



Katarzyna Krot

Politechnika Białostocka
Wydział Zarządzania
Katedra Marketingu i Przedsiębiorczości
katarzynakrot@gmail.com

Iga Rudawska

Uniwersytet Szczeciński
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania
Katedra Analizy i Strategii Przedsiębiorstw
iga.rudawska@wneiz.pl

ZAUFANIE JAKO ZASÓB SYSTEMOWY W SEKTORZE ZDROWIA – W ŚWIETLE BADANIA POLSKICH PACJENTÓW

*Zaufanie jest smarem, który utrzymuje
kółka społeczeństwa w ruchu.*

[Fukuyama, 1997]

Streszczenie: Zaufanie jako zasób systemu ochrony zdrowia wymaga uwagi i poznania naukowego. Stąd celem niniejszego artykułu jest próba identyfikacji istoty zaufania systemowego w polskiej ochronie zdrowia poprzez ocenę jego determinant z perspektywy usługobiorcy, czyli pacjenta. Wyniki badania pozwoliły stwierdzić, że główną determinantą zaufania do systemu opieki zdrowotnej jest zaufanie do metod leczenia. Nieco mniej istotnymi, lecz również kształtującymi poziom tego zaufania, są stereotypy związane z profesją lekarza oraz medialny wizerunek systemu.

Słowa kluczowe: zarządzanie zaufaniem, zaufanie systemowe, sektor zdrowia, modelowanie równań strukturalnych.

JEL Classification: I11.

Wprowadzenie

Sektor ochrony zdrowia jest jednym z tych, który od ponad 25 lat przechodzi nieustanne reformy. Reforma jako zmiana instytucjonalna, organizacyjna i społeczna w swej naturze wiąże się z pierwiastkiem niepewności, ryzykiem utraty status quo, a nawet przejściowym chaosem. Projektowane zmiany dotyczą wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia, lecz to pacjent jest zwykle

tą stroną, która staje się bezpośrednim odbiorcą wszelkich przekształceń systemowych. W tak opisanych okolicznościach może narastać poczucie zagrożenia, a dążenie do osiągnięcia stanu bezpieczeństwa (tu: zdrowotnego) staje się priorytetem. W tym kontekście zasobem niezbędnym staje się zaufanie [Sztompka, 2007].

Zaufanie jako zasób relacyjny w sektorze zdrowia jest obiektem zainteresowania licznych badaczy na całym świecie [Lee i in., 2007; Lee i Lin, 2009; Ehsan i Ashill, 2014; Krot i Rudawska, 2016; Peters i Youssef, 2016]. Znacznie rzadziej podejmowane są wysiłki, których przedmiotem badania jest zaufanie jako dobro publiczne, rozumiane jako zasób systemu. Niniejszy artykuł wypełnia tę lukę, przynajmniej w rodzimej literaturze. Jego celem jest próba identyfikacji istoty zaufania systemowego w polskiej ochronie zdrowia poprzez ocenę jego determinant z perspektywy usługobiorcy, czyli pacjenta. Artykuł ma charakter empiryczny – powstał na podstawie projektu badawczego, realizowanego na zlecenie Narodowego Centrum Nauki (nr DEC-2011/01/D/HS4/05664).

1. Zaufanie systemowe i jego determinanty – przegląd literatury

Zaufanie można traktować jako spoiwo, budulec wszelkich relacji społecznych, zarówno w skali mikro (diady), poprzez skalę mezo (organizacji i ich członków), aż po skalę makro (systemu). Wielość i różnorodność interpretacyjna tego terminu, których obszerny przegląd dostarcza literatura [Grudzewski i in., 2007, s. 33-35; Krot i Lewicka, 2016, s. 20-22], skłaniają do konstatacji, iż jest to konstrukt wielowymiarowy. Warto przy tym dodać, iż przyjęcie jednej z perspektyw interpretacyjnych (psychologicznej, socjologicznej, zarządczej) nie wyklucza wzajemnego przenikania się innych punktów widzenia. Klamrą spinającą różne interpretacje są warunki brzegowe, w jakich dochodzi do pojawienia się zaufania. Są to: niepewność i ryzyko, współzależność i wzajemność, względna przewidywalność i współpraca oraz prawdopodobieństwo uzyskania pozytywnych rezultatów.

