

Renata Wachowicz

Akademia Ekonomiczna w Katowicach
Katedra Polityki Rynkowej i Zarządzania Marketingowego

MARKETING RELACJI JAKO ORIENTACJA ZWIĘKSZAJĄCA SZANSĘ POWODZENIA PROCESÓW RESTRUKTURYZACJI I PRYWATYZACJI PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA W POLSCE

Funkcjonowanie i jakość systemu ochroną zdrowia dotyczy każdego człowieka. Każdy wcześniej czy później, doświadcza jak ten system sprawdza się w praktyce. Ze stanu polskiej służby zdrowia nikt nie jest zadowolony. Drastycznie wzrasta liczba placówek ochrony zdrowia, funkcjonujących w dramatycznie trudnych warunkach. Jakość usług świadczonych przez placówki publiczne jest niska, a personel w nich zatrudniony źle opłacany. **Kryzys służby zdrowia jako sektora publicznego to pochodna kryzysu państwa.**

Przemiany polityczno-ekonomiczne, które dokonały się w ostatnich latach, swoim zasięgiem objęły także sektor medyczny. Przemiany te zainicjowała ustawa z 30 sierpnia 1991 r.¹ o zakładach opieki zdrowotnej, na mocy której mogły być tworzone publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Ustawa z 5 grudnia 1996 r.,² o zawodzie lekarza umożliwiła świadczenie usług zdrowotnych prywatnym podmiotom. Zaczęły powstawać nowe formy organizacyjne działalności ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w postaci indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich. Kolejnym aktem prawnym była ustawa z 6 lutego 1997 r.³ o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Jej mocą wprowadzono powszechne obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne, oparte m.in. na solidności, gospodarności i celowości działania. Pacjent zyskał prawo do wolnego wyboru lekarza oraz zapewnienie

¹ Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408 ze zm.

² Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza, DzU 1996 nr 28, poz. 152 ze zm.

³ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997 nr 28, poz. 153 ze zm.

równego dostępu do świadczeń. Mocą tej ustawy w dniu 1 stycznia 1999 r. wszystkie placówki opieki zdrowotnej zostały przekształcone w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jednym z celów tego przekształcenia było usamodzielnienie placówek w decyzjach dotyczących możliwości pozyskania środków na swoją działalność. Wspomniana ustawa powołała również nowy podmiot na rynku usług zdrowotnych – kasy chorych, płatnika świadczeń medycznych. Nadrzędnym zadaniem kas chorych było właściwe, odpowiedzialne i racjonalne wydawanie pieniędzy. Jednakże w wyniku niestabilności systemu, kasy te po trzech latach działania mocą ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia przekształcono w Narodowy Fundusz Zdrowia, powołany w celu naprawy systemu podziału środków finansowych ochrony zdrowia w Polsce. Założono, że jednolity fundusz stanowić będzie rozwiązanie efektywniejsze ekonomicznie od dotychczasowych kas chorych i gwarantujące – w odróżnieniu od nich – równy dostęp do publicznej służby zdrowia pacjentom w całym kraju. Fundusz przejął od kas funkcję płatnika w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych i stał się jedynym dysponentem składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych za pośrednictwem ZUS i KRUS, a w następstwie tego – monopolistą kontraktującym usługi medyczne i świadczenia zdrowotne u podmiotów je wykonujących.

Powyższe działania legislacyjne nie poprawiły sytuacji w sektorze służby zdrowia. Przekazanie szpitali w 1999 r. jednostkom samorządu terytorialnego wykazało obecnie słabość nadzoru właścicielskiego. Nowi właściciele publicznych zakładów opieki zdrowotnej, czyli samorządy różnego szczebla (gminy, powiatu, województwa), w większości okazali się nie przygotowani do tej roli. Chcąc uzdrowić sektor ochrony zdrowia, podjęto prace nad projektem ustawy o restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W myśl tej ustawy restrukturyzacją finansową objęte zostaną publiczne zakłady opieki zdrowotnej i jednostki badawczo rozwojowe. Projekt szczegółowo określał zasady i warunki restrukturyzacji finansowej publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz udzielania tym podmiotom pomocy publicznej. Restrukturyzacja finansowa zakładów miała obejmować powstałe od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2004 r. zobowiązania publicznoprawne, cywilnoprawne oraz indywidualne roszczenia pracowników z tytułu tzw. ustawy 203. Projekt ustawy dopuszczał możliwość przekształcenia samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej w spółki użyteczności publicznej. Dnia 22 marca 2005 r. Sejm przyjął ustawę w wersji okrojonej (nie konsultowanej przez ekspertów). Wśród zapisów ustawy nie objęto restrukturyzacją finansową długów placówek wobec dostawców towarów i usług oraz wierzytelności cywilnoprawnych. Zawarte w ustawie przepisy dotyczące korzystania z pożyczek są niezgodne z przepisami finansów publicznych, nie wspominają o dotacjach na dalszy rozwój i uzupełnienie bazy sprzętowej dla placówek dobrze prosperujących oraz nie umożliwiają także łączenia się należących do różnych właścicieli samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W przyjętej przez Sejm wersji

ustawa blokuje publicznym placówkom możliwość przekształcenia się w spółki użyteczności publicznej. Brak jasno określonych przepisów regulujących proces przekształcenia publicznych placówek pozwoli na dalszą dziką prywatyzację bez udziału rządu. Prywatyzacja taka odbywa się z udziałem władz gminnych i samorządowych, polega na likwidacji zakładów opieki zdrowotnej i tworzeniu niepublicznych zakładów w formie spółek kapitałowych, które przejmują majątek po zlikwidowanych zakładach publicznych i kontrakty z NFZ. Proces legislacyjny jeszcze trwa, naniesione w Senacie ewentualne poprawki do ustawy nie zmieniają zasadniczo jej założeń. Okazuje się, że wspomniana ustawa to dla polskiej służby zdrowia zdecydowanie tymczasowe rozwiązanie.

