

Joanna Kowalska

Marketing relacji na rynku usług zdrowotnych w świetle badań przeprowadzonych w 2013 r. na terenie Dolnego Śląska

Wprowadzenie

Sektor usług zdrowotnych kojarzony był do niedawna z publicznymi placówkami udzielającymi świadczeń medycznych zgodnie z art. 68 pkt 1.2, który stanowi, że każdy obywatel ma prawo do ochrony zdrowia finansowanej ze środków publicznych¹. Schematyczność działań przyjętych w placówkach w zakresie jakości obsługi pacjentów, prezentacji wizualnej, udogodnień, jakie mogą być oferowane pacjentom dalece odbiegały od doskonałości. Pacjenci podlegali pod konkretną placówkę, w której mogli uzyskać pomoc medyczną na zgłaszane potrzeby zdrowotne.

Komercjalizacja świadczeń zdrowotnych zaistniała na skutek wprowadzenia w przepisach zmian dających prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych publicznym, a także prywatnym przedsiębiorstwom leczniczym, których działalność reguluje ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej². Przyczyniło się to do pojawienia się w otoczeniu medycznym nowego podejścia w zakresie jakości udzielanych świadczeń oraz działań, jakie przedsiębiorstwa podejmują w celu zachęcenia do skorzystania

z oferowanych usług potencjalnych, a także pozyskanych świadczeniobiorców (np. z tytułu złożonej deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej). Koncepcją, która pojawiła się w środowisku naukowym, jest marketing relacji oparty na ukształtowaniu odpowiednich więzi pomiędzy uczestnikami rynku w kontaktach przedsiębiorstwo-klient.

Artykuł ma na celu dokonanie oceny marketingu relacji, stosowanego przez podmioty lecznicze na terenie Dolnego Śląska na podstawie badań marketingowych przeprowadzonych wśród osób zarządzających podmiotami leczniczymi³. W artykule przedstawiono koncepcję marketingu relacji w branży medycznej.

Koncepcja marketingu relacji

Specyfika rynku usług zdrowotnych wpisuje się w koncepcję relacyjnego podejścia do klientów placówek. Usługi świadczone przez podmioty lecznicze charakteryzują się wieloma elementami wymienianymi w tym podejściu. W celu przedstawienia pojęcia przybliżono niektóre defini-

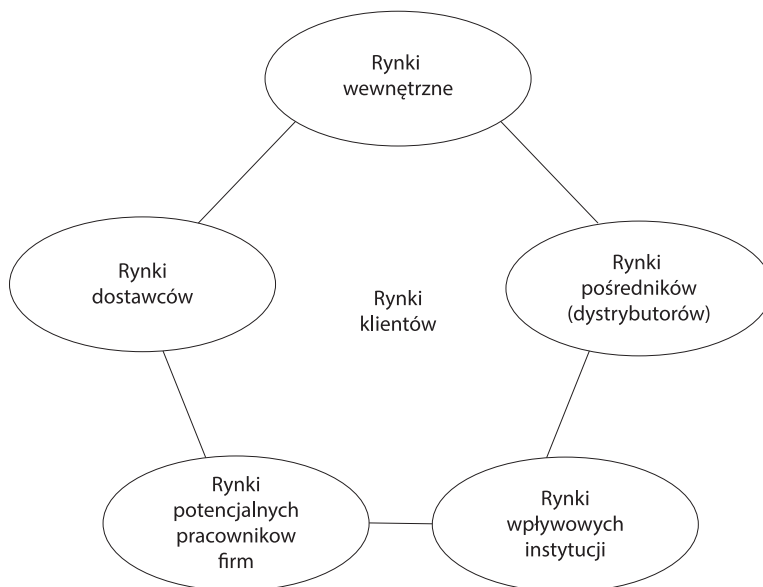
cje zaprezentowane przez przedstawicieli tego nurtu. Koncepcja marketingu relacji wprowadzona przez Leonarda Berry'ego w 1983 r. dotyczyła marketingu usług, a w szczególności relacji z klientem na bardziej pogłębionym poziomie. Autor, podając definicję tej koncepcji, stwierdził, że „marketing relacji to tworzenie, utrzymywanie i wzbogacanie relacji z klientem. Pozyskanie nowego klienta stanowi jedynie pierwszy krok w procesie marketingu”⁴. To stwierdzenie wpisuje się w działania, jakie wykonują podmioty prowadzące działalność leczniczą. Jednostki świadczące usługi zdrowotne o charakterze powtarzających się wizyt pacjentów należą do grupy przedsiębiorstw, które powinny traktować tę koncepcję jako filozofię prowadzenia biznesu. V.A. Zeithaml i M.J. Bitner zwracają uwagę na konieczność ulepszania relacji z pozyskanymi klientami⁵. Powstanie nowego podejścia marketingowego było efektem pracy naukowców takich szkół, jak: szkoła nordycka, Grupa IMP (International Marketing and Purchasing Group), szkoła anglo-australijska (Anglo-Australian School of Relationship Marketing), Swedish School of Marketing, Harvard Business School, Texas University, Center for Relationship Marketing⁶. Dzięki pracy głównych przedstawicieli tych szkół zmieniło się podejście do działań marketingowych, które wykonują przedsiębiorstwa w ramach realizowanej polityki funkcjonowania placówki w otoczeniu. Na główne przyczyny zmiany podejścia zwrócił uwagę Alexander Payne. Były to:

- przejście firm z relacji transakcyjnych do partnerskich;
- zwiększenie zainteresowania firm w zakresie nawiązywania i podtrzymywania trwałych kontaktów z rynkami zewnętrznymi i wewnętrznymi;
- konieczność połączenia jakości, obsługi klienta i działalności marketingowej przedsiębiorstwa.

Marketing relacji koncentruje się na zintegrowaniu wymienionych elementów i uruchomieniu efektów synergicznych⁷.

