

# Marketing podmiotów leczniczych świadczących ambulatoryjne usługi stomatologiczne

Sektor ochrony zdrowia stale ewoluuje od początku lat dziewięćdziesiątych, nabierając coraz wyrazistszego charakteru rynkowego. Nadal pozostaje jednak silna dwoistość systemu, wynikająca z głównych źródeł finansowania usług oferowanych przez świadczeniodawców. Struktura przychodów wydaje się być głównym czynnikiem wpływającym na kształt prowadzonej w jednostkach polityki marketingowej.

Dotychczas atrakcyjne dla wielu jednostek oparcie działalności na kontraktach z publicznym płatnikiem stało się wysoce ryzykowne. Stale rosnąca potrzeba dostępu do limitowanych świadczeń „nieodpłatnych” z punktu widzenia pacjenta spowodowała, że podaż usług, które jednostki są w stanie świadczyć, znacznie przewyższa popyt ze strony publicznego płatnika. Z drugiej strony niekorzystne dla stomatologii zmiany kierunków alokacji środków publicznych spowodowały dalsze zmniejszenie już i tak niewystarczającego poziomu popytu. Stąd wraz z upływem lat podmiotom medycznym coraz trudniej jest uzyskać kontrakty od NFZ, bądź ich uzyskanie wiąże się ze znacznym wzrostem kosztów i/lub zgodą na znaczną obniżkę ceny za świadczone usługi.

Świadomość ryzyka, jakie wiąże się z uzależnieniem od jednego odbiorcy, a co za tym idzie, potrzeba zdecydowanej dywersyfikacji źródeł przychodów, dopiero się kształtuje w podmiotach leczniczych opartych na finansowaniu publicznym, podobnie jak potrzeba skorzystania z szans, jakie daje wprowadzenie aktywnego marketingu w struktury podmiotu.

Przegląd i analiza literatury ma za zadanie ukazać specyfikę marketingu usług medycznych i służyć głównemu celowi pracy, jakim jest wskazanie słabości strategii marketingowych stosowanych przez jednostki, dla których głównym źródłem dochodów są środki od publicznego płatnika. Studium przypadku przedstawione na końcu pracy to opis stanu obecnego jednej z takich placówek, wraz ze wskazaniem możliwych kierunków zmian, mających za zadanie zwiększenie udziału świadczeń na rzecz pacjentów komercyjnych w ogólnej strukturze świadczonych usług.

## Rynek ambulatoryjnych usług stomatologicznych

Ambulatoryjne usługi stomatologiczne zdefiniować można jako zespół działań związanych z ludzkim zdrowiem i jego ochroną w obrębie jamy ustnej, które mogą być podjęte bez konieczności umieszczenia pacjenta w szpitalu. Charakteryzują się one determinantami wspólnymi wszystkim usługom, takimi jak (Boguszewicz-Kreft, 2009, s.11-19):

– niematerialność – przy czym może być to niematerialność relatywna, oparta na procentowym udziale usług czysto niematerialnych i produktów materialnych w całości świadczenia; przykładem może być leczenie protetyczne,

którego efektem jest przekazanie pacjentowi produktu w postaci protezy;

– nierozdzielność produkcji i konsumpcji – w przypadku usług zdrowotnych polega ona na konieczności bezpośredniego kontaktu usługobiorcy z dostawcą; wiąże się to powstaniem często głębokich, długotrwałych relacji pomiędzy dwiema stronami procesu, przy czym udział pacjenta w procesie może być bierny lub czynny; zmiennym skutkiem tej cechy jest także możliwość kontroli błędu powstałego w trakcie procesu świadczenia usługi i wpływu jego wystąpienia na dalsze zdrowie, a nawet życie pacjenta;

– nietrwałość – uniemożliwia wyprodukowanie usług na zapas i ich magazynowanie; w przypadku limitowanych usług finansowanych przez publicznego płatnika mamy raczej do czynienia z chronicznym oczekiwaniem pacjenta na usługę, ponadto umowy kontraktowane są na trzy lata, co daje jednostkom możliwość stabilizacji środków niezbędnych do ich wykonania – całkiem inaczej wygląda sytuacja w przypadku usług komercyjnych, gdzie nie sposób przewidzieć fluktuacji popytu, a więc i zapotrzebowania na zasoby, przede wszystkim kadrowe;

– niejednorodność – wynika przede wszystkim z udziału czynnika ludzkiego w procesie świadczenia usług, zarówno w roli podmiotu, jak i przedmiotu<sup>1</sup>; w przypadku usługodawcy niejednorodność wynikać może z cech osobistych charakteru, posiadanej wiedzy i doświadczenia, natomiast w przypadku usługobiorcy z uwarunkowań zarówno natury psychicznej, jak i fizjologicznej (dana jednostka chorobowa może u różnych osób przebiegać i objawiać się w zróżnicowany sposób).

