

IGA RUDAWSKA
Uniwersytet Szczeciński

TWORZENIE WARTOŚCI W RELACJI PACJENT-USŁUGODAWCA – SPOJRZENIE Z PERSPEKTYWY MARKETINGU

1. Wprowadzenie

Zagadnienie kształtowania wartości w relacji pacjent-usługodawca ma stosunkowo ubogą historię w Polsce wynikającą z relatywnie krótkiego czasu wdrażania rozwiązań rynkowych do sektora zdrowia. Kwestia ta, obecna w piśmiennictwie z zakresu zarządzania organizacjami, zdobywa jednak coraz większą uwagę badaczy zajmujących się ekonomią zdrowia i marketingiem w opiece zdrowotnej. Oto bowiem pacjent staje się klientem coraz śmieiej egzekwującym swe prawa, a świadczeniodawcy usług opieki zdrowotnej są zmuszeni do konkutowania o klientów-pacjentów. W tej perspektywie godne uwagi stają się sposoby tworzenia i podnoszenia wartości w łączącej ich relacji. Jest to myślą przewodnią niniejszego artykułu.

2. Koncepcja wartości w relacji pacjent-usługodawca

W niniejszym artykule przyjmuje się za literaturę przedmiotu¹, iż wartość w relacji pacjent-usługodawca jest wypadkową (bilansem) postrzeganych przez pacjenta kosztów i korzyści generowanych podczas wszelkich kontaktów usługobiorcy z fizycznym (materiałnym), bądź symbolicznym (wizerunkowym) otoczeniem usługodawcy. Na postrzeganą wartość relacji składają się zatem korzyści, będące pochodną procesu usługowego i jego wyniku oraz wartości dodana, które zostają dyskontowane kosztami natury zarówno pieniężnej, jak i niepieniężnej (rys. 1).

$$\text{Wartość postrze-} \\ \text{gana przez} \\ \text{pacjenta} = \left(\begin{array}{ccc} \text{Jakość} & \text{Jakość} & \text{Wartość} \\ \text{proce-} & \text{wyni-} & \text{dodana} \\ \text{su} & \text{ku} & \end{array} \right) \div \text{Cena (pieniężna+niepieniężna)}$$

Rys. 1. Równanie wartość postrzeganej przez pacjenta w opiece zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

Pacjenci mogą odmiennie formułować postrzeganą wartość. Jest to wynikiem przypisywania przez nich różnych wag zarówno korzyściom, jak i kosztom. Uwarunkowań tych rozbieżności należy poszukiwać wśród czynników opisujących pacjenta (jak wcześniejsze doświadczenie, cechy psychograficzne, demograficzne, ekonomiczne). Elementem stosun-

¹ Zob. m.in. W.H. Ettinger Jr., *Consumer perceived value: the key to successful business strategy in the healthcare marketplace*, "Journal of the American Geriatrics Society" 1998, Vol. 46, Part 1, s. 112; R.S. MacStravic, *Creating consumer loyalty in healthcare*, Health Administration Press, Chicago 1999, s. 116.

kowo najłatwiej poddającym się pomiarowi jest jakość wyniku. Ustąpienie symptomów chorobowych, operacja zakończona sukcesem, wreszcie poprawa parametrów stanu zdrowia to składniki, które pacjent jest w stanie ocenić poprzez własne odczucia, jak i za pomocą instrumentów pomiarowych dostarczonych przez usługodawcę (wyniki badań, epikryza medyczna, orzeczenie lekarskie). Sferą szczególnie podatną na oddziaływanie zróżnicowanych preferencji klientów jest jakość procesu. W zależności od akceptowanej przez pacjenta roli w relacji z wykonawcą usługi formułuje on odmienne priorytety. Elementem najtrudniej poddającym się standaryzacji jest wartość dodana. Im dalej w swej koncepcji produktu usługodawca przesuwą akcent koncentracji z podstawowych poziomów usługi ku produktowi potencjalnemu, tym większa szansa, że klient zaangażuje się w trwały związek z danym świadczeniodawcą. Sytuacja ta jest możliwa tylko po osiągnięciu przez usługodawcę pewnego pułapu jakości, powyżej którego oczekiwane atrybuty nie stają się źródłem satysfakcji.