Powyższe warunki spełnione są w sektorze zdrowia, w którym relacje na różnych poziomach oddziaływania opisywane są przez asymetrię informacji, relację „pryncypał–agent”, dążenie pacjenta do rozwiązania problemu zdrowotnego, uzależnienie wyniku leczenia od zaangażowania obu stron relacji usługowej oraz nadzieję, jaką pokłada pacjent w przedstawicielach zawodów medycznych w przypadku sytuacji zagrożenia jego zdrowia bądź życia. W powyżej opisanych okolicznościach wynik interwencji medycznej będzie pochodną nie

tylko jakości potencjału (kadrowego, sprzętowego, organizacyjnego), ale i jakości procesu. W tym ostatnim aspekcie na znaczeniu zyskuje zarządzanie relacjami, a w nich zarządzanie zaufaniem. Wagę tego problemu wydaje się dostrzegać szereg gremiów i organizacji zajmujących się kwestiami zdrowia i jego ochroną, np. OECD, WHO, ECDC, AHRQ i Komisja Europejska. Efektem ich zaangażowania są liczne projekty promujące poprawę jakości i bezpieczeństwa pacjenta. Tylko w latach 1985-2011 powstało 27 międzynarodowych projektów poświęconych tym zagadnieniom [Baylina i Moreira, 2011, s. 258-261]. Obrazują one skalę zainteresowania poprawą działania systemów ochrony zdrowia, by wspomnieć tu o projekcie Health Care Quality Indicators autorstwa OECD z 2002 r. [OECD, 2010, s. 37]. Jednym z elementów tego modelu oceny systemu ochrony zdrowia jest skuteczność leczenia. Stąd już bardzo blisko do oceny zaufania do metod leczenia i jego wpływu na zaufanie do systemu opieki zdrowotnej. Relacja ta była podstawą do postawienia w niniejszym artykule hipotezy 3 (H3).

Piśmiennictwo z zakresu zarządzania w ochronie zdrowia wyróżnia dwa podstawowe typy zaufania – zaufanie interpersonalne oraz zaufanie systemowe [van der Schee i in., 2007, s. 57]. To ostatnie zwane jest również zaufaniem publicznym. Pierwsze z nich budowane jest na podstawie bezpośredniego doświadczenia pacjenta, drugie – głównie na doświadczeniu pośrednim, przekazywanych informacjach o instytucjach ochrony zdrowia i liderach tego sektora. Autorzy nie są przy tym zgodni co do kierunków oddziaływania na siebie powyższych typów zaufania, mówiąc nawet o „spirali wzajemnie uwarunkowanej przyczynowości” [Nowakowski, 2008, s. 219]. Na gruncie sektora dylemat ten można by opisać słowami: *czy pacjent ufa lekarzom, bo wierzy w efektywność i uczciwość systemu, czy odwrotnie – ufa instytucjom sektora, ponieważ ufa lekarzom?* Wśród badaczy brak zatem konsensusu co do tego, który rodzaj zaufania należy uznać za pierwotny [Lee i in., 2007, s. 656].

Dalsza część artykułu została poświęcona zaufaniu systemowemu w ochronie zdrowia, choć w kontekście powyższego całkowite abstrahowanie od innych typów zaufania nie jest – w opinii autorek – możliwe.