W Polsce na podstawie wymienionych wyżej przepisów działają publiczne i prywatne placówki służby zdrowia. Jednostek publicznych jest bardzo dużo, głównie są to placówki lecznictwa zamkniętego, natomiast jednostki prywatne to najczęściej przychodnie świadczące usługi z zakresu ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, prywatne praktyki lekarskie i gabinety stomatologiczne. Zarówno publiczne, jak i prywatne placówki działają na rynku ochrony zdrowia w sektorze świadczeń zdrowotnych. Na rynku tym pomimo ciągłych prac nad naprawą polskiego systemu zdrowia brak jest jasno określonych ram obszaru działania tychże podmiotów. Obserwuje się natomiast, że te dwa sektory – publiczny i prywatny – działają wspólnie, uzupełniając się. Świadczeniodawcy prywatni bardzo często kupują te usługi, których sami nie mogą realizować od świadczeniodawców publicznych. Szpitale coraz częściej zaczynają stosować outsourcing, zlecając jednostkom prywatnym pewne rodzaje działalności⁴. W pierwszym przypadku dotyczy to w szczególności wysoko specjalistycznych kosztownych badań i procedur, w drugim – diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej.

Współdziałanie przejawia się także w przekazywaniu pacjentów kwalifikujących się do skomplikowanych, kosztochłonnych zabiegów z placówek prywatnych do publicznych, pacjentów zaś wymagających krótkich, nieskomplikowanych zabiegów – z placówek publicznych do prywatnych. To właśnie w placówkach publicznych, w szpitalnictwie pracują ci, którzy potrafią poradzić sobie z trudnymi przypadkami chorób i udzielić skutecznej interwencji medycznej. Proceder przekazywania ciężkich przypadków naraża szpitale na wzrost kosztów. Przesyłanie pacjentów do prywatnych placówek na zabiegi wykonywane najczęściej w chirurgii jednego dnia jest możliwe głównie ze względu na zatrudnienie personelu lekarskiego zarówno w publicznych, jak i prywatnych placówkach, niejednokrotnie na kilku etatach. Nie dziwi również decyzja pacjenta, który wybiera prywatną placówkę. W prywatnych jednostkach pacjenci nie czekają godzinami na udzielenie

⁴ Por. M. Ajewski, *Koegzystencja sektora publicznego i prywatnego – warunki osiągnięcia równoprawności sektora*. Rada Strategii Społeczno-Gospodarczej przy Radzie Ministrów: System Ochrony Zdrowia. Poszukiwania i propozycje naprawy. Raport nr 37, Warszawa 2004.

świadczenia, dochodzą do siebie w komfortowych warunkach, a za świadczenie płaci ubezpieczyciel, z którym placówka podpisała kontrakt.

Rynek usług zdrowotnych jest rynkiem specyficznym, gdyż zarówno popyt jak i podaż na tym rynku są ściśle regulowane przez przepisy prawa. Pacjenci, czyli podmioty, którym udzielane są usługi, podlegają obowiązkowi powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Narodowy Fundusz Zdrowia – podmiot nabywający w imieniu pacjentów świadczenia⁵ – realizuje zadania ściśle określone ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Świadczący usługi zdrowotne muszą mieć zezwolenia na prowadzenie działalności oraz prowadzić ją według ściśle określonych zasad. Na rynku ochrony zdrowia w sektorze ubezpieczeń zdrowotnych monopolistyczną pozycję zajmuje obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia. To właśnie z Narodowym Funduszem Zdrowia w wyniku negocjacji oferujący świadczenia, czyli zakłady opieki zdrowotnej, ustalają, co chcą sprzedać i w jakich ilościach, nie mając niestety większego wpływu na cenę produktu kontraktowego przez NFZ.

Wprowadzone rozwiązania systemowe zmusiły zarządzających placówkami służby zdrowia zarówno prywatnymi, jak i publicznymi do zmian w ich funkcjonowaniu oraz zarządzaniu nimi. Menedżerowie jednostek służby zdrowia podejmują wiele działań mających na celu podtrzymanie i wzmocnienie ich pozycji rynkowej. Rynek usług medycznych, choć różniący się od „ryнку czystego”, stwarza możliwości rozwoju konkurencji. Ta z kolei wymusza na jednostkach opieki zdrowotnej większą dbałość o jakość oferowanych usług⁶.