Z kolei koszt relacji postrzegany przez pacjenta może przybierać różne formy pieniężne wynikające z partycypacji usługobiorcy w kosztach świadczeń (jak składka zdrowotna, współpłacenie, dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne, abonament medyczny, płatność bezpośrednia w miejscu konsumpcji), a także niepieniężne. Do tych ostatnich zaliczymy bariery natury psychologicznej, informacyjnej, czasowej i przestrzennej związane z dostępem i korzystaniem ze świadczeń medycznych.

Przedstawiona koncepcja wartości na pewne ograniczenia zarówno, jeśli chodzi o szanse jej oceny przez pacjenta, jak i możliwości jej formowania przez usługodawcę. W pierwszym przypadku granicę tę wytycza dostępność informacji. W drugim natomiast – stanowią ją koszty. Zbyt wysoki ich poziom w stosunku do postrzeganych korzyści poddaje w ekonomiczną wątpliwość wartość postrzeganą przez usługodawcę. Wartość kreowana w relacji pacjent-usługodawca powinna zatem być rozpatrywana dwutorowo: od strony pacjenta oraz z perspektywy świadczeniodawcy. Tylko takie podejście stwarza usługodawcy warunki do poznania i zrozumienia preferencji klienta istotnych dla kształtowania oferty oraz zdobycia przewagi konkurencyjnej. Kwestią do rozstrzygnięcia pozostaje jedynie to, na ile mocny jest wpływ autonomii profesjonalnej i etyki altruizmu – sił mogących powodować konflikt pomiędzy tradycyjnymi rozwiązaniami, a tymi narzucanymi przez zmieniające się otoczenie.

Proponowana w niniejszym artykule marketingowa koncepcja wartości relacji pacjent-usługodawca wymaga przyjęcia kilku założeń. Usługi w zakresie ochrony zdrowia według Klasyfikacji Wyrobów i Usług stanowią grupę niejednorodną i bardzo liczną². Różnicuje je długość trwania wymiany, udział pacjenta i usługodawcy w procesie usługowym, rola świadectwa materialnego oraz stopień złożoności procesu zaspokajania potrzeb. Dlatego też, przyjmuje się, że konstruowana koncepcja ma przede wszystkim zastosowanie do opisu tych związków pacjent-usługodawca, które *ex ante* podatne są na długi czas trwania oraz powtarzalność tworzących je epizodów. Po drugie, przedstawiana propozycja jest najbardziej adekwatna w stosunku do tych usług zdrowotnych, co do których pacjent ma możliwość wyboru usługodawcy. Po trzecie przyjmuje się, że pacjent zdolny jest do świadomego podejmowania wyborów, a tym samym może być traktowany jako partner w relacji, bądź jako współpracujący z usługodawcą uczestnik wymagający profesjonalnego poradnictwa.

² Por. Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług, Tekst jednolity ze zmianami wprowadzonymi rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 roku (Dz.U., Nr 92, poz. 1045) i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 stycznia 2001 roku (Dz.U., Nr 12, poz. 94) Tom VIII, Działy 30-99, Warszawa 2001, s. 484-487.

W zasadzie wyklucza się z analizy ten typ relacji, w której ze względu na sytuację nagłego wypadku usługodawca jest stroną dominującą³.

Dodatkowe założenia należy wyprowadzić biorąc pod uwagę otoczenie sektora ochrony zdrowia. Chodzi tu przede wszystkim o trwający proces ekonomizacji tego sektora, przejawiający się m.in. konkurencją między podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne o fundusze pacjenta będące w dyspozycji płatnika (Narodowy Fundusz Zdrowia), swobodą wyboru usługodawcy przez pacjenta w granicach określonych przez ustawodawcę.

