

Joanna Hołub-Iwan
Uniwersytet Szczeciński

POMIAR POTRZEB MEDYCZNYCH – DYLEMATY METODYCZNE

1. Problemy badawcze i specyfika przedmiotu badań

Rynek usług medycznych charakteryzuje się tym, że funkcjonują na nim dwa różne sektory – publiczny i prywatny. Specyfika tych sektorów, pomimo podobnego przedmiotu wymiany, jest odmienna, najbardziej zaś szczególnym wyrazem tej odmienności jest zakres regulacji rynku i rynkowe reguły funkcjonowania. W sektorze prywatnym mamy do czynienia z mechanizmem rynkowym regulacji popytu i podaży. Znaczny staż rynkowy usługodawców sektora prywatnego powoduje, że zmiernają oni w kierunku marketingowej orientacji działania i z coraz większym zainteresowaniem patrzą w stronę narzędzi marketingowych wspomagających ich funkcjonowanie, zapewniających dopływ pacjentów, budowanie pożądanego wizerunku firmy, itp.

Orientacja rynkowa podmiotów prywatnego sektora powoduje, że coraz częściej ich właściciele, wykorzystując instrumenty zarządzania marketingowego, widzą potrzebę korzystania z badań rynkowych i marketingowych¹. Dotychczas obserwowany zakres badań był raczej wąski i ograniczał się do badania oczekiwań, jakości obsługi i satysfakcji pacjentów danej placówki. Jednak rozwój tego sektora, a przede wszystkim wzrost konkurencji na rynku² powoduje, że podmioty tego rynku rozszerzają zakres badań rynkowych i marketingowych, a jednym z kluczowych obecnie

¹ Rozszerzanie zakresu badań niewątpliwie świadczy o wzroście świadomości kadry zarządzającej w tych podmiotach, niezależnie od tego, czy jest to związane z doszktałaniem, czy zatrudnianiem specjalistów.

² Podmioty te w wyniku rozwoju rynku i powstawania nowych sytuacji konkurencyjnych zmieniają swoje mechanizmy działania. Ich potrzeby dobrze wpisują się we współczesne kierunki badań marketingowych [5].

problemów badawczych jest pomiar potrzeb medycznych pacjentów w określonym regionie czy obszarze działania placówki oraz problem elastyczności cenowej popytu na usługi medyczne³. Osoby zarządzające placówkami medycznymi w obszarze sektora prywatnego⁴ intensywnie poszukują odpowiedzi na pytanie, jaka część populacji zaspokoili swoje potrzeby w sektorze prywatnych usług medycznych⁵. Pytanie to pozwala sformułować następujące problemy badawcze:

1. Jaki jest popyt na usługi medyczne w regionie czy kraju?

2. Jaka część społeczeństwa regionu czy kraju zdecyduje się na zaspokojenie swoich potrzeb medycznych w sektorze prywatnym?

3. Jaki jest charakter tych potrzeb?

Obserwując podejmowane nieliczne próby pomiaru potrzeb medycznych, stwierdzić należy, że nie stanowią one dobrego materiału do wspomaganego decyzji w podmiotach organizujących, oferujących czy finansujących usługi medyczne. W szczególności zaś dają się zauważyć liczne błędy, które z racji swojego charakteru wykluczają poprawność formułowanych na ich podstawie wniosków, jak brak właściwego zrozumienia przedmiotu badań, nieuwzględnianie niektórych obszarów potrzeb, np. popytu ukrytego, a także braku zdyskontowania uzyskiwanych wyników przez pryzmat nastawienia badanego oraz motywów jego działania.

Warunkiem uniknięcia błędów w procesie pomiaru potrzeb medycznych jest dokładne rozważenie istoty przedmiotu pomiaru. W przypadku pomiaru potrzeb medycznych najczęściej występujące błędy wynikają z nieuwzględnienia lub niedocenia:

- interdyscyplinarności przedmiotu pomiaru,
- względności przedmiotu pomiaru,
- niejednorodności, a właściwie dużej heterogeniczności przedmiotu pomiaru,
- problemów z porównywalnością pomiaru (podatność na efekt nastawienia respondenta).

Rozstrzygnięcie powyższych kwestii z pewnością przyczyni się do wypracowania właściwych metod pomiaru potrzeb medycznych.

