

Marketingowa koncepcja w opiece zdrowotnej – kontrowersje i specyfika

Iga Rudawska

W prezentowanym artykule autorka omawia zasadnicze kwestie związane z adaptacją marketingu w obszarze usług opieki zdrowotnej. Punktem wyjścia do rozważań są kontrowersje wokół rozszerzania koncepcji marketingu na ochronę zdrowia. Autorka wskazuje na specyfikę tego obszaru badawczego i jej konsekwencje dla działań marketingowych. Egzemplifikację empiryczną stanowią wyniki badań, jakie zostały przeprowadzone na 126 zakładach opieki zdrowotnej regionu zachodniopomorskiego. Ich przedmiotem był zakres zastosowania instrumentarium marketingu w działalności publicznych i niepublicznych placówek ochrony zdrowia.

Kwestia możliwości i zakresu aplikacji wiedzy marketingowej w sektorze usług zdrowotnych znajduje się w polu zainteresowania nauki i praktyki ekonomii w krajach wysoko rozwiniętych przynajmniej od czasów kontrowersyjnego artykułu P. Koltera i S. Levy'ego z 1969 roku. Uzewewnętrznieniem tego zainteresowania jest z jednej strony bogactwo piśmiennictwa naukowego, a z drugiej – nieco mniej liczne raporty traktujące o zaawansowaniu marketingowej orientacji podmiotów oferujących usługi medyczne. W polskich warunkach wykorzystanie marketingowych reguł myślenia i działania w celu nadawania pożądanego kształtu relacji usługodawca-pacjent jest nowym doświadczeniem zarówno dla uczestników sektora zdrowia (szczególnie świadczeniodawców i pacjentów), jak i dla ludzi uprawiających marketing (marketerów).

Opieka zdrowotna jako obszar badawczy

Opieka zdrowotna, a w szerszym spektrum ochrona zdrowia, od lat stanowi obiekt badawczy takich dyscyplin naukowych jak medycyna, socjologia czy psychologia, lecz stosunkowo od niedawna znajduje się w polu zainteresowania ekonomistów i specjalistów od zarządzania. Pochodną tego stanu rzeczy jest, dominująca w literaturze, medyczna interpretacja opieki zdrowotnej sprowadzająca ją do programu świadczeń zgodnych z wiedzą medyczną, niezbędnych do promocji i utrzymania zdrowia, udostępnianych poszczególnym jednostkom, jak i całym populacjom (Koronkiewicz 1997). Przedstawiciele nauk medycznych podkreślają również instytucjonalny charakter opieki zdrowotnej, odwołując się do roli systemu instytu-

cji „[...]powołanych do zapobiegania i leczenia chorób oraz podnoszenia ogólnego stanu zdrowia ludności” (Polski Słownik Medycyny 1981: 809).

Narastające, głównie na skutek przemian demograficzno-epidemiologicznych i postępu technologii medycznych, koszty świadczeń obciążające finanse publiczne większości państw Europy spowodowały zmianę perspektywy postrzegania opieki zdrowotnej. Zaczęto rozpatrywać ją w kategoriach ekonomicznych, jako sferę podlegającą obiektywnym procesom związanym z mechanizmami rynkowymi i osiągnięciem optymalnych efektów gospodarowania.

Z tego powodu trafniejsza wydaje się interpretacja ochrony zdrowia zaproponowana przez J. Sobiecha, który precyzuje ją jako działalność *sui generis* gospodarczą, w ramach której, w oparciu o ograniczone środki (rzeczowe i pracy), zmierza się do zaspokojenia specyficznych potrzeb człowieka, jakimi są potrzeby zdrowotne (Sobiech 1990:10). Powyższą definicję przyjmuje się w niniejszym artykule.

Kontrowersje wokół marketingu w opiece zdrowotnej

Filozofia marketingu XXI wieku jest logicznym następstwem dopasowywania procesów decyzyjnych i działań strategicznych do wymagań panujących w gospodarce rynkowej. Fakt, iż wyłoniła się ona w ścisłym związku z przemianami w procesie gospodarowania, implikuje jej wykorzystanie głównie w odniesieniu do dóbr konsumpcyjnych i inwestycyjnych. *Ex definitione* jednak marketing nie zawęży się wyłącznie do aktów wymiany o charakterze rynkowym. Jak sugerują pionierzy rozszerzania spektrum implementacji koncepcji marketingowej, może ona być zaadoptowana przez każdą organizację, której działalność dotyczy ludzi przejawiających określone potrzeby podlegające identyfikacji. W swej istocie jest ona bowiem sposobem myślenia i działania zorientowanym na człowieka.

Rozwój myśli marketingowej w opiece zdrowotnej należy łączyć z aktywnością amerykańskich naukowców, takich jak P. Kolter, S. Levy, G. Zaltman i I. Vertinsky. Ich prace o rozszerzaniu koncepcji marketingu na pozagospodarcze dziedziny życia wywołały w latach siedemdziesiątych XX wieku szereg kontrowersji (Kotler i Levy 1969; Zaltman i Vertinsky 1971). Z racji geograficznego obszaru ich naukowej działalności debata objęła przede wszystkim rynek Stanów Zjednoczonych. Jednym z krytycznych głosów w dyskusji była ocena marketingu jako źródła zbędnych kosztów. Wskazywano, iż wydatki szpitali na promocję postrzegane są przez otoczenie publiczne jako działania wysoce nieetyczne, szczególnie wobec szczupłości wydatków na cele *stricto* medyczne (Kolter i Clarke 1987). Kolejna krytyczna uwaga dotyczyła inwazyjnego i manipulacyjnego charakteru marketingu. Prowadzenie badań marketingowych odnoszących się do obszaru zdrowia człowieka, jak i posługiwanie się ich wynikami uznano za naruszenie prywatności jednostki. Jako agresywną oceniano w szczególności promocję, która w sposób bezpośredni mówiła o intymnych sferach życia człowieka stojącego się pacjentem. Jej manipulacyjny charakter przejawiał się – zdaniem krytyków – silnymi emocjami zabarwionymi negatywnie (strach, ból), jakimi posługiwali się twórcy przekazów. Inna obawa wysuwana pod adresem promocji dotyczyła kreacji przez nią zbędnego popytu na opiekę zdrowotną, czego konsekwencją mogło być zwiększone, trudne do zaspokojenia zainteresowanie niektórymi jej usługami (Young 1996).