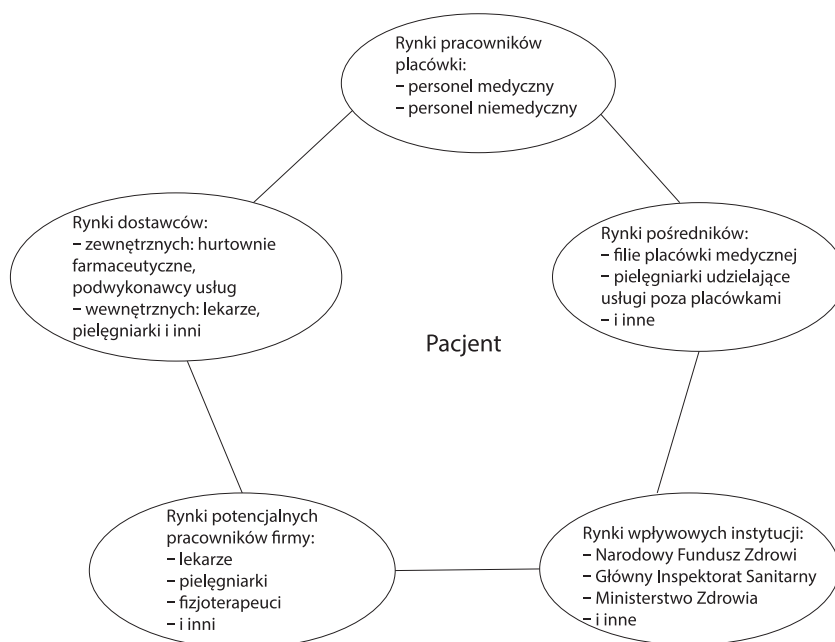
Zamknięcie procesu o charakterze transakcyjnym sprowadzało się do sprzedaży usługi bez konieczności nawiązania z klientem relacji o charakterze długoterminowym. Rynek usług zdrowotnych kieruje się innymi zależnościami wynikającymi z potrzeb, jakie zgłaszają pacjenci. W przeciwieństwie do pozostałych rynków dóbr i usług, charakterystyczne jest tu spełnienie oczekiwań klientów w ramach zarówno poprawy stanu zdrowia, jak i jakości obsługi, która bierze udział w wykonywaniu danej usługi. W zawód medyczny wpisane jest relacyjne podejście do pacjentów z racji realizowania kodeksu etyki zawodowej⁸. Etyka, formułując zasady moralnego postępowania, wpływa na postawy międzyludzkie⁹. Ma to swoje odzwierciedlenie w codziennej pracy personelu medycznego, stanowiąc wyznacznik dla zasad i norm występujących w obszarze ochrony zdrowia. Zasady te kształtowały się od początku istnienia zawodu lekarza i są podstawą postępowania środowiska medycznego do dnia dzisiejszego. Charakterystyczną cechą koncepcji relacyjnej jest podejście partnerskie w kierunku wszystkich powiązanych z firmą rynków. Nawiązywanie i podtrzymywanie trwałych kontaktów z rynkami zewnętrznymi i wewnętrznymi stanowi istotę nowego podejścia marketingowego, uzupełniającego sam proces świadczenia usługi zdrowotnej. Modelem obrazującym rodzaje powiązań, jakie występują pomiędzy poszczególnymi grupami pozostającymi w kontakcie z podmiotem leczniczym, jest model sześciu rynków (ryc. 1, 2). Jest to najczęściej stosowana koncepcja marketingu relacyjnego.

Autorzy tego modelu (Adrian Payne, David Ballantyne, Martin Christopher) jako najważniejszy obszar działań wskazali rynki klientów, wokół których położone są pozostałe rynki. Autorzy, realizując definicję



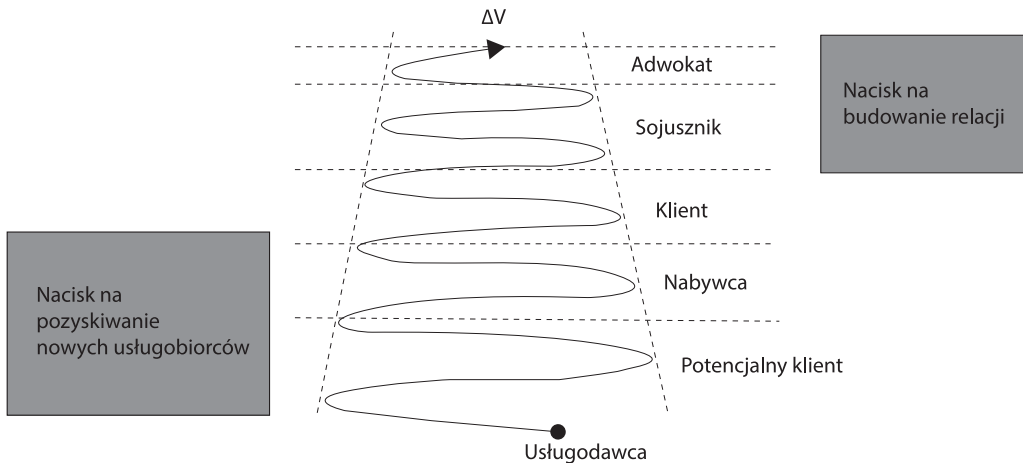
Ryc. 1. Model sześciu rynków

Źródło: M. Christopher, A. Payne, D. Ballantyne, *Relationship Marketing*, London 1994, s. 21.



Ryc. 2. Model sześciu rynków na rynku usług zdrowotnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie M. Christopher, A. Payne, D. Ballantyne, *op. cit.*



Ryc. 3. Spirala lojalności w usługach

Źródło: M. Dobska, K. Rogoziński, *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Warszawa 2012, s. 241.

Leonadra Berry'ego, sugerują, że stały klient przynosi więcej zysku przedsiębiorstwu niż nowy. Zgodnie z opinią naukowców utrzymanie długotrwałych więzi przyczynia się do przeobrażenia klientów w partnerów, którzy z pozycji potencjalnego klienta stają się adwokatami (ryc. 3).

Zadowolony z usługi klient, stając się adwokatem firmy, buduje odpowiedni wizerunek przedsiębiorstwa leczniczego w otoczeniu, przyczyniając się do zainteresowania usługami, które oferuje ono potencjalnym i pozyskanym, zainteresowanym daną usługą osobom. Opinie przynoszone przez pacjentów są najlepszą reklamą placówki medycznej w otoczeniu. Informacje uzyskane od klientów, którzy spełnili swoje oczekiwania, korzystając z usług danej placówki, rekomendują jej działanie, dając poczucie bezpieczeństwa i potencjalnego zadowolenia z jej usług. Działania takie mogą w efekcie przyczynić się do zwiększonego popytu na te usługi.

