

Relacje partnerskie między podmiotami opieki zdrowotnej – warunki powodzenia

<https://doi.org/10.33141/po.2011.05.07>

Przeład Organizacji, Nr 5 (856), 2011, ss. 27-31

www.przeładorganizacji.pl

Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa (TNOiK)

Iga Rudawska

Wprowadzenie

Relacje międzyorganizacyjne między podmiotami opieki zdrowotnej stanowią relatywnie nowe pole badawcze. Sektor zdrowia powinien wykorzystać dorobek zarządzania strategicznego w tym zakresie (reprezentowany przede wszystkim przez podejście sieciowe), przy jednoczesnym uwzględnieniu specyfiki sektorowej. Niniejszy artykuł podnosi kwestię układów partnerskich w ochronie zdrowia, omawiając warunki brzegowe powodzenia tego typu relacji.

Interpretacja partnerstwa

Partnerstwo między organizacjami jest formą relacji między niezależnymi podmiotami rynkowymi, które definiują wspólne cele, dążą do osiągnięcia obopólnych korzyści i akceptują wysoki poziom wzajemnej współzależności. Rao zalicza partnerstwo do typów relacji międzyorganizacyjnych, wymieniając je obok aliansów strategicznych, koalicji, *joint ventures*, *franchisingu* oraz konsorcjów [Rao *et al.*, 2005]. Z kolei McCutcheon i Stuart wskazują, że w kontekście zarządzania łańcuchem dostaw termin „partnerstwo” jest używany często przez menedżerów zamiennie z pojęciem aliansu [McCutcheon, Stuart, 2000]. W takim kontekście termin „partnerstwo” staje się formą organizacyjną, a nie tylko atrybutem relacji współpracujących ze sobą podmiotów. W tym nurcie pojawia się również interpretacja partnerstwa według Boddy’ego, który pisze, że jest ono wynikiem dążenia do budowania długookresowych powiązań między podmiotami, które decydują się na bliską współpracę, pozostając jednocześnie niezależnymi [Boddy *et al.*, 2000].

W piśmiennictwie z zakresu zarządzania strategicznego przytacza się wiele korzyści płynących z tworzenia relacji partnerskich w biznesie, takich jak wejście na nowe rynki zbytu, poszerzenie asortymentów produktów/usług, uzyskanie efektu ekonomiki skali na różnych płaszczyznach (B+R, produkcja), dostęp do trudno dostępnych zasobów (*know-how*, technologii), czy podział ryzyka [Donaldson, O’Toole, 2007]. Możliwości te stają się na tyle atrakcyjne dla organizacji, że przewyższają potencjalne zagrożenia, mogące towarzyszyć takiej relacji, a które są związane z zachwianiem autonomii podmiotu, asymetrią informacji oraz zwiększeniem złożoności nowego układu. Kernaghan z kolei wskazuje, że partnerstwo

oznacza delegowanie władzy, zadań, wsparcia i wiedzy między stronami relacji [Kernaghan, 1993]. Popiera przy tym tezę, że partnerska współpraca pobudza procesy uczenia się w organizacji. Relacje tego typu wymagają od ich uczestników wielu atrybutów behawioralnych, związanych z wzajemnym poszanowaniem stron, skłonnością do współpracy i negocjacji, nieformalnym zaangażowaniem, przepływem informacji i wspólnym podejmowaniem decyzji. Podmioty budujące relacje międzyorganizacyjne oparte na partnerstwie wykorzystują zatem zjawisko synergii, osiągając cele, których realizacja byłaby niemożliwa lub utrudniona, gdyby każda z organizacji działała niezależnie. U podstaw pojawienia się tego efektu leży zwielokrotniona skuteczność działania, będąca konsekwencją wykorzystania doświadczenia i kontaktów poszczególnych partnerów w relacji.