2. Interdyscyplinarność przedmiotu pomiaru

Rozważania o interdyscyplinarności badań są próbą rozstrzygnięcia, w jakim zakresie problem potrzeb medycznych stanowi problem ekonomii. Przywykliśmy traktować problem potrzeb medycznych jako domenę nauk medycznych. Medycy-

³ Zapotrzebowanie w tym zakresie zgłaszają nie tylko usługodawcy sektora prywatnego, ale również płatnicy i organizatorzy świadczeń, jak ubezpieczyciele, firmy działające w systemie abonamentowym czy prywatne kasy chorych.

⁴ Również usługodawcy sektora publicznego, ale ze znacznie mniejszą intensywnością.

⁵ Pytania zadawane przez lekarzy i podmioty inwestujące w branżę medyczną z ich punktu widzenia są banalne i sprowadzają się do pytania, ilu pacjentów skorzysta z usługi badania metodą MRI w cenie 350 zł czy ilu pacjentów skorzysta z porad znanego genetyka w cenie 150 zł za poradę.

na na podstawie obserwacji i badań określa i kwalifikuje problem jako potrzebę medyczną. Zakres marketingowego podejścia do potrzeb medycznych wyznaczony jest przez:

- proces identyfikacji potrzeby przez pacjenta i jej zgłoszenia na rynku,
- problem zachowań nabywczych pacjentów na rynku usług medycznych (np. wybór usługodawcy),
- problem preferencji pacjentów co do zaspokojenia potrzeb medycznych,
- zakres tzw. potrzeb bez nabywania i warunki ich blokowania.

Badania marketingowe znacznie wzbogacają wiedzę na temat potrzeb medycznych i są przydatne, a wręcz nieodzowne w procesie zarządzania zdrowiem na szczeblu regionu czy kraju oraz zarządzania podmiotami rynku usług medycznych. Oczywiście badacze nie są w stanie oceniać zasadności zgłoszenia potrzeb medycznych na rynku i kwalifikować je, ale mogą uzupełnić wiedzę na temat zachowań nabywczych pacjentów na rynku usług medycznych w stopniu pozwalającym na oszacowanie skali występowania danych potrzeb i prognozowania rozwoju niektórych zjawisk na rynku usług medycznych. Wiedza ta przyczyni się do precyzyjniejszego prognozowania potrzeb medycznych. Pomimo wątpliwości środowisk medycznych całkowicie uzasadnione zatem jest włączenie sfery badawczej marketingu do badań potrzeb medycznych społeczeństwa.

3. Względność przedmiotu pomiaru

Istnieje złożoność interakcji pomiędzy tym, co potocznie rozumiemy jako zdrowie, czyli brak dolegliwości fizycznych, a stanem dobrego samopoczucia będącym wynikiem wpływu socjologii, psychologii, a nawet marketingu (np. określonego stanu posiadania).

Sformułowana przez Saundersa [7] definicja zdrowia zakłada, że „zdrowie jest czynnościowym przystosowaniem do pełnienia roli oczekiwanej od osobnika danej płci i wieku, w społeczeństwie, w którym egzystuje”. McDermott [4] sformułował bardziej rozwiniętą i pełniejszą definicję zdrowia. Uznał on, że „zdrowie jest pojęciem charakteryzującym stopień, w jakim dana osoba może działać skutecznie w warunkach określonych przez czynniki genetyczne oraz jej środowisko bytowe i kulturowe”. Przez potrzebę zdrowotną rozumiemy różnicę pomiędzy obserwowanym (realnym) a idealnym poziomem stanu zdrowia i jakością życia jednostki [8].

Najbardziej znamienym podejściem do definiowania zdrowia jest ujęcie zaproponowane przez Antonovsky'ego. Podszedł on do relacji pomiędzy zdrowiem a chorobą jako do swoistego kontinuum [3], akcentując, że jest to linia ciągła pomiędzy zdrowiem i chorobą – linia na której każdy może odnaleźć swój punkt. Według tego autora „nikt nie jest całkowicie zdrowy ani całkowicie chory”.

Takie podejście z jednej strony utrudnia rozważania badaczom, jednak z drugiej strony stanowi cenną podpowiedź co do ewentualnej konstrukcji skali pomiarowej.