Mimo znacznego dystansu czasowego, jaki dzieli nas od lat siedemdziesiątych, krytycyzm i sceptycyzm wobec koncepcji marketingu w opiece zdrowotnej nadal znajduje swoich zwolenników. Promowanie usług zdrowotnych postrzegane jest często w wielu kulturach, w tym w polskiej, jako przejaw braku profesjonalizmu. Należałoby to wiązać ze specjalnym statusem, jaki nadawany jest przez społeczeństwa tzw. wolnym zawodom. Status ten, potwierdzony niejednokrotnie w wewnętrznych kodeksach postępowania, jak deontologia lekarska, eliminuje z działalności profesjonalistów wszelkie formy promocji i konkurencyjności.

Krytyczne uwagi po adresem koncepcji marketingu w opiece zdrowotnej, jak i próbę ich odparcia prezentuje tabela 1.

Hipotezy	Kontrargumentacja
1. Marketing jest źródłem zbędnych kosztów	Marketing należy postrzegać jako inwestycję o długookresowej stopie zwrotu. Oznacza to konieczność stosowania rachunku ekonomicznego w działalności marketingowej i mierzenia jej efektywności, bez względu na status placówki ochrony zdrowia (publiczna, niepubliczna).
2. Marketing ma agresywny i manipulacyjny charakter.	Stosowanie reguł i narzędzi marketingowych w służbie zdrowia wymaga uwzględnienia wrażliwości odbiorców (potencjalnych lub obecnych pacjentów) oraz dyskretnego i intymnego charakteru produktu – usługi zdrowotnej. Aplikacja sposobów społecznego wywierania wpływu na ludzi jest czasami nieunikniona (na przykład zwalczanie nikotynizmu). W takich sytuacjach należałoby uwzględnić społeczny kontekst danego działania (bariery etyczne).
3. Działania marketingowe, szczególnie promocja, są przejawem braku profesjonalizmu.	Konotacja ta wynika z braku tradycji stosowania marketingu w opiece zdrowotnej, regulacji prawnych, jak i ograniczeń nakładanych przez samych profesjonalistów w postaci zawodowych kodeksów etycznych (deontologia lekarska). W obliczu tego dominującym kierunkiem powinno być uświadomienie profesjonalistów, co do przydatności marketingowego instrumentarium oraz zdobywanie dla niego akceptacji.
4. Marketing sztucznie kreuje popyt na usługi związane ze zdrowiem.	W rynkowym modelu opieki zdrowotnej (sektor prywatny) to cena odpowiada za równowagę między popytem a podażą na usługi medyczne (explicite sytuacja ratowania życia). W publicznym sektorze zdrowia niezbędne jest wprowadzenie mechanizmów korygujących wyrównujących dostępność usług. Ponadto system tzw. „drugiej opinii” (konsylium lekarskie decydujące o adekwatności danej usługi medycznej) skutecznie mógłby zahamować popyt indukowany przez promocję.
5. Stosowanie marketingu prowadzi do zbędnej konkurencji.	Zjawisko konkurencji stymuluje podwyższanie jakości opieki dla pacjentów oraz dbałość o efektywną alokację ograniczonych zasobów ochrony zdrowia. Sprawność jej działania zależy od przejrzystości systemu kontraktów zawieranych na usługi oraz sposobów wynagradzania usługodawców na świadczenia.

Tabela 1. Kontrowersyjność marketingu w opiece zdrowotnej. Źródło: opracowanie własne na podstawie (Kolter i Levy 1969; Zaltman i Vertinsky 1971; Kotler i Clarke 1987; Young 1996).

Kluczowym zagadnieniem dla współczesnej koncepcji marketingu nie wydaje się to, czy można wdrażać ją w sektorze ochrony zdrowia, lecz to, jaki powinien być zakres jej aplikacji. Zważywszy na specyficzne cechy omawianego sektora, nie można bowiem bezkrytycznie przenosić aksjomatów klasycznej koncepcji marketingu, sprawdzonych co prawda na gruncie praktyki gospodarczej, ale nie zweryfikowanych pozytywnie w obszarze usług zdrowotnych.

Koncepcja marketingu a specyfika usług opieki zdrowotnej

Specyfika usług opieki zdrowotnej zdeterminowana jest wieloma czynnikami, spośród których za najbardziej kluczowe należy uznać: silne uzależnienie od nieprzewidywalnych czynników zewnętrznych, niepewność dotyczącą wyniku procesu usługowego (leczenia), asymetrię w dostępie klienta do informacji, wpływ klienta na przebieg i wynik procesu usługowego oraz zjawisko stresu, towarzyszące zazwyczaj klientowi podczas procesu wymiany. Wymienione cechy, a także sposób organizacji systemu ochrony zdrowia obowiązujący w danym państwie, determinują zakres i sposoby aplikacji marketingu w sektorze zdrowia (tab. 2).