Rynek usług zdrowotnych posiada jednakże cechy, wyróżniające go spośród innych rodzajów usług, a mianowicie:

– w przypadku świadczeń finansowanych przez publicznego płatnika, kto inny składa zapotrzebowanie na usługi medyczne (NFZ), a kto inny jest finalnym odbiorcą usługi (pacjent),

– na wybór narzędzi marketingowych stosowanych w jednostkach świadczących usługi medyczne ma także (bądź powinien mieć) wymiar etyczny przynależny ochronie zdrowia,

– istnieją obostrzenia prawne dotyczące możliwości stosowania określonych narzędzi promocji, wynikające z aktów prawnych regulującego działalność podmiotów leczniczych.

Najważniejszymi cechami usług zdrowotnych, warunkującymi ich postrzeganie przez pacjenta, a zatem mającymi

<sup>1</sup> Sensu stricte przedmiotem usługi jest zdrowie człowieka, ale jest ono tak w istocie zespolone z samym człowiekiem, że bywa ono utożsamiane z nim samym.

wpływ na wybór instrumentów marketingowych, jest fakt zaangażowania specjalistów w proces usługowy<sup>2</sup>, asymetria informacyjna między dostawcą a odbiorcą usługi, niepewność pacjenta co do efektów leczenia oraz dyskomfort związany z brakiem możliwości wpływu na przebieg procesu leczenia.

Jednostki, które chcą zwrócić się ku pacjentowi indywidualnemu muszą się takiego postrzegania klienta dopiero uczyć, ponieważ warunki kontraktowania przez publicznego płatnika opierają się głównie na zapewnieniu infrastruktury technicznej, dostępności do usług i cenie za usługę.

Przy wprowadzaniu konkretnych rozwiązań marketingowych w podmiocie leczniczym, trzeba brać także pod uwagę następujące fakty [Rudawska, 2005, s. 9-10]:

- pojawiła się silna konkurencja dostawców ambulatoryjnych usług medycznych o dostęp do środków publicznych i pacjentów indywidualnych,
- nastąpiło przeobrażenie w świadomości społecznej, co do praw i oczekiwań pacjenta,
- ma miejsce wzrost kultury zdrowotnej,
- zmieniły się rzeczywiste i wyrażone potrzeby zdrowotne na skutek transformacji demograficznej społeczeństwa, postępu cywilizacyjnego, rozwoju wiedzy medycznej i farmacji,
- rośnie udział wydatków prywatnych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia.

Powyższe spostrzeżenia skłaniają ku wnioskowi, że w podmiotach leczniczych chcących zachować swą pozycję na rynku usług zdrowotnych, konieczne jest przekształcenie systemowe sprzyjające rozwojowi orientacji na klienta. Służyć temu miałyby adaptacja wybranych narzędzi marke-

tingowych na potrzeby placówek medycznych, przy uwzględnieniu specyfiki marketingu w obszarze ochrony zdrowia.

## Marketing usług zdrowotnych

Mysł marketingowa w opiece zdrowotnej wiązała się zawsze z szeregiem kontrowersji. Początek debaty na temat zasadności wprowadzenia marketingu w sektor ochrony zdrowia, zarówno w wymiarze finansowym i etycznym sięga lat siedemdziesiątych i trwa do dnia dzisiejszego (Rudawska, 2005, s. 69-70). Krytyczne uwagi dotyczące obecności marketingu w opiece zdrowotnej prezentuje tablica 1.

Bez względu na formę prawną samych placówek i główne źródło ich dochodów, dla współczesnych menedżerów służby zdrowia pytania coraz częściej brzmią „jak?” niż „czy?” stosować marketing w opiece zdrowotnej.

