

Zmiany w podejściu do marketingu w ochronie zdrowia w Polsce

Wstęp

Niniejszy artykuł przedstawia okoliczności stosowania marketingu w sektorze ochrony zdrowia. Celem artykułu jest wykazanie konieczności ich stosowania ze względu na różnorodne uwarunkowania. Wśród tych uwarunkowań brane są pod uwagę szczególnie uwarunkowania zewnętrzne. Sektor ochrony zdrowia ciągle się rozwija w tym kierunku, dostrzegając w coraz większym zakresie korzyści płynące ze stosowania zasad marketingowych. Dotyczyć to może szczególnie budowania odpowiedniego wizerunku placówki, czy też lepszego zapewnienia pacjentowi zaspokojenia jego potrzeb. W artykule przedstawione są ogólne założenia działalności marketingowej, z uwzględnieniem specyfiki stosowania marketingu w sektorze ochrony zdrowia. Wskazano na wpływ zmiennego otoczenia oraz uwarunkowania polityczno-ekonomiczne, które wpływają niejako na konieczność podjęcia systematycznych działań marketingowych w placówkach ochrony zdrowia w Polsce. W ostatniej części przedstawiono badania personelu zakładów opieki zdrowotnej dotyczące działań i wiedzy z zakresu marketingu w ich placówkach macierzystych. Skonfrontowano je z wywiadami przeprowadzonymi w 2010.

1. Marketing – pojęcie, uwarunkowania stosowania w sektorze ochrony zdrowia

Źródłosłów terminu „marketing” wywodzi się z języka angielskiego i składa się z dwóch części: market (czyli: rynek) oraz końcówki: -ing (w języku polskim brak odpowiednika – w języku angielskim końcówka ta wskazuje na trwającą czynność) [Limański, Śliwińska, 2002, s. 27-31].

Początek rozwoju marketingu możemy datować na pierwsze lata XX wieku [Bielski, 1999, s. 14].

W swojej publikacji I. Bielski na początki działalności marketingowej wskazuje już XVII wiek, Japonię – założenie domu towarowego w Tokio [Przybyłowski, Hartley, Kerin, Rudelius, 1998, s. 8].

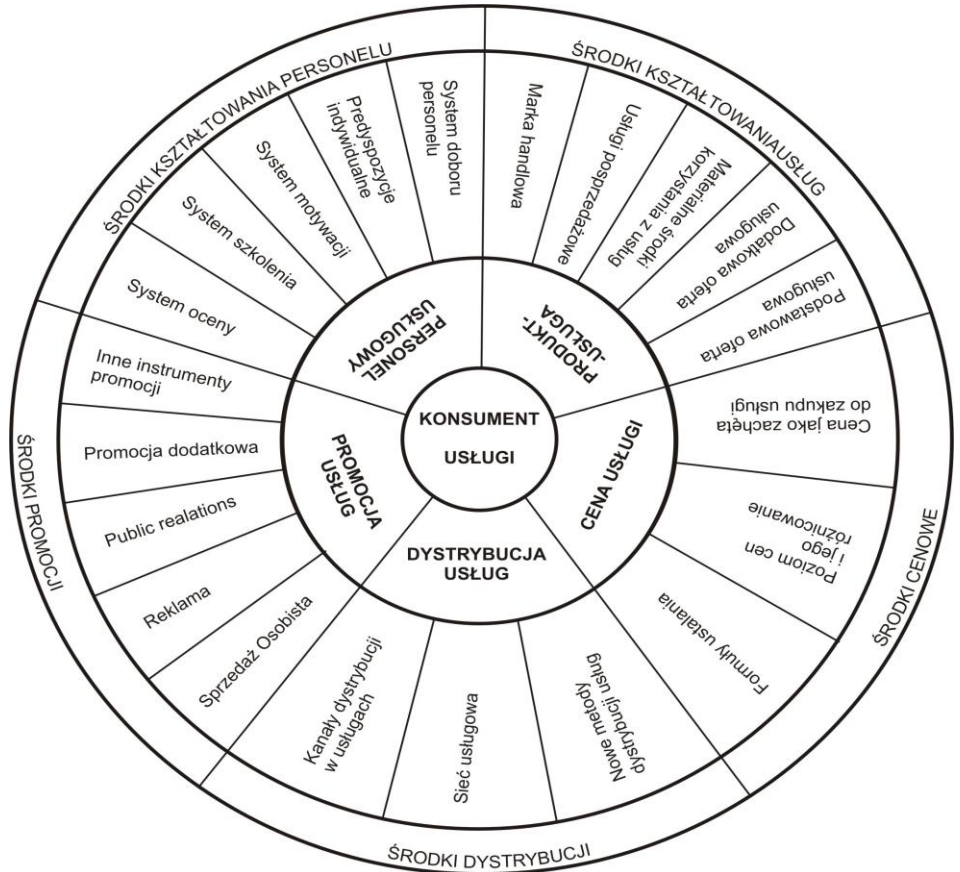
Marketing zgodnie z definicją Amerykańskiego Stowarzyszenia Marketingu to „proces planowania i wdrażania koncepcji, obejmującej wycenę, promocję i dystrybucję idei, dóbr lub usług w celu stworzenia transakcji wymiany, które zaspokoją cele indywidualne oraz organizacyjne.” Definicję The American Marketing Association (AMA - Amerykańskiego Stowarzyszenia Marketingu) podają w swojej książce jako obowiązującą także R. Kerin, S. Hartley i W. Rudelius. [Kerin, Hartley, Rudelius, 2009, s. 6]

