

Marta Juszczyk

Uniwersytet Szczeciński

SPECYFIKA USŁUG ZDROWOTNYCH

Streszczenie: Rosnące znaczenie sektora usług związane jest z dynamiką jego rozwoju. Specyfika działalności usługowej polega na jej elastyczności i indywidualnym dopasowaniu do potrzeb klienta. Usługi zdrowotne, o których mowa w artykule, są przykładem dostosowania posiadanej przez usługodawcę (lekarza) wiedzy do potrzeb i oczekiwań klienta-pacjenta. Opieka zdrowotna to „pajęczyna interakcji” między pacjentami a personelem medycznym. Jest to o tyle istotne, że każdy przypadek wymaga szczególnego podejścia i kontaktu bezpośredniego z usługobiorcą. Wraz ze wzrostem świadomości i wiedzy pacjentów zwiększyło się również zainteresowanie usługami zdrowotnymi i zmniejszyła niepewność dotycząca świadczenia. Dlatego też jakość usług medycznych jest pojęciem subiektywnym.

Słowa kluczowe: usługa, jakość, zdrowie.

1. Wstęp

Rozważania nad specyfiką działalności usługowej warto rozpocząć od zdefiniowania pojęcia usługi. Według K. Rogozińskiego¹ „usługa to podejmowane na zlecenie świadczenie pracy i korzyści mające na celu wzbogacenie walorów osobistych lub wolumenu wartości użytkowych, jakimi usługodawca dysponuje”. Definicja ta podkreśla niematerialny charakter usług – jest to kluczowy aspekt działalności usługowej odróżniający ją od działalności produkcyjnej. W wyniku działalności usługowej powstaje pewna wartość dodana, a wynikiem działalności *stricte* produkcyjnej jest produkt. Oczywiście usługa zawiera w sobie również elementy materialne, które zostają przetworzone/wzbogacone przez usługodawcę. Elementy te mogą być magazynowane w odróżnieniu od samych usług. Istotnym elementem jest to, że w wyniku działalności usługowej nie następuje przeniesienie prawa własności. Usługi przyczyniają się do umocnienia pozycji konkurencyjnej firmy oraz podniesienia użyteczności produktu.

¹ K. Rogoziński, *Usługi rynkowe*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993, s. 14.

2. Znaczenie sektora usług

Sektor usług jest najszybciej rozwijającym się sektorem gospodarki. Można zaobserwować dynamiczny rozwój tego sektora w porównaniu z dwoma pozostałymi. Rosnące znaczenie sektora usług związane jest z dążeniem gospodarki do bycia bardziej konkurencyjną. Współczesna gospodarka rozwija się w oparciu o stały dostęp do wiedzy – informacji. Rozrastanie się tego sektora generuje nowe miejsca pracy, z których mogą również skorzystać osoby „przekwalifikowujące” się, dla których zabrakło miejsca w sferze produkcyjnej. Wartość ekonomiczna usług kształtuje się w procesie transformacji i dystrybucji wiedzy.

Ph. Kotler określił miejsce usług w gospodarce następująco²:

- 1) produkty codziennego użytku – czyste dobra materialne,
- 2) produkty o wyższej wartości rynkowej – wymagające wsparcia usługowego,
- 3) produkty sprzedawane jako dobra z cechami usług,
- 4) usługi wspierane dobrami materialnymi,
- 5) produkty niematerialne – czyste usługi.

Istota usług opisywana jest przez ich cechy. Najważniejszymi są³:

1) niematerialność, usługi nie mają postaci materialnej, nie mogą być pokazywane i przechowywane, nie mogą też być oceniane za pomocą zmysłów;

2) niejednorodność, cechy usługi kształtowane są bezpośrednio dla konkretnego nabywcy – często są to produkty unikatowe, na które składają się: personel firmy, oczekiwania nabywcy, współusługobiorcy; każda usługa jest inna, ponieważ nie sposób zagwarantować takiego samego poziomu emocjonalnego usługodawców i usługobiorców; nie można więc oferować standardowych produktów;