Wyszczególnienie	Sfera wpływu	Konsekwencje specyfiki opieki zdrowotnej
Planowanie	Polityka produktu	<ul style="list-style-type: none"> – Duża rola zaufania klienta do usługodawcy – Niemożność opatentowania produktu – Ograniczona substytucja personelu poprzez automatyzację i technikę – Trudności standaryzacji produktu – Pierwzoplanowa rola jakości produktu – Jakość zależna nie tylko od usługodawcy, ale i od zaangażowania pacjenta – Duża heterogeniczność produktu – Niemożność wyposażenia produktu w atrybut gwarancji skuteczności
	Polityka cenowa	<ul style="list-style-type: none"> – Ograniczone ustawowo zastosowanie cen – Konieczność respektowania zasady równości w dostępie i korzystaniu (sektor publiczny)
	Polityka personalna	<ul style="list-style-type: none"> – Wymóg ciągłej gotowości personelu do świadczenia usług – Restrykcyjne wymogi stawiane kandydatom na profesjonalistów medycznych – Ograniczona substytucyjność kadry – Umiejętności komunikacyjne personelu stają się elementem usługi
	Polityka dystrybucji	<ul style="list-style-type: none"> – Wymóg czasowej i miejscowej (w większości przypadków) koordynacji między usługodawcą a usługobiorcą – Dostępność usług limitowana zakresem działalności usługodawcy
	Polityka komunikacji	<ul style="list-style-type: none"> – Utrudniona komunikacja ze względu na asymetrię informacyjną między usługodawcą a pacjentem – Personalny charakter komunikacji – Indywidualizacja – Bariery natury prawnej i etycznej

Wdrażanie	Akt wymiany	<ul style="list-style-type: none"> - Ograniczona suwerenność klienta - Często nieświadomość własnych potrzeb zdrowotnych - Relatywnie duże ryzyko i niepewność - Duża fluktuacja popytu - Trudność, bądź niemożność reklamacji
Kontrola	Pomiar skuteczności	<ul style="list-style-type: none"> - Bark gwarancji skuteczności klinicznej produktu-usługi - Ocena skuteczności obarczona subiektywizmem
	Pomiar efektywności	<ul style="list-style-type: none"> - Respektowanie zasady Hipokratesa (ratowanie życia i zdrowia ludzkiego bez względu na koszty jako imperatyw, nakaz moralny) - Potencjalny konflikt pomiędzy celami socjalnymi a celami ekonomicznymi placówki opieki zdrowotnej

Tabela 2. Reperkusje specyfiki opieki zdrowotnej dla marketingu. Źródło: opracowanie własne.

Usługi zdrowotne są najczęściej świadczone w obliczu pilności potrzeb klienta. Niepewność co do czasu wystąpienia choroby implikuje wymóg ciągłej gotowości personelu medycznego do oferowania usług, a zapisy konstytucyjne (Konstytucja RP: Art. 68) wymagają, by choremu zapewnić dostęp do bezpłatnej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Taki stan rzeczy wymaga uważnego doboru kadry medycznej, jej szkolenia pod kątem umiejętności *stricte* instrumentalnych, jak i ekspresyjnych (komunikacyjnych) oraz specyficznego motywowania (tab. 2). Jakość relacji pacjent-usługodawca jest bowiem wypadkową jakości technicznej, związanej z fachowością wykonania usługi, oraz jakości funkcjonalnej, będącej pochodną percepcji całości usługowego zdarzenia przez pacjenta. W każdej branży usługowej, choć może w szczególności w takiej jak usługi zdrowotne, satysfakcja klienta zewnętrznego i satysfakcja klienta wewnętrznego są silnie ze sobą skorelowane (Razzouk i Brown 1994). Przedstawiciele personelu medycznego wysoko cenią etos pracy (imponderabilia). Mając na uwadze uwarunkowania historyczno-kulturowe, jak i społeczny prestiż zawodu lekarskiego, motywacja do jego wykonywania wykracza daleko poza sferę finansową. W związku z tym istotnego znaczenia dla marketingowej polityki personelu nabiera motywowanie profesjonalistów do efektywnej pracy oraz świadoma kreacja kultury organizacji. Konsekwencją tego jest potrzeba rozwijania marketingu wewnętrznego, podnoszącego jakość relacji pacjent-usługodawca przede wszystkim poprzez lepszy przepływ informacji w organizacji oraz koordynację działań poszczególnych jej komórek (na przykład oddziałów, izby przyjęć, laboratorium).

Niepewność odnosząca się do wyników leczenia płynie z faktu niemożności wyposażenia usługi zdrowotnej w atrybut gwarancji jej skuteczności (tab. 2). Klient nie tylko często nie potrafi oszacować korzyści, jakie wiążą się dla niego z daną usługą, ale nie może też uzyskać pewności, że po otrzymaniu najbardziej fachowej, nawet najdroższej usługi, będzie wyleczony. Usługa zdrowotna może być więc traktowana tylko jako zespół profesjonalnych działań przy wykorzystaniu dostępnej wiedzy medycznej i fachowej aparatury (Rudawska 2003). Ta duża niepewność klienta co do ostatecznego efektu, jak i często występująca nieświadomość pacjenta co do skutków zaniechania określonego działania znacząco wpływają na proces podejmowania decyzji o skorzystaniu z danej usługi zdrowotnej. Elementem pożądanym w tym stanie byłoby obdarzenie usługodawcy zaufaniem

i poddanie się jego sugestiom. Wynika to z asymetrii informacyjnej, jaka istnieje między dostawcą a odbiorcą usługi zdrowotnej, przy czym przewaga leży w tym przypadku po stronie lekarza. Zaufanie w relacji pacjent-usługodawca traktować zatem należy jako podstawowy warunek oferowania usługowego produktu rozumianego jako wiązka korzyści dostarczana klientowi (pacjentowi), zaspokajająca jego potrzeby zdrowotne i psychologiczne.