Rynki pośredników — filie placówki medycznej odgrywają ważną rolę, reprezen-

tując podmiot leczniczy w innym obszarze terytorialnym. Odpowiednio opracowane procedury w zakresie zarządzania, standardów jakościowych, komunikacji wewnętrznej, odpowiednio realizowanej polityki personalnej, dostosowania obsługi do potrzeb klientów przyczyniają się do odpowiedniego kształtowania wizerunku podmiotu.

Rynki dostawców stanowią istotny obszar współpracy. Odpowiednio dopracowane relacje dostawca–pracownik firmy owocować będą partnerstwem utrzymującym się w długim okresie. Współpraca ta może wpływać na utrzymanie lub umocnienie pozycji przedsiębiorstwa na rynku usług zdrowotnych. Można wyróżnić dwie grupy dostawców:

- Dostawcy zewnętrzni w zakresie materiałów podstawowych to: hurtownie farmaceutyczne, hurtownie zaopatrujące podmioty w artykuły medyczne, hurtownie sprzętów medycznych i inne. Każda z firm w tej grupie będzie opierać współpracę na doświadczeniach wynikających z relacji po-

między stronami. Terminowość zapłat, stałe zamówienia, standaryzacja zamówień przyczyniać się będą do wypracowania systemów rabatowych pozwalających na znaczne obniżanie kosztów związanych z prowadzoną działalnością, a także umożliwią przygotowanie konkurencyjnej oferty w wypadku odpłatnych usług zdrowotnych (np. prywatne szczepienia dodatkowe, wykonywane na zlecenie klientów podmiotu leczniczego).

- W wypadku wewnętrznych dostawców usług (lekarze podwykonawcy, pozostały personel medyczny współpracujący na podstawie umów cywilno-prawnych) określone zasady współpracy, dostęp do odpowiedniego wyposażenia gabinetów i materiałów podstawowych, terminowość zapłat przyczyniać się będą do utrzymania relacji o charakterze długoterminowym.

Bardzo istotnym obszarem jest rynek potencjalnych pracowników firmy. Podmioty lecznicze wykazują stałe zapotrzebowanie na wysoko wykwalifikowany personel medyczny. Odbiorcy ofert pracy oczekują dobrze opracowanej propozycji zatrudnienia, zaspokajającej w miarę możliwości ich potrzeby. Ukształtowanie odpowiedniej polityki zatrudnienia, obejmującej odpowiednie etapy współpracy, począwszy od procesu rekrutacji do wyznaczenia określonej ścieżki rozwoju pracownika, będzie korzystnie wpływać na relacje i zainteresowanie pracą w danym przedsiębiorstwie leczniczym.

Rynki wpływowych instytucji stanowią kolejną grupę pozostającą w stałych relacjach z przedsiębiorstwem. Podmioty lecznicze w celu prowadzenia działalności leczniczej muszą dostosowywać się do wymagań, które wskazane są w przepisach prawa. Dotyczą one między innymi:

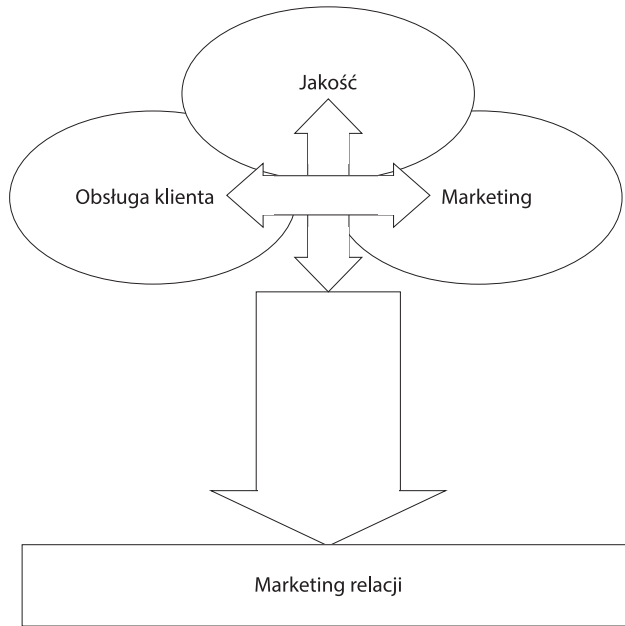
- funkcjonowania podmiotów leczniczych¹⁰;
- świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹;
- praw pacjenta i Rzecznika Praw Pacjenta¹²;

- zawodów lekarza i lekarza dentystry¹³;
- zawodów pielęgniarek i położnych¹⁴.

Zastosowanie się do wymagań, jakie są zamieszczone w przepisach prawa, umożliwia podmiotom leczniczym udzielanie świadczeń zdrowotnych. Zgodność funkcjonowania placówek z przepisami prawa podlega kontroli przez wyznaczone do tego celu jednostki. Prawidłowe relacje z wpływowymi instytucjami uzależnione są od pozytywnej oceny organów kontrolujących poprawność stosowania tych zasad w przedsiębiorstwie leczniczym. Uzależnia to także możliwość podpisania kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie bezpłatnych dla pacjentów świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Są to bardzo istotne relacje, które dają podstawę do zwiększenia oferty przedsiębiorstwa, poprawiając jego konkurencyjność na rynku.

Rynki wewnętrzne stanowią bardzo ważny obszar działań marketingowych przedsiębiorstwa. Do tej grupy zalicza się pracowników placówki medycznej, będących bardzo istotnym elementem działań w podejściu relacyjnym. Dobrze opracowany i realizowany marketing wewnętrzny przyczyniać się będzie do zadowolenia personelu, co w efekcie stanie się odczuwalne w czasie wykonywania usługi dla pacjenta. Wśród oczekiwań pracowników wymienić można: odpowiednie warunki pracy, system motywacji, możliwość rozwoju osobistego, jasno określone zakresy obowiązków, poprawną komunikację wewnętrzną, współpracę na zasadach umowy o pracę itp.

Dzięki modelowi sześciu rynków łatwiej jest opracować działania marketingowe przedsiębiorstwa. Twórcy tego modelu kładą nacisk na dokładne rozpoznanie oczekiwań każdej grupy uczestników poszczególnych rynków w celu dopracowania odpowiednich działań ukierunkowanych na zaspokojenie ich potrzeb.



Ryc. 4. Istota marketingu relacji

Źródło: A. Payne, *The Essence of Services Marketing*, London 1993, s. 216; cyt. za: J. Otto, *Marketing relacji: koncepcja i stosowanie*, Warszawa 2001, s. 59.