3) nietrwałość – usług nie można wytwarzać na zapas ani ich składować, magazynować można jedynie produkty pomocne przy świadczeniu usługi, zatem popyt na usługi musi być zaspokajany na bieżąco;

4) jednoczesność procesu świadczenia i konsumpcji, będąca wynikiem niematerialnego charakteru usług, ograniczony jest zatem czas dostępności usługi, nie można też zachować tajemnicy produkcji, a tym samym brak jest możliwości opatentowania;

5) brak możliwości nabycia usług na własność, świadczone usługi nie mogą być przedmiotem powtórnego obrotu; usługobiorca zyskuje prawo do skorzystania z określonych świadczeń;

6) substytucyjność i komplementarność określają związki między sprzedażą dóbr i usług.

² Ph. Kotler, *Marketing Management. Analysis, Planning, Implementation and Control*, Prentice Hall, NJ, 1994, s. 465.

³ A. Panasiuk, A. Tokarz, *Specyfika i klasyfikacja usług*, [w:] *Współczesna ekonomika usług*, red. S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 42-45.

Podstawową cechą usług, z której wynikają inne, jest ich niematerialność. Wiąże się ona z produktem usługi, którym często jest pomysł dostosowany do potrzeb nabywcy. Wymienione cechy zależne są od rodzaju świadczonych usług. Cechy usług stanowią podstawę do określenia ich specyficznej roli w gospodarce. W odniesieniu do usług medycznych nowego znaczenia nabiera mechanizm urynkowania opieki zdrowotnej – połączenie publicznego charakteru opieki zdrowotnej z elementami rynkowymi. Takie ujęcie staje się koniecznością ze względu na nierentowność opieki zdrowotnej.

3. Specyfika działalności usługowej

Na czym więc polega specyfika działalności usługowej? Usługi stanowią bardzo rozległy i zróżnicowany sektor gospodarki. Obejmuje on usługi, począwszy od medycznych, przez finansowe, a skończywszy na fryzjerskich i kosmetycznych. Specyfika usług wynika z bezpośredniej współpracy – komunikacji usługodawcy z usługobiorcą w okresie świadczenia usługi oraz po jej zakończeniu.

Przedmiotem zainteresowania usług medycznych są zdrowie i życie człowieka. Jest to aspekt przemawiający za ich wyjątkowością. Żadna inna dziedzina gospodarcza nie przykładą tak dużej wagi do zaspokajania potrzeb klienta. Często świadczenie usługi zdrowotnej odbywa się w sposób niezależny od pacjenta; oznacza to, że potrzeba zdrowotna jest jedyną potrzebą, która pojawia się bez woli człowieka. Jej zaspokojenie obejmuje nie tylko sferę fizyczną, ale i psychiczną. Potrzeba zdrowotna⁴ to różnica między obserwowanym a idealnym (pożądanym) stanem zdrowia. Potrzeba zdrowotna często w sytuacji dobrego samopoczucia odsuwana jest na dalszy plan, potrzeba jej zaspokojenia pojawia się w momencie ratowania życia bądź chęci utrzymania dobrego samopoczucia.

Na czym więc polega specyfika usług medycznych? Według J. Hołub-Iwan to⁵:

- 1) niemożność oceny jakości przed zakupem jak i trudność tej oceny po zakupie; spowodowane jest to brakiem specjalistycznej wiedzy;
- 2) stopień ich materialności – trwa spór o wartość materialną i niematerialną usług medycznych; zależne jest to od dużej różnorodności usług;
- 3) kontakt dostawcy z nabywcą – większość świadczeń wymaga stałego monitorowania pacjenta;
- 4) konieczność interwencji w organizm ludzki – wymaga on „czujności” pacjenta i kreuje określone wymagania co do personelu;
- 5) powodzenie leczenia – uzależnione jest nie tylko od kompetencji lekarza, ale również od nastawienia pacjenta;

⁴J. Hołub-Iwan, *Usługi medyczne*, [w:] *Współczesna ekonomika usług*, red. S. Flejterski, A. Pana-siuk, J. Perenc, G. Rosa, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 414.

