

Benedykt Bober

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

Justyna Majchrzak-Lepczyk

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Rola oraz zadania marketingu w procesie świadczenia usług w szpitalach publicznych

„Rozwój polega na tym, że nieliczni przekonują wielu.
Nowe myśli muszą się gdzieś pojawić,
zanim będą mogły stać się poglądami większości”.

Friedrich August von Hayek

Streszczenie

W artykule przedstawiono rolę oraz znaczenie wybranych instrumentów marketingowych w strategii funkcjonowania sieci szpitali publicznych. Biorąc pod uwagę relatywnie wysoką zwrotność oraz to, że struktura zarówno zbiorowości respondentów, jak i ogółu podmiotów publicznych jest zbliżona, można stwierdzić, iż uzyskane wyniki badania ankietowego są reprezentatywne dla całej populacji szpitali publicznych w Polsce, przynajmniej w zakresie ujawnionym w rejestrze REGON. Przydatność przyjętej metodyki badawczej (zasada triangulacji) przybliżyła problem wdrażania wybranych instrumentów marketingowych oraz ich wpływu na redukcję asymetrii informacyjnej i wzrostu satysfakcji, *stakeholders* w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych. Została również ujawniona przy konsekwentnym oraz systematycznym powtarzaniu badań w przyjętych cyklach rocznych i jednakowej treści zadawanych pytań. Kolejnym zdiagnozowanym tematem była ocena uwarunkowań prawnych procesu podejmowania decyzji o roli i zadaniach marketingu, który w szpitalach publicznych jest przez otoczenie prawne znacznie ograniczony. Z kolei rola marki, w dobie cyfryzacji życia społeczno-gospodarczego, staje się wielowymiarowa, będąc jednoznacznie utożsamiana ze źródłem prozdrowotnych wartości dla prosumentów. W środowisku medycznym rośnie zainteresowanie instrumentami marketingowymi umożliwiającymi osiągnięcie powtarzalnej jakości świadczonych usług szpitalnych.

Słowa kluczowe: marketing, zarządzanie marketingowe, opieki zdrowotnej, szpitale publiczne

Kody JEL: I11, I10, M31, M37

Wstęp

Marketing w szpitalach publicznych to stosunkowo młoda, dynamicznie rozwijająca się w Polsce dyscyplina. Rok 1989 to początek reform w ochronie zdrowia, mających na celu przekształcanie jednostek budżetowych w samodzielne publiczne podmioty opieki zdrowotnej, to również czas prywatyzacji aptek, hurtowni leków, wprowadzania rachunku kosztów. Proces świadczenia usług w szpitalach publicznych uwzględniający projakościowe wymagania pacjentów zaczął podlegać prawom rynkowym – podmioty publiczne zmuszone są walczyć o pacjenta. Natomiast istniejące rozwiązania prawne w zakresie finansów publicznych ograniczają możliwości wdrożenia m.in. instrumentarium marketingowego do sieci szpitali publicznych, np. w zakresie reklamy [art. 18b, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z dnia 13 maja 2008 roku)]; podmiot publiczny może jedynie podawać do publicznej wiadomości informacje o zakresie oraz rodzaju udzielanych usług szpitalnych (nie może natomiast podejmować działań promocyjnych o charakterze masowym, takich jak np. reklama telewizyjna, radiowa czy prasowa).

W niniejszych rozważaniach przyjęto, iż marketing zorientowany na kontakty z otoczeniem oraz przefiltrowany przez media stanowić może dla interesariuszy organizacji sieciowej istotne źródło informacji. Ponadto, implikacja wybranych narzędzi oraz technik marketingowych kształtując wiarygodność, niezależność oraz różnorodność źródeł, przekazywanych informacji, determinuje jednocześnie rzetelność oraz etyczność działań zarówno kadr zarządzających, jak i medycznych w procesach diagnostyczno-terapeutycznych. W tym celu proponowane podejście ukierunkowane jest na analizę oraz ocenę wypowiedzi środowiska medycznego szpitali publicznych w zakresie implementacji określonych narzędzi oraz technik marketingowych. Badaniom poddano próbę 8975 przedstawicieli środowiska medycznego ze 104 szpitali publicznych funkcjonujących na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, pomorskiego oraz wielkopolskiego w okresie od stycznia 2007 roku do grudnia 2011 roku za pomocą autorskiego kwestionariusza.