Ostatnim aspektem, na który zwrócił uwagę A. Payne, jest konieczność połączenia jakości, obsługi klienta i działalności marketingowej przedsiębiorstwa (ryc. 4).

Już w starożytności Platon jakość określał jako stopień doskonałości¹⁵. Definicja jakości usług, prezentowana przez Valarie A. Zeithaml, A. Parasuramana i Leonarda Berry'ego, brzmi: „Jakość usługi to stopień spełnienia oczekiwań nabywców. Usługa ma odpowiednią jakość, jeśli jej realizacja spełnia lub przekracza oczekiwania nabywców”. Takie ujęcie bardzo dobrze odwzorowuje zakres działań wpływający na relacje między uczestnikami rynku¹⁶. Na jakość należy spojrzeć z dwóch perspektyw:

- perspektywy wewnętrznej — z punktu widzenia przedsiębiorstwa, zgodnej z przyjętymi przez firmę normami czy procedurami wewnętrznymi;

- perspektywy zewnętrznej — ujętej w kategoriach użyteczności, zadowolenia klienta¹⁷.

W wypadku podmiotów leczniczych zdefiniowanie jakości uzależnione jest od podmiotu będącego odbiorcą usługi. Ocena jakości będzie wystawiana na podstawie poziomu spełnienia oczekiwań każdej z grup odbiorców: płatnik publiczny (NFZ, budżet państwa, samorząd terytorialny, pracodawca) oczekuje maksymalnie wysokiej jakości usługi przy minimalnym koszcie, konsument indywidualny liczy na wolność wyboru i satysfakcjonujący standard, świadczący usługę pragnie utrzymać lub zwiększyć dochody¹⁸. Christian Gronroos i Evert Gummesson stwierdzają, że jakość jest subiektywnym odczuciem. Postrzegana przez klienta jakość jest efektem doznań wynikających z porównania usługi oczekiwanej z otrzymaną¹⁹.

Zarówno jakość obsługi klienta, jak i jakość świadczonej usługi stanowią zestaw wpływający na odczucia klientów oceniane w długim okresie. Jakość świadczonych usług zdrowotnych jest określona w przepisach prawa dotyczących kwalifikacji personelu medycznego, sprzętu medycznego, wyposażenia gabinetów i pomieszczeń przychodni²⁰. Natomiast wszelkie udogodnienia wprowadzane przez podmioty lecznicze będą podnosiły jakość obsługi klienta, prowadząc do nawiązania więzi o charakterze długoterminowym. W celu realizacji koncepcji marketingu relacji należy połączyć wszystkie wymienione działania, budując w ten sposób wizerunek firmy o charakterze partnerskim.

Ocena marketingu relacji na rynku usług zdrowotnych w świetle badań

W celu dokonania oceny działań w zakresie marketingu relacji przeprowadzono badania marketingowe na próbie 200 podmiotów leczniczych, pobranej z bazy 1123 zarejestrowanych podmiotów medycznych²¹, prowadzących działalność w rodzaju ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych, znajdujących się na terenie Dolnego Śląska.

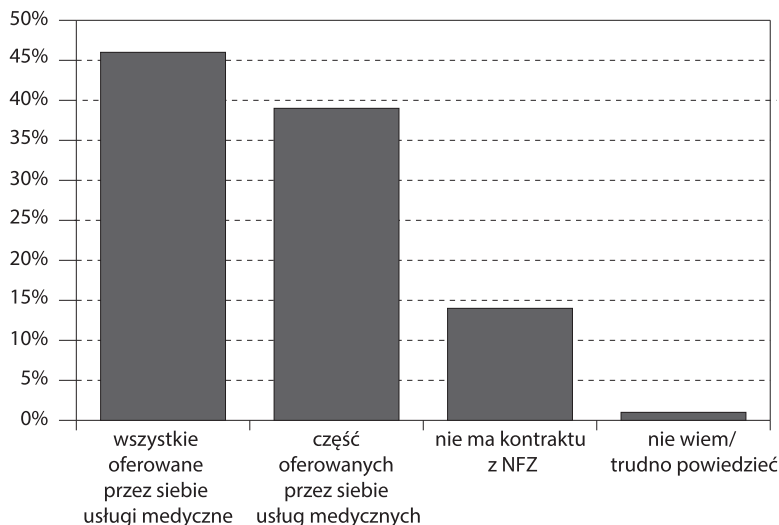
Badaniem objęto ambulatoryjne zakłady opieki zdrowotnej, gdyż w wypadku tego rodzaju podmiotów medycznych relacje z pacjentami mają najbardziej powtarzalny charakter: przychodnie, centra lub ośrodki zdrowia, zakłady lekarskie, poradnie, zespoły opieki zdrowotnej oraz podmioty zatrudniające równocześnie personel medyczny i pracowników rejestracji. Pytania skierowano do osób reprezentujących kadrę zarządzającą placówką: kierownika, menedżera, dyrektora, właściciela placówki medycznej. Metodą badawczą były wywiady telefoniczne wspomagane komputerowo — metoda CATI²².

W trakcie badania zanalizowano elementy marketingu relacyjnego z punktu widzenia osób zarządzających placówkami medycznymi. W celu oceny stopnia stosowania zasad koncepcji marketingu relacyjnego przez placówki medyczne porównano działania, jakie podmioty wykonują w oparciu o model sześciu rynków — relacje pomiędzy rynkami: klientów, wpływowych instytucji, dostawców, pośredników, potencjalnych pracowników, wewnętrzny.

Ocenę stosunków z rynkami wpływowych instytucji oceniono na podstawie ilości placówek w badanej grupie posiadających umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia (ryc. 5).

Najwięcej, bo blisko połowa (46%) placówek objętych badaniem zawarła umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na wszystkie oferowane przez siebie usługi zdrowotne. Prawie 4 na 10 jednostek (39%) tylko część świadczonych usług finansuje ze środków otrzymywanych z NFZ. Najmniej, bo 14% zakładów, świadczy usługi medyczne tylko na zasadach komercyjnych. Wyniki te wskazują na duży odsetek placówek świadczących usługi zdrowotne na podstawie kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Przyjmując konieczność spełnienia wymagań, jakie stawiają przepisy prawa dotyczące możliwości udzielania bezpłatnych świadczeń finansowanych ze środków publicznych, trzeba stwierdzić spełnienie oczekiwań w zakresach wymaganych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Ocena relacji w grupie badanych placówek jest pozytywna i wskazuje na dobre relacje w kontaktach firma–rynek wpływowych instytucji.