⁵Tamże, s. 416.

- 6) brak substytutów produktów – istnieje określony sposób postępowania w określonych przypadkach, różnice mogą dotyczyć farmaceutyków;
- 7) istnienie sektora prywatnego i publicznego – różnorodność koszyka świadczeń oraz różnorodność finansowania;
- 8) wysoki stopień regularyzacji rynku;
- 9) trudności w opracowaniu popytu – ze względu na charakter brak przewidywalności potrzeb.

Specyfika polega również na tym, że jest to proces, który odbywa się niejako na oczach klientów. Personel medyczny nie zawsze może w pełni usatysfakcjonować pacjenta. Usługa zdrowotna jest dobrem publicznym, zagwarantowanym każdemu obywatelowi przez państwo – jest przedmiotem łącznej konsumpcji. Popyt na usługi rośnie wraz ze wzrostem świadomości społeczeństwa, które starzeje się – wydłuża się długość życia. Trudno więc mówić o wzorcach jakości usług, gdyż jest to pojęcie subiektywne i związane z satysfakcją pacjenta⁶. Usługa medyczna jest zindywidualizowana – każdy przypadek rozpatrywany jest indywidualnie i wymaga określonego traktowania oraz indywidualnej komunikacji. Jest to usługa nacechowana niepewnością, nie zawsze stosowanie tych samych leków u różnych pacjentów przynosi te same korzyści, dlatego też usługa ta charakteryzuje się złożonością i wymaga stałego podnoszenia kwalifikacji w odniesieniu do wiedzy zarówno medycznej, jak i technicznej. Specyfika usług medycznych uzależniona jest również od subiektywnej oceny stanu zdrowia pacjenta, która skłania do nabycia usługi. Często jednak konieczność zaspokojenia potrzeby zdrowotnej pojawia się bez wiedzy i zgody pacjenta. Usługi medyczne obejmują zabiegi, operacje, metody leczenia, porady, wizyty lekarskie – konkretne świadczenia.

Specyfika rynku usług medycznych wyraża się poprzez⁷:

- 1) istnienie dodatkowego podmiotu w procesie wymiany usług – Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) zróżnicowanie sposobu rozliczeń między stronami transakcji,
- 3) różnicowanie dostawców świadczeń zdrowotnych,
- 4) ograniczony dostęp do specjalistów; ze względu na konieczność skierowań wolny wybór specjalistów jest tylko w sektorze prywatnym,
- 5) zróżnicowany sposób finansowania świadczeń w sektorze usług publicznych (NFZ) oraz prywatnym (gospodarstwa domowe),
- 6) oddziaływanie państwa na usługodawców,
- 7) odwrócenie relacji między popytem a podażą usług,
- 8) ograniczenie zasobów finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia powodujące wprowadzanie limitów przyjęć,

⁶ A. Bukowska-Piastrzyńska, *Satysfakcja nabywców usług zdrowotnych w Polsce i na Słowacji*, [w:] *Przedsiębiorstwo i klient w gospodarce opartej na usługach*, red. I Rudawska, M. Soboń, Difin, Warszawa 2009, s. 346.

⁷ J. Hołub-Iwan, wyd. cyt., s. 439.

9) różnicowanie konkurencji ze względu na specjalizację.

W tabeli 1 przedstawione zostało zestawienie dotyczące pomocy doraźnej i świadczeń laboratoryjnych wykonanych w województwie zachodniopomorskim. Na podstawie przedstawionych danych można zauważyć, że liczba wyjazdów karetek na miejsce zdarzenia wykazywała tendencję malejącą. Tak samo kształtuje się sytuacja w stosunku do liczby osób korzystających z tego świadczenia. W odniesieniu do świadczeń ambulatoryjnych widać tendencję odwrotną. Liczba świadczeń wzrosła z 62 568 w 2004 r. do 157 037 w 2009 r. Liczba udzielonych świadczeń ambulatoryjnych dzieci i młodzieży wzrosła o 50% w stosunku do 2004 r. Spowodowane jest to większą dbałością o zdrowie wśród społeczeństwa, a także pojawieniem się nowego trendu, jakim jest moda na zdrowie.