Wybrane narzędzia marketingu w zarządzaniu procesem świadczonych usług w szpitalach publicznych

Istotą marketingu służby zdrowia – *healthcare marketing* jest koncentrowanie się na procesach świadczenia usług szpitalnych, determinujących projakościowe potrzeby promumentów oraz implementację narzędzi i technik kształtujących ich powtarzalną jakość. Jak stwierdził Mruk (2009, s. 9): „Strefa zdrowia należy do obszarów o większej regulacji prawno-administracyjnej, co w pewnym zakresie ogranicza zakres działań marketingowych. Również przekonania lekarzy i pracowników sektora zdrowotnego. Także zasady etyczne, mogą być czynnikami ograniczającymi stosowanie reguł marketingowego zarzą-

dzania”. Dlatego też kompleksowe zarządzanie – zarządzanie marketingiem w podmiotach publicznych: Polega na podejmowaniu czynności zarządczych oraz decyzji w stosunku do (istotnych) elementów i ich wdrażanie w działaniach praktycznych (Andruszkiewicz 2007, s. 79). Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto, iż najważniejszą pozycję w kreowaniu przewagi konkurencyjnej podmiotów publicznych, uzyskują takie instrumenty oraz działania, które zmierzają do identyfikacji pro jakościowych potrzeb oraz budowania procesów relacji z prosumentami.

Marka [Ustawa z dnia 29 czerwca 2007 roku o zmianie ustawy – Prawo własności przemysłowej (Dz.U. Nr 136, poz. 958)] definiowana jest przez symbol, nazwę, termin, znak, wzór lub ich kompilację mającą na celu identyfikację m.in. usługi szpitalnej, szpitala publicznego czy poradni specjalistycznej – wyróżnik na tle oferty konkurencji. W szerszym natomiast ujęciu jest sumą wrażeń oraz korzyści dla użytkownika, wynikających z nabycia produktu nią sygnowanego (Urbanek 2002, s. 14). Ponadto, jej wartość wynika z dodatkowych wpływów ponad te, które szpital publiczny uzyskałby ze świadczenia identycznych usług, aczkolwiek nieoznaczonych marką. Stanowiąc wartościowy składnik szpitala publicznego, kształtuje przewagę różnicującą (Urbanek 2002, s. 15) – zapewniając wyższy poziom „zaufania, szacunku”. Pojęcie marki, poza wymienionymi elementami, obejmuje również korzyści wymierne i niewymierne, które stają się doświadczeniem konsumenta-pacjenta posiadającego produkt tak oznaczony czy korzystającego z takiej usługi. Ogół tych odczuć jest efektem działań instytucji oraz zdarzeń, które będą tworzyły wizerunek marki (Mruk 2012, s. 161).

Stworzenie unikalnej, odróżniającej się od konkurencyjnej usługi szpitalnej, z którą pacjenci będą się utożsamiać (Urbanek 2004, s. 23), jako nośnika dodatkowych korzyści zdrowotnych, wpływa na proces redukcji asymetrii informacyjnej oraz ryzyka decyzyjnego. Kształtowanie wizerunku szpitala publicznego – lekarza może następować dzięki odwoływanemu się do utrwalonych wzorców społecznych oraz kulturowych, bądź bazowaniu na odczuciach i pragnieniach potencjalnych pacjentów (Szablewski, Tuziemek 2005, s. 80). Kreowanie wizerunku marki podmiotów publicznych (sieci) wiąże się z koniecznością ponoszenia określonych nakładów finansowych na działania marketingowe oraz promocyjne. Istotną rolę w procesie budowania wartości odgrywa dyferencjacja – podkreślenie cech odróżniających usługi szpitalne od oferty konkurencji. Posiadanie silnego wyróżnika (określonej marki) pozwala dostrzec daną grę usług, zidentyfikowaną na tle konkurencji. Stopień dyferencjacji oraz poziom, który zaspokaja pro jakościowe potrzeby pacjentów, składają się na potencjał marki szpitala publicznego – lekarza.

Dostarczając argumentu na rzecz przyjętego założenia można wskazać, że np. marka, jako element kapitału organizacyjnego, rynkowego, kształtującego opinię prosumentów, jest również źródłem wartości dla *stakeholders* organizacji sieciowej. Warto również podkreślić, iż posiadanie marki jest immanentną cechą każdego podmiotu. Sama w sobie, jako pasywny, niematerialny zasób, nie generuje wartości, natomiast zdolność do kreowania istotnych korzyści następuje z chwilą, kiedy interesariusze zaczynają doceniać markę danego oddziału, lekarza – symbolu oraz gwarancji pro jakościowych usług zdrowotnych. Natomiast w pro-

cesie budowania pozycji marki podmiotu publicznego na rynku usług szpitalnych duże znaczenie odgrywa *public relations* (Ries, Ries 2004, s. 35).