Typy partnerstwa w sektorze ochrony zdrowia

Ufundamentów tworzenia rynkowych relacji partnerskich leży chęć uzyskania przewagi konkurencyjnej. Dążenie to jest dobrze udokumentowane zarówno na gruncie teorii, jak i empirii [Światowicz, 2006; Rudawska, 2008; Olczak, 2009], przy czym głównym obiektem zainteresowania badaczy były przedsiębiorstwa zarobkowe i tworzone przez nie relacje na różnych etapach łańcucha dystrybucji. Stosunkowo niewiele miejsca poświęcono dotychczas w literaturze relacjom partnerskim w kontekście ochrony zdrowia, którą cechuje szczególna funkcja społeczna, związana z realizacją potrzeb zdrowotnych populacji objętej opieką, status *non-profit* wielu dostawców usług medycznych, sprawowanie funkcji organizacyjnej i/lub kontrolnej przez państwo oraz warstwa etyczna podejmowania decyzji, również zarządczych. Niniejszy artykuł stara się wypełnić tę lukę.

Preludium do dalszych rozważań jest proponowana interpretacja partnerstwa w ochronie zdrowia jako relacji o długim horyzoncie, łączącej co najmniej dwa podmioty opieki zdrowotnej, wspólnie wykorzystujące określone zasoby (pracy, kapitału, intelektu) w celu realizacji założonych celów (ekonomicznych, strategicznych, społecznych). W sektorze zdrowia możliwe są następujące płaszczyzny formowania relacji partnerskich:

- między systemami ochrony zdrowia poszczególnych państw członkowskich unii gospodarczych (przykładem takiego rozwiązania jest dyrektywa

o transgranicznej opiece zdrowotnej w Unii Europejskiej) – jest to szczególnie przypadek relacji partnerskiej, gdzie makropodmiotem jest system;

- między podmiotami ochrony zdrowia pełniącymi różne role w systemie, jak funkcja ubezpieczeniowa, funkcja dostawcy usług zdrowotnych (przykładem takiego układu jest koordynowana opieka zdrowotna w systemie amerykańskim);
- między różnymi szczeblami dostawców opieki zdrowotnej danego systemu (współpraca między dostawcami podstawowej opieki zdrowotnej i dostawcami ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej w systemie brytyjskim);
- między dostawcami opieki zdrowotnej tego samego szczebla opieki (na przykład współpraca transgraniczna między ratownictwem medycznym we Francji i Niemczech).

Poza wymienionymi powyżej jest możliwe tworzenie relacji partnerskich międzysektorowych, zorientowanych na osiąganie celów związanych z ochroną zdrowia wykraczających *stricte* poza sam sektor zdrowia. Układem tego typu jest ukonstytuowane już w literaturze tzw. partnerstwo społeczne, angażujące dostawców usług zdrowotnych i organizacje społeczne, jak stowarzyszenia pacjentów, fundacje związane ze zdrowiem czy podmioty samorządowe [Kania, 1993].

Biorąc pod uwagę różne kryteria typizacji partnerstwa, w kontekście ochrony zdrowia można zaproponować następujący podział prezentowany w tabeli 1.

Kwestia współpracy opartej na partnerstwie w sektorze zdrowia ma relatywnie młodą historię. Wzrost zainteresowania tą formą międzyorganizacyjnych relacji należy łączyć z presją na ekonomizację opieki zdrowotnej, u której podłoża leży chęć poprawy efektywności procesów produkcji i alokacji świadczeń zdrowotnych. Trend ten jest silnie widoczny w Stanach Zjednoczonych oraz w krajach Europy Zachodniej od początku lat 80. ub. w. Należy go wiązać z orientacją prooszczędnościową (*cost containment*), charakteryzującą się przede wszystkim dążeniem do redukcji kosztów opieki zdrowotnej i zmiany ich struktury, zarówno w makro-, jak i mikroskali.