Zarządzanie marketingowe realizowane jest przy użyciu zestawu elementów określanych w literaturze marketingiem -mix. Pierwotna liczba czterech elementów (produkt, miejsce, cena, promocja) została na potrzeby marketingu usług poszerzona o trzy kolejne (ludzi, proces oraz aspekty fizyczne) (Boguszewicz-Kreft, 2009, s. 33-35). W ten sposób powstał zestaw narzędzi, który wg współczesnych trendów w dziedzinie marketingu ma służyć tworzeniu i pielęgnowaniu relacji pomiędzy jednostką a klientem, jak to przedstawiono na rysunku 1, przy czym relacje uważa się za podstawowy czynnik wyróżniający, pozwalający indywidualizować daną placówkę na szerokim i nasyconym rynku ambulatoryjnych usług stomatologicznych.

Produkt to oferta firmy w postaci usługi, polegającej w przypadku ambulatoryjnej opieki stomatologicznej przede wszystkim na świadczeniu opieki zdrowotnej. Usługi dodatkowe mogą obejmować obszar profilaktyki zdrowotnej, edukacji w zakresie ochrony zdrowia, badań specjalistycz-

<sup>2</sup> Dlatego usługi zdrowotne można zaliczyć do kategorii usług profesjonalnych.

**Tablica 1.** Kontrowersje wokół marketingu w opiece zdrowotnej

Uwaga krytyczna	Kontrargumenty
Marketing to źródło nieuzasadnionych kosztów	Nie można postrzegać wydatków na marketingu w kategorii źródła uszczuplenia środków na cele lecznicze. Powinien on być postrzegany jako inwestycja, mająca zapewnić alokację popytu w danej placówce zdrowia
Marketing ma agresywny i manipulacyjny charakter	Ta cecha jest przypisywana marketingowi jako takiemu, dlatego tak ważny jest wybór narzędzi marketingowych, zwłaszcza w obszarze promocji, które uwzględniałyby wrażliwość odbiorców oraz bariery etyczne społeczeństwa. Należy pamiętać, że czasami spekulacyjne działanie jest wręcz pożądane, zwłaszcza w programach profilaktycznych, mających zwiększać świadomość i kulturę zdrowotną społeczeństwa
Działania marketingowe, szczególnie promocja, są przejawem braku profesjonalizmu	Taki pogląd wynika z dwóch faktów – regulacji prawnych i ograniczeń nakładanych przez samo środowisko lekarskie oraz sprowadzania marketingu do reklamy i promocji sprzedaży (w odbiorze opinii publicznej związanej z praktykami przekupstwa). Istnieją natomiast elementy działań marketingowych, z których wynikają bezpośrednie korzyści dla pacjenta w postaci otrzymania wyższej jakości procesu świadczenia usług zdrowotnych
Marketing sztucznie kreuje popyt na usługi związane ze zdrowiem	Rolą marketingu jest kreowanie popytu, natomiast istnieją inne regulatory: ekonomiczne (cena), instytucjonalne (konieczność konsultacji wybranej metody leczenia ze specjalistą) czy wynikające z natury człowieka (osobnicze ograniczenia danego pacjenta), które sprowadzają poziom popytu na „sztuczny” do „właściwego”
Stosowanie marketingu prowadzi do zbędnej konkurencji	Konkurencja w ochronie zdrowia jest zjawiskiem jak najbardziej właściwym, ponieważ ma służyć podwyższaniu jakości opieki zdrowotnej oraz wpływać na efektywność alokacji ograniczonych zasobów ochrony zdrowia, jak również ograniczonych środków publicznych/prywatnych na finansowanie ochrony zdrowia

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Rudawska, 2005, s. 71)