Posługiwanie się archetypami – obrazami, symbolami, determinuje skuteczność procesu komunikowania marki ponadto, odwołanie się do hierarchii potrzeb Maslowa przekonuje, że prosumenci w coraz większym stopniu są zainteresowani samorozwojem oraz samorealizacją.

Pojęcie oraz funkcje *public relations* – PR w szpitalach publicznych

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji określających istotę PR, oraz celów i funkcji, wynikających ze złożoności problemu. Na potrzeby niniejszego opracowania zaprezentowano PR jako proces kształtowania wzajemnych zachowań, którego celem jest pozyskiwanie poparcia otoczenia dla szpitali publicznych – środowiska medycznego, rozumianego z jednej strony, jako planowane oraz zarządzanie reputacją sieci podmiotów publicznych, a z drugiej, zarządzania procesami komunikowania się z otoczeniem przez:

- zdefiniowanie istotnych działań szpitala – oddziałów w ramach sieci, które zmierzają do osiągnięcia pozytywnych relacji z interesariuszami;
- sposobu i stylu przekazywania informacji, organizowania eventów – „białych dni”;
- komunikowania dziedzin wiedzy odnoszących się do umiejętności zawodowych, jak również procesu budowania reputacji oraz umacniania relacji z otoczeniem;
- synonimu negatywnej oceny aktywności komunikacyjnej konkurencji, która: „Zamiast pracować, uprawia PR” (Olędzki, Tworzydło, 2009, s. 141).

Są to działania podejmowane w celu zwiększenia rozpoznawalności podmiotu/oddziału – znajomości istotnych cech oraz budzenia pozytywnych skojarzeń, które mogą być realizowane również przez działania prozdrowotne czy proekologiczne (Mann 2005, s. 46-60). Istotę działań *public relations* środowiska medycznego odzwierciedla powiedzenie, że: „PR zaczyna się w domu”, w którym personel konkretnego podmiotu/oddziału swoim postępowaniem, przekonaniem o wartości oraz słuszności świadczonej pracy, tworzy obraz organizacji sieciowej, transmitując go równocześnie na zewnątrz. Umożliwia to kadrze zarządzającej kształtowanie istotnych relacji wewnątrz podmiotu. Natomiast skuteczne systemy komunikacji wewnętrznej umożliwiają efektywną organizację pracy – kompleksowe zarządzanie procesami diagnostyczno-terapeutycznymi. Ponadto, nawiązanie pozytywnych relacji środowisko medyczne – prosument determinuje wzrost satysfakcji oraz redukcję ryzyka decyzyjnego uczestników procesu świadczenia usług szpitalnych. Wykorzystanie instrumentów *Internal PR* kształtuje proces integracji pracowników (Sieroń 2006, s. 41) przez:

- *briefing* w ramach danego oddziału, umożliwiający m.in. wymianę informacji między lekarzem prowadzącym a pozostałym personelem szpitalnym – redukcja ryzyka decyzyjnego;
- nieformalne spotkania integracyjne – integracja personelu danego szpitala, oddziału kształtująca właściwą atmosferę współpracy;
- proces szkoleń, scalający kadrę medyczną z celami oddziału, szpitala w ramach sieci;

- komunikację *on-line* wykorzystującą m.in. skrzynki pocztowe (obowiązek posiadania), zapewniający sprawny proces przekazu istotnych informacji. Nadawane komunikaty mogą mieć charakter nie tylko informacyjny, ale także rozrywkowy (Pabian 2008, s. 165).

Public relations polega na próbie wpłynięcia na indywidualne postawy w procesach wyboru zarówno szpitala publicznego, jak i lekarza – uczestnika środowiska medycznego.

Ponadto, założeniem wewnętrznego PR jest identyfikacja personelu z danym szpitalem, wytworzenie odpowiedzialności za los pacjenta.