Tworzenie układów opartych na partnerstwie oznacza uruchomienie mechanizmu integracji działalności usługowej grup dostawców usług medycznych, co jest szansą na poprawę efektywności. Integracja usługodawców w opiece zdrowotnej pozwala bowiem na przezwycięzenie jednego z podstawowych hamulców efektywności w ochronie zdrowia, tj. fragmentaryzacji opieki oraz dublowania udzielanych świadczeń. Jest to szczególnie istotne w populacyjnym podejściu do świadczenia usług medycznych, gdzie efekty działalności mierzy się zmianą statusu zdrowotnego populacji objętej opieką, a nie stanem zdrowia poszczególnych pacjentów. Występowanie oraz stopień zaawansowania międzyorganizacyjnej współpracy w świadczeniu usług zdrowotnych staje się zatem wyznacznikiem/ wskaźnikiem efektywności danego systemu [Provan *et al.*, 2002].

Tab. 1. Typizacja partnerstwa między podmiotami w ochronie zdrowia

| Kryterium | Typ partnerstwa | Charakterystyka – synteza |
|--|---|---|
| Delegacja władzy [Kernaghan, 1993] | Partnerstwo bazujące na silnej współpracy | Uwspólnienie zasobów, takich jak informacje i środki finansowe; wszyscy partnerzy biorą udział w procesie podejmowania decyzji; równowaga w delegacji władzy |
| | Partnerstwo operacyjne | Centralne zagadnienie to podział pracy w działaniach operacyjnych, a nie ulokowanie ośrodka decyzyjnego; zasoby uwspólnione; władza niesymetryczna (po stronie jednego z partnerów) |
| | Partnerstwo oparte na wkładzie finansowym | Nie jest wymagane zaangażowanie wszystkich stron do podejmowania decyzji; jedna ze stron angażuje się finansowo bez konieczności uczestniczenia w działaniach operacyjnych |
| | Partnerstwo oparte na konsultacjach | Jedna ze stron pełni rolę konsultanta i doradcy; brak zaangażowania w warstwie operacyjnej |
| | Partnerstwo pozorne | Tworzenie sztucznego układu poprzez tylko formalne zaproszenie do współpracy |
| Stopień zaangażowania partnerów [Gaster, Deakin, 1998] | Wymiana informacji | Kanały dystrybucji informacji między parterami; podział obowiązków |
| | Planowanie działań | Tworzenie zespołów roboczych w celu rozwiązywania problemów; uczenie się poprzez partycypację |
| | Koordynacja działań | Wyodrębnienie koordynatora programu/projektu/działania |
| | Pełna współpraca | Dzielenie się zasobami; wsparcie poszczególnych parterów na wszystkich etapach prowadzenia działań |
| Obszar wspólnych działań (opracowanie własne) | Partnerstwo społeczne | Organizacje sektora ochrony zdrowia współpracują z sektorem pozarządowym w celu wypromowania określonych postaw/zachowań prozdrowotnych |
| | Partnerstwo usługowe | Dostawcy usług medycznych tego samego lub różnych szczebli (podstawowa opieka zdrowotna, specjalistyczna ambulatoryjna opieka zdrowotna, zamknięta opieka zdrowotna) tworzą sieć usługową w celu objęcia podległej populacji kompleksową opieką zdrowotną; orientacja na efektywność i redukcję kosztów |
| | Partnerstwo technologiczne | Dostawcy usług zdrowotnych tworzą konsorcjum na zakup specjalistycznej aparatury medycznej; orientacja na redukcję kosztów |
| | Partnerstwo bazujące na <i>know-how</i> | Dostawcy usług zdrowotnych wymieniają się doświadczeniem w zakresie np. telemedycyny; orientacja na zdobywanie wiedzy i <i>know-how</i> |

Źródło: opracowanie własne na podstawie [CASEY, 2008].

W szerszym ujęciu chodzi tu nie tylko o koordynację opieki zdrowotnej, ale i o tworzenie lokalnych/regionalnych koalicji integrujących publiczne i prywatne podmioty, zorientowanych na planowanie konkretnych działań w obszarze zdrowia publicznego. Przykładem tego typu mogą być: Albion-Ord, Blue River Valley, Rural Partners i Western Nebraska – sieci dostawców usług zdrowotnych na terenach wiejskich, powstałe w celu podniesienia dostępności usług medycznych i opieki społecznej w rolniczych rejonach Stanów Zjednoczonych [Schumaker, 2002].