Pomimo swej specyfiki zakład opieki zdrowotnej to placówka usługowa, dlatego też warunki gospodarki rynkowej wymuszają podejście prorynkowe. Dotyczy to szczególnie placówek sektora prywatnego, lecz nie tylko. Komerccjalizacja i postępująca prywatyzacja placówek służby zdrowia wymuszają potrzebę dobrego zarządzania przez wykwalifikowanych menedżerów oraz potrzebę dbałości o instrumenty dobrego zarządzania, takie jak: rzetelna informacja o posiadanych zasobach, wykonywanych usługach, jakości tych usług, ordynacji i zużyciu leków, kosztach i cenach. Warunkiem umocnienia pozycji zakładu opieki zdrowotnej na rynku oraz zwiększenia satysfakcji pacjenta może być przyjęcie przez zarządzających orientacji marketingowej.

Zarządzający zakładami opieki zdrowotnej zaczynają zdawać sobie sprawę z wartości koncepcji i strategii marketingowych oraz ich wykorzystania w celu skuteczniejszego opracowania i wykonywania usług medycznych. Marketing stał się ważnym elementem systemu usług zdrowotnych, odkąd organizacje muszą budo-

⁵ Ustawa z dnia 27 września 2004, DzU 2004 nr 210, poz. 2135. „Do zakresu działania Funduszu należy przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie.”

⁶ I. Rudawska, *Marketingowa orientacja zakładów opieki zdrowotnej*, „Zarządzanie” nr 6, czerwiec 2004.

wać strukturę, zwracać uwagę na ceny usług oraz promować swoje świadczenia, aby poprawić swoją pozycję na konkurencyjnym rynku.

Wyjaśnienie kluczowych koncepcji marketingowych i ich implikacji strategicznych może okazać się wielce pomocną wskazówką dla specjalistów służby zdrowia w dziedzinie marketingu. Już w 1969 r. Ph. Kotler i S. Levy zauważyli, iż koncepcje marketingowe wpływają na służbę zdrowia. Również w swoich publikacjach z 1971 r. G. Zaltman i N. Vertinsky potwierdzali zasadność stosowania w usługach medycznych narzędzi marketingu. Zwolenników koncepcji marketingu w usługach zdrowotnych było wielu, uważali oni, że menedżerowie powinni zwrócić szczególną uwagę na marketingowe zarządzanie placówkami służby zdrowia. Byli również przeciwnicy (O'Connery, R. Novelli), którzy wymieniali brak środków, mentalność personelu, strukturę organizacji oraz obecność związków zawodowych jako przyczyny świadczące o nieprzydatności marketingu w tym sektorze. Marketing najczęściej jest utożsamiany z reklamą i sprzedażą. Tymczasem obszar marketingu jest znacznie szerszy. **W służbie zdrowia marketing można postrzegać trojako:**

- jako funkcję wspomagającą zarządzanie,
- jako jedną ze sfer wpływającą na jakość usług medycznych,
- jako marketingowe zarządzanie całą placówką⁷.

Podstawy marketingu oraz reguły postępowania są wspólne dla wszystkich jego dziedzin. Różnorodność stosowanych instrumentów i modeli organizacji działań praktycznych zależy natomiast od obszaru zainteresowań⁸. Głównym obszarem zainteresowań placówek służby zdrowia zarówno państwowych jak i prywatnych powinny być relacje między otoczeniem zewnętrznym i wewnętrznym, relacje poddające się **procedurom marketingu:**

- **zewnętrznego**, obejmującego przygotowanie usługi, określenie jej cech, ceny, odpłatności i sposobu dystrybucji;
- **wewnętrznego**, polegającego na szkoleniu i motywowaniu pracowników do jakościowo lepszej obsługi klienta,
- **interakcyjnego**, nakierowanego na tworzenie przyjaznej atmosfery i więzi usługodawcy z klientami i fundatorami, co sprzyja lepszemu poznaniu ich oczekiwań i zapewnia wysoką jakość obsługi⁹.

Wspólny cel powyższych rodzajów marketingu to zaspokojenie potrzeb klienta, którym w przypadku usług sektora zdrowia są osoby fizyczne (pacjent i jego rodzina) i prawne (Narodowy Fundusz Zdrowia, zakłady opieki zdrowotnej, uczelnie i instytuty badawcze).

Ogromne znaczenie komunikacji w usługach medycznych rodzi potrzebę czerpania inspiracji i wykorzystywania wiedzy marketingu relacji. Pierwsze wzmianki

⁷ M. Dobska, P. Dobski, *Marketing Usług Medycznych*, INFOR, Warszawa 1999, s. 20.

⁸ B. Nowotarska-Romaniak, *Marketing usług zdrowotnych*, Zakamycze, Kraków 2002, s. 15.

⁹ Por. Ph. Kotler, i in., *Marketing. Podręcznik europejski*, PWE, Warszawa 2002, s. 714.

o marketingu relacji pojawiły się już w latach sześćdziesiątych naukowcy z uniwersytetu w Uppsali zajmowali się więzią z klientem w przemyśle, czyli tzw. podejściem interakcyjnym w marketingu przemysłowym.