Usługobiorca w sektorze zdrowia pozbawiony jest zdolności obiektywnej oceny wartości usługi nie tylko przed, ale i po skorzystaniu z niej. Niekiedy brak spodziewanego efektu wynika nie z wątpliwego profesjonalizmu usługodawcy, ale z niezaangażowania klienta lub niewłaściwej interpretacji zaleceń profesjonalisty¹. W takiej sytuacji rezultat procesu usługowego uzależniony jest nie tylko od kompetencji usługodawcy, ale i od współdziałania i zaangażowania klienta (tab. 2).

Reguły organizujące sektor zdrowia większości państw Unii Europejskiej, w tym Polski, opierają się na zasadzie solidaryzmu społecznego i równego – przynajmniej w warstwie deklaratywnej – dostępu wszystkich uprawnionych do zdefiniowanego zakresu usług bez względu na ich status ekonomiczny. W takich okolicznościach posługiwanie się ceną jako marketingowym narzędziem oddziaływania w publicznym sektorze opieki zdrowotnej jest znacznie ograniczone (tab. 2). Szanse takie otworzy dopiero rozwój rynku ubezpieczeń prywatnych oraz zdefiniowanie tzw. „koszyka świadczeń gwarantowanych”. Możliwość stosowania rabatów, prowadzenia programów lojalnościowych dla stałych klientów czy segmentowania rynku usługobiorców na podstawie kryterium dochodowego jest natomiast niewykuczona w sektorze niepublicznym, kierującym się zasadami gospodarki rynkowej.

Kolejną, specyficzną cechą usług opieki zdrowotnej, która wpływa na możliwości aplikacyjne instrumentarium marketingowego, w szczególności dystrybucji, jest nierozdzielność procesu ich świadczenia i konsumpcji. Implikuje ona wymóg czasowej i w większości przypadków miejscowej koordynacji między usługobiorcą i usługodawcą. Ponadto osoba wykonująca określoną usługę staje się niejako jej częścią. Jej umiejętności i doświadczenie zawodowe, przygotowanie teoretyczne, a także zdolności komunikacyjne oddziałują na proces usługowy oraz na jego efekt końcowy. Pacjenci często „kupują” kontakt z konkretnym lekarzem, a nie usługę, poradę wybranego eksperta, a nie wizytę lekarską, operację przeprowadzoną rękami wybitnego specjalisty, a nie interwencję medyczną.

Pacjent wybierający danego usługodawcę i jego ofertę kieruje się w znacznej mierze subiektywnymi odczuciami i emocjami. Klient ocenia profesjonalizm oferenta nie na podstawie obiektywnych danych (np. statystyk porównawczych), lecz jego swoistej marki, którą zna i której ufa (Upton 1997). Decydując się na usługi danego lekarza czy szpitala, klient działa często instynktownie – wybiera to, co w jego odczuciu jest mu bliskie i wiarygodne. Stąd zasadnicza rola w marketingowej polityce komunikacji przypada działaniom *public relations* zorientowanym na kreację reputacji usługodawcy.

W gospodarce rynkowej barierą działań marketingowych jest zysk, którego realizacja przesądza o istnieniu każdego przedsiębiorstwa. W sektorze opieki zdrowotnej zasada ta dotyczy tylko sfery niepublicznej, gdyż świadczenie usług w publicznych zakładach opieki zdrowotnej związane jest z realizacją ich funkcji społecznej, nałożonej na nie przez organ założycielski (w większości samorząd tery-

torialny). W takich okolicznościach zaadoptowanie koncepcji marketingu jest silnie uzależnione od etycznych, a przede wszystkim od finansowych aspektów funkcjonowania służby zdrowia, która w Polsce w ponad 70% opiera się na funduszach publicznych (OECD 2004).

Powyższe spostrzeżenia potwierdzają hipotezę, iż aplikacja marketingowych reguł myślenia i działania w opiece zdrowotnej wymaga dostosowania jej do warunków panujących w sektorze zdrowia. Klasyczne aksjomaty marketingu stanowią konstrukcję wyjściową, której finalny kształt zdeterminowany jest specyfiką usług związanych ze zdrowiem. W tym kontekście na uwagę zasługuje personel medyczny jako ważny instrument marketingu-mix, którego szczególna rola podyktowana jest silnie interpersonalnym charakterem większości usług opieki zdrowotnej. Konsekwencją tego jest potrzeba rozwijania marketingu wewnętrznego, zorientowanego na motywowanie i szkolenie profesjonalistów oraz doskonalenia sposobów obsługi pacjentów. Istotną rolę w tym względzie odegrać mogą zewnętrzne programy zapewniania jakości (jak System Akredytacji, System Joint Commission czy ISO), w których spełnienie standardów jakości nie tylko leczenia (z ang. *cure*), ale i obsługi pacjentów (z ang. *care*) stanowi o nadaniu danej placówce certyfikatu. Jest on symbolem jakości, który skutecznie kształtuje reputację usługodawcy, a poprzez to przyczynia się do obniżenia poczucia niepewności pacjenta w stresującej dla niego sytuacji, jaką jest każda choroba.

Kierunek ewolucji koncepcji marketingu w opiece zdrowotnej w dużej mierze zależy będzie od postępu technologii medycznych. Jej zdobycze, takie jak telemedycyna, umożliwią rozwój na szeroką skalę alternatywnych sposobów kontaktu pacjenta z lekarzem. Usługi świadczone na odległość (na przykład monitorowanie pracy serca chorego metodą Holtera) wymagać będą bezpośrednich, nowatorskich form komunikacji. Technicyzacja medycyny stworzy również nowe możliwości uzyskiwania przewagi konkurencyjnej. Jednak biorąc pod uwagę fakt, że związek pacjent-usługodawca ma przede wszystkim postać interpersonalną, rosnącego znaczenia nabierać będzie marketing relacyjny.