Czynniki sukcesu relacji partnerskich w ochronie zdrowia

W piśmiennictwie z zakresu zarządzania strategicznego sformułowano wiele warunków powodzenia relacji opartych na partnerstwie (tabela 2).

Wśród najczęściej przewijających się w dyskusji czynników, uznawanych za kluczowe/najważniejsze można wymienić: ● wysoki poziom zaufania i zaangażowania w relacji ● ustrukturalizowanie ram partnerstwa ● przywództwo oparte na koordynacji oraz

● sprawna komunikacja między partnerami. Wszystkie z powyższych mają zastosowanie w środowisku opieki zdrowotnej – wymagają jednakże stosownych odniesień do specyfiki omawianego sektora.

Zaufanie między partnerami jest warunkiem koniecznym do wykształcenia trwałych relacji, cechujących się sprawną komunikacją, ułatwiającą z kolei proces dzielenia się wiedzą. Jak trafnie wskazuje Sharkie (2005), kiedy poziom zaufania w relacji jest niski, ludzie koncentrują się na zagrożeniach i problemach, zużywając energię na obronę swej pozycji, ograniczając w konsekwencji własne zaangażowanie. Zaufanie można zatem traktować jako fundament rozwoju efektywnej współpracy, a jego obecność w relacji może ograniczyć konieczność formalnych kontaktów. To nieformalne więzi między partnerami stają się wówczas instytucją gwarantującą trwałość i stabilność relacji [Rao, 2005].

Zaufanie w relacji budowane jest w długim horyzoncie, a doświadczenie nabyte w kontaktach z daną organizacją staje się wykładnią jego rozwoju. Systemy opieki zdrowotnej, w których dominują kontrakty blokowe, zawierane na duże pakiety usług w długim okresie (na przykład 2–5 lat), sprzyjają

Tab. 2. Przegląd piśmiennictwa poświęconego krytycznym czynnikom sukcesu relacji partnerskich

| Autor | Czynniki sukcesu |
|---------------------------------|--|
| Gray (1985) | Zadawalający poziom delegacji władzy między partnerami |
| Doz (1988) | Konwergencja celów partnerów, tak by nie doszło do wewnętrznego ich konkurowania; zarządzanie różnicami kulturowymi organizacji partnerskich |
| Kernaghan (1993) | Zaangażowanie wszystkich interesariuszy partnerskiego układu w proces podejmowania decyzji; wzajemna współzależność powodująca równowagę władzy; zaufanie; respektowanie roli partnera; redukcja ewentualnych konfliktów |
| Moss-Kanter (1994) | Wartość dodana przez każdego z partnerów; zaufanie; zaangażowanie; współzależność między partnerami; komunikacja, integracja i instytucjonalizacja partnerstwa (nadanie mu statusu formalnego) |
| Gulati (1995) | Partnerstwo oparte na sieci społecznej; strategiczna współzależność partnerów |
| Gaster, Deakin (1998) | Odpowiedzialność; zdolność do innowacji; zmiana struktury; rozwój nowych umiejętności menedżerskich; negocjacje; zarządzanie zmianą; wspólne podejmowanie decyzji |
| Coulter (1999) | Wzajemne poszanowanie; rozpoznanie silnych stron wynikających z uwspólnionych zasobów |
| Coleman, Rippin (2000) | Porozumienie; zaufanie |
| Sanatoro, Gopalakrishnan (2000) | Zaufanie; instytucjonalizacja procesów transferu wiedzy |

Źródło: opracowanie własne na podstawie [SCHUMAKER, 2002; MOHR, SPEKMAN, 1994; CASEY, 2008].