Zaufanie systemowe definiowane jest najczęściej w kategoriach wartości publicznych (*public trust*) jako rezultat wspólnej tożsamości i zachowań międzyludzkich wynikających z reguł, postaw i zwyczajów panujących w sektorze [Calnan i Rowe, 2006, s. 350]. Jest ono zgeneralizowanym podejściem, postawą, częściowo determinowaną doświadczeniami własnymi i innych ludzi w zetknięciu się z przedstawicielami instytucji (tu: sektora zdrowia), a częściowo – jego wizerunkiem medialnym [Parker i Parker, 1993, s. 444]. Odnosi się do oczeki-

wań grupy ludzi lub pojedynczej jednostki wobec instytucji i systemów społecznych (tu: ochrony zdrowia) [van der Schee i in., 2007, s. 57-58].

System ochrony zdrowia jako konglomerat wielu elementów, powiązanych różnorodnymi więziami, oraz zorganizowany zespół działań oddziałuje na poziom zaufania publicznego głównie poprzez instytucjonalne gwarancje oraz rzeczywistą dostępność usług zdrowotnych o wysokiej jakości [Thom, Hall i Pawlson, 2004, s. 125]. Instytucjonalne gwarancje są pewnego rodzaju zapowiedzią warunków panujących w systemie, opisywanych przez państwowe kształcenie i licencjonowanie zawodów medycznych, ochronę praw pacjentów i ustanawianie niezależnych gremiów kontrolujących jakość opieki zdrowotnej [por. van der Schee i in., 2007, s. 58]. Drugą najczęściej przywoływaną determinantą zaufania do systemu jest realna, doświadczana przez pacjentów dostępność do opieki o wysokiej jakości. Jej wyznacznikami są: podaż usług zdrowotnych na danym rynku, czas oczekiwania na realizację świadczenia (długość tzw. kolejki oczekujących) i inne formy racjonowania dostępu (na przykład limity przyjęć). Powyższe wymienione zmienne nie muszą być osobistym doświadczeniem pacjenta, lecz mogą wynikać z jego subiektywnego postrzegania rzeczywistości. W tym kontekście dużego znaczenia nabiera medialny wizerunek zawodów medycznych, stereotypy im przypisywane oraz portret relacji lekarz–pacjent prezentowany w mediach.

Zaufanie jako zasób systemowy interpretowane jest także jako pewność pacjenta co do tego, że będzie on odpowiednio potraktowany, jeśli jego stan zdrowia będzie tego wymagać [Straten, Friele i Groenewegen, 2002, s. 227]. Jest to zatem swoista gwarancja w stanie niepewności i zagrożenia, podszyta bardziej przekonaniem niż poczuciem kontroli nad konkretną relacją z lekarzem. Zaufanie do systemu będzie zatem pochodną postrzeganej sprawności działania poszczególnych jego elementów, a nie wypadkową oceny trwającej relacji i zachowania w niej danego lekarza [por. Lee i in., 2007, s. 656]. W wyniku aktywności mediów przedstawiających działania poszczególnych aktorów systemu ochrony zdrowia kreowany jest wizerunek przedstawicieli profesji medycznych i innych instytucji sektora. Efektem tego jest „zbiorowa wiedza” na temat systemu, będąca dla wielu pacjentów kontekstem odniesienia dla własnych przeżyć i doświadczeń. Jak wskazują Ehsan i Ashill [2014, s. 237], może ona wpływać na zachowania pacjenta w przyszłych relacjach, budując (lub rujnując) jego poczucie bezpieczeństwa oraz redukując (lub nasilając) niepewność i postrzegane ryzyko. To z kolei może oddziaływać na zakres konsumpcji usług zdrowotnych i odczuwaną satysfakcję z tej konsumpcji. Zależności te były obiektem badań wielu naukowców, których syntezę można odnaleźć w pracach

przeładowych z tego zakresu [Ozawa i Sripad, 2013; Müller i in., 2014; Saari-nen i Räsänen, 2016]. Stąd propozycja zbadania zależności pomiędzy zaufaniem systemowym a wizerunkiem medialnym systemu opieki zdrowotnej (H1a i b).