W ramach oczekiwań wymienić należy konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości posiadanego sprzętu, dostępności czy wymaganego podwykonawstwa w zakresie badań poszerzonych lub specjalistycznych. Podwykonawstwo to może być realizowane zarówno:



Ryc. 5. Podział podmiotów leczniczych ze względu rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych

Źródło: opracowanie wykonane przez autorkę na podstawie badań własnych.

- w placówkach zewnętrznych podmiotów leczniczych, w których to wykonuje się badania specjalistyczne typu: RTG, rezonans, tomograf i inne;

- w miejscu wykonywania świadczeń zdrowotnych (w lokalizacji) przez wewnętrznych dostawców usług, zatrudnianych w ramach umów cywilnoprawnych podpisywanych ze specjalistami poszczególnych zakresów usług zdrowotnych, np. badania USG.

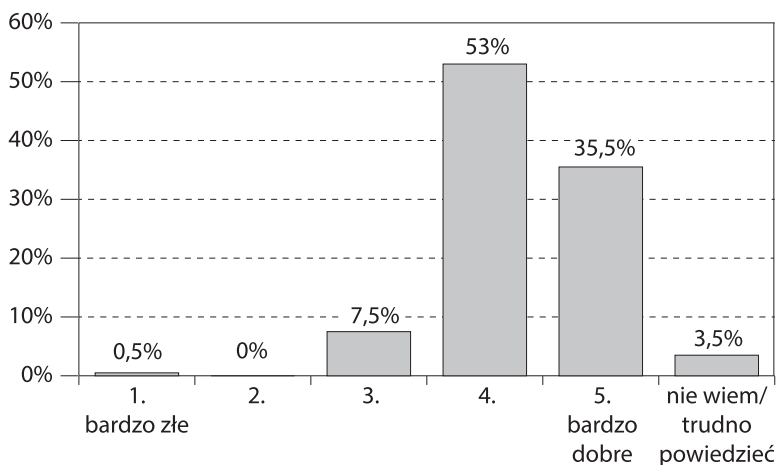
Osoby zarządzające placówkami medycznymi oceniły relacje, jakie występują w kontaktach przedsiębiorstwo lecznicze–dostawcy usług (ryc. 6).

Biorąc pod uwagę wszystkie elementy współpracy, niemal 9 na 10 badanych zarządzających pozytywnie określa relacje ze swoimi dostawcami usług, z czego 40% ocenia tę współpracę bardzo dobrze. Jest to diagnoza relacji występujących pomiędzy podmiotem leczniczym a rynkiem dostawców.

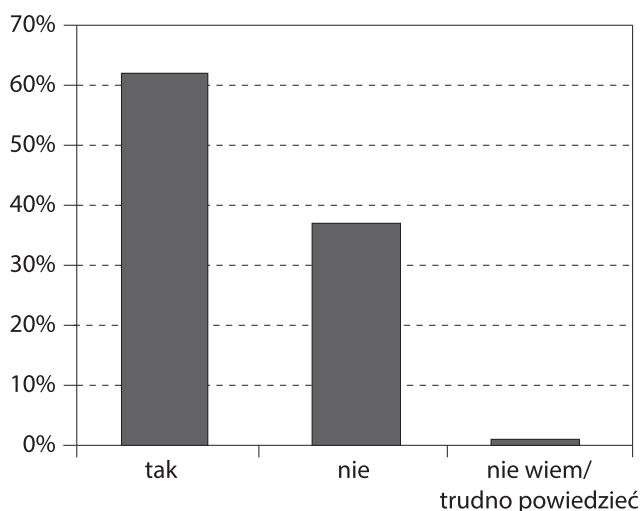
Istotnym elementem wspomagającym kreowanie odpowiednich relacji w przed-

siębiorstwie jest komunikacja wewnętrzna. Stanowi ona podstawę funkcjonowania przedsiębiorstwa zgodnie z polityką firmy w każdym, nawet odległym miejscu świadczenia usług. Dzięki odpowiednio opracowanym procedurom komunikacyjnym koordynacja zamówień do dostawców, bieżących spraw organizacyjnych, logistycznych, informacyjnych i innych usprawniać będzie wszelkie procesy występujące w ramach funkcjonowania przedsiębiorstwa leczniczego. Stosowanie właściwych i dokładnie określonych procedur zaowocuje aktualnością wynikającą z zastosowania tych samych metod przez rynki pośredników, których zadaniem jest świadczenie usług na takim samym poziomie, zgodnym z praktykowanymi zasadami przyjętymi w firmie. Respondenci wypowiedzieli się na temat stosowania procedur związanych z funkcjonowaniem komunikacji wewnętrznej w przedsiębiorstwach leczniczych (ryc. 7).

Z przeprowadzonego badania wynika, że aż 62% podmiotów prowadzi okre-



Ryc. 6. Ocena relacji podmiotów leczniczych ujętych w badaniu z dostawcami usług zdrowotnych
Źródło: opracowanie wykonane przez autorkę na podstawie badań własnych.



Ryc. 7. Stosowanie procedur w zakresie komunikacji wewnętrznej w podmiotach leczniczych ujętych w badaniu

Źródło: opracowanie wykonane przez autorkę na podstawie badań własnych.

ślone procedury w zakresie komunikacji wewnętrznej przedsiębiorstwa, a 32% nie stosowało dotychczas takiego systemu. Tak wysoki wskaźnik przestrzegania w placów-

kach zdrowotnych procedur komunikacyjnych wskazuje na odpowiednie relacje pomiędzy podmiotem leczniczym a rynkiem pośredników.