* Dr, Katedra Marketingu, Wydział Zarządzania, Politechnika Częstochowska, agkm@op.pl

W klasycznym podejściu do marketingu wyróżniamy cztery główne składowe elementy tj. produkt, cenę, dystrybucję, promocję (4P). Elementy te zwane są marketingiem mix.

W usługach, w tym też w usługach zdrowotnych brane jest pod uwagę rozszerzone podejście do marketingu mix, a więc tzw. 5P (dotyczące marketingu mix dla usług). Elementy składowe 5P zawiera rysunek 1.

Rysunek 1. Marketing – mix 5P



Źródło: [Pluta-Olearnik, 1994, s.38].

Jako, że marketing jest nauką bardzo dynamicznie rozwijającą się na świecie, która równocześnie wzbudza wiele kontrowersji, wymaga ona systematycznego poznawania i monitorowania. Rozwijają się też w granicach marketingu wiele trendów, które go ubogacają.

Usługi medyczne mają szereg specyficznych cech wpływających na działania marketingowe [Holub, 6/2001, s. 36]:

1. „Złożony pod względem psychologicznym proces, który odbywa się „na oczach klientów”.
2. Towarzyszący pacjentom stres.
3. Usługa medyczna wymaga stałej interakcji lekarza z pacjentem, w związku z tym postawa lekarza wobec chorego ma zasadnicze znaczenie w kreowaniu wizerunku placówki.
4. Świadczenie usług medycznych opiera się na fachowej wiedzy. Pacjent nie wie, do czego służą skomplikowane narzędzia, nie rozumie nazw wymienianych przez lekarza, dlatego też potęguje to konieczność budowania zaufania do lekarza i placówki.
5. Oddanie się pacjenta w ręce lekarza oznacza zrozumienie jego potrzeb. Pacjent oczekuje wyjaśnień, komunikacji. Lekarz wykonuje więc nie tylko właściwą usługę medyczną, wymaga się od niego również dobrej komunikacji z pacjentem i poświęcenia mu możliwie dużej uwagi.
6. Lekarze nie zawsze mogą w pełni usatysfakcjonować swoich klientów.
7. Lekarze mają małą możliwość różnicowania oferowanych przez siebie usług. Ta specyfika pozwala na oddziaływanie na percepcję pacjentów za pomocą np. skomplikowanych nazw zabiegów.
8. Jakość usługi medycznej zależy od lekarza, ale również od pacjenta.
9. Pacjenci w zasadzie nie oceniają jakości technicznej świadczonej usługi.”

Patrząc na powyższe stwierdzenia, można domniemywać, iż oczekiwania nabywców usług medycznych kształtują w dużej mierze wcześniejsze doświadczenia, opinie znajomych, przekazywane informacje. Ukształtowanie zbyt niskiego poziomu oczekiwań może spowodować trudności z zachęceniem odpowiednio licznej grupy konsumentów do zakupu oferty. Zbyt wysoki poziom oczekiwań może powodować częstsze rozczarowania u klientów. Na oczekiwania pacjentów wpływ w dużej mierze ma postawa personelu medycznego, gdyż elementy tej postawy pacjent może samodzielnie ocenić w odróżnieniu do wykonania tak profesjonalnej usługi jaką jest usługa medyczna.

Dla firm zorientowanych na klienta satysfakcja nabywcy jest celem działania i podstawowym miernikiem sukcesu, ale należy utrzymywać równowagę pomiędzy poziomem satysfakcji a zyskownością firmy.

2. Zmiany w otoczeniu placówek ochrony zdrowia wpływające na konieczność stosowania w nich zasad marketingu

W okresie transformacji ustrojowej po 1989 roku zwiększył się chaos w opiece zdrowotnej. W 1991 roku uchwalono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Wprowadzenie w 1995 roku możliwości kontraktowania usług zdrowotnych pozwoliło na utworzenie samodzielnych jednostek. W latach 1996-1997 pojawiły się ogólnopolskie protesty lekarzy spowodowane złą sytuacją finansową służby zdrowia (z przerwami trwają do dnia dzisiejszego). W 2003 roku 17 kas chorych przekształcono w Narodowy Fundusz Zdrowia.

Tak szerokie spektrum zmian oraz przeniesienie kompetencji spowodowało powstanie szeregu problemów, z którymi borykało się państwo oraz regionalne kasy chorych [Frączkiewicz-Wronka, Koczura, 1999, s. 27].