nych (konsultacji) i diagnostycznych. W przypadku pacjentów komercyjnych oczekiwania co do wysokiej jakości produktu są tak silnie wpisane w jego istotę, że skuteczność prowadzonego leczenia nie jest już czynnikiem pozytywnie wyróżniającym daną usługę (Bilińska-Reformat i inni, 2009, s. 264). To wymóg konieczny do przetrwania podmiotu leczniczego na rynku usług zdrowotnych. Elementem różnicującym postrzeganie jednostek przez pryzmat produktu jest natomiast zakres i kompleksowość świadczonych usług, możliwość skorzystania na miejscu z wspomnianych wcześniej usług dodatkowych oraz produkty oferowane w paczeczce, np. pudełko do aparatów, tabletki do protez, płyn lub szczoteczka do higieny jamy ustnej. Wyzwaniem dla menedżerów jest stworzenie takich elementów usługi jak marka, standaryzacja jakości czy wprowadzenie systemu gwarancji. Nie jest to jednak niemożliwe. W opinii publicznej ukształtowane są opinie, co do ośrodków, gdzie najlepiej leczyć dane schorzenia i nie są rzadkością zapisy nawet o wieczystej gwarancji dotyczącej elementów materialnych usługi, np. wszczepionych implantów. Potrzeba posiadania fizycznego atrybutu stosowania standardów jakości realizowana jest najczęściej przez zdobywanie certyfikatów jakości przez jednostkę i/lub poszczególnych wykonawców usług. Dla jednostek opartych na finansowaniu przez publicznego płatnika poruszane kwestie były do tej pory drugorzędne – wykonywane usługi miały nie być gorsze, niż wymagane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, a nie najlepsze z możliwych. Jakość zachowana miała być o tyle, aby uniknąć skarg i konieczności poprawek, a nie stanowić o wyróżniku danej placówki. Wynika to z faktu wspomnianej wcześniej ograniczonej dostępności do „niepłatnych” usług

– odbiorca finalny często kierował się do danej placówki z konieczności, bo mógł być tam obsłużony, a nie z wyboru.

W oparciu o determinanty usług, sam produkt należy nierozdzielnie wiązać z dwoma kolejnymi elementami, czyli ludźmi i procesami. Z przeprowadzonych badań wynika (Bilińska-Reformat i inni, 2009, s. 264), że udział wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego w procesie, pozytywne/przyjazne nastawienie każdego pracownika oraz poświęcenie pacjentom odpowiedniej ilości czasu i uwagi to podstawa kształtująca przyjazne i długotrwałe relacje pacjentów z jednostką medyczną. Aby skutecznie pozyskiwać klienta, każdy członek personelu musi rozumieć, że istotna jest umiejętność zachowania się w różnych, często trudnych sytuacjach (konieczność przekazania informacji o złym stanie zdrowia, kontakt z pacjentami niezrównoważonymi lub skrajnie roszczeniowymi). Niezbędne jest także okazywanie sympatii i zachowania empatyczne oraz psychologiczne podejście do pacjenta. Bez względu na sytuację wskazane jest postępowanie zgodnie z zasadami etyki i kultury osobistej. Jednostki, które chcą zachęcić pacjenta indywidualnego do skorzystania z ich usług muszą przygotować personel do takiego podejścia. Osoby, które jako pierwsze mają kontakt z pacjentem, nie mogą być postrzegane w roli sity czy bramkarza, ale muszą mieć świadomość, że są wizytówką firmy – od ich zachowania zależy w dużej mierze sukces lub porażka przedsięwzięcia, jakim jest pozyskanie nowego lub zachowanie dotychczasowego klienta.

Produkt nierozdzielnie wiąże się z samym procesem świadczenia usługi od momentu pierwszego kontaktu pacjenta z jednostką do chwili zakończenia procesu leczenia. Celem placówki medycznej powinna być dbałość o pozytywny odbiór zarówno samego produktu, jak i procesu.

**Rysunek 1.** Elementy marketingu-mix służące tworzeniu relacji z pacjentem



Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Nowotarska-Romaniak, 2013, s. 51-56)

Środkiem do osiągnięcia zamierzonego celu są szkolenia i stała poprawa pracy personelu w trakcie świadczenia usług. Zorientowanie na dobro pacjenta to przede wszystkim uwzględnianie w procesie leczenia tego, co pacjent ceni sobie najbardziej, lub minimalizowanie tego, co jest dla niego najmniej przyjemne, oczywiście w stopniu, w jakim umożliwia to sam proces leczenia. Na konkurencyjnym rynku wygrają jednostki, które najlepiej uwzględnią i wykorzystają fakt, że pacjent ceni sobie, kiedy:

- zostanie zauważony, a w przypadku kolejnych wizyt jest rozpoznawany,

- personel zwraca się do niego dobrymi słowami,
- jest słuchany i uzyskuje zrozumienie dla swoich wątpliwości, niepewności czy strachu,

- otrzymuje argumenty pomagające rozwiązać jego wątpliwości,

- otrzymuje konkretne informacje dotyczące choroby czy wyników badań (Mruk, 2009, s.123).