3. Oferta usługowa jako podstawa kreacji wartości

Ponad pół wieku temu ŚOZ zdefiniowała zdrowie jako: „pozytywny stan samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby lub niepełnosprawności”⁴. Taka interpretacja ma nadaje zdrowiu charakter statyczny. Przyjęcie dynamicznej definicji zdrowia, w kontekście której jest ono procesem ukierunkowanym na przywracanie stale zakłócałej równowagi organizmu w związku z dokonującymi się zmianami zachodzącymi wewnątrz niego, jak i w otaczającym środowisku⁵, pozwala na rozszerzenie perspektywy usług zdrowotnych. W tym rozumieniu opieka zdrowotna może być interpretowana jako unikalny sposób na zmianę jakości życia człowieka w długim horyzoncie czasowym. W opiece zdrowotnej ukryty jest bowiem potencjał dostarczania dwóch rodzajów korzyści. Pierwszy z nich dotyczy doraźnych efektów procesu usługowego. Chodzi tu zarówno o rezultaty kliniczne, jak natychmiastowa ulga w bólu czy przywrócenie funkcji danego organu organizmu, jak i o efekty postrzegane subiektywnie. Do tych ostatnich należą współczucie, życzliwość, zaspokojenie potrzeby kontaktu społecznego, osłabienie napięcia związanego z niepewnością, czy przywrócenie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego. Drugi typ korzyści odnosi się do efektów długoterminowych, będących pochodnymi relacji z usługodawcą. W ich rezultacie pacjent ma możliwość sprawniejszego odgrywania swoich ról. Odzyskaniu, a niekiedy i zdobyciu zdolności do uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym oraz jakościowej poprawie owej partycypacji towarzyszą zmiany w postrzeganiu samego siebie, optymizm i pozytywna energia do życia. Owe przewartościowania należy uznać za unikalną korzyść, której nośnikiem są usługi zdrowotne.

Przyjęcie wykładni marketingowej zobowiązuje do transkrypcji funkcji leczenia chorób przez jednostki opieki zdrowotnej w funkcję „dostarczania zdrowia” przy jednoczesnej dbałości o racjonalne wykorzystanie ograniczonych zasobów sektora. Oznacza to próbę konstrukcji takiej oferty zakładu opieki zdrowotnej, która będzie nośnikiem wartości postrzeganej w kategoriach zdrowia, a nie choroby. Wartość ta zawiera w sobie wszystkie korzystne efekty oferty usługowej, które mogą mieć wpływ na jakość życia pacjenta. Chodzi więc tu zarówno o obiektywne, jak i subiektywne rezultaty relacji pacjent-usługodawca w rozumieniu zaprezentowanym powyżej. Istotną trudność może sprawić różnica w interpretacji wiązki korzyści i kosztów dokonywanej przez obie strony relacji. Dlatego też, rolę usługodawcy powinna być obserwacja wyborów dokonywanych przez klientów. Całkowite

³ Por. J. Joby, *A dramaturgical view of the health care service encounter*, „European Journal of Marketing” 1996, Vol. 30, No. 9, s. 65-66.

⁴ Zob. World Health Organization. *Constitution*, WHO, Geneva 1960.

⁵ Por. J. Heszen-Niejodek, *Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby*, „Przegląd Psychologiczny” 1991, nr 1, s. 15.

przewidzenie tego, w jaką konstelację ułożą się elementy postrzegane przez pacjenta jako maksymalizujące jego korzyść wydaje się jednak niemożliwe.

W literaturze marketingowej szeroko akceptowana jest teza, że wszelkie próby konceptualizacji usługi jako produktu powinny być zorientowane na usługobiorcę⁶. W szerszym kontekście chodzi o ekspozycję gotowości i potencjalnej zdolności usługodawcy do rozwiązywania problemów klienta przy jego współudziale. W opiece zdrowotnej ofertą usługową nie będzie zatem, jak proponują R. Normann i R. Ramirez⁷, kompozycja usług, produktów i informacji, ale raczej deklaracja (identyfikowana za pomocą konkretnej osoby wykonawcy) gotowości i chęci do redukcji poczucia niepewności pacjenta w obszarze jego zdrowia. Dynamiczna i szeroka interpretacja zdrowia pozwala przy tym stwierdzić, że oferta jednostek opieki zdrowotnej powinna wykraczać poza wymiar czysto medyczny i obejmować również elementy społeczne, kognitywne i emocjonalne.