Do głównych zagrożeń powodzenia reformy ochrony zdrowia w Polsce można zaliczyć:

1. Dysproporcje między ilością środków przeznaczonych na ochronę zdrowia a zakresem świadczeń, gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Odpowiedzialność za to, aby kwota ta okazała się wystarczająca, spada na NFZ i świadczeniodawców.
2. Utrudnienia w prywatyzacji, zwłaszcza przy udziale bezpośrednich wykonawców usług – lekarzy, pielęgniarek, techników medycznych i diagnostyków.
3. Problem „konkursu ofert”, który stał się koncesjonowaniem usług medycznych, a nie narzędziem rynkowej konkurencji.
4. W interesie samorządów jest utrzymanie publicznych zakładów opieki zdrowotnej, których są właścicielami i nad którymi pełnią bezpośrednią kontrolę. Prowadzi to do zahamowania prywatyzacji ochrony zdrowia.
5. Wystąpiło upolitycznienie zarządzania oddziałami Narodowego Funduszu Zdrowia i publicznymi zakładami opieki zdrowotnej związane z powoływaniem na stanowiska władz oddziałów NFZ osób desygnowanych przez sejmiki wojewódzkie, a zarządu publicznych zakładów opieki zdrowotnej przez samorządy terytorialne.
6. Brak dostatecznych ekonomicznych przesłanek gospodarowania pieniędzmi [Lekarz polski, 1999].
7. Działania zmierzające do prywatyzacji ośrodków opieki zdrowotnej napotykać na szeroki opór społeczny i polityczny.
8. Brak spójnych działań następujących po sobie ekip rządzących w obszarze opieki zdrowotnej.

Problemy poruszane powyżej ciągle są aktualne, a nawet przybierają na sile. W ostatnim czasie państwo kładzie nacisk na przyspieszenie restrukturyzacji szpitali i zmianę ich statutu, tak aby podlegały całkowicie aktom Prawa Handlowego. Wymusza to niejako zwiększenie działań w celu podniesienia konkurencyjności danej placówki w stosunku do pozostałych.

„W ostatnich latach notujemy znaczący rozwój konkurencji, bądź to wewnątrz publicznego sektora szpitalnictwa, bądź wewnątrz prywatnego sektora, czy też między sektorem publicznym a prywatnym. Presja konkurencyjna nasila się na skutek ograniczenia finansowego, które ciąży w znacznym stopniu na szpitalach, a także poprzez narodziny wielkich sieci prywatnych kuszonych przez rynek oferujący dobre perspektywy w przyszłości.” [Stępniewski, 2011, s. 126].

Zarządzający zaczynają dostrzegać konieczność unowocześniania placówek, dostosowywania oferty usługowej do wymagań pacjentów, konieczność podnoszenia jakości świadczonych usług zdrowotnych i rolę tworzenia wizerunku placówki.

Przy tym wszystkim należy pamiętać o bardzo ważnym aspekcie występującym w sektorze ochrony zdrowia: „strefa zdrowia należy do obszarów o większej regulacji prawnoadministracyjnej, co w pewnym zakresie ogranicza zakres działań marketingowych. Również przekonania lekarzy i pracowników sektora zdrowotnego. Także zasady etyczne, mogą być czynnikami ograniczającymi stosowanie reguł marketingowego zarządzania gabinetami lekarskimi.” [Mruk, 2009, s. 9].

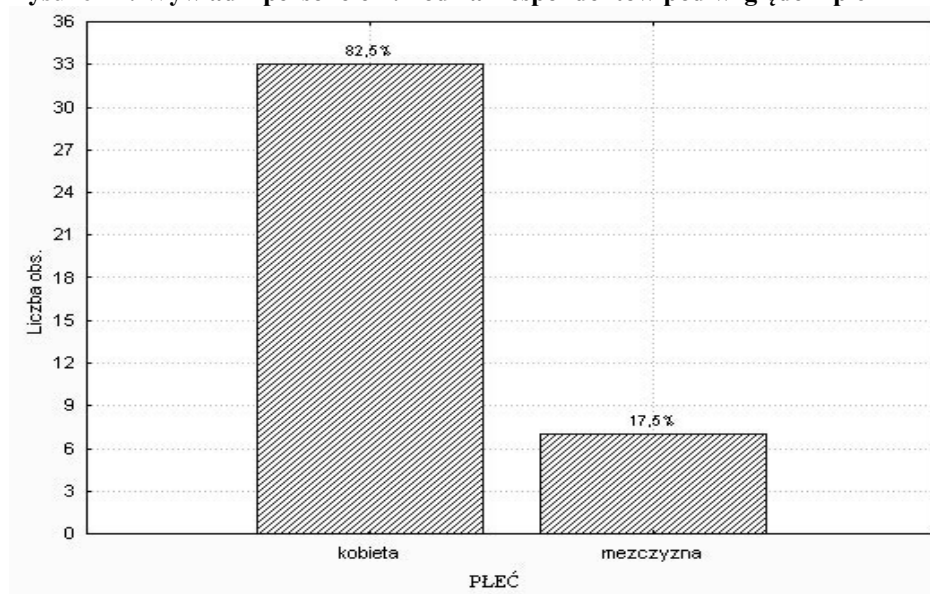
W świetle tych problemów i założeń znajomość i stosowanie zasad marketingu wydaje się pożądane, ale nie pozbawione znaczących ograniczeń.