Minimalizowanie czynników stresujących dotyczy przede wszystkim zapewnienia wymogu intymności w procesie leczenia i zmniejszenia poczucia braku jakiegokolwiek wpływu na sam proces. Negatywne odczucia mogą być zmniejszane poprzez uszanowanie przez personel godności każdego człowieka oraz maksymalne z możliwych aktywne zaangażowanie pacjenta i/lub jego rodziny w proces leczenia. Jeśli jest możliwość chociaż najmniejszego wyboru – powinna być dana pacjentowi, kształtuje to w nim moc sprawczą i polepsza nie tylko samopoczucie, ale może wpływać na sprawność przebiegu procesu i efekty leczenia. Przykładem niech będzie możliwość wyboru przez dziecko koloru aparatu ortodontycznego czy kształtu obrazków „malowanych” przez personel medyczny na ząbkach podczas fluoryzacji. Jest to ewidentny przykład zachowania bezkosztowego i całkowicie etycznego (z punktu przytaczanych wcześniej uwag krytycznych pod adresem marketingu), a jakże wpływający na pozytywny obraz jednostki na tle rynku usług medycznych. Nie bez znaczenia jest także możliwość umówienia się na konkretną datę i godzinę wykonania usługi. Godzinne kolejki w poczekalni, do których przyzwyczało się społeczeństwo w trakcie korzystania z usług płatnych przez publicznego płatnika są niedopuszczalne w przypadku usług świadczonych na rzecz prywatnego pacjenta. System rejestracji telefonicznej, internetowej czy osobistej powinien uwzględniać takie wymagania.

Na możliwość zmniejszenia stresu towarzyszącemu leczeniu wpływ ma także kolejny element marketingu, jakim jest aspekt fizyczny, czyli otoczenie, w którym usługa jest świadczona oraz wszelki sprzęt, który temu towarzyszy. Podobnie, jak przy produkcie, jest pewien poziom wyposażenia będący warunkiem brzegowym świadczenia usług i podmioty medyczne muszą mieć świadomość, że poprzeczka stawiana przez społeczeństwo jest coraz wyższa. Bezbolesna aplikacja znieczuleń, protezy na cyrkonie, implanty, cyfrowa radiowizjografia i zapis cyfrowy wykonanych badań

to nie nowinka – to standard. Ale otoczenie to także bodźce pośrednio związane z procesem leczenia, a wpływające na umocnienie relacji pacjenta z jednostką, np. indywidualne pokoje zabiegowe, przyjazna poczekalnia, czytelne komunikaty pomagające zorientować się w geografii placówki, wskazówki informacyjne dotyczące sposobu dostania się do jednostki (szyldy, namiary na stronie internetowej, wskazówki dojazdu publicznymi środkami lokomocji), czy rzecz wydawałoby się oczywista – higieniczne toalety. Niewiele jednostek opartych na finansowaniu z NFZ wykorzystuje fakt oddziaływania bodźców zewnętrznych na psychikę pacjenta, a przecież bajka przed oczyma dziecka czy obietnica nagrody za dzielność czyni cuda. Aspekt fizyczny, to także każdy element, który pozostaje w rekach pacjenta po wizycie (niekoniecznie dopiero po zakończeniu procesu leczenia). Są to zazwyczaj drobne rzeczy, które wpływają jednak na proces zapamiętania jednostki, co więcej – są sposobem na zadbanie, aby kontakt był odnawiany w przyszłości. Mogą być to atrakcyjne wizualnie terminarze spotkań, dołączane próbki produktów, gadżety dla dzieci<sup>3</sup> czy opakowania na aparaty. Działania takie są już utożsamiane z promocją, ale cechą charakterystyczną dla marketingu-mix jest fakt, że jego poszczególne elementy płynnie przenikają się i uzupełniają.

Sztandarowym przykładem promocji jest reklama. Ale istnieją też takie instrumenty, jak promocja sprzedaży, public relations, sprzedaż osobista i marketing bezpośredni (Kotler, 2004, s. 547). Bez względu na wybór narzędzia, promocja musi być skoordynowana z pozostałymi elementami marketingu-mix i ma służyć komunikacji z potencjalnymi i dotychczasowymi nabywcami, informować ich o swoich usługach oraz tworzyć jak najlepszy wizerunek firmy, tak aby ostatecznie zwiększyć sprzedaż oferowanych usług. Reklama dysponuje wieloma formami realizacji, z których możliwe do wykorzystania w placówkach świadczących ambulatoryjne usługi stomatologiczne są między innymi:

- symbole i logo – jako znak kodujący jednostkę w pamięci potencjalnego lub obecnego pacjenta,

- ogłoszenia w środkach masowego przekazu, broszury i biuletyny, plakaty, ulotki i informatory mające służyć wsparciu sprzedaży osobistej, wprowadzeniu nowej usługi lub rozszerzeniu wykorzystania dotychczasowych usług (np. w postaci pakietów),

- filmy, czasopisma firmowe zapoznające z jednostką i zasadami realizacji procesu leczenia,

- tablice ogłoszeniowe, szyldy informujące o odpłatnościach, miejscu i godzinach świadczenia usług, personelu medycznym,

- opakowania dla materialnych efektów procesu leczenia.