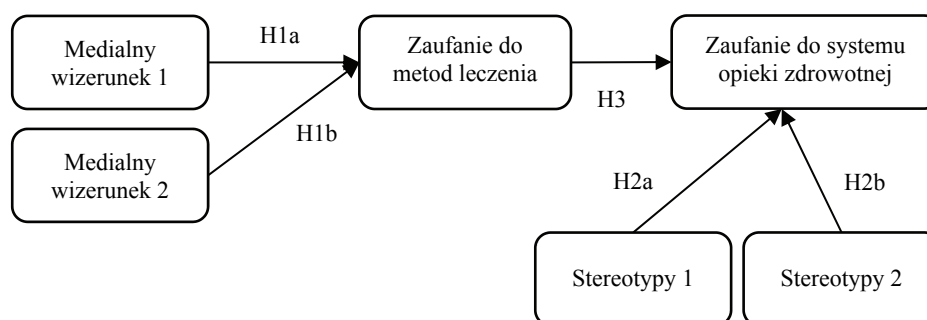
Na zaufanie jako zasób systemowy wpływają ponadto normy oraz podział władzy i kontroli pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi w medycynie, w tym przede wszystkim pomiędzy lekarzami i pielęgniarkami oraz wewnątrz grupy zawodowej lekarzy, w której główną rolę odgrywa status opisywany tytułami (jak profesor, doktor nauk medycznych) oraz piastowanymi funkcjami (jak ordynator, kierownik kliniki). Jak wskazuje Gilbert [2005, s. 568 i n.], relacje między nimi mogą kształtować postawy i zachowania wobec pacjentów. Dlatego też zostały sformułowane hipotezy H2a i b dotyczące zależności pomiędzy zaufaniem do systemu ochrony zdrowia a stereotypowym postrzeganiem lekarzy.

2. Metodyka badania pierwotnego

2.1. Cel badania

Celem badania jest próba identyfikacji determinant zaufania systemowego z perspektywy usługobiorcy. Z przeglądu literatury wynika, że o zaufaniu do systemu opieki zdrowotnej decydują zarówno stereotypy dotyczące lekarzy, jak i wizerunek systemu kreowany przez mass media. Osobną kategorię stanowi zaufanie do metod leczenia. Zazwyczaj prace dotyczące zaufania koncentrują się na zaufaniu w relacjach interpersonalnych lub zaufaniu pomiędzy osobą a organizacją czy zbiorem organizacji. Okazuje się, że zaufaniem można również dążyć kategorie o wiele bardziej abstrakcyjne, tj. technologie czy metody leczenia. Dodatkowo mogą mieć one znaczący wpływ na zaufanie systemowe. W związku z tym założono, że na zaufanie do systemu opieki zdrowotnej wpływa zaufanie do metod leczenia, medialny wizerunek oraz pośrednio stereotypy dotyczące lekarzy (rys. 1).

Zaufanie do systemu było mierzone za pomocą siedmiu stwierdzeń, zaufanie do metod leczenia – pięciu twierdzeń, natomiast wpływ medialnego wizerunku i stereotypów był badany za pomocą dwóch twierdzeń. W pierwszym przypadku twierdzenia te dotyczyły wizerunku kreowanego przez seriale o tematyce medycznej, w drugim zaś stereotypów odnoszących się do lekarzy świadczących usługi w placówkach prywatnych i finansowanych z NFZ oraz lekarzy w poradniach i szpitalach.



Rys. 1. Determinanty zaufania do systemu opieki zdrowotnej – model teoretyczny

Do zweryfikowania zaproponowanego modelu teoretycznego zastosowano modelowanie równań strukturalnych (SEM), które jest statystyczną techniką modelowania obejmującą analizę ścieżek i analizę regresji. Umożliwia ono oszacowanie zależności przyczynowo-skutkowych oraz korelacyjnych [Bentler, 1995].