Tab. 3. Obszary przywództwa w relacjach międzyorganizacyjnych sektora zdrowia na przykładzie partnerstwa społecznego

| Sfera przywództwa | Syntetyczna charakterystyka |
|---|--|
| Myślenie holistyczne | Przyjęcie populacyjnej perspektywy opieki zdrowotnej; pozyskanie wiedzy na temat wpływu czynników zewnętrznych (środowiskowych, ekonomicznych, technologicznych, naturalnych) na stan zdrowia populacji obejmowanej opieką |
| Przywództwo w zakresie wizji | Kreowanie wizji współpracy; zdefiniowanie aspiracji układu partnerskiego |
| Wsparcie | Otoczenie pomocą formalnie ujawnionych liderów w poszczególnych segmentach działania |
| Delegacja władzy | Uruchomienie mechanizmu delegowania kompetencji na niższe szczeble partnerskiego układu |
| Przywództwo w zakresie koordynacji procesów | Umiejętność całościowego spojrzenia na poszczególne segmenty działalności i ich wzajemnego powiązania |

Źródło: opracowanie własne na podstawie [CASEY, 2008].

instytucjonalizacji relacji opartych na doświadczeniu. Uwzględniając zjawisko silnej asymetrii informacyjnej między dostawcą i finalnym odbiorcą usługi zdrowotnej (pacjentem), zaufanie między współpracującymi ze sobą świadczeniodawcami jest atrybutem relacji agencyjnej mającym swe konsekwencje dla satysfakcji pacjenta. Oto dostawca na przykład podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), występując w roli agenta pacjenta i delegując go na wyższy szczebel opieki ambulatoryjnej, kieruje się zaufaniem, jakie ma wobec dostawcy specjalistycznej opieki zdrowotnej. Ufa, że współpracujący z nim usługodawca otoczy pacjenta należyłą opieką tak, by ten mógł kontynuować leczenie. Jeśli dodać do tego, że proces dzielenia się wiedzą oznacza w tym przypadku informację zwrotną od dostawcy opieki specjalistycznej do lekarza POZ (na przykład pod postacią zapisu na elektronicznej karcie pacjenta), to czynnik zaufania ma konsekwencje *stricte* ekonomiczne. Ogranicza bowiem zjawisko powielania badań diagnostycznych i laboratoryjnych^{*)} wykonanych w sieci współpracujących ze sobą podmiotów opieki zdrowotnej. Nie gloryfikując jednak roli zaufania w relacji, warto przytoczyć konkluzję Moore'a (1998), że „(...) poziom zaangażowania w relację jest często pochodną nie tyle pozytywnego oddziaływania zaufania, co negatywnego wpływu konfliktów w relacji”.

Zaangażowanie podmiotów ochrony zdrowia w relację jest pochodną stopnia przejawianego w owej relacji zaufania. Wysoki poziom zaangażowania sprzyja realizacji wspólnych celów i ograniczaniu zachowań oportunistycznych. Ujawnianiu się tych ostatnich sprzyjają wybrane metody finansowania usług zdrowotnych (płatność *fee-for-service*, płatność według DRG), stąd budowanie relacji partnerskich może być instytucją niwelującą negatywne konsekwencje tego zjawiska.

Zaufanie i zaangażowanie stanowią nieformalne fundamenty trwałości relacji. Wielu autorów [Kernaghan, 1993; Mohr, Spekman, 1994] uwypuklają rolę instytucjonalizacji układów partnerskich poprzez nadanie im formalnych struktur. Jak argumentują, formalne uzgodnienia i aranżacje partnerstwa sprzyjają utrzymaniu relacji i mobilizują procesy dochodzenia do konsensu. Sfera ochrony zdrowia, szczególnie w kontekście transgranicznego świadczenia opieki zdrowotnej, potwierdza te spostrzeżenia. We wszystkich krajach UE (najbardziej znane przykłady współpracy pochodzą z Niemiec, Francji i Hiszpanii) najpierw rozpoczynano współpracę na poziomie lokalnym, między świadczeniodawcami opieki zdrowotnej w regionach przygranicznych, by następnie nadać jej określone ramy prawne.

