

Agnieszka Bukowska-Piestrzyńska

Uniwersytet Łódzki

POZAMEDYCZNE CZYNNIKI WARUNKUJĄCE WYBÓR PLACÓWKI ZDROWOTNEJ PRZEZ KLIENTÓW

1. Wstęp

Zmiany zachodzące na polskim rynku usług zdrowotnych sprawiają, że menedżerowie niepublicznych placówek służby zdrowia – szczególnie tych, w których usługi opłacane są bezpośrednio z dochodów pacjenta – muszą zabiegać o klientów/pacjentów, by zapewnić istnienie i/lub rozwój swoim placówkom¹. W warunkach gospodarki rynkowej (przede wszystkim w warunkach rosnącej konkurencji i rosnących wymagań klientów) placówki te podlegają podstawowym prawom ekonomicznym i powinny dążyć do poprawy efektywności swoich działań (np. poprzez racjonalne gospodarowanie posiadanymi zasobami). Istotne jest zatem, by osoby zarządzające placówkami zdrowia korzystały z doświadczeń innych branż w poszukiwaniu czynników sukcesu podmiotów gospodarczych, nim wypracują własne kompleksowe rozwiązania w tym zakresie. Narzędziem do poprawy efektywności pozamedycznych działań placówek może stać się m.in. marketing relacji. Poznanie pozamedycznych czynników wpływających na decyzję pacjenta/klienta co do wyboru placówki zdrowotnej umożliwi jej menedżerom podejmowanie decyzji zmierzających do budowania trwałej przewagi konkurencyjnej. Dlatego w artykule podjęto próbę wskazania pozamedycznych czynników, którymi kierują się pacjenci opłacający usługę z własnych dochodów przy wyborze placówki zdrowotnej, świadczącej usługi stomatologiczne.

¹ W ramach NFZ tylko na opiekę stomatologiczną przeznaczono 3,03% środków funduszu, co w 2003 r. dało kwotę 930 mln zł – jest więc o co walczyć (choć wg środowisk stomatologicznych potrzeby są 4-5-krotnie większe, co daje kwotę 3,6-4,5 mld zł, którą mogą zapewnić „prywatne kieszenie” pacjentów bądź dodatkowe, prywatne ubezpieczenia zdrowotne).

W pracy zostaną przedstawione proklientowskie działania, które mogą być podejmowane przez placówki zdrowotne: począwszy od instrumentarium marketingu po – szeroko pojętą – jakość usług. W ostatniej części artykułu zaprezentowano wyniki badań, dotyczące pozamedycznych czynników wpływających na decyzje zakupowe pacjentów – klientów gabinetu stomatologicznego.

2. Marketing w placówkach zdrowotnych

W warunkach ciągle zmieniającego się otoczenia jedyną trwałą przewagą konkurencyjną jest zdolność do stałych zmian i dostosowywania się do specyficznej kompozycji oczekiwań klientów i działań konkurentów. Zatem zdolność tworzenia trwałej przewagi posiadają te placówki, które są w stanie zaobserwować zmiany zachodzące w ich otoczeniu (szczególnie w zachowaniach pacjentów/klientów i strategiach konkurentów) i mogą szybko się do nich dostosować.

Już w 1987 r. P. Kotler i J.B. Clark określili orientację marketingową szpitali, która zakładała, iż wprowadzenie zmian w sposobie zarządzania placówkami opieki zdrowotnej będzie możliwe dzięki [Dobska 1998]:

- prowadzeniu systematycznych badań marketingowych, określających potrzeby i pragnienia rynkowe,
- projektowaniu usług adekwatnych do danego rynku docelowego,
- odpowiedniej strategii promocji, zapewniającej komunikację z rynkiem docelowym,
- prowadzeniu akceptowanej przez pacjentów (i wymagania konkurencji) strategii cenowej.