4. Niejednorodność przedmiotu pomiaru

Zasadniczą różnicą pomiędzy dobrami konsumpcyjnymi a produktami opieki zdrowotnej jest ograniczony wpływ człowieka na wystąpienie u niego potrzeb. Produktów opieki zdrowotnej w zasadzie się nie pożąda [1]. Pacjenci nie dążą do choroby, nie chcą, aby ich zdrowie i życie było zagrożone. Można zatem powiedzieć, że większość potrzeb w zakresie usług medycznych pojawia się bez woli człowieka, niektóre świadczenia są nawet realizowane bez jego zgody. Jednak człowiek nie może wyeliminować potrzeb zdrowotnych z własnego życia, może jedynie wpływać na ich minimalizowanie. W odróżnieniu od wielu dóbr i usług konsumpcyjnych, zarówno pacjenci, jak i system opieki zdrowotnej będą dążyć do minimalizacji potrzeb w zakresie usług medycznych oraz do wczesnej identyfikacji potrzeb medycznych, do czego szczególnie mogą przyczynić się metody badań rynkowych i marketingowych. Biorąc pod uwagę specyfikę działań marketingowych, można zaproponować podział potrzeb na usługi medyczne⁶, jak w tab. 1.

Tabela 1. Podział potrzeb na usługi medyczne

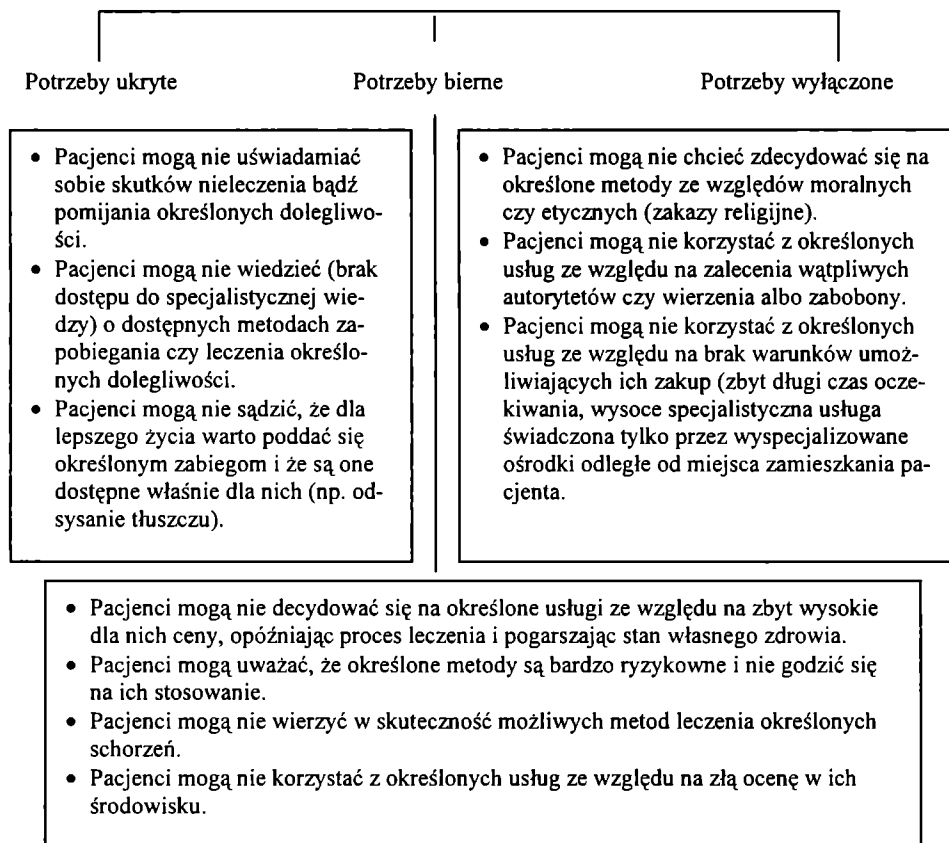
Kryterium	Rodzaje potrzeb	Przykłady problemów i schorzeń
I. Kryterium obligatoryjności korzystania	potrzeby niesterowalne przez konsumentów (obligatoryjne)	wrostek robaczkowy, złamanie nogi
	potrzeby sterowane przez konsumentów (nie obligatoryjne)	badania laboratoryjne, wizyty kontrolne u ginekologa, wybielanie zębów
II. Ryzyko pacjenta	potrzeby zagrażające życiu	czerniak, ostry ból brzucha
	potrzeby zagrażające zdrowiu	przeziębienia, ugryzienia owadów
	potrzeby nie zagrażające zdrowiu i życiu	chirurgia plastyczna w niektórych przypadkach, nieżyt nosa
III. Czas zaspokojenia potrzeby	potrzeby wymagające natychmiastowej interwencji	zawał serca
	potrzeby, których zaspokojenie można odłożyć w czasie	zdjęcie rentgenowskie
IV. Źródło potrzeby	potrzeby własne	przeziębienie, wrzody żołądka
	potrzeby wynikające z realizowanego toku leczenia	badania RTG, USG, gastroskopia, itp.
	potrzeby wynikające z aktywności zawodowej i osobistej	badania okresowe, testy, zaświadczenia o zdolności do pracy
V. Charakter świadczeń	potrzeby związane z leczeniem i diagnozowaniem schorzeń	leczenie bezpłodności
	potrzeby wynikające z zapobiegania schorzeniom	okresowe badania kontrolne stomatologiczne