Przy korzystaniu z dobrodziejstw reklamy konieczne jest postępowanie zgodne z przepisami Ustawy o działalności leczniczej z 15.04.2011 r. (Dz.U. z 2011 r., Nr 112, poz. 654),

<sup>3</sup> Nalepki, pudełeczka na mleczne zęby itp.



która dopuszcza możliwość informowania społeczeństwa o zakresie i rodzajach świadczonych przez siebie usług zdrowotnych, natomiast treść i forma takich informacji nie może wskazywać na zalety proponowanych usług, czy zachęcać do zakupu produktu, np. poprzez pobudzanie pragnienia jego posiadania.

Sprzedaż osobista, czyli osobisty kontakt sprzedawcy z klientem w odniesieniu do pacjentów indywidualnych, powinien odbywać się przy maksymalnym wykorzystaniu kontaktu z pacjentem podczas jego wizyty w placówce (Nowotarska-Romaniak, 2013, s. 72). Polega on przede wszystkim na badaniu potrzeb i oczekiwań pacjenta oraz wywoływaniu pożądanych odczuć i wrażeń, a w konsekwencji budowaniu silnych relacji z samym pacjentem i jego otoczeniem (Rogoziński, 2006, s. 204) (polecenia usług innym). Kontakt z klientem instytucjonalnym to przede wszystkim osobiste kontakty osób dedykowanych przez firmę z drugą stroną, mające na celu najpierw zainteresowanie ofertą, a następnie dopasowanie jej kształtu do potrzeb klienta.

Public relations czyli związki z otoczeniem powinny opierać się na długookresowym planie działania, mającym kształtować opinie i postawy klientów wobec podmiotu leczniczego, czyli wpływać na jego wizerunek. W zależności od wielkości budżetu, jakim dysponują na ten cel jednostki, mogą być realizowane następujące działania prospołeczne (Rogoziński, 2006, s. 74):

- wykłady zdrowotne,
- prowadzenie badań profilaktycznych i konsultacji medycznych podczas pikników i festynów,
- cykliczne bezpłatne badania profilaktyczne,
- tzw. Białe soboty lub niedziele, podczas których pacjenci mogą skorzystać z konsultacji specjalisty bez skierowania,
- med-busy świadczące mobilną opiekę zdrowotną.

Rozwój techniki przekazywania informacji poprzez Internet (strony www, pocztę elektroniczną, blogi, fora dyskusyjne oraz portale społecznościowe całkowicie zmieniły obraz marketingu bezpośredniego. Internet daje możliwość dotarcia do szerokiej rzeszy pacjentów w zindywidualizowany sposób, komunikacji z potencjalnym lub dotychczasowym nabywcą oraz stworzenia jak najlepszego wizerunku firmy. Jest to instrument w szczerkowy sposób wykorzystywany przez jednostki świadczące usługi głównie na rzecz publicznego płatnika, a witryny internetowe, jeśli już istnieją, mają często charakter statyczny (przekazywanie informacji o różnym stopniu aktualności), a nie dynamiczny, czyli pobierający informacje z rynku, czy umożliwiające aktywny kontakt zainteresowanego z placówką.

Promocja sprzedaży obejmuje środki służące szybkiemu, krótkotrwałemu zwiększeniu sprzedaży poprzez dodanie do usług wyjątkowych korzyści, zwiększających ich atrakcyjność, np. kuponu rabatowego na kolejną wizytę, czy usługi w pakiecie. Ponieważ zakres jej działań wpływa na

przychody ze sprzedaży, musi być ona skorelowana z kolejnym elementem marketingu-mix, czyli ceną.