Odpowiednia postawa kadry zarządzającej umożliwia stworzenie procesu dwukierunkowej komunikacji wewnętrznej. Zatem funkcjonowanie w sferze usług oraz budowanie relacji wymaga również wdrożenia standardów dotyczących sfery niematerialnej, obejmującej ogół zachowań pracowników związanych ze strefą komunikowania się oraz kultury organizacyjnej (Mruk 2012). Natomiast implementacja instrumentów *Internal relations* w sieci szpitali publicznych pozwala uzyskać istotne korzyści: z jednej strony, wzrost satysfakcji środowiska medycznego, z drugiej, determinując pozytywną opinię na zewnątrz, kształtuje społeczny jej odbiór realizując biblijną zasadę iż: „o dobrych uczynkach i ich rozgłaszaniu nie zapominajcie”. Właściwy wizerunek sieci szpitali publicznych zapewnia możliwość realizacji założonych celów. W warunkach konkurencji, prosument zainteresowany usługami zdrowotnymi ma możliwość dokonania wyboru – reputacja podmiotu-lekarza jest elementem decydującym o zdobyciu zaufania. Zatem działania z zakresu *public relations* mogą prowadzić do osiągania celów marketingowych, mających na celu zwiększenie sprzedaży-pozyskanie nowych klientów-pacjentów (Żbikowska, Potocki 2011).

Reputacja istotnym czynnikiem procesu redukcji ryzyka decyzyjnego

Turbulencja otoczenia organizacji sieciowej uzasadnia sformułowanie przypuszczenia, iż czynniki odbioru społecznego, związane z identyfikacją, wizerunkiem oraz reputacją odgrywają coraz większą rolę w procesie budowania sukcesu rynkowego szpitali publicznych. Termin „reputacja” pojawił się już w 1913 roku w słowniku Webstera, natomiast w odniesieniu do problematyki organizacji – w końcu lat 80. XX wieku. Kwerenda literatury przedmiotu ukazując zbieżne stanowiska, prezentuje istotne korzyści wynikające z dobrej reputacji, natomiast poglądy na kwestie definicyjne cechują dość istotne różnice, gdzie np. określenie: „Wieża Babel” (Hatch, Schultz 2000, s. 11) oraz „mgła” (Balmer 2001, s. 248-291) są ich cechami charakterystycznymi. Dokonując przeglądu definiowania pojęcia reputacji, Baden-Fuller, Ravazzolo oraz Schweizer (2000, s. 624) zaproponowali ogólną definicję, rozumianej jako: „Ocena (ewaluacja) zasobów, potencjałów i zdolności przedsiębiorstwa (szpitala – lekarza) dokonywana przez jasno zdefiniowaną grupę odbiorców” (pacjentów). Natomiast Fombrun (2004, s. 33) wymienia składowe reputacji – tzw. opinię prawości oraz relacje ze *stakeholders*, które, obok innych zasobów, decydują o wartości organizacji (szpitala) – zasobach materialnych, finansowych oraz intelektualnych. Polscy autorzy wskazują na związek reputacji organizacji z jego wartością rynkową oraz zdolnością do przynoszenia

zysków (Gasparski 2012). Ponieważ: „Kiedy ludzie myślą o przedsiębiorstwie (szpitalu), to najczęściej zadają sobie pytanie o możliwości zwiększenia efektywności funkcjonowania, usprawniania procesów oraz poprawy osiągnięć finansowych. Zła reputacja „...”, prowadzi do odwrotnych konsekwencji; ludzie nie ufają organizacji, jej ofercie rynkowej, i wreszcie – mu, co o sobie mówi” (Dowling 2001, s. 12).

W odniesieniu do kompleksowego zarządzania procesem podmiotami publicznymi, rywalizacja odbywa się na wielu poziomach obejmujących m.in.:

- wybrane instrumenty marketingowe w zarządzaniu procesem świadczenia usług w sieci szpitali publicznych;
- kompleksowość świadczonych usług;
- zaawansowanie procesów diagnostyczno-terapeutycznych;
- profesjonalizm uczestników interdyscyplinarnych zespołów.

Reputacja szpitali publicznych, rozumiana jako: „Opinia o przedsiębiorstwie (szpitalu publicznym), ujawniająca się w stopniu jego akceptacji, zaufaniu do niego, i spostrzeganiu go w określony sposób” (Cenker 2000, s. 19), jest końcowym wynikiem planowanego oraz długotrwałego procesu kreowania własnej renomy, zasługiwania na uznanie i zaufanie w swoim otoczeniu, co w przypadku szpitali publicznych – lekarzy ma szczególne istotne znaczenie.

Ponadto, reputacja, jako istotny instrument marketingowy, służy również do przekazywania pacjentom m.in. etycznych informacji na temat organizacji sieciowej oraz jej usług: „Troska o jakość informacji jest dzisiaj ważnym problemem i jednocześnie postulatem” (Dyczewski 2009, s. 127). Ponadto ci, którzy je przekazują (środowisko medyczne) powinno odznaczać się odpowiednimi cechami, takimi jak: „Kompetencje, niezależność, bezstronność, odpowiedzialność, uczciwość oraz fachowość w sensie warsztatowym, dokładność, wiarygodność źródeł, obiektywizm” (Dyczewski 2009, s. 125-126). Jednocześnie, obok etyki lekarskiej, w procesach diagnostyczno-terapeutycznych równie ważna staje się etyka biznesu oraz zagadnienia społecznej odpowiedzialności podmiotów w ramach sieci szpitali publicznych.