Dane do analizy zostały pozyskane za pomocą badania ankietowego CATI, przeprowadzonego w miesiącach marzec-kwiecień 2015 r. na reprezentatywnej próbie 1000 Polaków przez Instytut Badań Rynku i Opinii Publicznej Millward-Brown. Kryterium rekrutacyjnym do próby badawczej był fakt korzystania z opieki lekarskiej w ciągu ostatniego pół roku przed realizacją badania. Kwestionariusz ankietowy w większości składał się z twierdzeń przedstawianych respondentom w pięciostopniowej skali Likerta.

Szczegółową charakterystykę próby badawczej przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Struktura próby badawczej

Dochody			Płeć		
	liczba	procent		liczba	procent
do 1000 zł	79	7,9	kobieta	600	60,0
1001 zł do 1400 zł	91	9,1	mężczyzna	400	40,0
1401 zł do 1800 zł	108	10,8	Wiek		
1801 zł do 2000 zł	110	11,0	18-24	76	7,6
2001 zł do 2500 zł	74	7,4	25-34	176	17,6
2501 zł do 3000 zł	122	12,2	35-44	175	17,5
3001 zł do 5000 zł	158	15,8	45-59	287	28,7
powyżej 5000 zł	126	12,6	powyżej 60	286	28,6
trudno powiedzieć	44	4,4			
Miejsce zamieszkania			Poziom wykształcenia		
wieś	335	33,5	podstawowe	66	6,6
miasto do 100 tys.	340	34,0	zawodowe	182	18,2
miasto 100-499 tys.	183	18,3	średnie	383	38,3
miasto powyżej 500 tys.	142	14,2	wyższe	369	36,9

2.2. Wyniki i dyskusja

Zgodnie z założeniami w modelu (rys. 1) znalazły się dwa konstrukty: zaufanie do systemu opieki zdrowotnej oraz zaufanie do metod leczenia, wymagające sprawdzenia ich wewnętrznej rzetelności. W związku z tym dla obu tych konstruktyw zostały obliczone wskaźniki Alfa Cronbacha, których wartość wynosi dla konstruktów „zaufanie do systemu opieki zdrowotnej” – 0,69, a dla „zaufanie do metod leczenia” – 0,64. Statystyki opisowe obu konstruktyw oraz pozostałych zmiennych prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Statystyki opisowe zmiennych

Konstrukt	Średnia	Odchylenie standardowe	Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej	Zaufanie do metod leczenia	Stereotypy 1	Stereotypy 2	Wizerunek medialny 1	Wizerunek medialny 2
			Współczynniki korelacji					
Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej	16,1	4,21						
Zaufanie do metod leczenia	17,2	3,24	0,31					
Stereotypy 1	2,9	1,09	0,13	0,05				
Stereotypy 2	3,2	1,25	-0,03	-0,04	0,21			
Wizerunek medialny 1	2,7	1,05	0,22	0,17	0,11	0,02		
Wizerunek medialny 2	3,7	1,18	-0,27	-0,09	-0,02	0,03	-0,15	

Zaproponowany model teoretyczny determinant zaufania do systemu opieki zdrowotnej jest dobrze dopasowany do danych empirycznych: chi-kwadrat = 323,83 przy 103 stopniach swobody ($p = 0,00$; tabela 3).

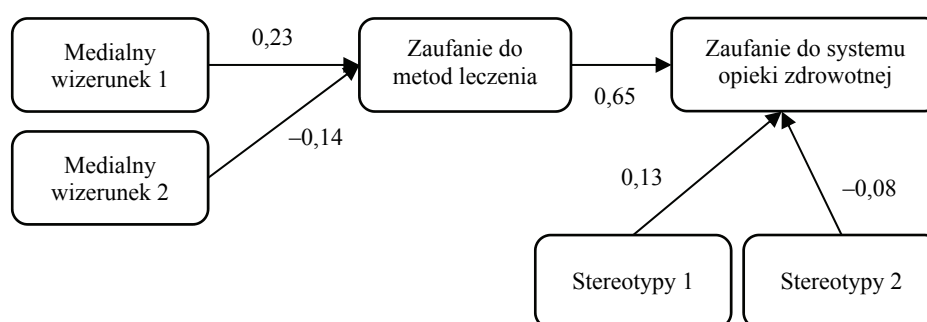
Tabela 3. Miary dopasowania modelu

Miary dopasowania modelu	Wartości statystyki
CMIN/DF	3,14
CFI	0,88
NFI	0,83
RMSEA	0,05
HOELTER	430

Tabela 4 zawiera oszacowane parametry modelu.