Dlatego w warunkach rosnącej konkurencji marketing usług zdrowotnych wymaga kompleksowych działań w obszarze [Kotler 1994]:

- marketingu zewnętrznego – obejmującego „zwykłe” działania (takie jak w podmiotach innych branż), polegające na przygotowaniu usługi zgodnie z oczekiwaniami klientów, określeniu jej ceny, sposobów dystrybucji i promocji;
- marketingu wewnętrznego – obejmującego działania kierownictwa placówki mające na celu przeszkolenie (np. w zakresie komunikacji – chociażby problematyka związana z rozwiązywaniem konfliktów, w zakresie zarządzania czasem itp.) i motywowanie pracowników do lepszej obsługi klientów i
- marketingu interakcyjnego – obejmującego oddziaływanie na płaszczyźnie: lekarz – pacjent; ponieważ pacjent/klient określający kwalifikacje pracowników w obsłudze, wydaje sąd o jakości obsługi nie tylko na podstawie jakości technicznej (np. czy wypełnienie założone przez dentystę nie przeszkadza w jedzeniu), lecz także na podstawie jej jakości funkcjonalnej (np. czy stomatolog wykazuje zainteresowanie pacjentem i czy wzbudza zaufanie).

Skoordynowanie działań w tych trzech obszarach przyczyni się do lepszego działania placówki na rynku; lepszego z punktu widzenia zasad funkcjonowania podmiotów w gospodarce wolnorynkowej: wyróżnianie się na tle konkurencji

dzięki – szeroko pojętej – profesjonalnej obsłudze, poprzez podniesienie konkurencyjności i wzrost zadowolenia pacjentów, a w konsekwencji podniesienie ekonomicznej efektywności placówki jako przedsiębiorstwa zarobkowego.

Na profesjonalną – z marketingowego punktu widzenia – obsługę pacjenta składają się wszystkie czynności „przywiązujące” go do lekarza. Dostarczanie nabywcy wysokiej jakości usług rozpoczyna się od rozpoznania potrzeb przez przygotowanie odpowiedniej oferty i świadczenie usługi zgodnie z oczekiwaniami pacjenta, a kończy na właściwym zachowaniu personelu w razie ewentualnych reklamacji. Proces ten obejmuje wszystkie czynności przed, w trakcie i po zawarciu transakcji (tab. 1).

Tabela 1. Elementy obsługi pacjenta/klienta i komunikaty, jakie powinien formułować pracownik placówki zdrowotnej

Przed transakcją	W trakcie transakcji	Po transakcji
Sformułowanie misji placówki zdrowotnej (zawsze w formie pisemnej) i polityki obsługi pacjenta	Dostosowanie oferty (zarówno <i>stricte</i> medycznej, jak i pozamedycznej, np. recepcjonistka zajmująca się dzieckiem pacjentki) do oczekiwań pacjenta-klienta	Udzielenie gwarancji i satysfakcjonujące pacjenta rozpatrzenie ewentualnych reklamacji (zarówno szybka naprawa błędu, jak i gratyfikacja pieniężna)
Popularyzowanie misji i polityki wśród personelu placówki i obecnych oraz potencjalnych pacjentów	Optymalny czas oczekiwania na usługę w poczekalni (do 10 min) i samej usługi	Ciągłe monitorowanie jakości świadczonych usług
Pisemne zdefiniowanie celów obsługi (również dla personelu pomocniczego) i procesów wspierających ich realizację	Zakres obsługi (z punktu widzenia marketingu możliwa jest zarówno dywersyfikacja działalności, jak i specjalizacja)	Stworzenie schematów przebiegu usług (osobno dla ekstrakcji, leczenia kanałowego itd.) w celu skorygowania błędów
Stworzenie struktury wspierającej cele obsługi, motywowanie personelu do efektywnej ich realizacji	Prawidłowe wykonanie usługi <i>stricte</i> medycznej i usług pomocniczych	Rozwiewanie obaw po zakupie
Przygotowanie zaplecza technicznego (chodzi zarówno o sprzęt i narzędzia w gabinecie, jak i udogodnienia dla pacjentów w poczekalni, np. możliwość zaparzenia kawy)	Otoczenie wykonywanej usługi (w tym: nastrój pacjenta) powinno zapewniać komfort	Aktywne tworzenie i utrzymywanie klubów „stałych klientów” (atrakcyjne zwłaszcza dla najmłodszych pacjentów)
Zapewnianie klienta o dobrej jakości świadczonych usług (np. folder informacyjny o gabinecie, rekomendacje usatysfakcjonowanych pacjentów)	Rozliczenie transakcji na warunkach dogodnych dla nabywcy usługi zdrowotnej (np. możliwość rozłożenia opłaty na raty)	Oferta promocyjna w czasie zmniejszonego popytu (np. informacja udzielana przez recepcjonistkę stomatologiczną – zapisującą pacjenta na wizytę – o tańszych o 10% wizytach w godz. 10-14)

Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Payne 2001].

Proces świadczenia usług oparty jest na szeregu podstawowych zasad [Rogozński 2000]:

- wszystkie działania powinny zmierzać do jak najstaranniejszej realizacji zlecenia, tak aby efekt był zgodny z oczekiwaniami pacjenta/klienta,
- odchylenia od ustaleń wymagają akceptacji pacjenta,
- natychmiastowe reagowanie na jakiegokolwiek uchybienia (zarówno te zgłaszane przez pacjenta, jak i te wychwycone przez pracowników),
- przestrzeganie przyjętego harmonogramu realizacji i terminowe jego wypełnianie, np. kompleksowa obsługa od zarejestrowania pacjenta (w możliwie najkrótszym i odpowiadającym pacjentowi terminie), przez przeprowadzenie leczenia (z uwzględnieniem dodatkowych usług „podwykonawców” – np. wykonanie usługi przez technika), kontrolę zgodności jego wykonania z oczekiwaniami pacjenta po ewentualną reklamację (i jej jak najszybsze i najbardziej satysfakcjonujące – z punktu widzenia pacjenta – rozpatrzenie).

3. Kryteria oceny jakości usługi zdrowotnej

Jak już zostało powiedziane, osiągnięcie wysokiej jakości świadczonych usług jest czynnikiem wpływającym na pozycję konkurencyjną placówki. Jednak ocena usług przez potencjalnych pacjentów jest niezmiernie trudna. Przed wykonaniem usługi mogą oni jedynie ocenić np. wygląd placówki czy wysłuchać opinii osób trzecich, ale również po wykonaniu usługi mogą mieć problem z jej oceną, bo przecież pacjent nie musi być (i najczęściej nie jest) specjalistą w danej dziedzinie medycyny, by ocenić jakość w aspekcie medycznym. Dlatego pacjenci szukają widocznych elementów, które mogliby ocenić. Istotne jest zatem, aby stomatolog znał kryteria, jakim kierują się pacjenci w ocenie jakości. Należą do nich przede wszystkim [Berry, Zeithaml, Parasuraman 1990]:

1. **Materialność** – w placówce istnieją pewne punkty kontaktowe, które kształtują wrażenia pacjentów, przekształcające się następnie w odczucia, przekonania i często trwałe opinie. Dlatego niezmiernie ważna jest umiejętność kontrolowania wrażeń pacjentów [Mudie, Cottam 1998]; wykorzystuje się tu tzw. front, obejmujący dwa aspekty:

- front osobowy – dotyczy ubioru, płci, wieku i rasy, wyglądu zewnętrznego i sposobu mówienia, wyrazu twarzy i gestykulacji wszystkich pracowników;
- otoczenie – to meble, wystrój, rozkład pomieszczeń oraz inne cechy tła (np. kolor, oświetlenie), a także wygląd wizytówki czy folderu gabinetu.