3. Znajomość zasad marketingu wśród pracowników ochrony zdrowia pracującymi i kierującymi placówkami.

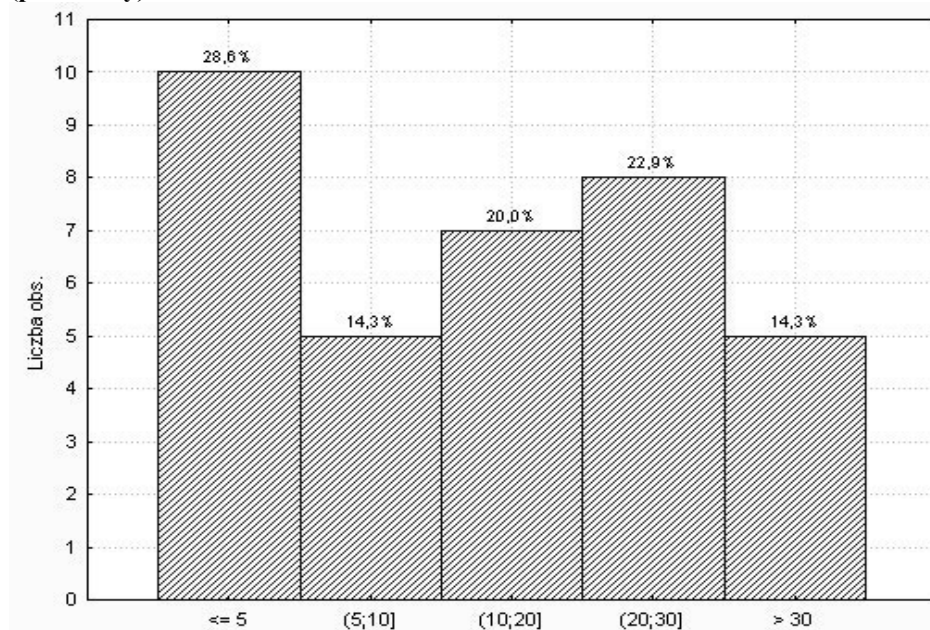
W latach 2006-2007 przeprowadzono badania na terenie województwa śląskiego dotyczące personelu niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Przebadano personel 26 NZOZ-ów.

Wywiad z personelem przeprowadzany był w trakcie wizyt. Wśród respondentów (40 osób) przeważały kobiety 82,5% (33 osoby), mężczyźni odpowiednio stanowili 17,5% (7 osób). Wiek: najczęściej było osób w przedziale 20-35 lat – 48,8% (21 osób), najmniej w przedziale 51-65 lat – 17,1% (8). Osoby te miały średni staż pracy (na 35 osób, które podały dane) 15,9 lat (najdłuższy wynosił 38 lat, najkrótszy 1,5 roku, średni czas pracy 12 lat i 2 miesiące, mediana 16). Dane te ilustrują poniższe trzy rysunki.

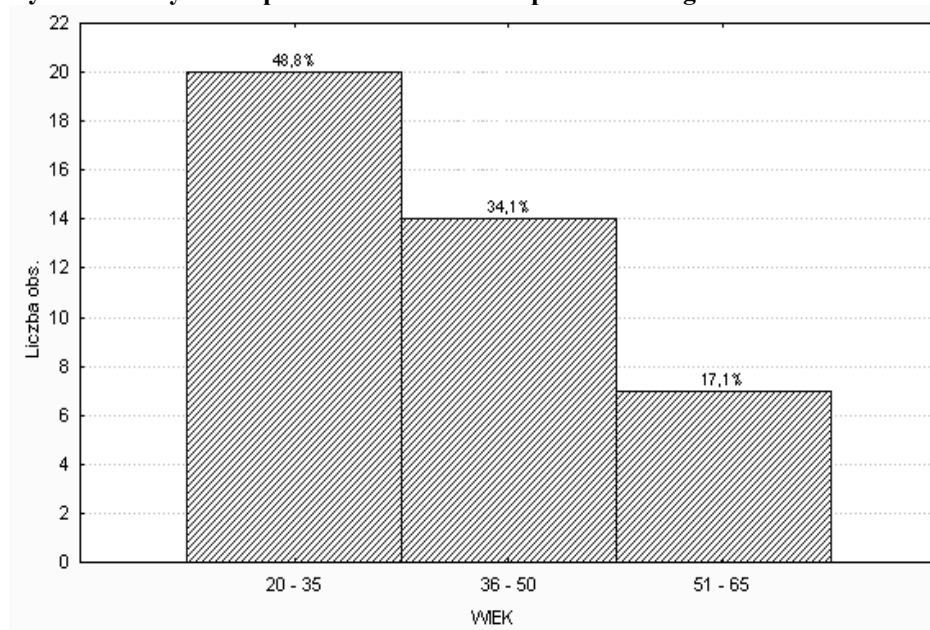
Rysunek 2. Wywiad z personelem. Podział respondentów pod względem płci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Rysunek 3. Wywiad z personelem. Podział respondentów wg stażu pracy w latach (przedziały)

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Rysunek 4. Wywiad z personelem. Podział respondentów wg wieku

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Jak wynika z powyższych danych, wśród badanych osób przeważały kobiety o stażu pracy głównie do pięciu lat i przedziale wieku 20-35 lat. To one też najchętniej udzielały odpowiedzi na zadawane pytania.