Marketingowe aspekty działalności podmiotów opieki zdrowotnej

W polskich warunkach za bodziec do rozwoju koncepcji marketingu w placówkach świadczących opiekę zdrowotną uznać można quasi-rynkowe pobudzenie konkurencji. Zmiany organizacyjne systemu ochrony zdrowia wprowadzone Ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Ustawa 1997) i podtrzymywane w późniejszych aktach prawnych wywołały szereg zjawisk nieznanych w panującym do 1999 roku zaopatrzeniowym modelu ochrony zdrowia. Zrezygnowano z przymusu rejonizacji pacjentów, przyznając im tym samym swobodę wyboru świadczeniodawcy. Szczególnie istotne znaczenie miało to dla podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej, których finansowanie (opłata kapitacyjna) powiązane z ilością pacjentów deklarujących przynależność do danej placówki. Reforma z 1997 roku dopuściła również podmioty prywatnego sektora opieki zdrowotnej do konkurowania o publiczne środki zgromadzone u płatnika trzeciej strony (Kasy Chorych, a obecnie Narodowego Funduszu Zdrowia). Rzeczywista konkurencja między sektorem publicznym a niepublicznym w ramach systemu kontrak-

tów okazała się jednak mocno iluzoryczna, głównie za przyczyną braku przejrzystych kryteriów selekcji ofert. Zjawisko to potwierdza badanie empiryczne, jakim objęto 126 zakładów opieki zdrowotnej regionu zachodniopomorskiego, z których 56 miało status publiczny (SPZOZ), a 70 niepubliczny (NZOZ) – tab. 3. Wywiady bezpośrednie z menedżerami placówek przeprowadzono w okresie listopad 2003 – styczeń 2004, losując ich reprezentacyjną próbę z rejestru zakładów opieki zdrowotnej. Losowy dobór próby pozwolił na oszacowanie statystycznego błędu przewidywania na poziomie 0,05 (dla poziomu ufności 0,95).

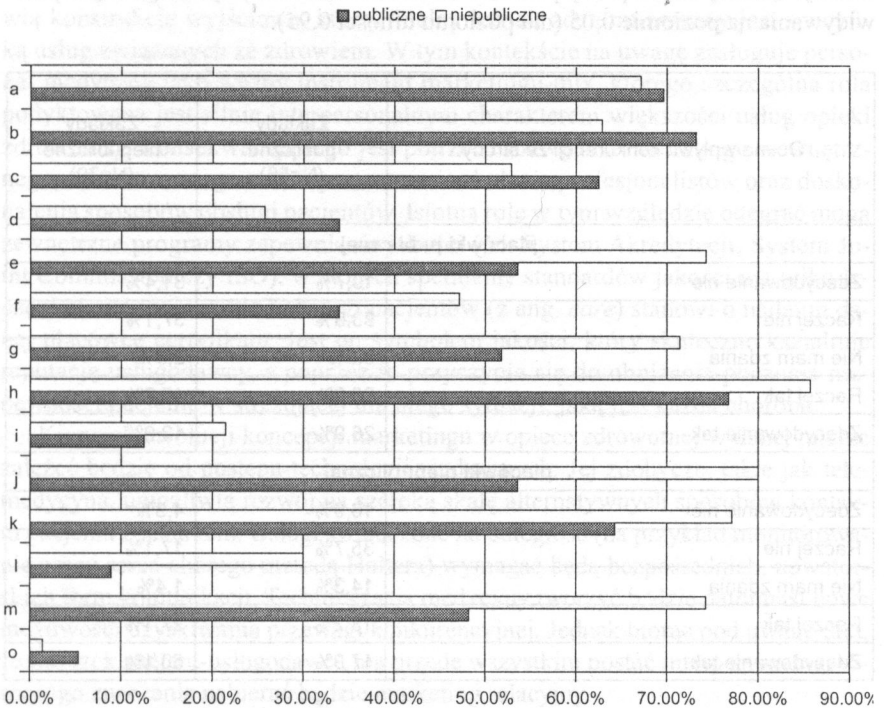
Ocena wpływu konkurencji ze strony:	Zakłady publiczne (N=56)	Zakłady niepubliczne (N=70)
placówki publicznej		
Zdecydowanie nie	10,7%	31,4%
Raczej nie	33,9%	37,1%
Nie mam zdania	3,5%	2,9%
Raczej tak	25,0%	15,7%
Zdecydowanie tak	26,9%	12,9%
placówki niepublicznej		
Zdecydowanie nie	18,9%	4,3%
Raczej nie	35,7%	17,1%
Nie mam zdania	14,3%	1,4%
Raczej tak	13,2%	27,1%
Zdecydowanie tak	17,9%	50,1%

Tabela 3. Międzysektorowa i wewnątrzsektorowa konkurencja w ocenie publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Źródło: opracowanie własne na podstawie badań bezpośrednich.

Powyższe dane sugerują, że konkurencja międzysektorowa, mimo deklaracji gwarantowanych ustawowo, nie jest rozpowszechniona: nie odczuwa jej 68% placówek niepublicznych i 55% publicznych. Zjawisko to zaobserwowano natomiast w co piątą placówkę o statucie publicznym i u 28% placówek niepublicznych. Ocena konkurencji wewnątrzsektorowej (między placówkami tego samego sektora) jest znacznie bardziej zróżnicowana wewnątrz dwóch rozpatrywanych sektorów. Opinie menedżerów publicznych zakładów są silnie spolaryzowane (tab. 3). Z kolei większość kadry niepublicznych zakładów odczuwa konkurencję w odniesieniu do podmiotów o takim samym statusie prawnym (77,2% badanych potwierdziło występowanie tego mechanizmu).