Etyka promocji a podmioty farmaceutyczne

Na działalność systemu ochrony zdrowia, w tym szpitali publicznych istotny wpływ wywierają firmy farmaceutyczne, które przez wprowadzanie do procesów diagnostyczno-terapeutycznych nowszych, doskonalszych, a zarazem droższych medykamentów, wykorzystując instrumentarium marketingowe, wywierają wpływ na środowisko medyczne (Makowska 2011, s. 69) – osoby uprawnione do podejmowania decyzji w zakresie ordynacji środków medycznych. Sytuacja demograficzna (EFPIA 2010, s. 29), presja cenowa, konkurencja oraz duża liczba podmiotów, kształtują abominację działań marketingowych organizacji farmaceutycznych. Będąc siłą napędową badań klinicznych, są one istotnie zainteresowane etycznym wizerunkiem, z którego poprawy skorzysta również środowisko medyczne poprawiając swój autorytet wśród pacjentów.

Na potrzeby niniejszej pracy przyjęto, że wraz ze wzrostem liczby osób znających zasady Medycyny Opartej na Faktach – *Evidence Based Medicine* – EBM, firmy farmaceutyczne znajdują się w niekorzystnej sytuacji, a formuła „efektywnego marketingu” ulegnie istotnym przeobrażeniom, natomiast prezentacja wyników będzie determinantą właściwego ich wizerunku. Wdrożenie procedur *Health Technology Assessment* – HTA oceny technologii medycznych (Ten 2004, s. 71-76) w procesy promocyjne na bazie etycznych oraz społecznych zasad wpłynie na wiarygodność firm farmaceutycznych. Maksymalizacja rzetelności otrzymywanych wyników jest w tym przypadku równoważna minimalizacji popełnionych błędów. W praktyce szpitalnej są one podstawą modeli decyzyjnych, w celu:

- wspomaganie decyzji diagnostycznych;
- prognozowania przebiegu procesu chorobowego (Ten 2004, s. 104).

Podstawowe różnice w promocji technologii medycznych oraz różne oceny skuteczności nie dotyczą jakości badań klinicznych. Implementacja rozwiązań prawnych oraz precyzyjnych kryteriów oceny skuteczności technologii, nadaje różną wagę różnym badaniom klinicznym, ponadto obejmuje również okres ochrony patentowej oraz problem generyków. Zgodnie z tym, co napisał I. Krasicki, iż: „Prawdziwa cnota krytyk się nie boi”, proces promocji usług szpitalnych powinien m.in.:

- uświadomić prosumentom możliwości realizacji projakościowych wymagań w szpitalach publicznych;
- stwarzać sytuacje, w których zadecyduje on o realizacji swoich potrzeb w określonym podmiocie publicznym/oddziale w ramach sieci;
- przedstawiać istotne korzyści dla realizujących dane usługi szpitalne.

Łącznie z innymi narzędziami marketingu, służy budowaniu pozycji samego szpitala oraz środowiska medycznego.

Ponadto, pewnym paradoksem jest również fakt, iż firmy farmaceutyczne nie są traktowane jako podmioty zainteresowane działalnością szpitali publicznych, w których procesy realizacji misji oraz celów społecznych górują nad realiami rynkowymi.

Według autorów, może to skutkować przesuwaniem kontaktów w strefę koniecznego niestety, ale jednak ryzyka. Konkludując, można przyjąć twierdzenie, że kształtowanie zachowań etycznych (Bober 2010) w procesach promocji produktów oraz usług firm farmaceutycznych jest wyznacznikiem poziomu etyki biznesu, oraz, że firmy farmaceutyczne szkodzą tylko na tyle, na ile im się pozwala [Rozporządzenie Ministra Zdrowia w Sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz.U. 2008 r. Nr 210 poz. 1327); Dz. U. L. 136/ 2004, Dyrektywa 2004/27/EC z dnia 31 marca 2004 roku, zmieniająca dyrektywę 2001/83/EC w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi].