Przebadany personel można zaliczyć do dwóch kategorii [Payne, 1997, s. 206]:

- Łączników, którzy mają częsty kontakt z klientem i są bezpośrednio zaangażowani w działania marketingowe. Możemy w NZOZ-ie z powodzeniem do nich zaliczyć lekarzy, a nawet pielęgniarki jako osoby, zajmujące się realizacją strategii marketingu wartości. Osoby te muszą znać podstawowe cele tej strategii, być chętni do obsługi klienta/pacjenta, w każdych warunkach i według ich najlepszej wiedzy. Powinni być również szkoleni w tym kierunku. Kryterium ich zatrudnienia, oceny i nagradzania powinna być umiejętność szybkiego reagowania na potrzeby klientów/pacjentów.
- Moderatorów. Są to pracownicy recepcji/rejestracji, centrali telefonicznej, szatni. Mają dość częsty kontakt z klientem, nie uczestniczą natomiast w konwencjonalnych działaniach marketingowych. Muszą znać założenia marketingu wartości i swoją rolę w realizacji jej celów. Pracownicy ci muszą mieć doskonałą umiejętność nawiązywania i podtrzymywania kontaktów z klientami. Powinny przechodzić szkolenie związane z obsługą klientów/pacjentów. W małych NZOZ-ach często te dwie funkcje przenikają się.

Zebrane informacje w badaniach dotyczyły dziedzin podstawowych związanych z prowadzeniem działalności marketingowej, od działań początkowych, tj. badania otoczenia, konkurencji itp., aż po działania, które powinny być stale – okresowo przeprowadzane.

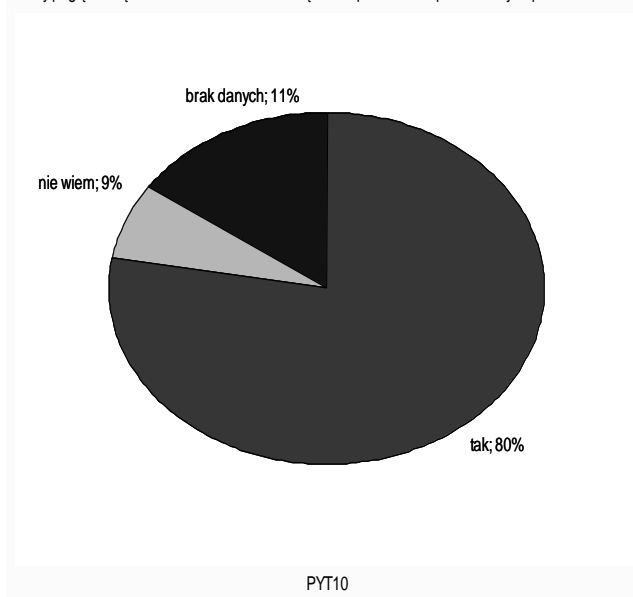
W wywiadzie z personelem zadano pytanie dotyczące pogłębiania wiadomości z zakresu zarządzania. 80% respondentów odpowiedziało twierdząco. 9% zaprzeczyło szkoleniom w tym zakresie, a 11% nie udzieliło odpowiedzi (Rysunek 5).

Zastanawiający jest fakt, że rozpoczynając działalność nie przeprowadzono badań marketingowych - 34% odpowiedzi, 27% respondentów nic na ten temat nie wiedziało, a 25% nie udzieliło odpowiedzi (Rysunek 6). Wynika z tego, że wiedza na temat badań wstępnych i analizy rynku wśród kierownictwa placówek medycznych nadal jest skromna. Większość z nich nie widzi takiej potrzeby działania, a część uważa, że przecież „pacjenci i tak przyjdą”.

Inaczej wyglądały odpowiedzi dotyczące bieżącej działalności marketingowej. 45% respondentów stwierdziło, że działalność jest prowadzona, 23%, że nie, 7% nie umiało udzielić odpowiedzi, a 25% nie udzieliło odpowiedzi (Rysunek 7).

Rysunek 5. Poglębianie wiadomości z zakresu zarządzania placówkami NZOZ

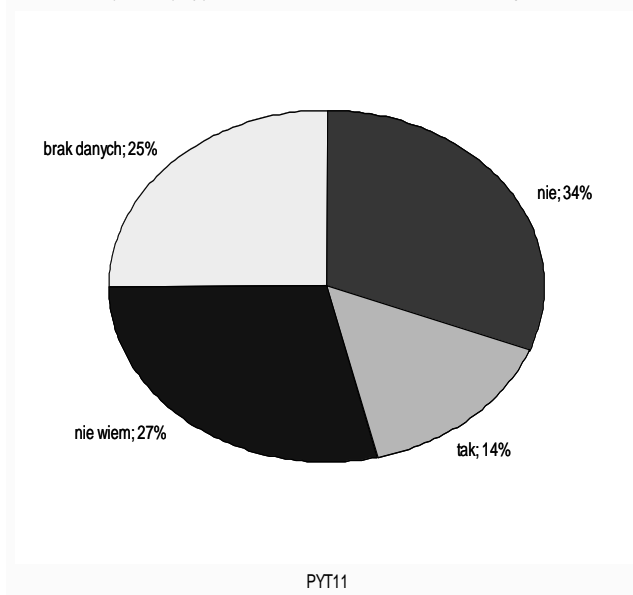
Czy pogłębie się wiadomości z zakresu zarządzania placówkami przez osoby odpowiedzialne?