2. **Niezawodność** – można zdefiniować jako „zdolność do wykonywania obiecanych usług rzetelnie i dokładnie” [Zeithaml, Parasuraman, Berry 1990]. Nie ulega wątpliwości, że każdy lekarz prowadzący prywatną praktykę chciałby, aby jego pacjenci byli zadowoleni czy wręcz zachwyceni jego usługami (i opowiadali o tym znajomym). Oczywiście jest to możliwe, gdy oferuje on pacjentom usługi zgodne lub

przekraczające ich oczekiwania. I choć lekarze powinni starać się o osiągnięcie stu-procentowej niezawodności, to w praktyce nie są w stanie uniknąć pomyłek w ob-słudze pacjenta (zarówno medycznych, jak i marketingowych). Najważniejsze jed-nak, jak potrafią na nie zareagować: ich reakcja może albo polepszyć, albo pogorszyć sytuację. Pacjenci muszą odczuć, że coś się robi, by rozwiązać ich problem².

3. Reagowanie – pragnienie udzielania pacjentom/klientom szybkiej usługi (optymalny czas oczekiwania na usługę, sprawne przeprowadzenie zabiegu).

4. Kompetencja – posiadanie wymaganych umiejętności oraz wiedzy niezbędnej do wykonywania usługi.

5. Uprzejmość – to nie tylko szacunek i grzeczność personelu bezpośrednio obsługi, ale również wzgląd na pacjenta – warto zwrócić uwagę, że wywiad lekar-ski to nie tylko zbieranie wiedzy medycznej na temat pacjenta, ale również – a może przede wszystkim – budowanie porozumienia i wzajemnego zaufania (dlatego usługodawca nie powinien się śpieszyć; powinien zainteresować się np. tym, gdzie pacjent pracuje, czy oglądał wczorajszy mecz, czy uprawia sport itp.; powin-nien dowiedzieć się czegoś osobistego o pacjencie, by wykorzystał to przy następ-nych wizytach).

Poznanie tych kryteriów jest koniecznością, gdy lekarz chce podnieść jakość oferowanej usługi, gdyż jak widać „jakość *stricte* medyczna” (tj. posiadanie wy-maganych umiejętności oraz wiedzy niezbędnej do wykonywania usługi i zdolność do wykonania usługi rzetelnie i dokładnie) jest tylko jednym z elementów, budują-cych jakość usługi w oczach pacjentów. Lekarz musi znać nie tylko te kryteria, ale również preferencje swoich pacjentów, dotyczące ich praktycznego kształtu (a więc implikuje to konieczność przeprowadzenia – nawet bardzo prostych – badań marketingowych, dotyczących oczekiwań pacjentów w stosunku do poszczegól-nych elementów kształtujących jakość).

Należy zauważyć, że placówki zdrowotne mogłyby z powodzeniem stosować strategię jakości, wykorzystywane w innych placówkach usługowych. Chodzi tu np. o strategię [Kachniewska 2002]:

- masowych szkoleń (zakładające rozpowszechnienie wiedzy z zakresu jakości w strukturze placówki zdrowotnej na coraz niższych poziomach organizacji),
- przywództwa jakościowego (zgodnie z ich ideą przywództwo w jakości bierze swój początek na szczeblu naczelnego kierownictwa ZOZ-u),

² Gdy pacjent jest niezadowolony z usługi, może dojść do złożenia reklamacji. Istotne jest, by właściwie na nią zareagować, bo przeznaczając odpowiedni czas i środki na efektywną procedurę reklamacyjną, lekarz-menedżer może odnieść następujące korzyści [Mudie, Cottam 1998]:

- ma szansę naprawienia swych relacji z niezadowolonym klientem,
- unika rozprzestrzeniania się niekorzystnych informacji na swój temat;
- dowiaduje się, co mogłoby ulepszyć świadczone przez niego obecnie usługi;
- będzie miał lepszą motywację do świadczenia usług lepszej jakości.