Po raz pierwszy marketing relacji jako odrębną koncepcję w ramach marketingu usług wprowadził w 1983 r. Leonard Berry. Jednak przełom w badaniach nastąpił dzięki uczonym z tzw. Szkoły Nordyckiej, uważanych za ojców tejże koncepcji. Wielu badaczy podejmuje badania związane z dziedziną marketingu relacji. Obecnie oprócz wspomnianej uczelni funkcjonuje jeszcze co najmniej 6 ośrodków badawczych prowadzących badania z tego zakresu. Nad marketingiem relacji w usługach koncentrują swoje badania profesorowie Ch. Grönroos i E. Gummesson Swedish School of Marketing (Szkoły Nordyckiej) oraz L. Berry z Texas University. To właśnie Leonard Berry uznawany jest za twórcę pierwszej definicji marketingu relacji. Twierdzi on, iż marketing relacji to tworzenie, utrzymywanie i wzbogacanie relacji z klientem. Pozyskanie nowego klienta stanowi jedynie pierwszy krok w procesie marketingu¹⁰.

Pojmowanie marketingu relacji przedstawia wielu autorów; jedni podobnie jak Berry, sprowadzają jego istotę do więzi z klientem, inni – za podstawę uważają pozyskanie informacji o kliencie, a następnie nawiązanie z nim komunikacji lub konieczność wzajemnego zrozumienia i zaufania pomiędzy stronami. Funkcjonują również definicje rozszerzające definicje klasycznej koncepcji marketingu o obsługę klienta i jakość, a także o usługi posprzedażowe.

W Polsce pierwszymi naukowcami, którzy określili powyższą koncepcję, byli M. Rydel i C. Ronkowski. Twierdzą oni, iż *Marketing relacji oznacza koncepcję zarządzania i działania na rynku, według której skuteczność rynkowa firm zależna jest od nawiązania partnerskich stosunków z uczestnikami rynku. Koncepcja ta zakłada budowę związków lojalnościowych z klientami i aliansów strategicznych z partnerami w biznesie*¹¹. Zbliżone podejście ma K. Fonfara, twierdzący, że koncepcja marketingu relacji kładzie nacisk na proces zarządzania, tj. tworzenia, rozwoju i utrzymania powiązań firmy z innymi podmiotami. Eksponuje on bezpośredni, interakcyjny, dwu- i wielostronny charakter kontaktów między sprzedającym a nabywcą oraz innymi podmiotami w procesie tworzenia oraz dostawy dóbr i usług. Dodatkowo podkreśla trwały charakter powiązań między partnerami wymiany. Stworzenie i utrzymanie tych powiązań wymaga czasu, wysiłku i pieniędzy¹². Różną od poprzednich definicję marketingu relacji przytacza K. Rogoziński. Podkreśla on kluczowe znaczenie personelu, który obsługuje klienta i definiuje marketing relacji następująco: marketing relacji oznacza mobilizację personelu mającą na

¹⁰ Por. J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2001, s. 46.

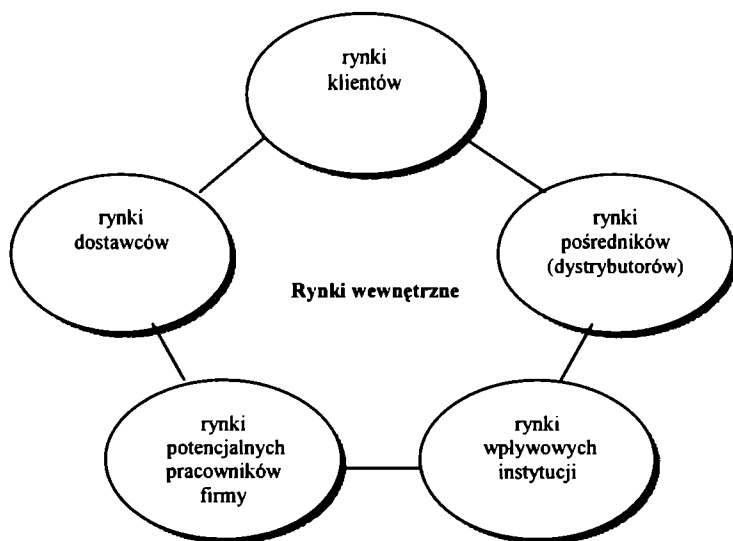
¹¹ M. Rydel, C. Ronkowski, *Marketing Partnerski*, „Marketing i Rynek” nr 6, 1995.

¹² Por. K. Fonfara, *Marketing partnerski na rynku przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 1999, s. 59.

celu uczynić z nabywcy nie tylko współtwórcę wartości – produktu, ale i związać go na stałe z firmą¹³.

Zaprezentowane powyżej definicje pomimo różnic pozwalają wyróżnić cechy charakterystyczne dla omawianej koncepcji. Istotą marketingu relacji jest więc kreowanie długookresowych więzi z klientami i innymi uczestnikami rynku, więzi polegających na zaufaniu, które odpowiednio zarządzane będą w efekcie korzystne dla każdej ze stron.

Prace naukowo-badawcze nad koncepcją marketingu relacji dały wiele różnych koncepcji. Jedną z nich jest **teoretyczny model sześciu rynków**. Model sformułowany przez A. Payne'a, D. Ballantyne'a i M. Christopher'a (ryc. 1), przedstawia obszary, na których placówka może prowadzić działania marketingowe. Pierwotny model w swoim jądrze skupiał rynki wewnętrzne, wyróżniając jednocześnie rolę marketingu wewnętrznego.



