lobbują na ich rzecz, ale przede wszystkim stanowią organ opiniujący, doradczy czy też inicjujący większość regulacji odnoszących się do współpracy podmiotu leczniczego z pacjentem.

W Polsce konsumeryzm medyczny można nazwać bardziej ruchem samoobrony pacjentów, a jego działalność jest naprawdę znikoma. Organizacje reprezentujące klientów można podzielić na dwie grupy. Pierwsza z nich to stowarzyszenia i fundacje, których zadaniem jest wsparcie pacjentów w przypadku pojawienia się błędów medycznych. Przykładem takiej organizacji jest Stowarzyszenie Pacjentów Primum Non Nocere czy Fundacja My Pacjenci. Do drugiej grupy można zaliczyć organizacje, które działają na rzecz udzielenia pomocy pacjentom i ich rodzinom w określonych jednostkach chorobowych: Stowarzyszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej, Stowarzyszenie Wspierania Onkologii czy Fundacja Aktywnej Rehabilitacji. Oczywiście pomoc poszczególnym grupom czy wręcz poszczególnym pacjentom i ich rodzinom jest bardzo cenna, jednak nie wprowadza szerszej dyskusji publicznej na temat danego obszaru problemowego oraz nie kończy się przynajmniej propozycją aktu prawnego regulującego przedmiotowy zakres.

Istotną konsekwencją, która powinna wynikać z konsumeryzmu medycznego, jest konieczność zmiany relacji profesjonalista–pacjent, często opartej na modelu paternalistycznym, i chęć reorientacji na model partnerski¹.

¹ Model paternalistyczny polega na tym, że lekarz decyduje, jaki sposób leczenia jest najodpowiedniejszy dla pacjenta, i stara się go nakłonić do wyrażenia zgody na określony/wskazany proces leczniczy. W modelu partnerskim natomiast lekarz występuje w roli nauczyciela/doradcy/wręcz przyjaciela, rozpoczyna dialog z pacjentem, tak aby wspólnie rozważyć najodpowiedniejszą metodę leczenia.

3. Konsekwencje nurtu konsumeryzmu dla organizacji usługowych – nowe kompetencje menedżerskie

Nie ma możliwości reorientacji w podejściu do pacjentów bez wypracowania nowych kompetencji pracowników medycznych i przejścia z poziomu klinicznego na zupełnie nowy wymiar menedżerski. Nowe obszary kompetencji powinny się odnosić przede wszystkim do nabywców – usługobiorców i polegać na marketingowej interpretacji jakości, prowadzenia indywidualnego klienta, komunikowania się, badania poziomu zaangażowania i satysfakcji. Obszar kompetencji usługodawców, czyli personelu, obejmuje zatrudnienie, zarządzanie personelem kontaktowym, motywowanie, podział funkcji marketingowych, świadomości odpowiedzialności. Z kolei kształtowanie potencjału usługotwórczego organizacji powinno się odnosić do form organizacyjno-własnościowych i przestrzeni wytwórczej jako areny prezentacji. Istotny staje się proces świadczenia, a więc realizacji usługowego produktu, diagnozowanie sytuacji, określenie przedmiotu świadczenia, pełny cykl obsługi nabywcy, monitorowanie jakości oraz współpraca z klientem (Rogoziński, 2012b, s. 22).

Podstawą do wypracowania nowych kompetencji profesjonalistów jest etyka czy też raczej moralność. Zdaniem Hajduka (2011, s. 156) w moralności zawarta jest wiedza o człowieku. Respektując moralność, uznaje się określoną hierarchię wartości, która może nie zgadzać się z osobistą, praktyczną hierarchią wartości. W pracy *Prawo ochrony zdrowia* Sieńko (2006) przytacza ustawę z 18 lipca 1950 roku o odpowiedzialności zawodowej fachowych pracowników służby zdrowia. Mimo że ustawa jest aktem prawnym uchwalonym przed sześćdziesięciu laty, jest przykładem ochrony wartości tak uniwersalnej, że zachowała swoją aktualność do dziś. Ustawa posługuje się pojęciem „wykroczenia zawodowego”, które ustawodawca definiuje w art. 3 jako naruszenie zasad etyki, godności i sumienia zawodowego. Ze względu na to, że ustawa nie definiuje tych pojęć, należy je interpretować, opierając się na ogólnym znaczeniu słów. Należy pamiętać, że medycyna jest nauką, w której człowiek, jego życie i zdrowie są na pierwszym miejscu.