Działania na rzecz pozyskiwania nowych pacjentów, będące w istocie zaczątkiem rozwoju orientacji na klienta stanowiącej element koncepcji marketingu, w badanych placówkach występowały w zróżnicowanym zakresie. Dodac przy tym należy, iż w sytuacji trudności z egzekwowaniem od płatnika zapłat za „ponadlimitowe” usługi działania te mogą mieć znamiona irracjonalnych. Z per-

spektywy budowania długotrwałej przewagi konkurencyjnej na rynku i zwiększenia siły przetargowej w negocjacjach z publicznym płatnikiem nie należy jednak ich tak oceniać. Wyniki uzyskane w badaniu są dowodem na to, iż menedżerowie ochrony zdrowia regionu zachodniopomorskiego doceniają znaczenie działań zorientowanych na klienta (wyk. 1).



Wykres 1. Działania publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej zorientowane na pozyskanie pacjentów. Źródło: opracowanie własne na podstawie badań bezpośrednich.

Gdzie: a- doskonalenie dotychczasowych usług zdrowotnych, b- wprowadzanie nowych usług, c- promowanie usług zdrowotnych placówki, d- oferowanie usług dodatkowych jak rehabilitacja, odnowa biologiczna, e- inwestycje w aparaturę i sprzęt medyczny, f- szkolenia personelu z zakresu komunikacji z pacjentem, g- podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu, h- zmiany modernizacyjne, i- zmiany infrastrukturalne, j- zmiana czasu pracy, k- zmiana organizacji pracy, l- zachęty cenowe, m- komputeryzacja placówki, n- nie podjęto żadnych takich działań, o- inne działania.

Analizując działania placówek, należy stwierdzić, że w sferze polityki produktu badane placówki koncentrowały się na doskonaleniu dotychczasowych usług oraz wprowadzaniu nowych. Blisko 68% zakładów (bez różnic ze względu na status placówki) zadeklarowało doskonalenie obecnie świadczonych usług, głównie poprzez specjalizację oraz wdrażanie mechanizmów zarządzania jakością, przy czym tylko trzy placówki w momencie obserwacji posiadały certyfikat akredytacji². 63% publicznych i 73% niepublicznych zakładów w latach 1999-2003 wprowadziło do swej oferty nowe usługi zdrowotne, co wydaje się potwierdzać zjawisko ekspansji

technologii medycznych, z którymi wiąże się rozpowszechnianie dotychczas niespotykanych metod terapii. Ograniczone ustawowo możliwości promocji usług zdrowotnych spowodowały natomiast, iż badane zakłady (62% spośród publicznych i 53% niepublicznych) wykorzystywały w tym celu głównie strony internetowe, foldery, broszury informacyjne oraz działania z zakresu *public relations*.

Inwestycje w aparaturę i sprzęt medyczny, przyczyniające się do rozwoju produktu poprzez wzbogacanie świadectwa materialnego usługi, poczyniło w badanym okresie 53% placówek publicznych i 74% niepublicznych, przy czym status jednostki miał tu istotny statystycznie wpływ (współczynnik korelacji C-Pearsona wyniósł 0,211, a T-Czuprowa 0,215). W placówkach publicznych istotne znaczenie nie tylko dla zakupów inwestycyjnych, ale przede wszystkim dla inwestycji miały dotacje budżetowe, które ustały w 2002 roku. Zakłady musiały więc kontynuować rozpoczęte zadania inwestycyjne ze środków własnych, które czerpały z bieżącej działalności, co wpłynęło negatywnie na poziom zadłużenia i deficytowość jednostek (Raport 2002), a pośrednio również na oferowany pacjentom zakres usług.

Rozwój asortymentu usług poprzez oferowanie dodatkowych świadczeń, jak rehabilitacja, okazało się być bardziej popularne wśród publicznych zakładów (dotyczy to 40% z nich *versus* 26% niepublicznych), co zinterpretować można jako następstwo – z przyczyn historycznych – posiadania kompleksowej, choć często zdekapitalizowanej, bazy infrastrukturalnej. Zmiany w obrębie oferty usługowej, zarówno te powstające z inicjatywy samego zakładu, jak i będące pochodną trendów epidemiologicznych, wyrażanych w potrzebach populacji objętej opieką, niosą za sobą istotne implikacje dla zawartości kontraktów z płatnikiem trzeciej strony. Ponieważ umowy te z natury rzeczy mają charakter prospektywny nieodzwonne jest posłużenie się przy ich konstruowaniu danymi epidemiologicznymi, jak i ich konfrontacja z zasobami ludzkimi i rzeczowymi placówki, a także ze strategią zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych dla osób uprawnionych opracowywaną przez płatnika trzeciej strony. Nie bez znaczenia są również umiejętności negocjacyjne menedżerów ochrony zdrowia i ich determinacja do wprowadzania zmian.

Immanentnym elementem usługi zdrowotnej jest udział w niej personelu medycznego. Personel jest też istotnym elementem instrumentarium marketingowego w usługach. Do pozytywnych – z punktu widzenia interesów pacjenta – sygnałów odbieranych z rynku należy zaliczyć wzrastające zatrudnienie lekarzy z drugim stopniem specjalizacji (Informator statystyczny 2003). Parametr ten tworzy możliwości podnoszenia jakości i skuteczności oferowanych usług, lecz z drugiej strony jest źródłem kosztów. Bardziej specjalistyczna opieka wymaga bowiem rozwoju odpowiedniej bazy, a ku temu brakuje bodźców, szczególnie w lecznictwie zamkniętym. Podstawowym parametrem w finansowaniu opieki szpitalnej w latach 1999-2003 była opłata za hospitalizację. Motywowało to szpitale do utrzymywania i rozrostu oddziałów internistycznych, co prowokowało z kolei do wydłużania hospitalizacji „tańszych” pacjentów (Dietrich i Osak 2002). Bodźce ukryte w kontraktach nie sprzyjały więc efektywnemu wykorzystaniu zasobów ludzkich i rozwijaniu specjalizacji.