W ochronie zdrowia oferta utożsamiana jest często z tym, co ma być zrobione dla dobra (zdrowia) pacjenta. Zawartość oferty zostaje tym samym podyktowana potrzebami zdrowotnymi sprowadzonymi do zagadnień choroby. Wyodrębnienie, poza wymiarem *stricto* medycznym, również aspektu społecznego, kognitywnego i emocjonalnego oferty pozwoliłoby na uwzględnienie tych elementów, które są postrzegane przez pacjenta jako korzystne ze względu na zaspokojenie jego potrzeb psychospołecznych⁸. Samo dążenie do redukcji odczuwanej niepewności może być istotnym motywem konsumpcji usług zdrowotnych. Uzyskanie przez pacjenta pożądanego komfortu psychicznego i fizycznego może być bowiem wynikiem oddziaływania czynników irracjonalnych i trudno uchwytnych.

Oczekiwania pacjenta należy traktować jako obiekt zamierzonej kreacji jego nastawień i przekonań, co do oferowanych korzyści usługowych. Warto przy tym mocno podkreślić, że marketingowa koncepcja obietnicy nie odnosi się do faktycznego gwarantowania określonych efektów terapeutycznych, lecz do tworzenia klimatu zaufania między usługodawcą, a pacjentem. Takie rozumienie oczekiwań klienta i sposobu ich kształtowania powoduje implikacje dla określenia konkurencyjności usługodawcy. Jej zwiększenie uzyskać można poprzez komunikowanie atrybutów, które w odczuciu klienta są nośnikami większej dozy zaufania w stosunku do tego co prezentuje konkurencja. Cel ten może być osiągnięty poprzez wyróżnik symboliczny w postaci tytułu naukowego, nazwiska renomowanego profesjonalisty, czy też marki.

Oferta usługowa zakładu opieki zdrowotnej najczęściej stara się rozwiązać problemy już zaistniałe. Podążając za marketingową regułą antycypowania potrzeb wyrażonych, stwierdzić trzeba, że pożądanym komponentem oferty usługowej jest zdolność świadczeniodawcy do identyfikacji potencjalnych problemów nieuświadomianych przez pacjenta. Kreacja potrzeb z zakresu profilaktyki i promocji zdrowia to nie tylko sposób na wzbogacanie oferty, ale też wymierne korzyści ekonomiczne w skali całego systemu ochrony zdrowia w postaci redukcji nakładów na medycynę naprawczą. Ze względu na rangę zdrowia w hierarchii wartości człowieka, jego cenę w wymiarze społecznym, a także czynniki ryzyka utraty tego zdrowia, oferta usługowa objąć powinna „potrzeby bez nabywania”

⁶ Por. LR. Upton, *Consumer-driven health care marketing*, "Managed Care Quarterly" 1997, Vol. 5, No. 1, s. 25.

⁷ Podano za: G. Tomas, M. Hult, B.A. Lukas, *Classifying health care offerings to gain strategic marketing insights*, "Journal of Services Marketing" 1995, Vol. 9, No. 2, s. 40.

⁸ Por. J. Joby, *Improving quality through patient-provider communication*, "Journal of Health Care Marketing" 1991, Vol. 11, Issue 4, s. 14.

(w rozumieniu J. O'Shaughnessy⁹), w tym przede wszystkim potrzeby ukryte i potrzeby bierne. Profesjonalista w swym bezpośrednim kontakcie z pacjentem ma możliwość identyfikacji wszelkich stanów nieświadomości, (co do funkcji usług profilaktyki i promocji zdrowia) oraz zachowań wynikających z błędnych przekonań i nastawień. Dowodem tego jest przykład aparatów słuchowych przytaczany, przez J. O'Shaughnessy, których sprzedaż była mniejsza niżby wskazywała na to liczba osób niesłyszących, ponieważ noszenie aparatów „piętnowało” te osoby ze społecznego punktu widzenia¹⁰. Usługi profilaktyczne i promocji zdrowia traktować należy jako element komplementarny wobec oferty podstawowej i sposób na dywersyfikację portfela świadczeń usługodawcy. Podejście to zwiększa również szansę jednostek opieki zdrowotnych na pozyskanie innych niż pochodzących od publicznego płatnika strumieni finansowych z przeznaczeniem na programy zdrowotne.