Charakterystyka doboru próby badawczej

Celem opracowania jest określenie, jakie narzędzia oraz techniki z zakresu marketingu są wykorzystywane w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Zgodnie z przyjętą w metodologii badań zasadą triangulacji, wykorzystano dane wtórne, pozyskane w wyniku:

- analizy literatury – publikacji oraz opracowań teoretycznych dotyczących strategii marketingowych w szpitalach publicznych;
- badania dokumentów – analizy istotnych dokumentów w obszarze zarządzania marketingowego oraz rozwiązań prawnych w ochronie zdrowia.

Natomiast dane pierwotne uzyskano za pomocą autorskiego kwestionariusza wywiadu z celowo dobraną grupą respondentów. Podstawowym źródłem danych empirycznych były badania przeprowadzone od stycznia 2007 roku do grudnia 2011 roku (w przyjętych cyklach rocznych)¹. Oczekiwaną precyzję oraz reprezentatywność ocen istotnych zagadnień, uzyskano przez badanie ankietowe na bazie próby losowej obejmującej 104 szpitale publiczne (20,43% ogółu szpitali publicznych) wybrane z bazy adresowej REGON², funkcjonujące w trzech, losowo wybranych województwach – warmińsko-mazurskim, pomorskim oraz wielkopolskim (18,75% ogółu województw), oznaczonych w dalszych rozważaniach, analogicznie, jako A, B, oraz C. Kryteria o ustalaniu wielkości próby badawczej oparto na następujących przesłankach:

- pozyskane tą drogą dane poddano niezbędnej weryfikacji oraz selekcji celem uzyskania z jednej strony – wiarygodnych i kompletnych danych, a z drugiej – zapewnienia reprezentatywności próby;
- ponieważ podstawowe przekroje analityczne oczekiwane przy prezentacji wyników badań ograniczają się do układów wg wielkości zatrudnienia i województw, to przyjęto, że próba 104 podmiotów będzie wystarczająco reprezentatywna, pod warunkiem, że struktura tej próby – pod względem wymienionych cech – uwzględni w przybliżeniu proporcje występujące w badanej populacji,
- biorąc pod uwagę zainteresowanie środowiska medycznego udziałem w planowanym badaniu założono, że zwrotność ankiet nie będzie niższa niż 60%.

Próbę badawczą dobrano w sposób losowo-warstwowy, warstwami były podmioty publiczne (małe, średnie, duże) (Dz. Urz. UE L 124 z dnia 20.05.2003 roku, s. 36) – tabela 1. Losowanie szpitali publicznych odbyło się z zachowaniem warstwowania według następujących kryteriów zróżnicowania:

- regionalnego – podział na województwa,
- struktury (liczby) zatrudnienia,

natomiast uczestnicy środowiska medycznego (N_1) wybrani zostali ze względu na:

- miejsce świadczonej pracy – oddziały szpitalne³. Jako drugie kryterium przyjęto świadczenie pracy (zgodne ze normami stanowiskowymi) niezależnie od formy zatrudnienia

¹ Autorski projekt badawczy: *Spoleczno-ekonomiczne uwarunkowania zarządzania procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych*. Badania przeprowadzono w okresie od stycznia 2007 roku do grudnia 2011 roku (w przyjętych cyklach rocznych) na terenie trzech województw w 104 szpitalach publicznych. Objęto nimi: N_1 – 8975 przedstawicieli środowiska medycznego oraz N_2 – 120 uczestników grupy pilotażowej środowiska medycznego; N_3 – 540 uczestników indywidualnych wywiadów; N_4 – 93 600 hospitalizowanych pacjentów oraz N_5 – 1000 uczestników grupy pilotażowej hospitalizowanych pacjentów.

² 509 szpitali publicznych bez MON oraz MSW (stan na dzień 31.12.2007 r.).

³ Kryterium wyboru (5) oddziałów szpitalnych; wewnętrznego, ginekologii i położnictwa, neurologii, ortopedii oraz kardiologii były dane o liczbie skarg wnoszonych do Rzecznika Praw Obywatelskich (Ustawa z dnia 15 lipca 1987 roku o Rzeczniku Praw

nia) na rzecz analizowanych oddziałów. Populacja badanych jest zgodnie z założeniami procedury badawczej – podobna, aczkolwiek odnotowano tylko niewielkie różnice w liczebności szpitali publicznych, będących wynikiem przemian w ochronie zdrowia. Szczegółowa charakterystyka ankietowanych została zawarta w tabeli 2.