Tabela 4. Parametry modelu determinanty zaufania do systemu opieki zdrowotnej

Wyszczególnienie		Oszacowanie	Błąd standardowy	Wartość krytyczna	p
Zaufanie do metod leczenia	← Wizerunek medialny 1	0,10	0,02	5,46	***
Zaufanie do metod leczenia	← Wizerunek medialny 2	-0,06	0,01	-3,60	***
Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej	← Zaufanie do metod leczenia	0,59	0,08	6,99	***
Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej	← Stereotypy 1	0,05	0,01	3,41	***
Zaufanie do systemu opieki zdrowotnej	← Stereotypy 2	-0,03	0,01	-2,26	0,02

**Rys. 2.** Determinanty zaufania do systemu opieki zdrowotnej

Przeprowadzona analiza pozwala stwierdzić, że wszystkie hipotezy potwierdziły się, tzn. istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy zaproponowanymi determinantami a zaufaniem do systemu opieki zdrowotnej. Jednym z czynników wpływających pośrednio na to zaufanie i bezpośrednio na zaufanie do metod leczenia jest wizerunek systemu opieki zdrowotnej i sposobu jego funkcjonowania przedstawiany w serialach (H1a i H1b). Przekonanie, że pokazywanie w serialach zaangażowanych lekarzy pomagających pacjentom poprawia relację lekarz–pacjent, wpływa na zaufanie do stosowanych metod leczenia (0,23), a w konsekwencji pośrednio również na zaufanie do całego systemu opieki zdrowotnej (0,15). Natomiast przekonanie, że seriale te prezentują wyidealizowany obraz ochrony zdrowia, sprawia, że zaufanie do metod leczenia spada (-0,14), podobnie jak zaufanie do całego systemu (-0,09).

Bardzo znaczącą determinantą zaufania do systemu opieki zdrowotnej jest zaufanie pacjentów do stosowanych przez lekarzy metod leczenia (0,65). Tym samym potwierdzona została hipoteza H3.

Kolejnym czynnikiem decydującym o poziomie zaufania do całego systemu opieki zdrowotnej są stereotypy dotyczące lekarzy (H2a i H2b), choć różne ich rodzaje w odmienny sposób (pozytywnie lub negatywnie) wpływają na to zaufanie. Przekonanie, że lekarze w poradniach są bardziej godni zaufania niż lekarze w szpitalach, pozytywnie wpływa na zaufanie do systemu (0,13). Natomiast przekonanie, że na większe zaufanie zasługują lekarze zatrudnieni w prywatnych placówkach niż ci zatrudnieni w placówkach finansowanych przez NFZ, powoduje spadek zaufania do całego systemu (-0,08).

3. Konkluzje i dalsza perspektywa badawcza

Jak twierdzą Parker i Parker [1993, s. 444], zaufanie do systemu opieki zdrowotnej jest zgeneralizowaną postawą wynikającą zarówno z doświadczeń własnych bądź innych ludzi, jak i wykreowanego przez media wizerunku systemu. Wyniki badania potwierdzają, że zarówno pozytywne, jak i negatywne elementy wizerunkowe systemu mają wpływ na zaufanie do metod leczenia i zaufanie do całego systemu. Warto jednak zwrócić uwagę, że zdecydowanie silniejszy wpływ widoczny jest w przypadku pozytywnego postrzegania sytuacji w ochronie zdrowia. Oznacza to, że dbając o pozytywny przekaz medialny, można przyczynić się do stopniowej poprawy zaufania do systemu, natomiast każdy negatywny komunikat zaprzepaszcza włożony wysiłek, choć z nieco mniejszą siłą.