Tabela 1. Medyczne działania ratownicze w województwie zachodniopomorskim

Wyszczególnienie	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Wyjazdy na miejsce zdarzenia	165 968	163 663	164 052	149 928	154 570	145 126
Osoby, którym udzielono świadczenia	168 155	169 808	169 542	154 947	155 608	151 515
Świadczenia zdrowotne dzieci i młodzieży	16 010	13 558	13 570	12 165	11 115	9 707
Świadczenia zdrowotne w trybie ambulatoryjnym	62 568	89 372	108 567	112 962	118 696	157 037
Świadczenia w trybie ambulatoryjnym dzieci i młodzieży	14 620	23 265	23 749	25 369	26 697	30 444

Źródło: opracowanie na podstawie www.stat.gov.pl.

Tabela 2 obrazuje ilość poradni w Szczecinie na tle miast województwa zachodniopomorskiego oraz na tle Polski. Można tutaj zaobserwować pewne wahania. Liczba poradni spadła w 2006 r. do 31, po czym wzrosła do 42, a w 2009 r. ponownie zmalała poniżej poziomu z 2004 r. W skali kraju i województwa liczba poradni była najniższa w 2004 r., do tego momentu liczba poradni systematycznie rosła – utrzymywała się na względnie stałym poziomie 79-85, w 2008 r. osiągnęła najwyższy poziom 99, by w 2009 r. ponownie spaść.

Tabela 2. Poradnie ogółem

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Szczecin	35	35	31	35	42	34
Zachodniopomorskie – miasta	74	79	79	85	99	84
POLSKA – miasta	1847	1725	1742	1787	1815	1650

Źródło: opracowanie na podstawie www.stat.gov.pl.

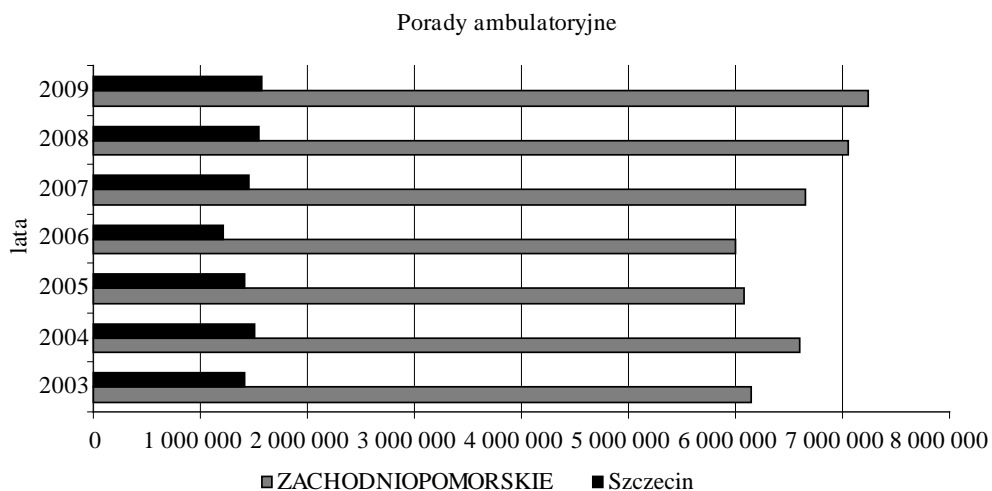
Liczba łóżek w szpitalach w Szczecinie na 10 tys. mieszkańców w latach 2005-2008 była prawie dwukrotnie wyższa niż dla całego województwa zachodniopomorskiego. W latach 2005-2009 liczba szpitali w województwie zachodniopomorskim spadła z 29 w 2005 r. do 24 w 2008 r.