Źródło: opracowanie własne.

⁶ Podział potrzeb zdrowotnych, zaprezentowany przez J. Bradshawa [2], obejmuje takie potrzeby, jak: potrzeby normatywne, potrzeby odczuwane (realne), potrzeby wyrażone, potrzeby względne. Zaprezentowany podział ujmuje potrzeby w ujęciu makroekonomicznym, co nie zawsze może być wykorzystane w planowaniu działań marketingowych dla konkretnego podmiotu.

Metody badań rynkowych i marketingowych mogą być wykorzystywane do szacowania potrzeb i do oceny zachowań pacjentów w obrębie takich grup potrzeb, jak: potrzeby nieobligatoryjne sterowane przez konsumentów, nie wymagające natychmiastowej interwencji, niezależnie od charakteru świadczeń, ryzyka pacjenta i źródeł potrzeby. Okazuje się, że jest to całkiem duża grupa potrzeb. Potrzeby obligatoryjne, wymagające natychmiastowej interwencji mieszczą się tylko w obszarze medycznym.

Potrzeby medyczne bez nabywania



Rys. 1. Podział potrzeb medycznych bez nabywania

Źródło: opracowanie własne.

Analizując potrzeby medyczne jednostki, trzeba uwzględnić również znaczną grupę potrzeb nie zgłaszanych na rynku, a więc obszar tak zwanego popytu ukrytego⁷.

⁷ W pomiarze potrzeb medycznych należy uwzględnić potrzeby nie zgłaszane na rynku z różnych powodów, jak: ignorowanie schorzenia, brak dostępności, korzystanie z substytutów, w tym z farmaceutyków, usług paramedycznych.

Potrzeby medyczne bez nabywania są prawdziwym wyzwaniem dla marketingu, zarówno w sferze badawczej marketingu, jak i w sferze instrumentalnej. Interesuje nas bowiem pomiar i badanie skali tego zjawiska oraz oddziaływanie na postawy zdrowotne społeczeństwa w kierunku zaspokojenia ukrytych, biernych czy wyłączonych potrzeb medycznych. Jak się okazuje, analiza przyczyn i szacowanie popytu ukrytego ma też bardzo istotne znaczenie w obszarze usług medycyny⁸.

Badanie popytu na usługi medyczne (wizyty u lekarzy lub zabiegi) powinno uwzględniać motywy działania pacjentów, bardzo zróżnicowane z punktu widzenia stopnia ich istotności. Bardzo duża liczba potrzeb zaspokajanych w placówkach medycznych to potrzeby związane z ratowaniem życia czy z leczeniem schorzenia, które się objawiło, ale również wynikające z wielu innych powodów, jak dążenie do lepszego samopoczucia (również psychicznego), lepszego wyglądu, zapobieganie chorobom, konsultacje (sprawdzenie diagnozy innego lekarza), wypisanie recepty lub zwolnienia lekarskiego, otrzymywanie zaświadczeń (np. niezbędnych do otrzymania prawa jazdy).

5. Podatność na efekt nastawienia respondenta

Innym problemem związanym z gromadzeniem danych dotyczących oceny potrzeb medycznych jest porównywalność pomiaru, a więc problem zróżnicowanego podejścia ludzi do własnych potrzeb medycznych. Ważniejsze znaczenie w tym przypadku przypisać należy nastawieniu respondenta i zróżnicowaniu nastawienia pomiędzy segmentami rynku [9]⁹. Jak pisze A. Sagan, efekt nastawienia wynika z czynników kulturowych, z chęci zbudowania określonego obrazu siebie, udzielenia odpowiedzi zgodnych z oczekiwaniami badacza czy normami panującymi w danej kulturze. W przypadku badania potrzeb medycznych należy dodatkowo wziąć pod uwagę poziom wiedzy i świadomości badanego. Analiza podejścia do własnego zdrowia i potrzeb medycznych w naszym społeczeństwie wskazuje na znaczne dysproporcje pomiędzy jednostkami. Z jednej strony mamy do czynienia z hipochondrią, a z drugiej – z lekceważeniem stanu własnego zdrowia.