Zauważyć należy, że podstawą właściwego wykonywania zawodu jest wiedza opierająca się nie tylko na możliwościach świadczenia usługi, ale też na znajomości podmiotu świadczenia, co wymaga pełnego zaangażowania usługodawcy. Zdaniem Hellera wiedza jest dobrem, zdobywając ją, stajemy się lepsi (Heller 2009b; 2009a, za: Kuciński, 2010, s. 194). Szczególnie istotna jest w tym kontekście sfera odpowiedzialności. Zawody medyczne, a szczególnie lekarze oraz pielęgniarki i położne, regulują te sfery w kodeksach etycznych i deontologicznych.

4. Przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego

Marketing relacyjny pojawia się u podstaw usługowej aktywności i towarzyszy jej nierozzerwalnie przez cały cykl aktywności nabywcy. „Stan wzajemności”, na którym

jest oparty, ma świadomie wskazywać uzależnienie uczestników relacji usługowej, wspólnie kreujących produkt. Jak wskazuje Paluchowski (2002, s. 35), relacja nawiązywana podczas świadczenia usługi jest oparta na zaangażowaniu, zaufaniu i akceptacji współzależności między usługodawcą a usługobiorcą. Rozwija się ona stopniowo – od świadomej identyfikacji relacji, przez jej badanie i zgłębianie, narastające zaangażowanie i oddanie, aż do jej rozwiązania i rozpadu. Relacja usługodawcy i usługobiorcy jest relacją interpersonalną, w której ważną rolę odgrywają oczekiwania stron.

Przyjęcie paradygmatu marketingu relacyjnego sprawia, że zasadniczo zmienia się również sposób postrzegania organizacji usługowej. Wybór tej wersji marketingu wskazuje bowiem na model zarządzania marketingowego wpisany w kontekst strategii pro jakościowej. Jest to model takiego zarządzania, które nie zmierza do przekształcenia rynkowego otoczenia w sferę wpływów i dominacji, ale dzięki wykorzystaniu marketingu relacyjnego dąży do wchłonięcia tego, co zewnętrzne, do włączenia klientów i interesariuszy w strukturę organizacyjną (Rogoziński, 2002, s. 21). Termin „marketing relacyjny” został zdefiniowany i objaśniony przez Rogozińskiego. Marketing relacyjny oznacza mobilizację personelu, co ma na celu uczynić z nabywcy nie tylko współwytwórcę produktu (rozumianego jako „wartość”), ale „związać” go na trwałe z firmą. Z definicji tej wynika istnienie ścisłej zależności między marketingiem wewnętrznym a skierowanym na zewnątrz oddziaływaniem na klienta (Rogoziński, 2000, s. 40). Takie założenia marketingu relacyjnego kierują zainteresowania na wartość poprzez doskonalenie obsługi klienta. Staje się ona kategorią integrującą marketing z funkcjami zarządzania. Skoro bowiem marketing relacyjny kreuje wartość u swoich klientów, współpracowników i uczestników sieci, to przecież podobne funkcje spełnia zarządzanie przez jakość – Total Quality Management. Już sformułowanie *total²*, czyli kompleksowe, całkowite, oznacza objęcie zasięgiem zarządzania wszystkie podmioty (wewnątrz i na zewnątrz) organizacji. Pacjent jako osoba jest traktowany integralnie. Dobro pacjenta jest więc szersze niż dobro medyczne (Biegas, 2006, s. 20–24). W świadczeniu usługi dochodzi do interpersonalnej relacji, która jest wyjątkowa: jest to bowiem spotkanie między zaufaniem i sumieniem. Zaufaniem chorego człowieka i sumieniem osoby, która odpowiada na potrzeby pacjenta. Usługa nie może się w pełni realizować, jeśli nie stawia się na służbę jedności psychofizycznej. Zawód pracownika służby zdrowia jest misją, a więc powołaniem, a świadczenie usługi jest odpowiedzią na transcendentalne zaproszenie zobiektywizowane w cierpieniu i błagalnej twarzy pacjenta. Usługa staje się aktem służby.