Tabela 3. Łóżka w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców

	2005	2006	2007	2008
Zachodniopomorskie	46,2	46,3	45,6	47,1
Szczecin	85,2	86	84	84,5

Źródło: opracowanie na podstawie www.stat.gov.pl

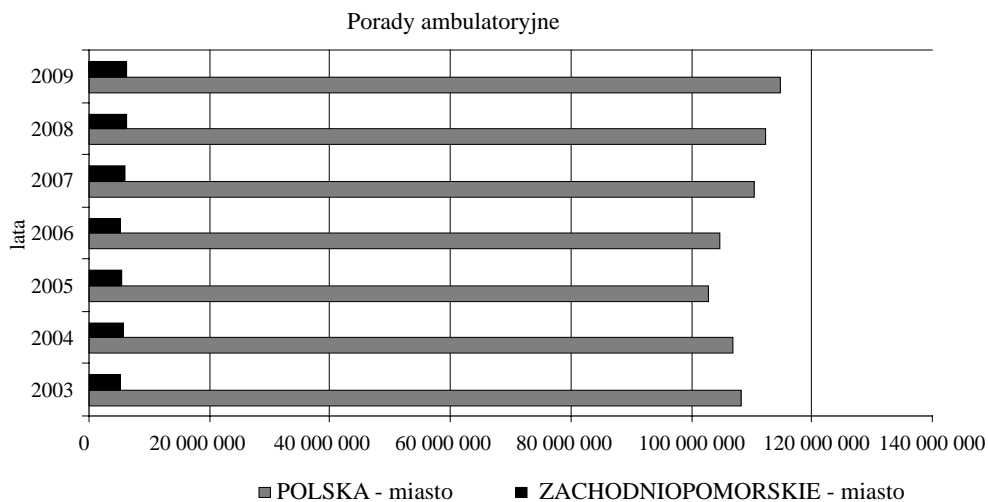
Procentowy udział porad ambulatoryjnych w Szczecinie w odniesieniu do województwa zachodniopomorskiego kształtuje się w przedziale od 20,34% (2006 r.) do 23,15% (2005 r.). Od 2007 r. liczba porad rośnie zarówno w Szczecinie, jak i w całym województwie (rys. 1).



Rys. 1. Porady ambulatoryjne w Szczecinie na tle województwa zachodniopomorskiego

Źródło: opracowanie na podstawie www.stat.gov.pl.

Procentowy udział porad ambulatoryjnych w miastach województwa zachodniopomorskiego w odniesieniu do Polski (miasta) kształtuje się w przedziale od 4,85% (2003 r.) do 5,52% (2009 r.). W 2006 r. liczba porad spadła do najniższego poziomu w analizowanym kresie czasowym i wynosiła dla województwa 5 214 428, a dla Polski 104 765 550 (rys. 2).



Rys. 2. Porady ambulatoryjne w województwie zachodniopomorskim na tle Polski

Źródło: opracowanie na podstawie www.stat.gov.pl.

Specyfika usług medycznych związana jest również ze sposobem ich finansowania. System ekonomiczno-finansowy opieki zdrowotnej to według I. Nawrołskiej⁸ „zbiór instrumentów, zasad i rozwiązań regulujących gromadzenie i podział odpowiednich funduszy na funkcjonowanie podmiotów opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem rozwiązań odnoszących się do gospodarki finansowej tych podmiotów”. Do 1998 r. placówki finansowane były w sposób podmiotowy – z uwzględnieniem rodzajów wykorzystywanych w nich świadczeń medycznych. Po reformie zwrócono się w stronę finansowania przedmiotowego – korelacja z rzeczywiście wykonywanymi świadczeniami. Pojawienie się rynku usług medycznych zmusiło Zakłady Opieki Zdrowotnej do dążenia do samodzielności ekonomicznej. Celem restrukturyzacji jest poprawa bieżącej sytuacji finansowej. Rynek usług medycznych stosuje podobne mechanizmy jak rynek ubezpieczeń – klient (pacjent) płaci składkę, a ryzyko rozkłada się równomiernie na wszystkich uczestników rynku.