⁸ Wagę tego problemu podkreślają koszty związane z konsekwencjami nieleczenia lub zbyt późnego leczenia niektórych schorzeń, w tym również koszty leczenia epidemii wynikających z braku szybkiej identyfikacji chorób zakaźnych i niezapobiegania im. Nieujawniony popyt wywiera negatywne skutki zarówno na jednostkę, jak i na koszty ponoszone przez system opieki zdrowotnej. Leczenie zaawansowanych stadiów choroby jest bowiem znacznie droższe, a pełny powrót do zdrowia często niemożliwy. W obecnych warunkach funkcjonowania opieki medycznej w Polsce, a w szczególności wobec problemów z dostępem do usług specjalistycznych i długim czasem oczekiwania oraz wobec problemów wynikających z obsługi, jak: rejestracja, oczekiwanie na wizytę itp., popyt ukryty może przyjmować duże rozmiary.

⁹ A. Sagan pisze, w jaki sposób radzić sobie z efektem nastawienia w badaniach międzykulturowych. Wydaje się, że problem tego typu dotyczy również różnych segmentów pacjentów.

6. Analiza i prognoza potrzeb medycznych

Zaprezentowane czynniki stanowią nie tylko specyfikację przedmiotu badań – należy je uwzględnić w procesie analizy i prognozy potrzeb medycznych.

Możliwość prognozowania popytu na usługi medyczne ma niekwestionowane znaczenie w procesie zarządzania zdrowiem na różnych szczeblach, niezależnie od rodzaju sektora. Poprawne prognozy w tym zakresie wyznaczają przede wszystkim kosztochłonność zasobów służby zdrowia i efekty wynikające z niedostosowania potencjału do wielkości popytu. Wyznaczenie skali i struktury popytu na usługi medyczne jest punktem wyjścia do wyznaczania wielkości zasobów niezbędnych do obsłużenia tego popytu, jak:

- liczby i struktury miejsc w placówkach,
- liczby lekarzy i struktury ich specjalizacji,
- liczby i specjalizacji szkół wyższych kształcących lekarzy,
- sprzętu medycznego.

Zatem budowane modele przyczynowo-skutkowe (czy lepiej symptomatyczne) powinny uwzględniać wpływ wskazanych czynników na kształtowanie się popytu na usługi medyczne. Zaprezentowane zmienne wynikające ze wskazanych obszarów analizy ze względu na ich charakter będą wykorzystane do kształtowania szeregów przekrojowych przydatnych do budowania modeli [6].

Literatura

- [1] Arrow K.J., *Eseje z teorii ryzyka. Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu*, PWN, Warszawa 1979.
- [2] Bradshaw J., *The Concept of Social Needs*, [w:] N. Gilbert, H. Specht (red.), *Planning for Social Welfare*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1977.
- [3] Karski J.B., *Promocja zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2003.
- [4] Krasucki P., *Optymalizacja systemu ochrony zdrowia*, CeDeWu, Warszawa 2005.
- [5] Mazurek-Łopacińska K. (red), *Badania marketingowe. Metody, tendencje, zastosowania*, AE, Wrocław 2003.
- [6] Mynarski S., *Badania rynkowe w warunkach konkurencji*, FOGRA, Kraków 1995.
- [7] Saltman R.B., Figueras J., *Reforma opieki zdrowotnej w Europie – analiza bieżących strategii*.
- [8] Smoleń M., Smoleń M., *Problemy planowania i zastosowania programów marketingowych w organizacjach nonprofit – aspekt opieki zdrowotnej*, „Antidotum” 2000, nr 2.
- [9] Wiktor J.W., *Euromarketing. Strategie przedsiębiorstw na rynkach europejskich*, AE, Kraków 2005.

ERRORS OF THE MEASUREMENT OF MEDICAL NEEDS

Summary

An indication of areas which are causing errors is the purpose of the article in the measurement of medical needs for society as well as to be the attempt at returning the remark that pointed variables or variables resulting from presented factors should taken into consideration in the process of analysing and predicting medical needs. The author is showing how the pretermission of the specificity of medical needs is able to influence their quality of the measurement.