Ryc. 1. Model sześciu rynków I

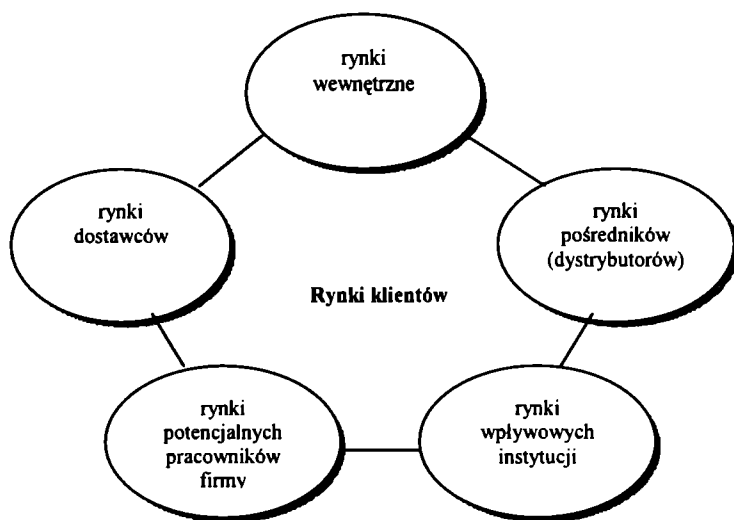
Źródło: J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2001, s. 51.

¹³ K. Rogoziński, *Nowy marketing usług*, AE, Poznań 1998, s. 40.

Wzrastająca rola zarządzania relacjami, konieczność budowy stosownych relacji między poszczególnymi rynkami a placówką oraz koncentracja działań na utrzymaniu klienta spowodowały zmianę w pierwotnym modelu. Ogniskiem modelu stali się klienci (ryc. 2).

Branżę usług medycznych zalicza się do tzw. usług wyższej użyteczności świadczonych na rzecz pacjentów. Szczególnie w tej branży, ze względu na podmiot usług, bardzo ważnym i niemal „barometrowym” zagadnieniem są relacje między całym personelem medycznym a pacjentami. Menedżer służby zdrowia powinien posiadać wysokie umiejętności nie tylko z zakresu zarządzania jednostką opieki zdrowotnej jako organizacją, ale również wiedzę i umiejętności o zarządzaniu relacjami¹⁴.

Naukowcy zajmujący się koncepcją marketingu relacji tworzą długie listy relacji mogących występować w przedsiębiorstwach, jednak szczegółowa ich prezentacja nie byłaby celowa, gdyż nie wszędzie mamy do czynienia z tymi samymi relacjami.

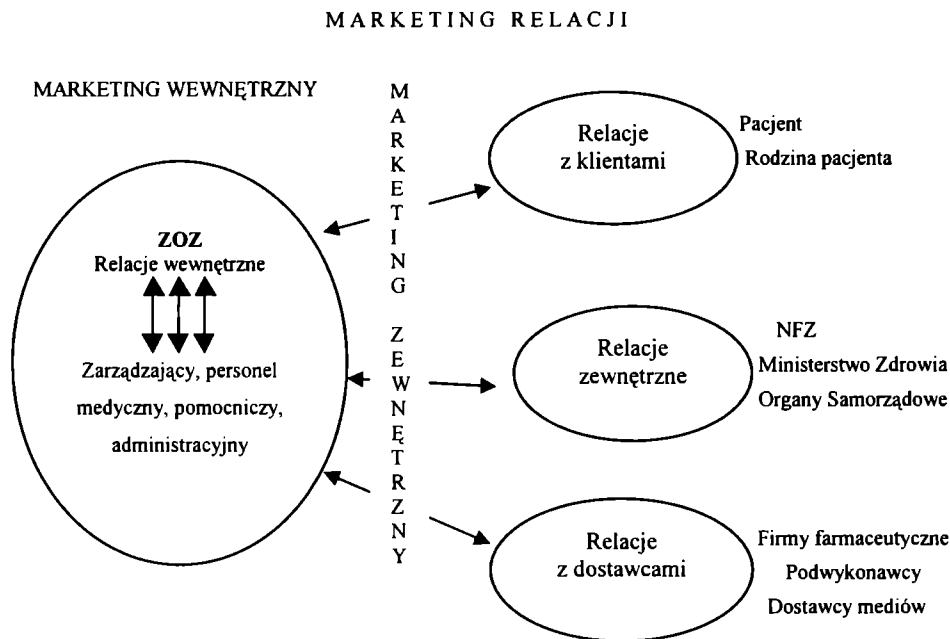


Ryc. 2. Model sześciu rynków II

Źródło: J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, Wydawnictwo C.H. Beck, Warszawa 2001, s. 52.

¹⁴ Por. S. Pilarski, *Marketing w sferze usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie i marketing w służbie zdrowia*, red. S. Pilarski. Uniwersytet Warmińsko – Mazurski, Olsztyn 2004, s. 186.

W ogólnym ujęciu koncepcja marketingu relacji obejmuje swym zakresem relacje zewnętrzne, wewnętrzne, a także relacje z klientami i dostawcami. Na ryc. 3 przedstawiono szczegółowe relacje oraz partnerów przykładowej placówki służby zdrowia.