Wydźwięk o zabarwieniu jakościowym ma również udział personelu medycznego w różnych kursach dokształcających, przy czym – jak stwierdzono na podstawie badania – status jednostki miał istotny wpływ na popularność tego typu działań ($T=0,201$). Większą aktywność wykazywały w tej sferze zakłady niepubliczne (wyk. 1).

Podstawowym wyznacznikiem jakości funkcjonalnej usługi medycznej jest zdolność usługodawcy do skutecznego komunikowania się z pacjentem. Cecha ta jest wypadkową predyspozycji i osobowości samego profesjonalisty oraz umiejętności nawiązywania przez niego twórczych (tu: sprzyjających wyzdrowieniu pacjenta) relacji z leczonym. Te ostatnie profesjonalista nabywa po części w procesie kształcenia i zawodowej praktyki. Mogą stać się one również przedmiotem szczególnych starań zorientowanych bezpośrednio na podnoszenie jakości komunikacji z pacjentem. Wagę tego czynnika doceniono w co w trzecim SPZOZ i blisko u 75% NZOZ, w których doskonalono kadrę medyczną w powyższym zakresie.

W aspekcie organizacji procesu świadczenia usług zdrowotnych, szczególnie w jego fazie wstępnej, zanotowano w badanych placówkach szereg zmian o charakterze proklienckim. Warto wskazać na inicjowane w okresie przemian systemowych zmiany w organizacji pracy (jak możliwość telefonicznego zapisu na wizytę lekarską), które podjęto ponad $\frac{1}{4}$ zakładów niepublicznych i 64% publicznych. Podobny charakter, choć z mniejszym udziałem zakładów publicznych (53% *versus* 80% niepublicznych, przy czym wpływ statusu okazał się istotny statystycznie: $C=0,271$; $T=0,282$), miała zmiana czasu pracy (na przykład wydłużony czas przyjęć w zakładach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej). Znacznie rzadziej podejmowano natomiast zmiany infrastrukturalne, związane z samym obiektem (budynek placówki), jak i jego otoczeniem (na przykład parking). Decyzje tego typu podjęto w co dziesiątym SPZOZ i w co piątym NZOZ.

Operowanie ceną jako marketingowym narzędziem redukcji kosztów pieniężnych ponoszonych przez pacjenta poprzez zachęty typu abonamenty czy rabaty, ze względu na ograniczenia natury etycznej i prawnej, nie znalazły szerokiego zastosowania wśród SPZOZ. Posłużyły się nimi tylko niektóre spośród zakładów obsługujących klientów instytucjonalnych (9% SPZOZ). Zastosowanie tego narzędzia było znacznie bardziej popularne wśród NZOZ (skorzystała z niego blisko $\frac{1}{3}$ badanych, a miary siły związku wykazały ze statusem jednostki zależność o umiarkowanym natężeniu: $C=0,350$; $T=0,358$).

W inne działania mające zorientowane na minimalizację obciążeń dla pacjentów a dotyczące redukcji kosztów związanych z pozyskiwaniem informacji lub pokonywaniem przestrzeni zaangażowało się w latach 1999-2003 86% niepublicznych i 76% publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Zmiany te, czasami bardzo drobne, jak wywieszenie tablicy z nazwiskami lekarzy pełniących dyżur i nieobecnych w danym dniu, poprawa oznakowania ciągów komunikacyjnych czy wprowadzenie systemu życzeń i podziękowań, istotnie wpływają na redukcję stanu niepewności pacjentów. Wraz z wystrojem wnętrza i innymi atrybutami odbieranymi sensorycznie kreują one atmosferę, w której dochodzi do interakcji pacjent-usługodawca. Elementy te oddziałują szczególnie na psychiczne samopoczucie pacjentów.

Aplikacja tradycyjnych instrumentów komunikacji masowej w sektorze usług zdrowotnych jest silnie ograniczona ramami prawnymi i etycznymi. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wyraźnie stwierdza, iż treść i forma informacji podawanych do wiadomości publicznej o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych nie mogą mieć cech reklamy (Ustawa 1997: Art. 18b). Podobny w wymowie jest Kodeks Etyki Lekarskiej, który mówi, iż „*lekarz tworzy swą zawodową opinię jedynie w oparciu o wyniki swojej pracy, dlatego wszelkie reklamowanie się jest zabronione*” (Kodeks Etyki Lekarskiej 1998: Art. 63). Stosowne rozporządzenia

określają również granice brzegowe i zawartość dozwolonych komunikatów (Tabin 2003). Dopuszcza się informowanie pozbawione zachęt do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, obietnic, informacji o metodach i czasie leczenia, cen i sposobów płatności oraz informacji o jakości sprzętu medycznego. Dozwolone są natomiast komunikaty dotyczące udzielania specjalistycznych świadczeń medycznych w formie tablicy ogłoszeniowej, ogłoszenia prasowego zamieszczonego w rubryce dotyczącej usług lekarskich, informacji w książce telefonicznej lub informatorze o usługach medycznych, informacji na stronach internetowych oraz informacji udzielanych przez specjalną telefoniczną linię informacyjną. Tak sformułowane obostrzenia praktycznie uniemożliwiają prezentację produktowych, cenowych i jakościowych atrybutów oferty za pomocą komunikacji masowej. Z tego względu placówki ochrony zdrowia znacznie częściej sięgają po narzędzia *public relations*, a od kilku lat wykorzystują również Internet. Strony www posiada 48% publicznych i 74% niepublicznych spośród badanych placówek regionu zachodniopomorskiego.