Kategorią również ukształtowaną częściowo przez własne doświadczenia pacjentów i aktywność mediów są stereotypy dotyczące relacji z lekarzami [Lee i in., 2007, s. 656]. Ukształtowane w społecznej świadomości postrzeganie skuteczności działań lekarzy (prawdopodobnie niekiedy krzywdzące dla niektórych z nich) może zaważyć o zaufaniu do całego systemu. Z przeprowadzonej analizy wynika, że z podobną siłą jak medialny wizerunek, stereotypy również decydują o poziomie systemowego zaufania, przy czym pozytywne postrzeganie lekarzy z prywatnych placówek obniża poziom zaufania do systemu, natomiast lekarzy zatrudnionych w poradniach podnosi.

Niewątpliwie najsilniejszą determinantą zaufania do systemu opieki zdrowotnej okazało się zaufanie do metod leczenia. Wydaje się, że zaufanie to pełni rolę wstępnego zaufania (*shift trust*) niezbędnego do zainicjowania kontaktu z placówką opieki zdrowotnej. Jest ono wypadkową zaufania pokładanego w technologii w ogóle, zaufania do wiedzy medycznej i przekonania o jej sku-

teczności. Wpływa więc na skłonność do poszukiwania pomocy ze strony lekarzy i tym samym buduje wiarę w skuteczność całego systemu.

Wyniki niniejszego badania mogą stać się przyczynkiem do kolejnych analiz prowadzących do lepszego poznania specyfiki zaufania do systemu opieki zdrowotnej i jego pozasystemowych uwarunkowań. Warto również spróbować rozpoznać „spirale wzajemnie uwarunkowanej przyczynowości” [Nowakowski, 2008, s. 219], czyli zależności pomiędzy różnymi typami zaufania istniejącymi w systemie ochrony zdrowia.

Jak każde badanie, to opisane ma pewne ograniczenia. Na ocenę poziomu zaufania do systemu i jego elementów niewątpliwie ma wpływ wiele zmiennych, począwszy od czynników demograficznych czy częstotliwości korzystania z opieki medycznej, a kończąc na efektach procesu leczenia (wyleczeniu). W modelu żadna z tego typu zmiennych nie została ujęta, co może nie w pełni wyjaśniać zależności i stanowić ograniczenie przeprowadzonej analizy. Poziom zaufania prawdopodobnie jest również uzależniony od dystansu czasowego pomiędzy skorzystaniem z opieki medycznej a realizacją badania. Tego typu uwarunkowania również nie zostały uwzględnione w badaniu.

Pomimo powyższych ograniczeń praca niesie w sobie wartość praktyczną zarówno dla decydentów systemu ochrony zdrowia, którzy powinni bardziej docenić rolę elementów miękkich w relacji lekarz–pacjent, jak i gremiów pacjenckich zainteresowanych promowaniem wysokiej jakości obsługi pacjenta.

Literatura

- Baylina P., Moreira P. (2011), *Challenging Healthcare – Associated Infections: A Review of Healthcare Quality Management Issues*, “Journal of Management & Marketing in Healthcare”, Vol. 4(4), s. 258-261.
- Bentler P.M. (1995), *EQS Structural Equations Program Manual*, Multivariate Software, Encino, CA.
- Calnan M., Rowe M. (2006), *Researching Trust Relations in Health Care: Conceptual and Methodological Challenges – an Introduction*, “Journal of Health Organization and Management”, Vol. 20(5), s. 349-58.
- Ehsan U., Ashill N. (2014), *Drivers of Patients’ Trusts in Doctors: A Study of Private Healthcare in Pakistan*, “International Journal of Healthcare Management”, Vol. 7(4), s. 237-246.
- Fukuyama F. (1997), *Zaufanie: kapitał społeczny a droga do dobrobytu*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa-Wrocław.
- Gilbert T.P. (2005), *Impersonal Trust and Professional Authority, Exploring the Dynamics*, “Journal of Advanced Nursing”, No. 49, s. 568-577.