Koncepcja zintegrowanego leczenia i profilaktyki jest też wysoko ceniona w odbiorze społecznym. Dzieje się tak dlatego, że zintegrowana w sensie przedmiotowym, kompleksowa opieka sprzyja poczuciu bezpieczeństwa zdrowotnego i generowaniu zaufania pacjenta do usługodawcy, któremu stwarza się możliwość maksymalizacji wartości nie tylko poprzez wysoką jakość świadczeń, ale i poprzez redukcję ceny niepieniężnej (koszty oczekiwania na usługę, pokonywania odległości, itp.).

Z perspektywy pacjenta oferta placówki opieki zdrowotnej jest prezentacją atrybutów usługodawcy, które dopiero w fazie konsumpcji świadczenia konkretyzują się w określone korzyści. Stanowią one wartość netto uzyskaną na drodze bilansu kosztów i korzyści dodatkowych. Można zatem wnioskować, że alternatywne formy kreowania wartości sprowadzają się do celowego wpływania na jedną ze zmiennych definiujących w równaniu wartości (rys. 1), przy czym wzajemna zależność obu składowych powoduje, że oddziaływanie na jeden element skutkuje zmianą drugiego. W związku z tym kreacja wartości w relacji pacjent-usługodawca może przybierać dwie zasadnicze formy: dodawania (wzbogacania) korzyści (tabela 1) oraz redukcji obciążeń (tabela 2). Zastosowanie którejkolwiek z nich wymaga uwzględnienia oczekiwań pacjentów oraz czynników je kształtujących. Wśród determinant lokowanych po stronie pacjenta wyróżnić należy doświadczenie własne i innych, wyznawane wartości, postrzeganą rolę pacjenta w relacji z usługodawcą, powagę sytuacji zdrowotnej oraz stopień jej skomplikowania. Kształtują one atrybuty relacji w postaci preferowanego przez pacjenta zakresu współuczestnictwa i kontroli, jego nastawienia wobec czasu oraz preferowanych proporcji pomiędzy technicznym i funkcjonalnym aspektem procesu usługowego¹¹.

⁹ J. O'Shaughnessy, *Dlaczego ludzie kupują*, PWE, Warszawa 1994, s. 38 i nast.

¹⁰ *Ibidem*, s. 49.

¹¹ Por. P. Newsome, G. Wright, *A review of patient satisfaction*, "British Dental Journal" 1999, Vol. 186, No. 4, s. 161; B. William, *Patient satisfaction: a valid concept?*, "Sociological Science of Medicine" 1994, No. 38, s. 509.

Tabela 1. Marketingowa reguła dodawania korzyści w relacji pacjent-usługodawca (przykłady)

Rodzaj instrumentu marketingowego	Zakres uczestnictwa i kontroli	Nastawienie wobec czasu	Proporcje między technicznym a funkcjonalnym wymiarem usługi
Produkt	Samoobsługowa waga do pomiaru ciężaru ciała (np. rodzice wagą dziecko)	Możliwość wykonania wielu analiz laboratoryjnych w jednym miejscu i za jednorazowym pobraniem materiału klinicznego	Usługi kulturalne, gastronomiczne, kultu religijnego
Komunikacja	Możliwość swobodnego dostępu do dokumentacji medycznej dotyczącej własnej osoby	Info-lina, strony internetowe udostępniające informacje „just in time”	Broszura informacyjna o zasobach placówki oraz jego ofercie usługowej
Personel	Posługiwanie się kodem językowym przystępnym dla pacjenta	Informowanie o grafiku przyjęć i wizyt	Wyznaczenie „opiekuna klienta” - osoby rekrutującej się z personelu medycznego odpowiedzialnej za całokształt opieki nad hospitalizowanym pacjentem
Świadczenie materialne	Pisemne sformułowanie rekomendacji postępowania	Bilecik z informacją o terminie następnej wizyty	Plakat zapowiadający jadłospis na następny dzień w szpitalu
Proces	Dbłość o poufność chorobowej karty pacjenta	Wielozmianowy cykl operacji, „chirurgia jednego dnia”	Kwalifikacje personelu potwierdzone certyfikatami

Źródło: opracowanie własne.