5. Rekonfiguracja otoczenia – zmiana kultury organizacji

Pojęcie kultury organizacyjnej zaczęło się pojawiać dopiero w ostatnich dziesięcioleciach. Kultura organizacyjna jako koncepcja pojawiła się w literaturze wraz

² *Total – including everything or everyone, comprising the whole* (obejmujące wszystko i wszystkich, całość). Definicja według *The Oxford Reference Dictionary*, Oxford 1991.

z artykułem Pettigrewa *O badaniach kultur organizacyjnych* zamieszczonym w 1979 roku w „Administrative Science Quarterly”. We wcześniej terminem tym posługiwali się Blake i Monton do opisu stylów kierowania w prowadzonych przez siebie badaniach, opublikowanych w 1964 roku. Określenie „kultura organizacyjna” zostało spopularyzowane w 1982 roku przez książkę Deala i Kennedy’ego pod tym samym tytułem. W tym samym roku ukazała się książka Petersa i Watermanna *In Search of Excellence*. W latach dziewięćdziesiątych kultura organizacyjna zdobyła w badaniach nad organizacją status podobny do tego, jaki ma struktura, strategia czy kontrola. Badanie kultury organizacji pozwala wyjaśnić istotę zachowań pracowników w organizacji (Łucewicz, 1999, s. 100–101). Odpowiednio ukształtowana kultura stanowi w organizacjach usługowych jedyną barierę ograniczającą zapędy zmierzające do „absolutyzacji standardów” i staje się tamą broniącą przed przekształceniem jej w nową jakościową wersję technostruktury, w której rola usługodawcy sprowadzona zostaje do skrupulatnego wykonywania przypisanych mu obowiązków. Kultura organizacyjna i wyartykułowanie jej ogromnego znaczenia stało się podstawową determinantą wpływającą na prawidłowy rozwój zarządzania przez jakość.

Wątek kultury rozwija Rogoziński, podkreślając, że kultura byłaby niczym, gdyby nie wbudowany w jej centrum pierwiastek bezinteresowności, przybierający postać prawdy, piękna i cnoty. Zatem w najszerszym znaczeniu kultura to uniwersum wartości, w węższym zaś przyjęte i akceptowane przez członków organizacji wartości i trwałe przekonania podzielane przez cały personel, którym daje on wyraz w swoich postawach i zachowaniu (Rogoziński, 2000, s. 228–229).

Warto przytoczyć atrybuty kultury, która – jak podaje Zbiegień-Maciąg – jest użyteczna dla firm i ich menedżerów. Kultura jest zawarta, ukryta w umysłach i sercach ludzi, bo oni zarówno tworzą organizację, jak i są organizacją. Ma charakter wspólnego podzielania poglądów, współodczuwania, reagowania. Uwypukla to, co wspólne (a nie to, co różne), scala, jednoczy, stabilizuje, zmniejsza niepewność. To społeczny klej (*social glu*), spoiwo. Kultura to całość sposobów życia w grupach, całość stosunków międzyludzkich, postaw, wartości, przekonań, norm, sposobów poznawania świata, sposobów reagowania, zaspokajania potrzeb, bezpieczeństwa, pewności, komfortu psychicznego. Kształtuje się i rozwija w procesie. Jest to zjawisko inercyjne (trwa), a jednocześnie samorozwijające się. Istnieje coś w rodzaju „tajnego porozumienia” (*secret agreement*) między ludźmi dotyczącego wspólnego utrzymania określonych zachowań, niestety nawet wówczas, gdy są już niefunkcjonalne i kategorycznie powinny być zmienione (Zbiegień-Maciąg, 1999, s. 17).

Powyższe konstatacje należy uzupełnić niezwykle istotnymi założeniami odnośnie do organizacji usługowej. Kultura organizacyjna w ujęciu relacyjnym jest cechą przysługującą wyłącznie ludziom. Cecha ta nie dotyczy formalnej organizacji, a jedynie stosunku ludzi do różnych jej aspektów. Do kultury organizacyjnej nie należy nic, co ma charakter formalny i sytuacyjny: decyzje, struktury, technologie, procedury (Sikorski, 2012, s. 15). Ze względu na to, że podmiot leczniczy jest taką organizacją, w stosunku do kultury organizacji należy za Rogozińskim przyjąć następujący tok rozumowania. Istnieje autonomiczna wiedza o usługach, zgodnie z którą uwzględniać należy założenia: bez ludzi nie ma usług, nie