Cennik wyjściowy powinien być zawsze dokładnie prześlany i określony przed wprowadzeniem usługi na rynek. Poziom przyjętych cen wpłynie na dalszą działalność placówki, determinując jej działania marketingowe, docelowy rynek konsumenta, konkurencyjność poszczególnych usług i pozycję podmiotu leczniczego na rynku świadczeń zdrowotnych. Od prawidłowej wyceny usług zależeć będzie, czy firma będzie mogła zaledwie kontynuować działalność, czy przeciwnie – będzie się rozwijać i zwiększać obszar kontrolowanego rynku. Jednostki opierające swoją działalność na środkach publicznych, przyzwyczajone są, że cena zaproponowana za procedury zakontraktowane z publicznym płatnikiem niewiele ma wspólnego z metodą popytową, kosztową, czy nawet metodą porównań rynkowych. Wraz ze wzrostem ilości chętnych do kontraktów jest to raczej akt desperacji i wybór ceny maksymalnie punktowanej przez ogłaszającego postępowanie. Problem pojawia się, gdy wynik postępowania jest niekorzystny i jednostka nie uzyska kontraktu w ogóle lub w okrojonym zakresie. Cennik komercyjny przestaje być tylko sztywnym zapisem regulaminu organizacyjnego, ale aktywnym narzędziem zdobywania nowego klienta i utrzymania pacjentów, którzy do tej pory mieli możliwość w danej placówce leczyć się w całości lub części nieodpłatnie.

Ostatnim elementem, nie znaczy mniej ważnym jest miejsce świadczenia usług<sup>4</sup>. Przez miejsce rozumieć należy nie tylko atrakcyjność posadowienia poradni, w których świadczone są usługi, ale także czas otwarcia, kanały i obszar dystrybucji (Boguszewicz-Kreft, 2009, s. 35). Jednostki już istniejące zazwyczaj nie mają możliwości swobodnej zmiany lokalizacji świadczenia usług<sup>5</sup>, powinny natomiast czerpać z faktu, że pacjent oceniając placówkę będzie także zwracał uwagę na (Boguszewicz-Kreft, 2009, s. 67-69):

- możliwość kontaktu telefonicznego lub przez Internet i umówienia się na wizytę,
- możliwość uzyskania podstawowych informacji drogą telefoniczną bądź elektroniczną (mail, strona WWW),
- czas oczekiwania na wizytę,
- godziny i dni pracy placówki,
- zakres oferowanych usług zdrowotnych,
- wyposażenie i miłą obsługę.

W porównaniu z rynkiem usług ubezpieczeniowych czy turystycznych, kanały dystrybucji usług zdrowotnych są ograniczone, ponieważ ich charakter wymusza sprzedaż

<sup>4</sup> Nawiązując do starego powiedzenia, mówiącego, że trzy najważniejsze rzeczy przy budowie domu to: „lokalizacja, lokalizacja, lokalizacja”, wydaje się, że jest to element nie mniej istotny niż sam produkt.

<sup>5</sup> Możliwość oceny czynników określających optymalną lokalizację placówki powinna mieć natomiast miejsce przy otwieraniu kolejnych punktów usługowych. Szerzej na ten temat Złotowska G. w: (Daszkowska i inni, 1993, s. 121-125).

osobistą. Paradoksalnie pojawia się jednak możliwość pośredniego korzystania z kanałów dystrybucji przypisanych tym dwóm segmentom, poprzez świadczenie usług niezbędnych do realizacji usługi podstawowej, np. szczepienie ochronne we wskazanej placówce przed wyjazdem turystycznym, opłacenie kosztów leczenia pod warunkiem skorzystania z usług wskazanej przez ubezpieczyciela placówki. Od motywacji menedżerów placówek zależy, czy będą chciały ponieść wysiłek w celu zaoferowania usług nowym odbiorcom instytucjonalnym, innym niż publiczny płatnik.

Chcąc podsumować cel stosowania instrumentów promocji w obszarze służby zdrowia należy przede wszystkim zwrócić uwagę na ich rolę w tworzeniu wielowymiarowego kanału wymiany informacji pomiędzy jednostką a pacjentem. Poprawna komunikacja zwiększa atrakcyjność placówki, a także buduje jej renomę. Renoma z kolei przyciąga klientów do korzystania z usług tego, a nie innego podmiotu leczniczego (Nowotarska-Romaniak, 2011, s. 140)<sup>6</sup>.