Alternatywna strategia wiąże się z wykorzystaniem tych instrumentów marketingu, które umożliwiają minimalizację wszelkich obciążeń, które pacjent ponosi, bądź doświadcza. Chodzi tu o różne typy ryzyka konsumenckiego, które pojawiają się nie tylko w momencie wyboru świadczeniodawcy, ale także w trakcie procesu usługowego, a co do których istnienia pacjent mógł być uprzednio nieświadomy. Obok obciążeń natury ekonomicznej pacjent doświadcza również obciążeń psychologicznych, związanych najczęściej z koniecznością pokonania lęków, stereotypów oraz opanowania stresu, jaki towarzyszy większości usług medycznych¹². Wiele usług zdrowotnych, szczególnie tych zabiegowych, niesie ze sobą ryzyko fizyczne, związane z niemożliwymi do przewidzenia sytuacjami, które mogą wydarzyć się w trakcie procesu usługowego, a które mogą mieć poważne następstwa dla zdrowia i życia pacjenta. Są to również obciążenia związane z ryzykiem społecznym dotyczącym stopnia aprobaty otoczenia dla osoby pacjenta w nowych okolicznościach. Wreszcie konsumpcja usług zdrowotnych niesie ze sobą obciążenia niepieniężne w postaci utraconego czasu i energii.

¹² Por. P. Mudie, A. Cottam, *Usługi. Zarządzanie i marketing*, PWE, Warszawa 1998, s. 71.

Tabela 2. Marketingowa reguła redukcji obciążeń w relacji pacjent-usługodawca (przykłady)

Rodzaj instrumentu marketingowego	Zakres uczestnictwa i kontroli	Nastawienie wobec czasu	Proporcje między technicznym a funkcjonalnym wymiarem usługi
Dystrybucja	Możliwość samodzielnego poruszania się przed i po zabiegu	Duży parking zlokalizowany przy placówce opieki zdrowotnej	Transport medyczny do/z miejsca zamieszkania, możliwość telefonicznego zamówienia taksówki z miejsca leczenia
Komunikacja	Publikacja o dotychczasowych osiągnięciach placówki	Krótkie noty o sylwetkach lekarzy pracujących w danej placówce	Tablica informacyjna o lekarza dyżurnych
Proces	Możliwość przebywania z chorym dzieckiem 24 h/dobę	Uatrakcyjnienie czasu oczekiwania na wizytę poprzez kącik z gazetami, TV	Brak przymusu noszenia odzieży szpitalnej przez pacjentów
Produkt	Możliwość samodzielnego wykonania krępujących zabiegów higienicznych	Usługi rehabilitacyjne i pielęgnacyjne w tym samym miejscu co usługa podstawowa	Możliwość wyboru między salą wieloosobową a pokojem 1-2-osobowym za dodatkową opłatą
Świadcstwo materialne	Wykaz leków podawanych danemu pacjentowi	Dobre oznakowanie ciągów komunikacyjnych	Wizytówka lekarza wraz z telefonem i godzinami przyjęć
Personel	Przystępne objaśnienie czynności wykonywanych podczas procesu usługowego	Określenie czasu oczekiwania na usługę, możliwość umówienia się „na godzinę”	Zdolność empatii przejawiana przez personel

Źródło: opracowanie własne.

Wiele z zaproponowanych powyżej sposobów marketingowego oddziaływania na proces kreacji wartości ma charakter dynamiczny, a więc zakwalifikowanie ich jako element kreujący korzyść, bądź redukujący obciążenia jest często kwestią zdeterminowaną sytuacyjnie, zależną do indywidualnej percepcji poszczególnych pacjentów. Każdy z nich może być traktowany jako mikro-segment, którego preferencje i życzenia poddają się identyfikacji jedynie podczas bezpośredniej konfrontacji z osobą usługodawcy.