ma człowieka poza kulturą, kultura organizacji usługowej jest emanacją kultur osobistych personelu, kultura organizacji usługowej (jako zbiorowego podmiotu) jest synkretycznym ujęciem kultury poszczególnych osób. Biorąc pod uwagę ewolucję nauki o zarządzaniu organizacjami usługowymi, można wyróżnić trzy zasadnicze fazy przekształceń: marketing usług, marketingowe zarządzanie usługami, zarządzanie organizacją usługową. Dopiero ta ostatnia teoria – zarządzania organizacją usługową – może być zorientowana na zarządzanie wartością. Przy takich założeniach można mówić o kulturowych podstawach zarządzania organizacją usługową. Na tym tle należy zauważyć, że kultura organizacji usługowych będzie sumą poszczególnych kultur: endemicznej, personelu, kluczowych klientów i środowiska (Rogoziński 2012a, s. 99–100, 102–103).

Wypracowanie kultury usługowej w paradygmacie współpracy z klientem powinno obejmować następujące aspekty (Rogoziński, 2012a, s. 109):

- a) spełnienie warunku usługowej idiosynkrazji: zdolności dostrzegania nieopowtarzalności usługobiorcy, przekształcenia rutynowej usługi w oryginalny usługowy produkt, indywidualizacji cyklu obsługi;
- b) klient/usługodawca wewnętrznym zasobem organizacji usługowej;
- c) udział, zaangażowanie nabywcy w proces świadczenia przekształca go w interesariusza; nadto jest gwarancją tego, że zindywidualizowany usługowy produkt może być uznany za Dobro dla nabywcy;
- d) trafnie odczytawszy intencje nabywcy, dociera się do istoty usługowego świadczenia;
- e) otwartość organizacji usługowej na środowisko jej oddziaływania sprawia, że staje się ona *imaginary organization* (Hedberg, Yakhlef, Baumard, 2002), a umowny *limes* przebiega tam, gdzie są jej usługobiorcy.

6. Rola reprezentacji klienta

Wydaje się, że jedynie silnie sformalizowane federacje pacjentów poprzez ruch konsumeryzmu jako organy doradcze na stałe wpisane w kontekst polityki społecznej, a tym samym kreujące polityką zdrowotną, mogłyby wpłynąć na dokonanie zmian w sferze opieki zdrowotnej w Polsce. Nasuwa się więc także możliwość prowadzenia jednoczesnej inicjatywy oddolnej – zamiast rady społecznej w obecnej formie, która nie jest reprezentacją ani usługodawcy, ani usługobiorcy, można wprowadzić radę społeczną złożoną z osób reprezentujących różne grupy pacjentów. Taki organ, przy utrzymaniu funkcji doradczych, także oddolnie mógłby inicjować wprowadzanie zmian. Nie jest w sprzeczności z działaniem (koniecznym, wręcz warunkującym), w którym pacjent występuje w potrójnej roli: jako pacjent – podmiot świadczenia, jako współtwórca procesu świadczenia usługi i jako współarbiter procesu świadczenia usługi.

W najnowszych propozycjach coraz częściej pojawia się postulat wsłuchiwania się w opinie i propozycje obywateli i przedstawicieli zainteresowanych grup. Niekiedy jest to

określane jako oddolny proces formułowania polityki zdrowotnej i przyjmowania przez nią rozstrzygnięć (*bottom-up policy*). Poszukując koncepcji umożliwiającej włączenie szerszych grup uczestników, jako przydatne stosuje się pojęcie społeczności politycznej. Jest ono definiowane jako zbiór jednostek, grup, instytucji rządowych, organizacji i agencji, które uczestniczą i wpływają na proces podejmowania decyzji dotyczących określonego obszaru problemów (Włodarczyk, 2010, s. 160–161).

Pamiętać należy, że zmiany w podmiotach leczniczych mają często charakter zmian radykalnych, głęboko wnikających w strukturę i zasady funkcjonowania organizacji. Szczególnie w odniesieniu do organizacji publicznych należy wziąć pod uwagę znaczenie i rolę szeroko rozumianej grupy interesariuszy w procesie zarządzania organizacją (Frączkiewicz-Wronka, Szymaniec, 2012, s. 15). Diagnoza obecnej sytuacji wskazuje, że kreacja systemu poprzez założenia polityki zdrowotnej nie doprowadziła do takich rozwiązań, aby chronić interesy pacjenta. Interesów pacjenta nie bronią polityka zdrowotna, system ochrony zdrowia, model opieki zdrowotnej czy profesjonalista. Zmiany są nieuchronne, jedyną kwestią do rozstrzygnięcia jest czas wdrożenia nowych postulatów. W podmiocie leczniczym klient może występować w trzech rolach: jako partner, doradca i „pudło rezonansowe”. Te trzy perspektywy pozwolą podmiotom leczniczym w jak najszerzym ujęciu zrozumieć postrzeganie organizacji z perspektywy pacjentów. Klient staje się równoprawnym członkiem organizacji z donośnym głosem doradczym jako nie tylko współarbiter oceniający, ale także jako współprojektant, współkreator. Warunkiem koniecznym staje się wypracowanie wspólnej płaszczyzny komunikacji