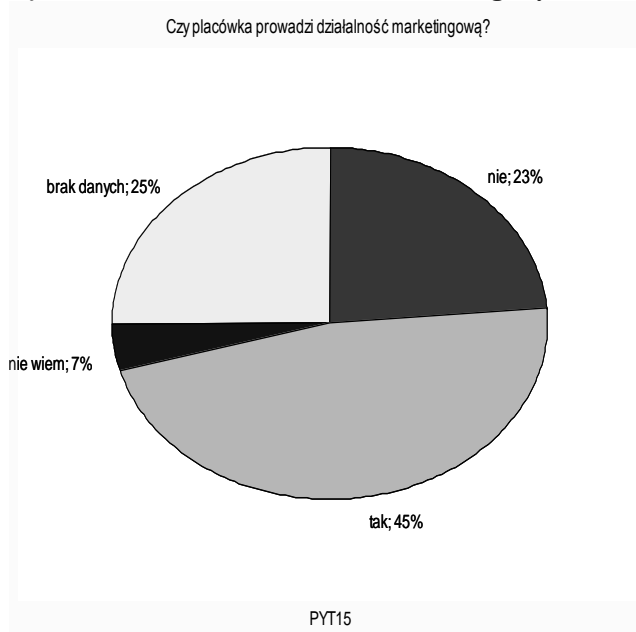
Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Rysunek 6. Przeprowadzanie badań marketingowych przed rozpoczęciem działalności placówki NZOZ

Czy rozpoczynając działalność przeprowadzono badania marketingowe?



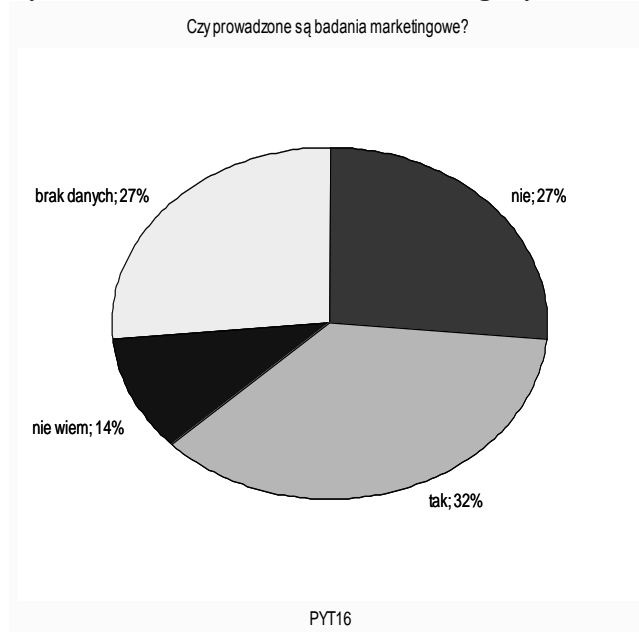
Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Rysunek 7. Prowadzenie działań marketingowych w NZOZ-ach

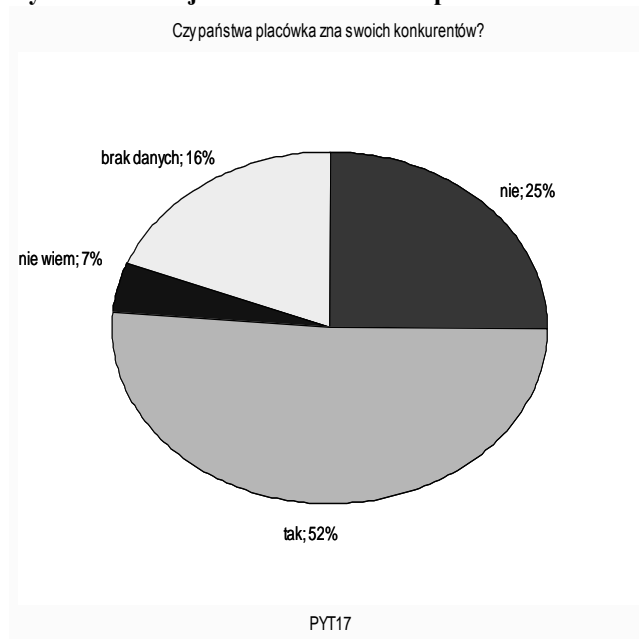
Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Niestety prowadzenie badań marketingowych dotyczących zadowolenia klientów i postrzegania placówki przez rynek potwierdziło już tylko 32%. 27%, czyli tyle co poprzednio, twierdziło, że badania nie są prowadzone. 14% nie wiedziało nic na ten temat, a 27% nie udzieliło odpowiedzi (Rysunek 8).