Państwo jako instytucja zwraca dostawcy usług koszty poniesione na podstawie dwóch metod⁹:

1) prospektywnej – refundacja kosztów od instytucji ubezpieczeniowej na podstawie wstępnie ustalonych cen każdej jednostki usługowej (np. dnia pobytu w szpitalu, procedury medycznej, testu diagnostycznego),

2) retrospektywnej – refundacja kosztów obejmuje całościowe pokrycie nakładów; motywowanie dostawcy do świadczenia większej ilości usług w celu zwiększenia przychodów.

⁸I. Nawrołska, *Proces przekształceń systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej w Polsce*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2003, s. 60.

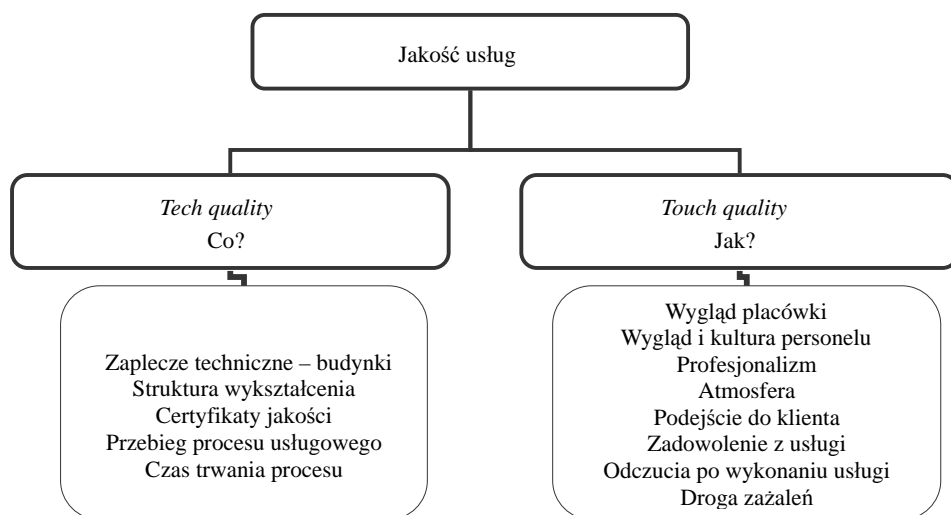
⁹J. Hołub-Iwan, wyd. cyt., s. 432, 433.

szenia dochodów; system ten nie zachęca do efektywności i racjonalności, gdyż zagwarantowany jest zwrot całości kosztów.

Placówki służby zdrowia mają inne cele niż maksymalizowanie zysku, ich celem jest świadczenie usług. Potrzeby pacjenta powinny być uwzględniane w pierwszej kolejności.

4. Jakość usług

Jest to miara tego, w jakim stopniu realizacja konkretnego świadczenia odpowiada oczekiwaniom klienta. Usługodawca musi stale podnosić jakość lub utrzymywać ją na stałym poziomie, aby spełniać oczekiwania swoich klientów¹⁰.



Rys. 3. Determinanty jakości usług

Źródło: opracowanie na podstawie: M. Daszkowska, *Usługi, produkcja, rynek, marketing*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1998, s. 56.

Nabywca nie ma możliwości zidentyfikowania cech danego produktu. Może jedynie wyobrazić sobie jego cechy na podstawie obserwacji i informacji płynących z otoczenia – ocena usługi następuje w momencie jej świadczenia oraz po zakończeniu. To, czy nabywca poleci daną usługę lub też sam z niej ponownie skorzysta, zależy od poziomu jego satysfakcji. Zadowolenie klienta wynika z jakości usług, której według Ch. Gronroossa istnieją dwa aspekty¹¹:

¹⁰J. Mazur, *Zarządzanie marketingiem usług*, Difin, Warszawa 2001, s. 78.

¹¹Ch. Gronrooss, *Management and Marketing in the Service Sector*, Swedish School of Economics and Business Administration, Helsinki 1982, s. 21.