- orientacji marketingowej (wymagające nie tylko ukierunkowania wszystkich pracowników placówki na potrzeby i oczekiwania pacjenta, ale także podjęcia procesu monitorowania działań konkurencyjnych w tym zakresie),
- programów poprawy jakości (mające na celu zaspokojenie potrzeb pacjenta w sposób bardziej efektywny niż dotychczas oraz poprawę procesów organizacyjnych, tak aby wyniki ich realizacji spełniały oczekiwania nabywców usług zdrowotnych),
- zaangażowania pracowników (przyjmujące, iż kluczem do tworzenia strategii działania w obszarze jakości jest siła oddziaływania zaangażowanych w „sprawę jakości” pracowników, co oznacza zarazem uznanie, że każdy pracownik „zarządza” jakością),
- technik, metod i narzędzi jakościowych (istotą jest przyjęcie założenia, że tylko obiektywne dowody – wskaźniki realizacji zadań wskazują na rzeczywistą poprawę jakości i świadczą o efektywności firmy czy też o osiągnięciu ustalonych celów w obszarze jakości),
- lojalność pacjenta (bardzo silnie akcentująca dbałość o zadowolenie pacjenta i traktująca aspekt jego zadowolenia jako kluczowy weryfikator realizowanej strategii TQM).

4. Pozamedyczne determinanty wyboru placówki zdrowotnej przez pacjenta – wyniki badań

Aby znaleźć odpowiedź na pytanie: jakie czynniki determinują wybór konkretnej placówki zdrowotnej przez pacjenta, przeprowadzono badanie, którym objęto 148 kobiet i 45 mężczyzn, leczących się u różnych stomatologów (respondenci mieli wykształcenie średnie i byli studentami szkół wyższych; wszyscy mieszkali na terenie województwa łódzkiego). Techniką badawczą był wywiad kwestionariuszowy.

Ponieważ 3/4 badanych korzysta z usług stomatologicznych w gabinetach prywatnych, można było się spodziewać dobrych i bardzo dobrych ocen dotyczących jakości, tak jednak nie jest. Z badań wynika, że blisko 40% grupy spędza w poczekalni więcej niż 15 minut, a niespełna 30% wchodzi do gabinetu o godzinie, na którą zostali wyznaczeni. Pacjenci najczęściej spędzają na fotelu dentystycznym do 30 minut, a jednorazowe leczenie dłuższe niż 60 minut jest właściwie rzadkością. Należy zwrócić uwagę na fakt, że 28% respondentów do 30 minut spędza w poczekalni, a 59% do 30 minut na fotelu dentystycznym; czyli w badanej grupie mogły znaleźć się osoby, które w poczekalni spędzają tyle samo czasu, co w gabinecie, a to już nie najlepiej świadczy o organizacji pracy stomatologa. Jednak w zdecydowanej większości (94,3% wskazań) po wyjściu z gabinetu pacjenci uważają, że stomatolog poświęcił im wystarczająco dużo czasu, a tylko 4,4% respondentów stwierdziło, że lekarz zbyt szybko się śpieszył, bo miał umówionych innych pacjentów.

Jest to wynik bardzo optymistyczny, gdyż „ostatnie wrażenie” może być szczególnie istotne dla ogólnego wizerunku usługi i zadowolenia pacjenta.

Biorąc pod uwagę determinanty wyboru konkretnego stomatologa, można określić następujące elementy, na które najczęściej wskazywali badani:

- fachowość lekarza (oceniającą przez „niestomatologów”) wskazało 38,3% respondentów,
- miła obsługa dla 24,7% respondentów okazała się – w tak stresującym momencie, jak wizyta u stomatologa – ważnym czynnikiem wyboru (dlatego zachowanie personelu pomocniczego i empatia stomatologa mają dla tej grupy bardzo duże znaczenie),
- na wyposażenie gabinetu wskazało 17,5% ankietowanych, również lokalizacja gabinetu stanowiła istotny czynnik wyboru dla 17,5% badanych, tak więc materialne dowody profesjonalizmu gabinetu są ważnym elementem jakości w oczach pacjentów.