4. Rola ceny w procesie tworzenia wartości dla pacjenta

Analizując możliwości kreowania wartości poprzez ofertę nie sposób pominąć zagadnienia ceny jako instrumentu marketingowego oddziaływania. Element ten wymaga szerszego omówienia, głównie ze względu na jego implikacje społeczne. Operowanie ceną w niepublicznym sektorze opieki zdrowotnej opierającym się w przeważającej mierze na bezpośrednich płatnościach klientów traktowane jest jako istotny i pożądany element wartości. Cena może być bowiem nośnikiem informacji o reputacji usługodawcy, o spodziewanych kosztach dla pacjenta, jak i ilościowym kwantyfikatorem kwalifikacji personelu.

W publicznym sektorze opieki zdrowotnej element ceny funkcjonuje w postaci współpłacenia pacjentów i postrzegany jest jako źródło dodatkowych funduszy w trudnej sytuacji finansowej świadczeniodawcy, a nie jako atrybut gry rynkowej. Sprzyja temu ustawodawstwo polskie oraz odziedziczone po poprzednim systemie i zakorzenione w zbiorowej świadomości przeświadczenie o bezpłatnej opiece zdrowotnej gwarantowanej uprawnionym obywatelom przez państwo. Art. 68 Konstytucji RP z 1997 roku jednoznacznie stwierdza, że po pierwsze, każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a po drugie, że obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych¹³. W pkt. 2 Art. 15 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymieniane są – w sposób ogólny – praktycznie wszystkie rodzaje usług zdrowotnych dostępnych bezpłatnie świadczeniobiorcy¹⁴. Stanu tego nie zmieniła Tzw. Ustawa koszykowa¹⁵ wraz z 13 rozporządzeniami obowiązującymi od 31.08.2009 roku, które praktycznie powtórzyły katalog świadczeń finansowanych przez NFZ. Takie sformułowanie przepisów uniemożliwia usługodawcom w bezpośrednim kontakcie z finalnymi beneficjentami usług zdrowotnych operowanie ceną jako narzędziem kreacji wartości. Zmiana tego stanu rzeczy wymagałaby wprowadzenia nowych rozwiązań prawnych i systemowych, jak zróżnicowanie składek w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym powiązane z dywersyfikacją oferty usługowej czy dodatkowa składka w ubezpieczeniach prywatnych.

Obecnie w polskim sektorze opieki zdrowotnej cena pieniężna pojawiająca się na różnych etapach korzystania z usług, przybiera formę indywidualnych płatności bezpośrednich, które służą przede wszystkim: opłacaniu usług definiowanych jako luksusowe oraz usług komplementarnych w stosunku do funkcji rdzeniowej usługi, finansowaniu usług dodatkowych niezwiązanych bezpośrednio z rdzeniem oraz skróceniu czasu oczekiwania na usługę poprzez ominięcie lekarza pierwszego kontaktu. Jednak przywoływane już obowiązujące rozwiązania prawne powodują istotne ograniczenie możliwości operowania ceną jako instrumentem marketingowego oddziaływania w publicznym sektorze opieki zdrowotnej. Przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej zerowa cena w momencie konsumpcji usługi wykorzystywana jest natomiast jako element odciążenia umożliwiający pacjentom bezpłatny w momencie konsumpcji dostęp do zasobów niepublicznego usługodawcy. Formalnoprawnie umożliwia to zapis ustawowy uwalniający konkurencję między publicznymi i niepublicznymi placówkami o kontakty z płatnikiem trzeciej strony¹⁶. W takiej sytuacji umowa niepublicznego zakładu o udzielanie świadczeń finansowanych z publicznego strumienia finansowego stanowi element gry rynkowej, gdyż zwolnienie klienta z bezpośredniej opłaty przyczynia się do redukcji jego obciążeń, a więc i do kreacji postrzeganej wartości relacji.