Badanie przeprowadzono za pomocą kwestionariusza ankiety, którą wraz z pismem przewodnim wysłano do wybranej próby 104 szpitali publicznych na adresy e-mail (N_1 – 8975 uczestników). Ponadto, po przeprowadzeniu badania pilotażowego (N_2 – 120 respondentów), na stronach internetowych podmiotów publicznych w analizowanych województwach A, B oraz C umieszczono informacje o prowadzonych badaniach. Materiały ankietowe w wersji elektronicznej zamieszczono w zakładce (pytania oraz wątpliwości mogły być wyjaśniane na bieżąco), ponadto pismo przewodnie zawierało adres e-mail oraz telefon kontaktowy. W obydwu badaniach wykorzystano metodę *Computer Assisted Personal Interviewing* – *CAPI* czyli bezpośrednich wywiadów ankietowych wspomaganych komputerem.

Na 250 ankiet wysłanych, otrzymano zwrotnie 203 wypełnionych ankiet. Biorąc pod uwagę relatywnie wysoką zwrotność na poziomie 81,20% oraz to, że struktura zarówno zbiorowości respondentów, jak i ogółu podmiotów publicznych (20,43%) jest zbliżona, można stwierdzić, iż uzyskane wyniki badania ankietowego są reprezentatywne dla całej populacji szpitali publicznych w Polsce, przynajmniej w zakresie ujawnionym w rejestrze REGON.

Tabela 1

Charakterystyka objętych badaniem szpitali publicznych w przekroju lokalizacji oraz kryterium wielkości

L.p.	Wielkość szpitala publicznego			Udział (w %)	
1.	Szpitale małe (od 51 do 250 zatrudnionych) w województwach	A	25	23,7	64,8
		B	23	22,2	
		C	20	18,9	
2.	Szpitale średnie(od 250 do 500 zatrudnionych) w województwach	A	4	4,5	26,5
		B	19	17,9	
		C	4	4,1	
3.	Szpitale duże (powyżej 501 zatrudnionych) w województwach	A	1	0,79	8,7
		B	5	4,9	
		C	3	3,01	
Razem			104	100	100

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych w okresie od stycznia 2007 roku do grudnia 2011 roku oraz danych GUS.

Obywatelskich (Dz.U. z 2001 r., Nr 14, poz. 147 z późn. zm.) i Rzecznika Praw Pacjenta (Ustawa z dnia 31 marca 2009 r., Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417), Ministerstwa Zdrowia oraz Naczelnego Sądu Lekarskiego o składzie, którego, zgodnie z treścią art. 38 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o Izbach Lekarskich decyduje Krajowy Zjazd Lekarzy.

Postępowanie badawcze oparto na poszukiwaniu odpowiedzi uzyskanych z bloków tematycznych w zakresie znajomości:

- procedur, standardów procesu komunikacji marketingowej;
- narzędzi oraz technik marketingu w zakresie identyfikacji prozdrowotnych zachowań pacjenta;
- uwarunkowań organizacyjno-prawnych procesu implementacji zasad marketingu w szpitalach publicznych.

Tabela 2

Charakterystyka środowiska medycznego województwa A, B oraz C pod względem posiadanych stażu pracy, wykształcenia i specjalizacji w wybranych oddziałach szpitalnych

Oddziały szpitalne	Staż pracy na oddziałach					Wykształcenie					Płeć		
	do 5	6-10	11-15	16-20	> 20	Bez specjalizacji	I ^o	II ^o	dr	Prof	K	M	
A	Interna	534	45	82	125	122	572	105	217	211	19	793	198
	Ginekologia i położnictwo	123	33	71	112	98	122	34	41	47	5	279	77
	Neurologia	46	64	61	59	77	80	92	115	126	15	231	151
	Ortopedia	172	56	67	89	79	181	98	119	138	8	33	235
	Kardiologia	70	69	91	78	89	96	83	80	107	12	201	163
B	Interna	711	64	116	155	153	770	149	236	227	26	887	447
	Ginekologia i położnictwo	141	44	91	137	95	151	41	49	51	11	405	141
	Neurologia	91	69	77	63	92	85	108	118	134	21	411	199
	Ortopedia	199	71	73	104	96	211	115	126	147	12	89	299
	Kardiologia	112	71	109	115	109	87	86	89	116	15	441	171
C	Interna	806	65	96	149	165	709	143	233	219	29	875	328
	Ginekologia i położnictwo	157	62	83	136	98	148	38	44	55	10	374	113
	Neurologia	112	65	71	62	98	84	99	121	138	20	378	153
	Ortopedia	212	66	89	101	99	191	109	129	144	11	77	233
	Kardiologia	89	91	99	116	118	88	81	95	119	14	434	159
Razem	3 575	935	1 276	1 601	1 588	3575	1 381	1 812	1 979	228	5 908	3 067	

Źródło: opracowano na podstawie badań własnych od grudnia 2007 roku do stycznia 2011 roku.