Perspektywa utraty pacjentów powinna zachęcać stomatologów-menedżerów nie tylko do dbania o wysoki standard usług³, ale również do porównywania jakości własnych usług z propozycjami konkurencyjnych gabinetów. Powinni oni pamiętać, że każdy stracony pacjent staje się klientem pozyskanym przez konkurencję i choćby z tego powodu zatrzymanie go staje się kluczowym problemem. Sposobem na zatrzymanie pacjentów jest utrzymywanie lub zwiększanie ich zadowolenia, co jest możliwe przez podwyższanie jakości usług – ocenianej z perspektywy nabywcy.

5. Zakończenie

Lekarze-przedsiębiorcy powinni zdać sobie sprawę z rosnącej konkurencji (a także uprzywilejowanej pozycji państwowych placówek zdrowotnych) i rosnących wymagań pacjentów. Aby uniknąć w przyszłości sytuacji, że grafik pacjentów jest pusty, powinni już dziś uświadomić sobie wagę problemu, jakim jest jakość świadczonych przez nich usług – jakość związana nie tylko z samą usługą *stricte* medyczną, ale całokształtem czynników, które są przedmiotem oceny pacjentów. Wymaga to pewnej elastyczności ze strony lekarzy-menedżerów, gdyż muszą „spojrzeć na swój gabinet oczyma pacjenta” i dopiero wtedy spróbować go ocenić. Muszą być nie tylko specjalistami w dziedzinie medycyny, ale również specjalistami ds. wdrażania i utrzymywania jakości świadczonych usług. Dlatego czynniki określające jakość usługi powinny kreować *credo* postępowania każdego lekarza, gdyż zapewnienie jakości to proces (*never ending story*), wymagający planowania, uruchomienia i monitorowania, obejmujący poprawę jakości z perspektywy pacjenta.

³ Utrzymanie wysokiego standardu jakości w celu pełnego zadowolenia pacjentów może obniżyć prawdopodobieństwo braku ich satysfakcji i wpłynąć na ich lojalność wobec wybranego lekarza.

Literatura

- Berry L.L., Zeithaml V.A., Parasuraman A., *Five imperatives for improving service quality*, „Sloan Management Review” 1990.
- Bukowska-Piestrzyńska A., *Marketing usług stomatologicznych*, Wyd. Czelej, Lublin 2004.
- Dobska M., *Perspektywy marketingu*, „Marketing w Praktyce” 1998 nr 5.
- Kachniewska M., *Zarządzanie jakością usług turystycznych*, Difin, Warszawa 2002.
- Kotler P., *Marketing, analiza, planowanie, wdrażanie i kontrola*, Gebethner i Ska, Warszawa 1994.
- Mudie P., Cottam A., *Usługi. Zarządzanie i marketing*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Payne A., *Marketing usług*, PWE, Warszawa 2001.
- Rogoziński K., *Usługi rynkowe*, Wyd. AE, Poznań 2000.
- Zeithaml V.A., Parasuraman A., Berry L.L., *Delivering Quality Service*, The Free Press, Macmillan Inc. 1990.

EXTRAMEDICAL FACTORS AFFECTING THE CHOICE OF HEALTH-CARE INSTITUTIONS

Summary

The conditions of a free market economy make health institutions compete for patients-clients on the market. Managers should get to know extramedical factors that influence patients' decisions concerning the choice of medical services providers. This is extremely important from the point of view of functioning of these health-care institutions, especially when patients pay with their own money. The aim of this article is to:

- describe extramedical factors influencing the quality of health services,
- indicate the significance of marketing in everyday practice of health care institutions.