Ponad połowa respondentów twierdziła, że znani są konkurenci placówki, w której pracują (52%). Pozostali albo ich nie znali lub też nie udzielili odpowiedzi. Jednakże znajomość konkurencji wynikała nie z przeprowadzonych systematycznych i zaprojektowanych badań, lecz ogólnej sytuacji otoczenia znanej przez kierowników/menagerów NZOZ-u (Rysunek 9).

Rysunek 8. Prowadzenie badań marketingowych w NZOZ-ach

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

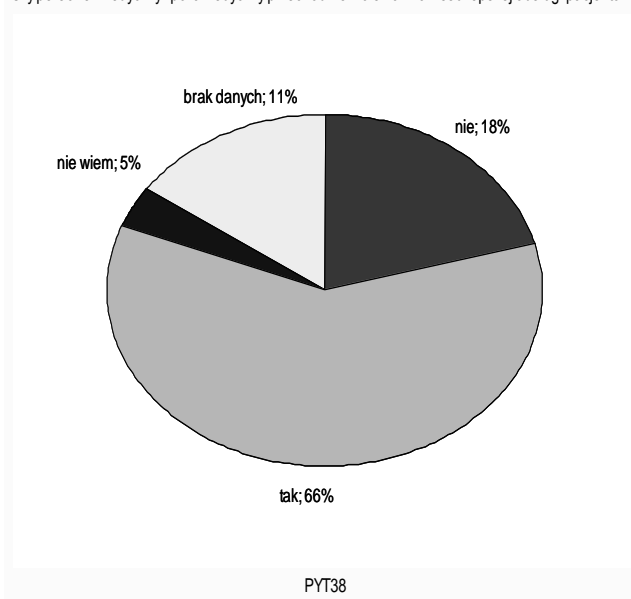
Rysunek 9. Znajomość konkurentów placówki NZOZ

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Na pytanie dotyczące szkolenia, 66% odpowiedzi potwierdziło uczestnictwo w szkoleniach, 18% nie, 5% nie spotkało się ze szkoleniami, a 11% nie udzieliło odpowiedzi (Rysunek 10).

Rysunek 10. Szkolenia personelu medycznego i pozamedycznego w zakresie obsługi pacjentów

Czy personel medyczny i pozamedyczny przechodzi szkolenia z zakresu lepszej obsługi pacjentów?



Źródło: Opracowanie własne na podstawie badań.

Z powyższych odpowiedzi wynika pewna chaotyczność podejmowanych działań. Jednak widoczne jest inwestowanie w personel. Optymizmem napawa fakt, że w placówkach są wydzielone osoby, których zadaniem jest zajmowanie się obserwacją zmian zachodzących na rynku. Niestety część decyzji podejmowanych jest intuicyjnie. Większość działań odpowiada doraźnemu, tradycyjnemu marketingowi, jak np. sposób komunikowania się za pomocą folderów i ulotek, a nie przez bezpośredni kontakt z pacjentami. Zauważyć jednakże można działania mające na celu podnoszenie wartości, a więc wyróżnianie NZOZ-u za pomocą miłej atmosfery, monitoringu pacjentów, unowocześnianie bazy technicznej. Generalnie jednak, brakuje jasnego, systematycznego planowania działań marketingowych i wydzielenia osób odpowiedzialnych za te działania. Widać w tych badaniach, że brakuje głównie opracowanych form i sposobów zarządzania marketingiem, które mogłyby determinować wysoką skuteczność działań niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej.

W roku 2010 przeprowadzono badania za pomocą wywiadów z osobami pracującymi w placówkach ochrony zdrowia. Głównym założeniem badania było uzyskanie informacji dotyczących tego, czy postrzeganie działań marketingowych i zaangażowanie się w nie, zmieniło się na korzyść przez ostatnie

lata. Osoby badane należały również do dwóch wcześniej wymienionych kategorii personelu usługowego: łączników i moderatorów. Na podstawie wywiadu wyciągnięto następujące wnioski. Sieci prywatnych placówek ochrony zdrowia w pełni doceniają przydatność stosowania marketingu w zarządzaniu tymi placówkami. W pełni wykorzystywane jest instrumentarium marketingu w ich działalności. Poszukiwane są nowe formy pozwalające wyróżnić placówki jak e-marketing czy wszelkiego rodzaju intensywne działania związane z prowadzeniem Public Relations – określanego w sektorze ochrony zdrowia mianem głównego narzędzia promocji. W sieciach tych istnieją odpowiednie działy zajmujące się bieżącą działalnością marketingową, natomiast wielkie kampanie zlecane są często firmom zewnętrznym zajmującym się zawodowo działalnością marketingową. Także kierownicy zrestrukturyzowanych szpitali widzą konieczność stosowania spójnych działań marketingowych. Zatrudniają osoby mające za zadanie prowadzić działalność marketingową. Osoby te są bezpośrednio podległe kierownictwu. Kierownicy szpitali widzą konieczność ciągłego podnoszenia kwalifikacji w tym zakresie. Mniejsze placówki jednak nadal borykają się z problemem braku spójnych działań marketingowych – jednakże konieczność działania na coraz bardziej konkurencyjnym rynku oraz zmienność otoczenia czy też procedury UE wymagają od nich pogłębiania wiedzy z tego zakresu.