¹³ *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, Art. 68 Praw ekonomicznych, społecznych i kulturalnych.*

¹⁴ *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).*

¹⁵ *Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz.U. Nr 118, poz. 989).*

¹⁶ *Art. 134 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku, op. cit. Zapisy tego typu widniały również w poprzednich ustawach dotyczących sektora zdrowia.*

5. Podsumowanie

Przedstawione marketingowe reguły kształtowania wartości w relacji pacjent-usługodawca są w praktyce nowym doświadczeniem, zarówno dla usługobiorców, jak i oferentów świadczeń opieki zdrowotnej. Takie podejście staje się jednak imperatywem wynikającym z turbulencji otoczenia sektora zdrowia oraz zmieniającej się roli pacjenta w systemie. Nowa dyrektywa unijna o transgranicznym przepływie pacjentów na jednolitym rynku europejskim będzie sprzyjała reorientacji polskiej opieki zdrowotnej w kierunku bardziej świadomego kształtowania wartości w relacji łączącej pacjentów z usługodawcami.

6. Literatura

- [1] Ettinger W.H., Jr., *Consumer perceived value: the key to successful business strategy in the healthcare marketplace*, "Journal of the American Geriatrics Society" 1998, Vol. 46, Part 1.
- [2] Heszen-Niejodek J., *Rozwój zastosowań psychologii do obszaru zdrowia i choroby*, „Przegląd Psychologiczny” 1991, nr 1.
- [3] Joby J., *A dramaturgical view of the health care service encounter*, "European Journal of Marketing" 1996, Vol. 30, No. 9.
- [4] Joby J., *Improving quality through patient-provider communication*, "Journal of Health Care Marketing" 1991, Vol. 11, Issue 4.
- [5] Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 roku (Dz.U. Nr 78, poz. 483, z późn. zm.).
- [6] MacStravic R.S., *Creating consumer loyalty in healthcare*, Health Administration Press, Chicago 1999.
- [7] Mudie P., Cottam A., *Usługi. Zarządzanie i marketing*, PWE, Warszawa 1998.
- [8] Newsome P., Wright G., *A review of patient satisfaction*, "British Dental Journal" 1999, Vol. 186, No. 4.
- [9] O'Shaughnessy J., *Dlaczego ludzie kupują*, PWE, Warszawa 1994.
- [10] Polska Klasyfikacja Wyrobów i Usług, Tekst jednolity ze zmianami wprowadzonymi rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 26 października 1999 roku (Dz.U. ,Nr 92, poz. 1045) i rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 29 stycznia 2001 roku (Dz.U., Nr 12, poz. 94) Tom VIII, Działy 30-99, Warszawa 2001.
- [11] Tomas G., Hult M., Lukas B.A., *Classifying health care offerings to gain strategic marketing insights*, "Journal of Services Marketing" 1995, Vol. 9, No. 2.
- [12] Upton L.R., *Consumer-driven health care marketing*, "Managed Care Quarterly" 1997, Vol. 5, No. 1.
- [13] Ustawa z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o cenach (Dz.U. Nr 118, poz. 989).
- [14] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. z 2008, Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).
- [15] William B., *Patient satisfaction: a valid concept?*, "Sociological Science of Medicine" 1994, No. 38.
- [16] World Health Organization. Constitution, WHO, Geneva 1960.

Streszczenie

Postępująca ekonomizacja relacji pacjent-usługodawca, trwająca nieprzerwanie co najmniej od 1997 roku skłania do refleksji nad kwestią kształtowania wartości w tytułowym związku. Celem niniejszego artykułu jest dyskusja nad alternatywnymi regułami tworzenia tej wartości poprzez dodawanie korzyści lub minimalizację obciążeń dla pacjenta. Autorka przyjmuje przy tym perspektywę marketingową.

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, marketing relacji, wartość relacji.

CREATING VALUE IN PATIENT-PROVIDER RELATIONSHIP – MARKETING PERSPECTIVE

Summary

Economization of patient-provider relationship, which has been developed at least since 1997, makes the researchers consider the issue of relationship value and its creation. The aim of this paper is to discuss the rules of shaping patient-provider relationship value. The alternative strategies refer to adding benefits or reducing costs for patients. The author considers these issues from marketing perspective.

Keywords: healthcare, relationship marketing, relationship value.

Translated by Iga Rudawska

IGA RUDAWSKA
Uniwersytet Szczeciński
e-mail: igita@wneiz.pl
www.us.szc.pl/rudawska