- 1) techniczny – rezultat świadczenia usługi (*tech quality*),
- 2) funkcjonalny – cechy procesu świadczenia usługi i informacja o sposobie jej dotarcia do usługobiorcy (*touch quality*).

Na rysunku 3 przedstawione zostały determinanty jakości usług.

L. Beri, A. Parsuraman i V. Zeithaml w 1985 r. wyróżnili podstawowe kryteria jakości usług¹²:

- 1) dostępność – łatwy kontakt z usługodawcą,
- 2) atrybut materialności – budynki oraz personel świadczący usługi,
- 3) komunikatywność – łatwość nawiązywania relacji z klientem oraz możliwość wyrażenia opinii,
- 4) niezawodność – gwarancja dobrze wykonanej usługi,
- 5) kompetencje – posiadanie niezbędnej wiedzy i doświadczenia,
- 6) wiarygodność – zasługiwanie na zaufanie klienta,
- 7) uprzejmość – przyjacielski stosunek personelu do klienta,
- 8) zrozumienie – dla potrzeb klienta,
- 9) bezpieczeństwo – zminimalizowanie ryzyka i zapewnienie bezpieczeństwa.

Niezmiernie ważne jest wdrażanie przez usługodawcę standardów zawartych w systemie ISO 9001. Otrzymanie tego certyfikatu daje klientowi gwarancję jakości. Certyfikacja firmy następuje po przeprowadzeniu audytu przez instytucję certyfikującą. Celem ISO jest zorientowanie firmy na procesy, co odzwierciedla się w podziale na 5 działów:¹³

- 1) system zarządzania jakością,
- 2) odpowiedzialność kierownictwa,
- 3) zarządzanie zasobami,
- 4) realizację produktów,
- 5) pomiary, analizę i doskonalenie.

Standardy te zostały oparte na zasadach¹⁴:

- 1) skupienia uwagi na kliencie,
- 2) przywództwa,
- 3) zaangażowania ludzi,
- 4) podejścia procesowego,
- 5) systemowego podejścia do zarządzania,
- 6) ciągłego doskonalenia,
- 7) rzeczowego podejścia do podejmowania decyzji,
- 8) wzajemnych korzystnych relacji z dostawcami.

Zarządzanie jakością oraz dbałość o podwyższanie jej standardów, zorientowanie szpitali na potrzebę akredytacji, controlling oraz efektywne zarządzanie persone-

¹² A. Tokarz, *Ekonomika usług*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2003, s. 105.

¹³ B. Hollins, S. Shinkins, *Zarządzanie usługami. Projektowanie i wdrażanie*, PWE, Warszawa 2009, s. 181.

¹⁴ B. Hollins, S. Shinkins, wyd. cyt., s. 182.

lem należą do nowoczesnych metod zarządzania. Istotny jest tutaj aspekt kosztowy, który w Zakładach Opieki Zdrowotnej wykazuje inną strukturę niż w przedsiębiorstwach produkcyjnych¹⁵. Jakość usług zdrowotnych określona jest przez następujące elementy¹⁶:

- 1) dostępność rozumianą jako lokalizacja placówki,
- 2) kompetencje i rzetelność – fachowy personel oraz dokładność wykonania usługi,
- 3) realność świadczonej usługi – zaspokojenie potrzeby bezpieczeństwa,
- 4) powszechność ochrony zdrowia – usługa kierowana jest do wszystkich w zależności od potrzeb.

Wymienione elementy są również kryteriami oceny jakości usług. Pacjentowi przysługuje świadczenie usług zdrowotnych służące ratowaniu i przywracaniu stanu zdrowia. Rywalizacja o pacjenta zmusiła jednostki służby zdrowia do stosowania polityki jakości. Reforma służby zdrowia spowodowała iż jakość ma coraz większe znaczenie dla pacjentów¹⁷. Pacjenci wybierają placówki, w których spełniane są ich oczekiwania, dlatego też wybierają placówki, w których wdrożony został system zarządzania jakością przyczyniający się do wzrostu zadowolenia klienta.