Zakończenie

Powyższe rozważania mogą być przyczynkiem do dokładniejszego pochylenia się nad problemem zastosowania marketingu w sektorze ochrony zdrowia. Jak widać ciągle potrzebne jest pogłębianie wiedzy z tego zakresu. Zawirowania ekonomiczno-polityczne wpływają negatywnie na ten proces. Brak odpowiedniego finansowania, ciągła niepewność, zmieniająca się legislacja oraz opór wobec zmian samego środowiska jak i otoczenia nie sprzyjają we wprowadzaniu zasad marketingowych. Jednakże z drugiej strony placówki ochrony zdrowia napotykać na coraz silniejszą presję ze strony konkurencyjnego otoczenia oraz stykają się z coraz wyższymi wymaganiami ze strony pacjentów dotyczącymi w szczególności samej obsługi. Optymizmem napawa fakt, że coraz więcej pracowników ochrony zdrowia widzi jednak konieczność pogłębiania wiedzy z tego zakresu. Nie bez znaczenia jest także fakt wymuszania pewnych działań przez Unię Europejską (choćby, jeżeli chodzi o staranie się o fundusze unijne) i dostosowywanie się do wymagań, szczególnie jakościowych. Podpatrywanie rozwiązań zachodnich, często przez bezpośrednią pracę w placówkach ochrony zdrowia także może pomóc w rozwoju marketingu w tym sektorze w Polsce. Do pełnego zrozumienia potrzeby zasad marketingowych jest jeszcze daleko, jednak stają się one coraz bardziej doceniane i poznawane w sektorze ochrony zdrowia.

Literatura

1. Bielski I. (1999), Podstawy marketingu, Towarzystwo Naukowe Organizacji i Kierownictwa „Dom Organizatora”, Toruń.
2. Frączkiewicz-Wronka A., Koczur W. (1999), Reforma systemu ochrony zdrowia – szanse i bariery, Akademia Ekonomiczna w Katowicach, Katowice.
3. Holub J. (2001), Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych. Przegląd Organizacji, Miesięcznik TNOiK 6/2001, Katowice.
4. Kerin R., Hartley S., Rudelius W. (2009), Marketing, Edycja dziewiąta, McGraw-Hill Irwin.
5. Limański A., Śliwińska K. (2002), Zasady funkcjonowania przedsiębiorstwa na rynku, Difin, Warszawa.
6. Mruk H. (2009), Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
7. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Zagrożenia reformy ochrony zdrowia w Polsce i sposoby ich przewycięzania – Lekarz polski – 09.1999 (1999).
8. Pluta-Olearnik M. (1994), Marketing usług, Państwowe Wydawnictwo Ekon, Warszawa.
9. Przybyłowski K., Hartley S., Kerin R., Rudelius W. (1998), Marketing, Dom Wydawniczy ABC.
10. Stępniewski J. (2011), Innowacje w produkcji usług szpitalnych, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.
11. Sztucki T. (1992), Marketing. Sposób myślenia, system działania, A. W. Placet, Warszawa.

Streszczenie

Marketing jest stosunkowo nową dziedziną nauki stale zmieniającą się i szukającą nowych dróg rozwoju. Do narzędzi marketingu mix w ochronie zdrowia zaliczmy minimum pięć elementów – produkt/usługę, cenę, dystrybucję, promocję i ludzi. Działania marketingowe w ochronie zdrowia w szerszym stopniu mogły zostać wprowadzone po 1991 roku, kiedy to uchwalono ustawę o zakładach opieki zdrowotnej, a następnie w 1995 roku wprowadzono możliwość kontraktowania usług zdrowotnych i pozwolono na utworzenie samodzielnych jednostek, które to ustalenia zwiększyły konkurencyjność w tym sektorze. Przeprowadzone badania wśród pracowników Niepublicznych zakładów Opieki Zdrowotnej z terenu województwa śląskiego wskazały na braki w zrozumieniu i podejściu do marketingu. Ostatnio przeprowadzone wywiady z pracownikami ochrony zdrowia wskazały na znaczny postęp w tej dziedzinie. Przyszłość wskazuje na konieczność pogłębiania przez personel ochrony zdrowia (szczególnie osoby zarządzające) wiedzy z zakresu marketingu i implementacje jego narzędzi do codziennej praktyki placówek ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe

ochrona zdrowia, Zakład Opieki Zdrowotnej

**Changes in Attitude to Marketing in Polish Health Care Sector
(Summary)**

Marketing is a modern science that still changes. In health care we use five marketing mix elements: product, price, promotion, placement and people. The health care in Poland needs marketing to be more efficiency.

Key words

health care, Health Care Organization