Kolejnym czynnikiem sukcesu układów opartych na partnerstwie jest sprawna koordynacja procesów zachodzących w relacji, w tym zarządzania zmianą, negocjacji, podziału odpowiedzialności i dystrybucji informacji. Mimo że relacje partnerskie zakładają współzależność tworzących je podmiotów, rola koordynatora jest niezbędna do zapewnienia skuteczności i efektywności działań. Z funkcją tą wiąże się kwestia przywództwa.

Wagę kolejnego czynnika, tj. komunikacji, uzasadnia fakt, że wszelkie aspekty funkcjonowania organizacji opierają się na komunikowaniu. Według niektórych badaczy [Mohr, Spekman, 1994] komunikacja urasta do rangi podstawowego wyznacznika żywotności partnerstwa (*partnership's vitality*). Osiąganie korzyści wynikających ze współpracy wymaga zatem uwzględniania trzech aspektów komunikacji: jej jakości, zakresu

i skłonności do dzielenia się informacją/wiedzą w relacji oraz zakresu partycypacji stron w planowaniu i wytyczaniu celów. Jakość komunikacji decydować będzie o użyteczności wymiany informacji, a pozostałe dwa wymiary będą determinować skuteczność i efektywność działań. W sektorze zdrowia założenia te zostały pozytywnie zweryfikowane [Rudawska, 2006].

Trwałość relacji opartych na partnerstwie zależy będzie od pozytywnego bilansu kosztów i korzyści postrzeganych przez poszczególne strony relacji. Czerpanie satysfakcji z relacji tego typu wymaga respektowania odmienności kultur organizacji, jak również ewentualnych różnic kulturowych. Poparciem tej tezy są doświadczenia ze współpracy transgranicznej w ratownictwie medycznym między Francją i Niemcami. O wyborze miejsca hospitalizacji, położonego najbliżej miejsca interwencji, decyduje stan pacjenta. W przypadku zdarzenia we Francji pacjent – w imię *liberte* – chory może sugerować niemieckiej ekipie pogotowia preferowane miejsce hospitalizacji. W Niemczech natomiast ratownicy sami podejmują decyzję o skierowaniu pacjenta do najbardziej odpowiedniego ośrodka.

Przykład relacji partnerskich w ochronie zdrowia

W Cerdagne, francuskiej gminie położonej u geograficznej granicy z Hiszpanią, powstaje pierwszy w Europie transgraniczny szpital. Wspólna inwestycja Francuzów i Hiszpanów wpisuje się w postęp cywilizacyjny i zmieniające się potrzeby społeczności lokalnych, opisywane głównie przez wydłużanie się oczekiwanej długości życia i rosnące wymagania pacjentów co do komfortu świadczenia usług medycznych. Budowa tego szpitala jest realizowana w ramach projektu Europejskiego Zgrupowania Współpracy Terytorialnej Szpitala Cerdagne i wspierana finansowo przez Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego (EFRR). Prace nad tym projektem trwały od 2003 r. i zakończyły się w kwietniu 2010 r. podpisaniem porozumienia konstytucyjnego przez ministrów zdrowia obu państw. Szacunkowy koszt budowy wynosi 31 mln EUR, z czego 60% wyłoży EFRR, a 40% to fundusze własne partnerów w relacji 60:40 z przewagą Hiszpanii [Czupryniak, 2010]. We wspólnym projekcie określono zasady finansowania inwestycji, zdefiniowano ramy prawne współpracy, przepływ pacjentów i zasady udzielania im świadczeń medycznych, zasady wykonywania zawodu przez personel medyczny wraz z odpowiedzialnością cywilną oraz sposoby komunikowania się przy zachowaniu wielojęzyczności. Podstawowe zadania tego pierwszego szpitala transgranicznego to zapewnienie mieszkańcom ciągłości świadczeń z udziałem ostrego dyżuru szpitalnego i domu zdrowia w Bourg Madame, udzielanie usług z zakresu pediatrii i geriatrici oraz współpraca z ambulatoryjnym szczeblem opieki zdrowotnej. Szpital będzie zarządzany przez menedżerów pochodzących z obu partycypujących krajów. Otwarcie tej placówki planowane jest na rok 2012.