W literaturze, prócz aplikacji marketingu-mix do potrzeb placówek zdrowia, akcentuje się także konieczność marketingowego ujęcia pacjenta poprzez spojrzenie na przygotowaną strategię marketingową z jego punktu widzenia (Nowotarska-Romaniuk, 2013, s. 81). Pacjent zainteresuje się ofertą, o ile będzie miał świadomość jej istnienia, a skorzysta z niej jeśli będzie ona dla niego akceptowalna, dostępna we właściwym miejscu i czasie a także będzie go na nią stać. W jednostkach, dla których głównym płatnikiem jest Narodowy Fundusz Zdrowia takie podejście jest raczej postulatem, niż praktyką dnia codziennego, ale chcąc zaistnieć na rynku płatnych usług medycznych nieuniknione wydaje się przeprowadzenie oceny własnych poczynań oczyma osoby najważniejszej dla podmiotów medycznych, czyli pacjenta.

## Zakończenie

Wprowadzanie marketingu-mix w podmiotach leczniczych z przewagą dochodów uzyskiwanych od publicznego płat-

nika to trudne wyzwanie. Zmiany muszą być aplikowane na grunt nieelastycznej materii ludzkiej. Najpierw trzeba przedstawić sposób myślenia zarówno zarządzających, jak i pracowników co do konieczności orientacji na dobro pacjenta, na postrzeganie potencjalnych i obecnych pacjentów jako najcenniejszego zasobu, jakie przedsiębiorstwo ma możliwość kreować. Elementy marketingu-mix są dedykowane do takich zadań i po ich dostosowaniu do potrzeb i możliwości jednostek medycznych, ułatwią im one osiągnąć zamierzone cele. Na uwagę zasługuje fakt, że nie każde podjęte działania muszą się wiązać z kosztownymi wydatkami. Zmierzenie w celu sukcesu powinno się zacząć i opierać w głównej mierze na efektywniejszym wykorzystaniu już istniejących zasobów jednostki w celu budowania efektywnej komunikacji z pacjentem i tworzenia pozytywnego wizerunku firmy.

## Literatura

1. Boguszewicz-Kreft M. (2009), *Zarządzanie doświadczeniem klienta w usługach*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
2. Kotler Ph. (2004), *Marketing*, Gebethner&S-ka, Warszawa.
3. Mruk H. (2009), *Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych*, ABC a Woltres Kluwer Business, Warszawa.
4. *Narodowy Rachunek Zdrowia za 2010 rok* (2012), GUS, Warszawa. Dostęp na stronie [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl).
5. *Narzędzia i techniki komunikacji marketingowej XXI wieku*, Śliwińska K., Pacut M. (red. nauk.) (2011), Oficyna a Woltres Kluwer Business, Warszawa.
6. Nowotarska-Romaniak B. (2013), *Marketing usług zdrowotnych*, ABC Wolters Kluwer business, Warszawa.
7. *Relacje podmiotów rynkowych w warunkach zmian*, Bilińska-Reformat K. (red. nauk.) (2009), Placet, Warszawa.
8. Rudawska I. (2005), *Marketing w nowoczesnej opiece zdrowotnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin.
9. *Zarys marketingu usług*, Daszkowska M. (red. nauk.) (1993), Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
10. *Zarządzanie relacjami w usługach*, Rogoziński K. (red. nauk.) (2009), Difin, Warszawa.

Monika Mazurowska,

Uniwersyteckie Centrum Stomatologiczne GUMed Sp. z o.o.

<sup>6</sup> W: (Śliwińska i inni, 2011, s. 140)

## Reprezentacja GUMed na kongresie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego

**Zuzanna Lewicka-Potocka**, doktorantka Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca oraz **Aleksandra Liżewska-Springer**, rezydentka Klinicznego Centrum Kardiologii zaprezentowały wyniki swoich projektów badawczych podczas kongresu European Society of Cardiology (ESC), który odbył się w dniach 25-29 sierpnia br. w Monachium. Lek. Zuzanna Lewicka-Potocka przedstawiła plakat pt. *Right ventricular dysfunction occurs in amateur male marathon runners:*

*a three-dimensional echocardiography examination study*, a Aleksandra Liżewska-Springer zaprezentowała pracę pt. *Echocardiographic effects of radiofrequency pulmonary veins isolation in paroxysmal atrial fibrillation and preserved left ventricular systolic function*. Opiekunem wymienionych prac jest **dr hab. Alicja Dąbrowska-Kugacka** z Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca GUMed. ■