Istotnym elementem, zapewniającym odpowiednią jakość, dzięki której możliwe jest wykonywanie konkretnych świadczeń zdrowotnych, jest dysponowanie odpowiednio wykwalifikowanym personelem medycznym. Pozyskanie osób mających odpowiednie uprawnienia do wykonywania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych warunkuje możliwość udzielania konkretnych usług zdrowotnych²³, mogących umieścić przedsiębiorstwo na lepszej pozycji wobec innych podmiotów leczniczych. Wskaźnikiem pozyskania, a co za tym idzie — spełnienia oczekiwań rynku potencjalnych pracowników jest ilość specjalności, których usługi oferują podmioty lecznicze w ramach wykonywanych świadczeń zdrowotnych. W przeprowadzonym badaniu świadczeniodawcy wskazali specjalności, jakie realizują w ramach prowadzonej działalności. Były to:

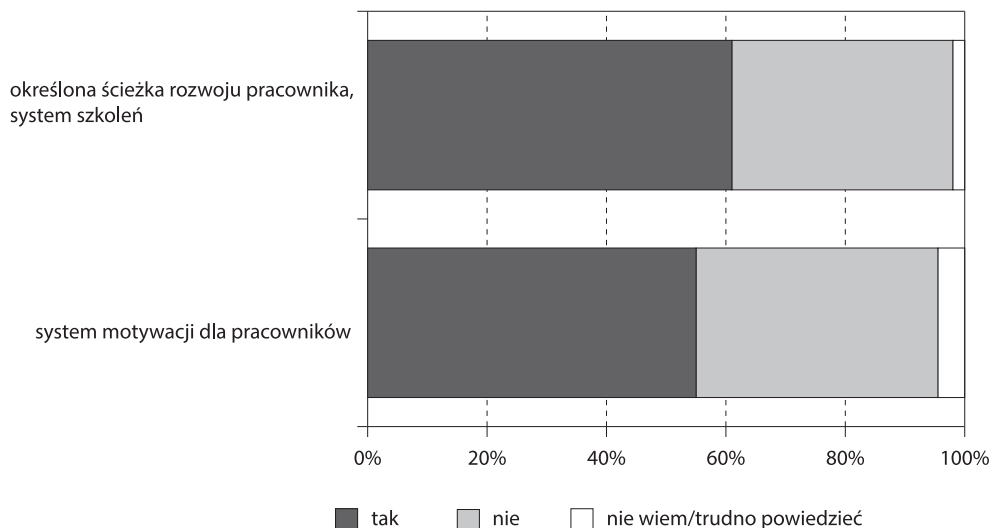
- lekarz pierwszego kontaktu/rodzinny 68%;
- pediatra 58%;
- gabinet stomatologiczny 33%;
- ginekolog/położnik 33%;
- medycyna pracy 30%;
- chirurg 29%;
- laryngolog, otolaryngolog, audiolog, foniatra 25%;
- neurolog 23%;
- dermatolog 22%;
- okulista 21%;
- psychiatra, ortopeda, traumatolog 17%;
- kardiolog 16%;
- alergolog 14%;
- urolog 11%;
- lekarz rehabilitacji medycznej 10%;
- onkolog, reumatolog, diabetolog 9%;
- endokrynolog, pulmonolog 7%;
- radiolog 6%;
- gastrolog, gastroenterolog 5%;
- lekarz chorób wewnętrznych 4%;
- nefrolog 3%;
- angiolog, balneolog, medycyna fizykalna, hematolog, neonatolog, anestezjolog, dietetyk, proktolog 2%;

- lekarz medycyny estetycznej, medycyny sportowej, chorób zakaźnych, medycyny paliatywnej, geriatra, genetyk 1%;
- laboratorium, badania diagnostyczne 41%;
- szpital 16%.

Najczęściej wskazywaną specjalnością był lekarz pierwszego kontaktu — pediatra pracujący w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Ponad 40% placówek ma zaplecze diagnostyczne, a 16% podmiotów to przychodnie w poradniach przyszpitalnych. Średnia liczba specjalizacji lekarskich w placówce wynosi 5. Wskazania te świadczą o odpowiednich relacjach podmiotów leczniczych z rynkami potencjalnych pracowników. Dzięki możliwości pozyskania tych osób placówka lecznicza może na stałe realizować swoje usługi zdrowotne, stając się świadczeniodawcą zapewniającym pacjentom szeroki wachlarz usług.

Ważna dla potencjalnych, a także zatrudnianych pracowników jest odpowiednio opracowana ścieżka rozwoju oraz systemu motywacji. Potencjalnym pracownikom będzie ona pomocna w procesie podejmowania decyzji co do skorzystania z oferty pracy, natomiast dla zatrudnionego personelu będzie stanowić wyznaczony cel, możliwy do osiągnięcia u danego pracodawcy. Bardzo istotną rolę odgrywa tu stosowanie odpowiednio opracowanego marketingu wewnętrznego. Respondenci reprezentujący przedsiębiorstwa lecznicze wskazali działania, jakie wykonują w tym zakresie (ryc. 8).

Ponad 60% *top managementu* placówek medycznych deklaruje stosowanie określonej ścieżki rozwoju pracowników, powiązanej z systemem szkoleń. Są to elementy bardzo istotne dla pracowników, którzy znając możliwości rozwoju, będą wykazywali większe zadowolenie z wykonywanej pracy. Odnosi się to również do systemu motywacji, jaki wskazała w badaniu ponad połowa osób zarządzających (55% deklaruje stosowanie systemu motywacji pracowników). Stoso-



Ryc. 8. Działania wykonywane przez podmioty lecznicze w ramach marketingu wewnętrznego

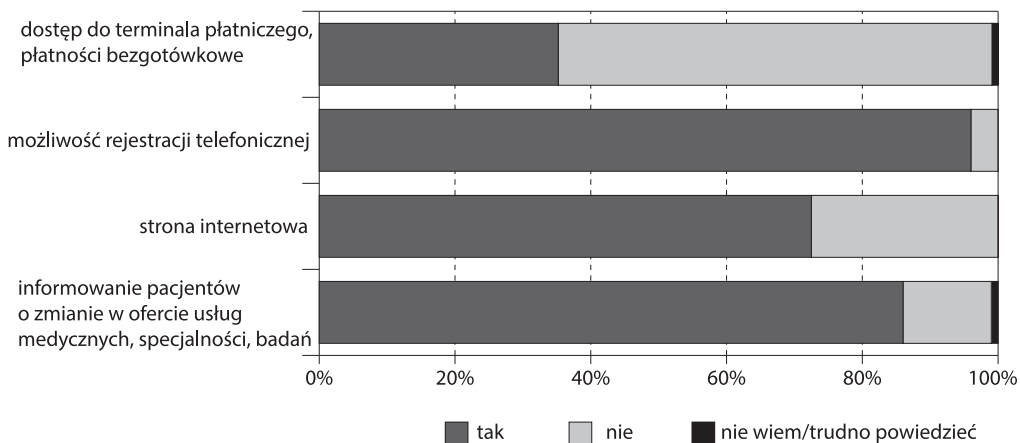
Źródło: opracowanie wykonane przez autorkę na podstawie badań własnych.

wanie działań ukierunkowanych na pracowników przyczyniać się będzie do spełnienia oczekiwań personelu wewnętrznego, stając się również zachętą dla potencjalnych pracowników firmy, którzy chętniej będą wykazywali zainteresowanie zatrudnieniem w danej placówce medycznej.