5. Podsumowanie

Usługi odgrywają dominującą rolę w procesie wzrostu gospodarczego. Czynnikiem decydującym o powstawaniu i powodzeniu działalności usługowej jest zapotrzebowanie na dane usługi. Nie mniej istotne są jakość świadczonych usług oraz jakość obsługi klienta, dlatego też decydującą rolę odgrywają tutaj personel, jego kwalifikacje i jego nastawienie do klienta. Istotne jest również wprowadzenie innowacji w procesie świadczenia usług i stałe dostosowywanie się do sytuacji na rynku. Usługi medyczne są najbliższe związane z konsumentami, gdyż oddziałują bezpośrednio na organizm człowieka. Pacjent domaga się współuczestnictwa w decydowaniu o swoim zdrowiu i wymaga od personelu medycznego pełnego wykorzystania posiadanej wiedzy. Zmiany zachodzące w publicznej służbie zdrowia są reakcją na pojawienie się sektora prywatnego, dlatego też jednostki muszą podnosić jakość świadczonych usług, aby być konkurencyjne na rynku. O specyfice działalności usługowej decyduje ich główna cecha – niematerialność usług.

¹⁵ P. Karniej, *Wybrane innowacje organizacyjne w zarządzaniu ochroną zdrowia*, „Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia” 2011, nr 4, s. 39.

¹⁶ B. Nowotarska-Romaniuk, *Marketing usług zdrowotnych*, Zakamycze, Kraków 2002, s. 63.

¹⁷ A. Barska, *Ocena jakości usług medycznych na przykładzie prywatnej placówki medycznej w Zielonej Górze*, [w] *Marketing przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty*, red. G. Rosa, A. Smalec, L. Gracz, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 595, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2010, s. 168.

Literatura

- Barska A., *Ocena jakości usług medycznych na przykładzie prywatnej placówki medycznej w Zielonej Górze*, [w:] *Marketing przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty*, red. G. Rosa, A. Smalec, L. Gracz, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 595, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2010.
- Bukowska-Piestrzyńska A., *Satysfakcja nabywców usług zdrowotnych w Polsce i na Słowacji*, [w:] *Przedsiębiorstwo i klient w gospodarce opartej na usługach*, red. I Rudawska, M. Soboń, Difin, Warszawa 2009.
- Daszkowska M., *Usługi, produkcja, rynek, marketing*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Gronroos Ch., *Management and Marketing in the Service Sector*, Swedish School of Economics and Business Administration, Helsinki 1982.
- Hollins B., Shinkins S., *Zarządzanie usługami. Projektowanie i wdrażanie*, PWE, Warszawa 2009.
- Hołub-Iwan J., *Usługi medyczne*, [w:] *Współczesna ekonomika usług*, red. S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Karniej P., *Wybrane innowacje organizacyjne w zarządzaniu ochroną zdrowia*, „Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia” 2011, nr 4, s. 39.
- Kotler Ph., *Marketing Management. Analysis, Planning, Implementation and Control*, Prentice Hall, NJ, 1994.
- Mazur J., *Zarządzanie marketingiem usług*, Difin, Warszawa 2001.
- Nawrońska I., *Proces przekształceń systemu ekonomiczno-finansowego opieki zdrowotnej w Polsce*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2003.
- Nowotarska-Romaniuk B., *Marketing usług zdrowotnych*, Zakamycze, Kraków 2002.
- Panasiuk A., Tokarz A., *Specyfika i klasyfikacja usług*, [w:] *Współczesna ekonomika usług*, red. S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Rogoziński K., *Usługi rynkowe*, Wyd. Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań 1993.
- Tokarz A., *Ekonomika usług*, Wyd. Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2003.

THE CHARACTER OF THE HEALTH SERVICES

Summary: The growing importance of the service sector is connected with the dynamics of its development. The character of the service activity is based on its flexibility and individual adjustment to the client's needs. The health services discussed in the article are an example of adjusting the knowledge of the service provider (doctor) to the patient's needs. It is important, as each case requires an individual approach and a direct contact with the service recipient. That is why the quality of the medical services is a subjective concept.