- Grudzewski W.M., Hejduk I.K., Sankowska A., Wańtuchowicz M. (2007), *Zarządzanie zaufaniem w organizacjach wirtualnych*, Difin, Warszawa.
- Krot K., Lewicka D. (2016), *Zaufanie w organizacji innowacyjnej*, C.H. Beck, Warszawa.
- Krot K., Rudawska I. (2016), *The Role of Trust in Doctor-Patient Relationship: Qualitative Evaluation of Online Feedback from Polish Patients*, "Economics & Sociology", Vol. 9(3), s. 76-88.
- Lee Y.-Y., Lin J. (2009), *The Effects of Trust in Physician on Self-Efficacy, Adherence and Diabetes Outcomes*, "Social Science & Medicine", No. 68, s. 1060-1068.
- Lee Y.-Y., Ng Ch.-T., Siti Aishah M.G., Ngiam J.Z., Tai B.C., Lim M.K., Hughes K. (2007), *Public Trust in Primary Care Doctors, in Medical Profession and the Healthcare System among Redhill Residents in Singapore*, "Annals Academy of Medicine Singapore", No. 36, s. 655-661.
- Müller E., Zill J.M., Dirmaier J., Härter M., Scholl I. (2014), *Assessment of Trust in Physicians: A Systematic Review of Measures*, "PLOSone", Vol. 9(9), s. 1-9.
- Nowakowski K. (2008), *Wymiary zaufania i problem zaufania negatywnego w Polsce*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, R. LXX(1), s. 213-233.
- OECD (2010), *Improving Value in Health Care. Measuring Quality*, OECD Health Policy Studies, Paris.
- Ozawa S., Sripad P. (2013), *How Do You Measure Trust in the Health System? A Systematic Review of the Literature*, "Social Science and Medicine", Vol. 91(1), s. 10-14.
- Parker S.L., Parker G.R. (1993), *Why Do We Trust Our Congressman?* "Journal of Politics", No. 55, s. 442-453.
- Peters D., Youssef F.F. (2016), *Public Trust in the Healthcare System in a Developing Country*, "International Journal of Health Planning and Management", No. 31, s. 227-241.
- Saarinen A.O., Räsänen P. (2016), *Two Dimensions of Trust in Physicians in OECD-Countries*, "International Journal of Health Care Quality Assurance", Vol. 29(1), s. 48-61.
- Schee E. van der, Braun B., Calnan M., Schnee M., Groenewegen P.P. (2007), *Public Trust in Health Care: A Comparison of Germany, The Netherlands, and England and Wales*, "Health Policy", No. 81, s. 56-67.
- Straten G.F., Friele R.D., Groenewegen P.P. (2002), *Public Trust in Dutch Health Care*, "Social Science and Medicine", No. 55, s. 227-234.
- Sztompka P. (2007), *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*, Znak, Kraków.
- Thom D.H., Hall M.A., Pawlson L.G. (2004), *Measuring Patients' Trust in Physicians When Assessing Quality of Care*, "Health Affairs", Vol. 23(4), s. 124-132.

**TRUST AS A SYSTEM ASSET IN HEALTH SECTOR
– EMPIRICAL FINDINGS BASED ON POLISH PATIENTS**

Summary: Trust as a system asset needs attention and scientific recognition. Therefore, the purpose of this study is to identify the core of public trust in Polish health care. It has been performed by assessing the determinants of trust from patient's point of view. The research results let us conclude that the most important determinant of public trust is the trust to the treatment. Stereotypes associated with medical profession and media image proved to be less important factors, that shape the level of public trust.

Keywords: trust management, public trust, health sector, structural equation modeling.