dr hab. Iga Rudawska,
prof. Uniwersytetu Szczecińskiego
Zakład Ekonomiki Ochrony Zdrowia
Katedra Analizy i Strategii Przedsiębiorstw
Uniwersytetu Szczecińskiego

*) W polskim systemie ochrony zdrowia nagminne jest powielanie badań tego typu (na przykład przy przyjęciu do szpitala), jeśli pacjent wykonał je u „nieznanego” usługodawcy.

BIBLIOGRAFIA

- [1] BODDY D., MACBETH D., WAGNER B., *Implementing Collaboration Between Organizations: An Empirical Study of Supply Chain Partnering*, „Journal of Management Studies” 2000, vol. 37, no. 7.
- [2] CASEY M., *Partnership – Success Factors of Interorganizational Relationships*, „Journal of Nursing Management” 2008, vol. 16.
- [3] CZUPRYNIAK A., *Keine grenze*, „Menedżer Zdrowia” nr 6/2010.
- [4] DONALDSON B., O'TOOLE T., *Strategic Market Relationships*, Wiley, Chichester 2007.
- [5] KANIA A.J., *Blues and Hospitals Form Integrated and Collaborative Community Partnerships*, „Health Care and Strategic Management” 1993, vol. 11, no. 9.
- [6] KERNAGHAN K., *Partnership and Public Administration: Conceptual and Practical Considerations*, „Canadian Public Administration” 1993, vol. 36, no. 1.
- [7] McCUTCHEON D., STUART F.J., *Issues in the Choice of Supplier Alliance Partners*, „Journal of Operations Management” 2000, vol. 18.
- [8] MOHR J., SPEKMAN R., *Characteristics of Partnership Success: Partnership Attitudes, Communication Behavior, and Conflict Resolution Techniques*, „Strategic Management Journal” 1994, vol. 15.
- [9] MOORE K.R., *Trust and Relationship Commitment in Logistic Alliances: A Buyer Perspective*, „International Journal of Purchasing and Materials Management” 1998, vol. 34, no. 1.
- [10] OLCZAK A. (2009), *Budowanie partnerstwa w sieci międzyorganizacyjnej*, w: *Systemowe uwarunkowania sukcesu organizacji*, „Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego” nr 2/2/2009.
- [11] PROVAN K., MILIARD B., ISETT K., *Collaboration and Integration of Community-Based Health Services in a Nonprofit Managed Care System*, „Health Care Management Review” 2002, vol. 27.
- [12] RAO A.N., PEARCE J.L., XIN K., *Governments, Reciprocal Exchange and Trust Among Business Associates*, „Journal of International Business Studies” 2005, vol. 36, no. 1.
- [13] RUDAWSKA I., *Ekonomizacja relacji pacjent – usługodawca w opiece zdrowotnej*, „Rozprawy i Studia”, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2006.
- [14] RUDAWSKA I., *Partnerstwo jako współczesna formuła działania przedsiębiorstw*, „Przegląd Organizacji” nr 7–8/2008.
- [15] SCHUMAKER A.M., *Interorganizational Networks: Using a Theoretical Model to Predict Effectiveness of Rural Health Care Delivery Networks*, „Journal of Health and Human Services Administration” 2002, Winter.
- [16] SHARKIE R., *Precariousness Under the New Psychological Contact: The Effect on Trust and the Willingness to Converse and Share Knowledge*, „Knowledge Management Research and Practice” 2005, vol. 3, no. 1.
- [17] ŚWIATOWIEC J., *Więzi partnerskie na rynku przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 2006.

Summary

The paper identifies key factors of successful partnership applied to healthcare settings. Firstly, the types of healthcare partnerships has been characterized based on the literature review. Next, features of successful partnership as trust, involvement, leadership, communication and coordination has been discussed. Finally, the example of successful partnership referring hospital has been described.