Ryc. 3. Model relacji Zakładu Opieki Zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Oprócz zastosowania marketingu wewnętrznego i zewnętrznego marketing usług medycznych wymaga także związanego z nimi marketingu relacji. Pierwszy obejmuje działania marketingowe wykorzystywane wewnątrz placówki. **Pracownicy to wewnętrzni klienci i dostawcy jednostki, należy ich szkolić i motywować do jakościowo lepszej obsługi pacjenta.** Ze względu na bliski kontakt z klientem (pacjentem) to właśnie pracownicy wykonujący swoją pracę muszą być motywowani do lepszej pracy oraz czuć silną więź z placówką. Dzięki działaniom marketingu wewnętrznego pracownicy pracują zgodnie z określoną misją, strategią oraz wytyczonymi celami. Jest on niewątpliwie jednym z kluczowych elementów marketingu relacji, którego obszarem zainteresowania stają się pracownicy – najcenniejszy kapitał placówki. Ich wiedza, kompetencje, profesjonalność i doświadczenie to w usługach medycznych najważniejszy zasób. Ludzie tworzą klimat emocjonalny sprzyjający zaufaniu i gotowości do współpracy. Tylko oni poprzez

swoją otwartość i solidność, a także odpowiedni styl komunikowania się, mogą zapewnić konsumentowi poczucie bezpieczeństwa¹⁵.

Działania marketingu zewnętrznego skupiają się na przygotowaniu usługi medycznej, określeniu jej cech, ustaleniu ceny, warunków odpłatności oraz sposobu dystrybucji. Pacjenci mogą otrzymać podobne usługi w kilku różnych miejscach. Wybór usługi może być dokonany na podstawie jej ceny, jakości i wiedzy personelu, a także wyglądu pomieszczeń i atmosfery panującej w placówce. Nie bez znaczenia jest także lokalizacja placówki świadczącej usługi i jej infrastruktura, dlatego na tym obszarze należy stosować działania z zakresu marketingu zewnętrznego. Również w tym obszarze rysuje się potrzeba wykorzystania instrumentów marketingu relacji. Koncepcja marketingu relacji zakłada tworzenie wieloletnich więzi na zasadach partnerstwa z wszystkimi podmiotami, z którymi placówka wchodzi w związki, oraz kreowanie lojalności i zaufania. Nawiązywanie trwałych stosunków partnerskich z pacjentami, świadczeniobiorcami, dostawcami i fundatorami, a także konkurentami i klientami wewnętrznymi (pracownikami) – to idea omawianej koncepcji.

Klientem zakładu opieki zdrowotnej jest nie tylko pacjent, ale każdy, kto w jakimkolwiek stopniu od tego zakładu zależy i na kogo poprzez swoje zachowania placówka oddziałuje i wpływa. Tak więc marketing stał się ważnym elementem systemu ochrony zdrowia. Jednak marketing ograniczający się do tradycyjnych instrumentów (produktu, ceny, promocji i dystrybucji) jest w działalności placówek służby zdrowia niewystarczający. Ważne są także nowe elementy, takie jak obsługa klienta, komunikacja i dialog z klientami. **Orientacja na klienta, zaspokojenie jego zmiennych i stale rosnących oczekiwań, oferowanie usługi o najwyższej jakości, ciągle doskonalenie bezpośredniej obsługi, ukierunkowanie działań na utrzymanie trwałych relacji z klientem – to właśnie obszar marketingu relacji.**

Usługi medyczne w naturalny sposób przejawiają potrzebę adaptacji zasad i instrumentów marketingu relacji – marketingu, który oferuje klientom (pacjentom) ochronę, wzbudza zaufanie i minimalizuje ryzyko związane z procesem zakupu.¹⁶ Bezpośrednie świadczenie usług na rzecz indywidualnego pacjenta przez wysoko wykwalifikowany personel sprzyja tworzeniu się charakterystycznej intymnej więzi między pracownikiem placówki medycznej a pacjentem. Zadowolenie pacjenta ze świadczonej usługi, wysoka ocena usługi mogą zostać osiągnięta poprzez indywidualne podejście do pacjenta w procesie świadczenia usługi. Klient wydaje osąd o jakości obsługi nie tylko na podstawie jakości technicznej (np. czy operacja się udała), lecz także na podstawie jej jakości funkcjonalnej (np. jaka jest postawa

¹⁵ Por. J. Otto, op. cit., s.178.

¹⁶ K. Rogoziński, op. cit., s. 34.

lekarza: czy wykazuje zainteresowanie, czy wzbudza zaufanie)¹⁷. Bezpośrednie relacje między pacjentem a personelem medycznym umożliwiają dokładniejsze poznanie potrzeb, preferencji i oczekiwań pacjentów oraz dostosowanie usługi medycznej do ich wymogów. Powyższe relacje zwiększają zaufanie pacjenta do świadczeniodawcy, utwierdzającego się w przekonaniu o wysokiej jakości świadczenia. Pacjent staje się współtwórcą usługi. W miarę upływu czasu wspomniany doświadczony i zadowolony z usługi pacjent, polecając placówkę innym ewentualnym pacjentom, nieświadomie realizuje część działań marketingowych placówki.