Rola reprezentacji klientów poprzez konsumeryzm medyczny staje się elementem znaczącym w zarządzaniu podmiotem leczniczym i dlatego też pojawia się nowa rola klienta, który współzarządza, przynajmniej procesami związanymi z organizacją świadczenia usługi. To oddolne artykułowanie potrzeb ma znacznie szersze znaczenie. Można je bowiem na wzór holenderski przenieść na poziom prawdziwej kreacji polityki zdrowotnej i włączyć we wszystkie instytucje, które w sposób bezpośredni wpływają na organizację systemu opieki zdrowotnej (a więc na szczeblach Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia czy w końcu tych organizacji i instytucji, które tworzą rynek usług medycznych). Głos i współdziałanie pacjentów musi być znaczący (Dobska, 2013).

Podsumowanie

Na tle przeprowadzonych rozważań można wysunąć rekomendacje co do formułowania polityki zdrowotnej. Oprócz tych elementów, które do tej pory wyznaczały cele polityki zdrowotnej, należałoby dodać społeczną reakcję na konieczność zmian, branie pod uwagę opinii społecznej. Uznając autonomię pacjentów, jako punkt wyjścia należy włączyć ich w proces współdecydowania o kształcie systemu opieki zdrowotnej. Powinno nastąpić sprzężenie przede wszystkim polityki społecznej z polityką zdrowotną. Usprawnienie zarządzania podmiotami leczniczymi wymaga zwrócenia szczególnej

uwagi na kwalifikacje kadry zarządzającej oraz osób w ramach jednostki samorządu terytorialnego. Istotne jest też upodmiotowienie pacjenta.

Działania naprawcze powinny więc następować równolegle z dwóch stron: polityki społecznej, angażując pacjenta w rzeczywistą kreację polityki zdrowotnej, oraz ze strony podmiotu, który w nowych uwarunkowaniach ekonomicznych (w procesie restrukturyzacji lub po przekształceniach) ma jedyną i niepowtarzalną okazję stworzenia nowej kultury organizacji. Kultury, w której profesjonalista wspólnie z usługobiorcą tworzą wartość. Zdaniem Frączkiewicz-Wronki (2009) przywódcy/menedżerowie w organizacjach publicznych, w tym ochrony zdrowia, powinni umieć pogodzić pojawiające się sprzeczności między ideami sprawiedliwości społecznej a dążeniem do maksymalizacji zysku. Oznacza to umiejętność uogólniania dla praktyki zarządzania w organizacjach publicznych metod i narzędzi wypracowanych w sektorze prywatnym i wzbogacenie ich o szczególne komponenty i wartości, nieodzowne do pełnienia funkcji w tym sektorze (Frączkiewicz-Wronka, 2009, s. 153).