Personel medyczny bez względu na formę zatrudnienia pełni bardzo ważną funkcję w procesie obsługi pacjentów. Obsługa ta związana jest z wieloma powiązаныmi aspektami wynikającymi nie tylko z pracy pracowników przedsiębiorstwa. Na zadowolenie istotnie wpływają także udogodnienia, jakie firma oferuje odbiorcom, które również wspomagają pracę personelu (ryc. 9).

Niemal wszystkie zakłady objęte badaniem (96% z nich) oferują możliwość rejestracji telefonicznej. Dzięki temu oferta dostosowana została do potrzeb osób pracujących, chorych czy niepełnosprawnych. Oszczędza to czas pacjentów, którzy z różnych przyczyn wolą taką właśnie formę zapisu na badanie lekarskie. Na informowanie pacjentów o zmianach

w ofercie placówek w zakresie usług zdrowotnych, badań, specjalistów wskazuje 86% osób zarządzających placówkami medycznymi, a 73% przebadanych podmiotów prowadzi własną stronę internetową. Wprowadzenie do procesu komunikacji nowoczesnych rozwiązań informatycznych pozwala odbiorcom na bieżąco zdobywać wiedzę, jakiej potrzebują, by skorzystać z usługi zdrowotnej. Widoczne są tu usprawnienia, jakie coraz częściej stosują placówki medyczne w ramach realizacji działań w zakresie dostosowania oferty do oczekiwań pacjentów. Należy zwrócić uwagę na fakt wychodzenia poza procesy związane z usługą zdrowotną. Przykładem może być wprowadzenie możliwości zapłaty za usługi zdrowotne bezgotówkowo, dzięki terminalowi płatniczemu — taką możliwość wskazuje 35% podmiotów. Osoby korzystające z bezpłatnych usług zdrowotnych udzielanych w ramach kontraktów z NFZ często wykonują także dodatkowe badania laboratoryjne lub inne świadczenia dostępne w ramach organizowanych akcji medycznych w zakresach



Ryc. 9. Udogodnienia oferowane pacjentom placówek medycznych

Źródło: opracowanie wykonane przez autorkę na podstawie badań własnych.

poszerzających podstawowy wachlarz usług. Wszystkie wykonywane przez podmioty działania ukierunkowane na spełnienie oczekiwań pacjentów kreują relacje pomiędzy obu stronami powiązania. Celem jest wypracowanie odpowiednich więzi, które w niewidoczny sposób będą łączyły pacjentów z placówką medyczną w długim okresie.

Podsumowanie

W zawodzie medycznym wpisana jest relacyjność w kontaktach lekarz–pacjent. Kodeks etyczny od wieków kształtuje myślenie personelu medycznego, więc sam proces świadczenia usługi zdrowotnej od pokoleń nacechowany jest partnerstwem w kontaktach. Z momentem nastania komercjalizacji świadczeń medycznych niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (obecnie podmioty lecznicze) rozpoczęły wprowadzanie zasad panujących od dawna w innych sektorach usług. Podejście to związane było z koniecznością zachęcenia potencjalnych pacjentów do korzystania z usług danej placówki leczniczej.

Należało więc dostosować swoje działania tak, by uzyskać satysfakcję pacjentów w każdym z procesów związanych z ich obsługą. Z badań wynika, że podmioty rozpoczęły wprowadzanie udogodnień dla pacjentów oraz ulepszenie wspomagające funkcjonowanie placówek. Można tu wymienić między innymi:

- zamieszczanie informacji na stronach internetowych;
- bieżące informowanie o ofercie;
- możliwość rejestracji telefonicznej;
- elektroniczną formę płatności dla pacjentów.

Zadaniem wszelkich działań wykonywanych przez placówki medyczne jest osiągnięcie zadowolenia pacjentów z usług danego przedsiębiorstwa. Podmioty lecznicze starają się więc o dobre relacje z rynkami instytucji wpływowych w celu zaoferowania pacjentom także dostępu do bezpłatnych usług zdrowotnych przez dostosowywanie się do oczekiwań instytucji w tym zakresie. Ich działalność determinuje konieczność zapewnienia odpowiedniego sprzętu, materiałów medycznych oraz personelu, aby

zapotrzebowanie zostało zaspokojone w jak najlepszy sposób przy optymalnych kosztach dostawy czy usługi. Dzięki temu placówki będą mogły oferować usługi w konkurencyjnych cenach w stosunku do pozostałych uczestników rynku. Celem nadrzędnym jest zadowolenie klientów z danej usługi, dlatego też istotnym aspektem działań relacyjnych są pracownicy wewnętrzni placówek. Z badań wynika, że podmioty stosują w swoich placówkach elementy marketingu wewnętrznego, ukierunkowanego na budowanie odpowiednich relacji z personelem firmy. Wymienić tu można stosowanie systemów motywacji, ścieżki rozwoju pracowników, szkoleń w zakresie obsługi pacjentów. Wszystkie te działania mają w konsekwencji usprawnić pracę pracowników, powodując w efekcie budowanie więzi z pacjentami poprzez świadczenie poszukiwanej

przez nich usługi — ich zadowolenie będzie wynikać także z zastosowanych metod zarządzania personelem. Reasumując, należy zaznaczyć, że podmioty medyczne poddane badaniu wprowadzają w swoich działaniach podejście relacyjne. Poszerzenie relacji partnerstwa w świadczeniu usługi z kwestii jakości samej usługi do aspektu jakości całego spektrum kontaktów z pacjentem wpisuje się w nowe podejście marketingowe. Zastosowanie nowej koncepcji marketingowej odpowiada charakterystyce sektora medycznego, domykając proces świadczenia usługi. Stosowanie się do zasad partnerstwa ukierunkowanego na utworzenie długoterminowych więzi przyczyniać się będzie do zwiększenia zysków przedsiębiorstw medycznych, pozwalając na funkcjonowanie placówek pod względem ekonomicznym w dłuższym czasie.