W przypadku usług medycznych klienci tak naprawdę nie nabywają dóbr czy usług, kupują natomiast korzyści i wartości, które usługa im przynosi. Oferowanym produktem w tym przypadku jest niematerialność usługi. Ogromne znaczenie mają obsługa oraz edukacja klientów, której rola znacznie wzrasta. Specjalistyczny charakter usług zdrowotnych i ich złożoność powoduje dysproporcje poziomu wiedzy o świadczonej usłudze. Konieczne jest więc przekazywanie pacjentowi jak największej liczby informacji dotyczących procesu leczenia i sposobu postępowania. Relacja pacjent – lekarz (personel medyczny) powinna być rozszerzona o edukację. Uświadomiony pacjent stosuje się do zaleceń lekarza, a w konsekwencji szybciej wraca do zdrowia. Udostępnienie odpowiednich informacji klientowi stanowi dla firmy gwarancję, że ma on możliwość wyrobienia sobie zdania o sposobie wykonania usługi oraz o podstawowych cechach związku, a także o tym, czego będzie się od niego oczekiwać i czego on sam może oczekiwać od placówki. Taka wzajemna wymiana informacji w znacznym stopniu przyczynia się do pogłębienia relacji¹⁸.

Systematyczny dialog z nabywcą usługi, leżący u podstaw marketingu relacji, w zestawieniu z jednostronną komunikacją, na której koncentruje się klasyczny marketing, potwierdza wyższość pierwszego. Pacjenci pragną rozmowy, chcą być partnerem w procesie świadczenia im spełniającej ich oczekiwania usługi. Pacjenci pragną być postrzegani jako poszczególne osoby, jednostki. Dlatego też cele marketingu relacji indywidualizują świadczeniobiorcę, a rynkiem docelowym staje się nie segment rynku usług zdrowotnych, tylko określony pacjent.

Zindywidualizowany marketing wymaga gromadzenia, przyswojenia i wykorzystania ogromnej liczby informacji o każdym z pacjentów. W usługach medycznych istnieje prawnie usankcjonowany obowiązek prowadzenia papierowej dokumentacji medycznej. Większość placówek ma jednak kompleksowe medyczne systemy informacyjne, które zapewniają możliwość obsługi administracyjnej, finansowej oraz medycznej na styku pacjent–służba zdrowia. System taki integruje

¹⁷ Por. A. Pukas, *Marketing – mix usług*, [w:] *Marketing usług*, red. A. Styś, PWE, Warszawa 2003, s. 75.

¹⁸ Por. K. Storbacka, J. R. Lehtein, *Sztuka budowania trwałych związków z klientami*. Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001, s. 46.

informacje medyczne i finansowe, co ułatwia szczegółowy wgląd zarówno w historię choroby pacjenta, jak i w stan np. jego należności płatniczych¹⁹.

Komputeryzacja i systemy informatyczne wyposażyły marketing w możliwość zapamiętywania, selekcjonowania i porównywania informacji zawartych np. w bazie danych placówki. Należy tylko umiejętnie korzystać z posiadanych zasobów informacyjnych, ich znaczenie bowiem w marketingu relacji jest ogromne. Placówki powinny zbierać i gromadzić informacje o klientach, korzystając nie tylko z własnych źródeł, ale także ze źródeł zewnętrznych. Dane te pozwolą w przyszłości budować efektywne, sprawne systemy zarządzania relacjami.

Wśród kluczowych elementów marketingu relacji oprócz omawianego wcześniej marketingu wewnętrznego i komunikacji indywidualnej znajduje się jakość. Placówka powinna wiedzieć, jak jej klienci postrzegają jakość, jakiej jakości oczekują a następnie dążyć do tego, by oferować klientom jakość wyższą niż ich konkurenci. Postrzegana jakość usługi jest rezultatem porównania przez pacjenta usługi, jakiej oczekiwał, ze świadczeniem otrzymanym. Tak więc jakość usług zdrowotnych podlega subiektywnej ocenie pacjentów i ich rodzin, dlatego placówki medyczne muszą identyfikować i uwzględniać determinanty jakości usług i postępować tak, aby pacjent był usatysfakcjonowany²⁰.

Poziom jakości świadczonych usług w placówce to wynik pracy ogółu pracowników. **Z punktu widzenia odbiorcy świadczeń, czyli pacjenta, jakość to:** dostępność usług (łatwość uzyskiwania opieki niezależnie od przeszkód organizacyjnych, finansowych i innych), dostateczna informacja (o stanie zdrowia, o opcjach leczenia, synergicznym działaniu leków itd.), edukacja zdrowotna (zdobycie umiejętności samodzielnej opieki czy rozpoznania objawów wymagających wzywania pomocy), dobra komunikacja z lekarzami i pielęgniarkami, szacunek i opiekuńczość okazywana pacjentowi, koordynacja i ciągłość procesu leczenia, a także satysfakcja (sposób akceptacji otrzymanej opieki w konfrontacji z oczekiwaniami)²¹.

W przekształconych placówkach służby zdrowia funkcjonujących na współczesnym rynku marketingowym priorytetem powinno stać się dostarczanie jakości. Stałe polepszanie jakości świadczonych usług staje się niezbędne z uwagi na fakt, iż pacjenci przestają tolerować usługi niskiej jakości. Pacjent indywidualnie ocenia wartość, jaką otrzymał od usługodawcy, jego osobiste doświadczenia są źródłem satysfakcji, bądź jej braku. Satysfakcja pacjenta oraz więzi (bariery wyjścia) są podstawą budowy silnych relacji pomiędzy pacjentem a placówką. Umiejętność zarządzania jakością w relacjach z klientem pozwoli placówkom medycznym wy-

¹⁹ D. Nowak, J. J. Fedorowski, *Komputeryzacja oraz znaczenie internetu w nowoczesnej opiece zdrowotnej* [w:] *Ekonomika medycyny*, red. J. J. Fedorowski, R. Nizankowski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002, s. 111.