Bibliografia

- Biegas, T. (2006). Karta Pracowników Służby Zdrowia. *Medycyna Praktyczna*, 10, 1–10.
- Dobska, M. (2013). *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*. Poznań: Wyd. UE w Poznaniu.
- Frączkiewicz-Wronka, A. (2009). *Zarządzanie publiczne w teorii i praktyce ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Frączkiewicz-Wronka, A., Szymaniec, K. (2012). Model interesariuszy w zarządzaniu zmianą w szpitalach. W: Ł. Sułkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce* (s. 215–244). Warszawa: Difin.
- Hajduk, Z. (2011). *Ogólna metodologia nauk*. Lublin: Wyd. KUL.
- Hedberg, B., Yakhlef, A., Baumard, Ph. (2002). *Managing Imaginary Organizations. A New Perspective on Business*. Oxford: Pergamon Press.
- Heller, M. (2009a). *Filozofia nauki. Wprowadzenie*. Kraków: Petrus.
- Heller, M. (2009b). *Jak być uczonym?* Kraków: Znak.
- Iwasiński, Ł. (2015). Od kontroli jakości towarów do podstawowych problemów społecznych. O ewolucji konsumeryzmu. *Kultura – Historia – Globalizacja*, 17, 1–17.
- Kuciński, K. (red.) (2010). *Metodologia nauk ekonomicznych. Dylematy i wyzwania*. Warszawa: Difin.
- Łucewicz, J. (1999). Kultura organizacyjna firmy i jej pomiar. W: S. Chelpa, T. Listwan (red.), *Sukces w zarządzaniu. Problemy kadrowo-zarządcze* (s. 20–35). Wrocław: Wyd. AE we Wrocławiu.
- Malczyńska-Biały, M. (2012). Konsumeryzm w Stanach Zjednoczonych Ameryki. *Polityka i Społeczeństwo*, 10, 100–108.
- Pałuchowski, W.J. (2002). Czy marketingowi potrzebna jest psychologia? W: K. Rogoziński (red.), *Marketing usług profesjonalnych. Wpisanie marketingu w strukturę organizacji usługowej, Materiały z IV konferencji Marketing usług profesjonalnych, 20–21 maja 2002* (s. 1–20). Poznań: Wyd. AE w Poznaniu.

- Rogoziński, K. (2000). *Nowy marketing usług*. Poznań: Wyd. AE w Poznaniu.
- Rogoziński, K. (2002). Potrójny syndrom marketingowej ślepoty i jego przezwyciężanie (na przykładzie usług profesjonalnych). W: K. Rogoziński (red.), *Marketing usług profesjonalnych. Wpisanie marketingu w strukturę organizacji usługowej, Materiały z IV konferencji Marketing usług profesjonalnych, 20–21 maja 2002* (s. 20–21). Poznań: Wyd. AE w Poznaniu.
- Rogoziński, K. (2012a). Jedna kultura organizacji usługowej i cztery podstawowe kultury organizacyjne. W: K. Rogoziński, A. Panasiuk (red.), *Zarządzanie organizacjami usługowymi* (s. 1–15). Poznań: Wyd. UE w Poznaniu.
- Rogoziński, K. (2012b). Kompetencje menedżera organizacji usługowej. W: K. Rogoziński, A. Panasiuk (red.), *Zarządzanie organizacjami usługowymi* (s. 1–15). Poznań: Wyd. UE w Poznaniu.
- Sieńko, A. (2006). *Prawo ochrony zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Sikorski, C. (1998). *Zachowania ludzi w organizacji*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
- Sikorski, C. (2012). Znaczenie kultury organizacyjnej w szpitalu. W: L. Sułkowski, R. Seliga (red.), *Kulturowe determinanty zarządzania szpitalami w Polsce* (s. 35–45). Warszawa: Difin.
- Włodarczyk, W.C. (2010). *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Wrońska, I. (1997). *Rola społeczno-zawodowa pielęgniarki. Studium z zakresu współczesnego pielęgniarstwa*. Warszawa: Centrum Edukacji.
- Zaremba-Warnke, S. (2012). Konsumeryzm a procesy integracji i dezintegracji. *Ekonomia i Prawo*, VIII (1), 23–45.
- Zbiegień-Maciąg, L. (1999). *Kultura w organizacji, identyfikacja kultury znanych firm*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

THE ROLE OF CONSUMERISM IN MANAGERIAL QUALITY REORIENTATION ON THE EXAMPLE OF A MEDICAL SERVICE

Keywords: services, service management, consumerism, quality of service

Summary. The article addresses a significant issue of medical consumerism as a bottom-up movement of patients influencing the need to reorient management in medical services. It points to the need for service idiosyncrasy, ie the ability to perceive the uniqueness of the recipient, while integrating the patient into the process of co-creation of the delivery process. However, the positive impact of medical consumerism, however, is possible with the assumption of: shaping new management competencies of staff, acceptance of the paradigm of relational marketing and consequently changes in the culture of service organization.

Translated by Monika Dobska

Cytowanie

Dobska, M. (2018). Rola konsumeryzmu w menedżerskiej reorientacji jakościowej na przykładzie branży usług medycznych. *Ekonomiczne Problemy Usług*, 1 (130), 27–36. DOI: 10.18276/epu.2018.130-03.