¹ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. nr 78 poz. 483 z 1997 r., tekst jednolity ze zm.

² Ustawa z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej, Dz.U. nr 220 poz. 1447 z 2010 r., tekst jednolity ze zm.

³ Badania własne autorki przeprowadzone za pośrednictwem Instytutu Badania Rynku i Opinii Społecznej IMAS International, Wrocław lipiec–sierpień 2013.

⁴ J. Otto, *Marketing relacji koncepcja i zastosowanie*, Warszawa 2004, s. 35–37.

⁵ V.A. Zeithaml, M.J. Bitner, *Service Marketing. The Mc Grow-Hill Companies*, New York 1996, s. 337–359; cyt. za: B. Deszczyński, *Uwarunkowania wdrażania crm w przedsiębiorstwie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” LXIX, 2007, z. 2, s.72.

⁶ J. Otto, *op. cit.*, s. 37–40.

⁷ A. Payne, *Marketing usług*, Warszawa 1997; cyt. za: J. Otto, *op. cit.*, s. 44–45.

⁸ Kodeks Etyki Lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp: 29.10.2013).

⁹ L. Zbiegień-Maciąg, *Etyka w zarządzaniu*, Warszawa 1996, s. 7.

¹⁰ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112 poz. 654 z 2011 r., tekst jednolity ze zm.

¹¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 164 poz. 1027 z 2008 r., tekst jednolity ze zm.

¹² Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. nr 0 poz. 159 z 2012 r., tekst jednolity ze zm.

¹³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. nr 136, poz. 857 z 2008 r., tekst jednolity ze zm.

¹⁴ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, Dz.U. nr 174 poz. 1039 z 2011 r., ze zm.

¹⁵ W. Tatarkiewicz, *Historia filozofii*, t. 1, Warszawa 2003, s. 166.

¹⁶ V.A. Zeithaml, A. Parasuraman, L. Berry, *Delivering Quality Service. Balancing Customer Perceptions and Expectations*, New York 1990, s. 20.

¹⁷ A. Czubała, A. Jonas, T. Smoleń, J. Wiktor, *Marketing usług*, Warszawa 2006, s. 115–116.

¹⁸ A. Frączkiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Katowice 2001, s. 183; cyt. za: K. Krot, *Jakość i marketing usług zdrowotnych*, Warszawa 2008, s. 25.

¹⁹ W. Wereda, *Zarządzanie relacjami z klientem (CRM) a postępowanie nabywców na rynku usług*, Warszawa 2009, s. 80.

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 81 poz. 484 z 2008 r.

²¹ Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, <http://rpwdl.csioz.gov.pl/rpm/public/listaKsiagFiltr.jsf> (dostęp: 16.11.2013).

²² K. Mazurek-Łopacińska, *Badania marketingowe. Teoria i praktyka*, Warszawa 2005, s. 215.

²³ Załącznik 3. Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, nr 55/2010/DSOZ.

Bibliografia

- Chłodnicki M., *Usługi profesjonalne — przez jakość do lojalności klientów*, Wydawnictwo AE w Poznaniu, Poznań 2004.
- Christopher M., Payne A., Ballantyne D., *Relationship Marketing*, Butterworth Heinemann, London 1994.
- Czubała A., Jonas A., Smoleń T., Wiktor J., *Marketing usług*, Wolters Kluwer, Warszawa 2006.
- Deszczyński B., *Uwarunkowania wdrażania crm w przedsiębiorstwie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny” LXIX, 2007, z. 2.
- Dobska M., Rogoziński K., *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, PWN, Warszawa 2012.
- Frączkiewicz-Wronka A., *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Katowice 2001.
- Kodeks Etyki Lekarskiej, <http://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej> (dostęp: 29.10.2013).
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Dz.U. nr 78 poz. 483 z 1997 r., tekst jednolity ze zm.
- Krot K., *Jakość i marketing usług zdrowotnych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa 2008.
- Mazurek-Łopacińska K., *Badania marketingowe. Teoria i praktyka*, PWN, Warszawa 2005.
- Otto J., *Marketing relacji koncepcja i zastosowanie*, C.H. Beck, Warszawa 2004.
- Payne A., *Marketing usług*, PWE, Warszawa 1997.
- Payne A., *The Essence of Services Marketing*, Prentice Hall, London 1993.
- Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą, <http://rpwdl.csioz.gov.pl/rpm/public/listaKsiagFiltr.jsf> (dostęp: 16.11.2013).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 81 poz. 484 z 2008 r.
- Tatarkiewicz W., *Historia filozofii*, t. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2003.
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, Dz.U. nr 112 poz. 654 z 2011 r., tekst jednolity ze zm.
- Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej, Dz.U. nr 174 poz. 1039 z 2011 r., ze zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 164 poz. 1027 z 2008 r., tekst jednolity ze zm.
- Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, Dz.U. nr 0 poz. 159 z 2012 r., tekst jednolity ze zm.
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, Dz.U. nr 136 poz. 857 z 2008 r., tekst jednolity ze zm.
- Wereda W., *Zarządzanie relacjami z klientem (CRM) a postępowanie nabywców na rynku usług*, Difin, Warszawa 2009.

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie stomatologiczne, nr 55/2010/DSOZ.
 Zbiegień-Maciąg L., *Etyka w zarządzaniu*, Wydawnictwo Centrum Informacji Menedżera, Warszawa 1996.
 Zeithaml V.A., Parasuraman A., Berry L., *Delivering Quality Service. Balancing Customer Perceptions and Expectations*, The Free Press, New York 1990.
 Zeithaml V.A., Bitner M. J., *Service Marketing*, The Mc Grow-Hill Companies, New York 1996.

Relationship Marketing in health service market in a view of the research conducted in 2013 on area of Lower Silesia

Summary

The purpose of this article is to evaluation of the use of marketing principles in medical facilities based on marketing research carried out among Managers of those institutions on the area of Lower Silesia. Through the information received in the survey the author presents scientific aspect of a relationship marketing concept. The research was conducted on a sample of 200 medical facilities in which reproducibility of patients visits occurs. The research was carried out in the turn of July and August 2013.

Słowa kluczowe: rynek usług zdrowotnych, marketing relacji, etyka w ochronie zdrowia, usługa zdrowotna, jakość obsługi pacjentów, jakość usług zdrowotnych

Keywords: health care industry, relationship marketing, ethics in health care, health service, quality of patients care, quality of medical service