²⁰ Por. D. Chmielewski, *Strategia jakości. Nowoczesny szpital i przychodnia*, „Służba Zdrowia” 2002, nr 34–37, s.15.

²¹ Por. K. Czarnecka, B. Różański, *Jakość usług a polityka samorządu lokalnego*, „Służba Zdrowia” 1999, nr 39–40, s. 9.

korzystać możliwą przewagę konkurencyjną, którą niewątpliwie stwarza strategia marketingu relacji.

Tak więc marketing relacji to nowa koncepcja marketingowa u podstaw której leży kontakt indywidualny z klientem, kontakt będący specyfiką świadczenia usług zdrowotnych. Wydaje się, że marketing relacji jest najwłaściwszym rozwiązaniem marketingowym dla przekształconych placówek. Branże usług profesjonalnych w tym w szczególności usług medycznych, cechuje duża podatność na adaptację koncepcji marketingu relacji, dlatego restrukturyzowane i prywatyzowane placówki powinny to wykorzystać. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w atmosferze bezpieczeństwa i zaufania, w oparciu o profesjonalizm świadczonych usług rozumiany jako połączenie najlepszej wiedzy i umiejętności oraz zaangażowanie pracowników, zogniskowanie uwagi na pacjencie jako podmiocie działań systemu oraz budowanie, utrzymanie i rozwijanie więzi z pacjentem to misja, która powinna przyświecać każdej placówce chcącej zaistnieć i utrzymać się na rynku usług zdrowotnych.

Literatura

- [1] Ajewski M., *Koegzystencja sektora publicznego i prywatnego – warunki osiągnięcia równowagi sektora*. Rada Strategii Społeczno-Gospodarczej przy Radzie Ministrów: System Ochrony Zdrowia. Poszukiwania i propozycje naprawy. Raport nr 37, Warszawa 2004.
- [2] Chmielewski D., *Strategia jakości. Nowoczesny szpital i przychodnia*, „Służba Zdrowia” 2002, nr 34–37.
- [3] Czarnecka K., Różański B., *Jakość usług a polityka samorządu lokalnego*, „Służba Zdrowia” 1999, nr 39–40.
- [4] Dobska M., Dobski P., *Marketing usług medycznych*, INFOR, Warszawa 1999.
- [5] Fonfara K., *Marketing partnerski na rynku przedsiębiorstw*, PWE, Warszawa 1999.
- [6] Kotler Ph. i in., *Marketing. Podręcznik europejski*, PWE, Warszawa 2002.
- [7] Nowak D., Fedorowski J. J., *Komputeryzacja oraz znaczenie internetu w nowoczesnej opiece zdrowotnej*, [w:] *Ekonomika medycyny*, red. J.J. Fedorowski, R. Niżankowski, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
- [8] Nowotarska-Romaniak B., *Marketing usług zdrowotnych*, Zakamycze, Kraków 2002.
- [9] Otto J., *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*. Wydawnictwo C. H. Beck, Warszawa 2001.
- [10] Pilarski S., *Marketing w sferze usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie i marketing w służbie zdrowia*, red. S. Pilarski, Uniwersytet Warmińsko – Mazurski, Olsztyn 2004.
- [11] Pukas A., *Marketing-mix usług*, [w:] *Marketing usług*, red. A. Styś, PWE, Warszawa 2003.
- [12] Rogoziński K., *Nowy marketing usług*. AE, Poznań 1998.
- [13] Rydel M., Ronkowski C., *Marketing partnerski*, „Marketing i Rynek” 1995 nr 6.
- [14] Rudawska I., *Marketingowa orientacja zakładów opieki zdrowotnej*, „Zarządzanie” 2004 nr 6.
- [15] Storbacka K., Lehtein J. R., *Sztuka budowania trwałych związków z klientami*, Dom Wydawniczy ABC, Kraków 2001.

Akty prawne

- [16] Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 1991 nr 91, poz. 408 ze zm.
- [17] Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza, DzU 1996 nr 28, poz. 152 ze zm.
- [18] Ustawa z dnia 6 lutego 1997 roku o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, DzU 1997 nr 28, poz. 153 ze zm.
- [19] Ustawa z dnia 27 września 2004 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, DzU 2004 nr 210, poz. 2135.

RELATION MARKETING AS THE FACTOR INCREASING THE CHANCES OF SUCCESS IN RESTRUCTURING AND PRIVATIZATION PROCESSES OF HEALTH CENTRES IN POLAND

Summary

The on-going reform process in health care in Poland, restructuring of health centres and consequences of joining the European Union changed radically the operating conditions in health centres. As a consequence of the irreversible restructuring process of medical services as well as the emergence of competitive private centres, the success can be achieved only by the centres which will be able to establish long-term, profitable ties with the patients and other actors in the market. Relation marketing seems to be the best solution to the problem of health providers undergoing restructuring.