Konkluzja

Przemiany zachodzące w polskim sektorze zdrowia ostatniej dekady w istotny sposób zmieniają warunki funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Chodzi tu nie tylko o zdynamizowanie ich otoczenia, ale także o wprowadzenie rozwiązań, które wymuszają nowe zachowania wśród podmiotów. Konsekwencją wdrożenia systemu kontraktowania usług medycznych jest pojawienie się ryzyka i niepewności działania. Liberalizacja regulacji prawnych, dopuszczająca szerszy niż dotychczas udział podmiotów prywatnych oraz większą samodzielność jednostek publicznych, skłania do szerszego uwzględniania w ofertach potrzeb obsługiwanych populacji, podwyższania jakości świadczonych usług oraz obniżania kosztów. Wzrost stopnia niezależności jednostek opieki zdrowotnej i uzależnienie ich przetrwania i rozwoju od osiągniętych wyników nakładają wymóg racjonalizacji działań.

W tych okolicznościach zaadoptowanie orientacji marketingowej nie może być postrzegane jako panaceum na wszelkie kłopoty zakładów opieki zdrowotnej. Może ona natomiast stanowić platformę rozwoju organizacji, dostarcza bowiem, sprawdzonych już na polu praktyki gospodarczej, wskazówek, jak funkcjonować w harmonii z sygnałami płynącymi z rynku. Ich skuteczna aplikacja w sferę zastrzeżoną do tej pory dla medycyny wymagać będzie uwzględnienia specyfiki sektora zdrowia, a także przełamania zakorzenionych w wielu umysłach zarówno lekarzy, jak i samych pacjentów stereotypów o manipulacyjnym charakterze marketingu.

Zaprezentowane wyniki badań dowodzą tego, że świadczeniodawcy usług opieki zdrowotnej wykorzystują wybrane narzędzia marketingu w celu kształtowania swych relacji z pacjentami. Zakres ich aplikacji jest jednak limitowany czynnikami egzogenicznymi, jak ustawodawstwo i etyka zawodu, a także zmiennymi endogenicznymi, głównie o charakterze finansowym. Należy bowiem pamiętać, iż wygospodarowanie funduszy na działalność marketingową w okresie finansowego kryzysu publicznej służby zdrowia musi wiązać się z trudnościami. Podobnie w zakładach niepublicznych skłonność do inwestowania w marketing jest pochodną nie tylko zaoszczędności budżetu, ale i świadomości menedżerów co do trafności takich decyzji. Tymczasem, jak wykazało badanie empiryczne, termin „klient” kojarzony jest przez większość (73%) zarządzających placówkami ochrony zdrowia w sposób pejoratyw-

ny. Daleko więc jeszcze do uznania pacjenta za klienta, którego potrzeby – nie tylko te *stricte* zdrowotne – należałoby zdefiniować i przełożyć na oferowaną usługę.

Informacje o autorce

Dr Iga Rudawska, Katedra Marketingu Wydziału Nauk Ekonomicznych i Zarządzania Uniwersytetu Szczecińskiego.

E-mail: igita@univ.szczecin.pl, strona internetowa: www.us.szcz.pl/rudawska.

Przypisy

1. Przykładowo nawet leki najnowszej generacji nie będą miały długotrwałego skutku, jeśli pacjent nie zmieni tych elementów swojego stylu życia, które stanowią czynnik ryzyka w danym schorzeniu.
2. Potwierdzają to dane Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia dla Woj. Zachodniopomorskiego: www.cmj.org.pl.

Bibliografia

- Dietrich, A.R., Osak M. 2002. Reforma reformy zdrowotnej w Polsce. Diagnoza wstępna. *Polityka Społeczna*, nr 10.
- Informator statystyczny ochrony zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego za 2002 r., lipiec 2003. Szczecin-Koszalin: Zachodniopomorskie Centrum Organizacji i Promocji Zdrowia, s. 60.
- Kodeks Etyki Lekarskiej*. Uchwała nr 18/98/II Naczelnej Izby Lekarskiej z dnia 25 kwietnia 1998 roku.
- Kolter, P., Clarke, R. 1987. *Marketing for health care organizations*, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Kolter, P., Levy, S. 1969. Broadening the concept of marketing. *Journal of Marketing*, Vol. 33, No. 1, s. 10-15.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Art. 68 Praw ekonomicznych, społecznych i kulturalnych.
- Koronkiewicz, A. (red.) 1997. *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania*, Warszawa: Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia.
- Polski Słownik Medyczny* 1981. Warszawa: PAN, PZWL.
- Raport o sytuacji w ochronie zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego*. 2002. Szczecin: Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego.
- OECD Health Data 2004. www.oecd.org.
- Razzouk, N.Y., Brown, S.W. 1994. The distinctive marketing roles of physician office managers and staff. *Journal of Health Care Marketing*, Vol. 4, No. 2, s. 9.
- Rudawska, I. 2003. Pacjent – klient na rynku usług zdrowotnych. *Marketing i Rynek*, nr 1.
- Sobiech, J. 1990. *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, Zeszyty Naukowe, Zeszyt 109, Seria II, Poznań: Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu.
- Tabin, K. 2003. System komunikacji na rynku usług medycznych. *Marketing i Rynek*, nr 6, s. 24.
- Upton, R. 1997. *Consumer-driven health care marketing. Managed Care Quarterly*, Vol 5, Part 1, s. 26.
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z późniejszymi zmianami. (Dz. U. Nr 28, poz. 153).
- Ustawa z dnia 20 czerwca 1997 roku o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr. 104, poz. 661).
- Young, A. 1996. Marketing: a Flawed Concept When Applied to Health Care? *British Journal of Nursing*, Vol. 5, No.15.
- Zaltman, G., Vertinsky, I. 1971. Health service marketing: a suggested model. *Journal of Marketing*, Vol. 35, s. 19-27.