Przydatność przyjętej metodyki badawczej, skala korzyści, które dzięki niej osiągnięto, przybliżyły problem wdrażania wybranych instrumentów marketingu oraz ich wpływu na redukcję asymetrii informacyjnej i wzrostu satysfakcji *stakeholders* w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych. Została ona ujawniona przy konsekwent-

nym oraz systematycznym powtarzaniu badań w przyjętych cyklach rocznych i jednakowej treści zadawanych pytań. Ponadto pozwoliła również na sformułowanie problemu badawczego w postaci pytania: Jak przebiega proces implementacji narzędzi oraz technik z zakresu marketingu w szpitalach publicznych?

W pracy, oprócz kategoryzacji zawodowej, wprowadzono podział osób uwzględniający staż pracy, wykształcenie oraz płeć badanego (por. tabela 2). Uwzględniając kryterium stażu pracy, największą grupę stanowią osoby w przedziale do 5 lat (39,84%). Pod względem liczebności w dalszej kolejności są osoby ze stażem między 6-10 lat (10,42%) badanych, następnie 11-15 lat (14,22%), 16-20 lat (17,82%). Osoby powyżej 20 lat stażu pracy i więcej stanowiły 17,70% badanej populacji. Kolejnym kryterium podziału uwzględnionym w pracy jest płeć badanego. Szpitale publiczne są w istotnym stopniu podmiotami sfeminizowanym, co potwierdziło się także i w tym przypadku. W badanych podmiotach płeć żeńska stanowi 65,83% składu osobowego środowiska medycznego (M – 34,17%).

Badania wykazały również, że 39,83% respondentów cechuje brak wystarczającego doświadczenia (staż pracy 1-5 lat). Specjalizację I^o oraz II^o posiada 35,57%, doktora nauk medycznych – 22,06% ankietowanych. Stopień naukowy profesora nauk medycznych posiada 2,54%. Uzyskane wypowiedzi pogrupowano w następujące bloki tematyczne (por. wykres 2) związane z procesem kompleksowego zarządzania siecią szpitali publicznych związane z:

1. Instrumentami marketingu stosowanemu w szpitalach/oddziałach (sieci).
2. Działaniami firm farmaceutycznych.
3. Uwarunkowaniami prawnymi implementacji marketingu w ramach organizacji sieciowej oraz
4. Działaniami zarządu w zakresie procesu podnoszenia kwalifikacji.

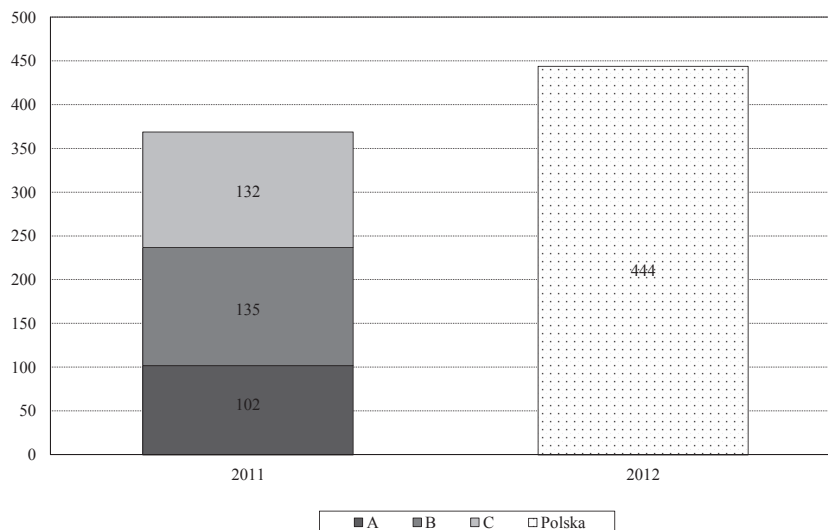
Analiza wypowiedzi respondentów wykazała, iż praktyki firm farmaceutycznych polegające na sponsorowaniu konferencji naukowych, obejmują również ukryte korzyści związane np. z ordynowaniem określonych leków, dostarczaniem materiałów reklamowych do gabinetów lekarskich oraz udzielaniem rabatów przy zakupie wyposażenia gabinetów lekarskich.

Kolejnym zdiagnozowanym tematem była ocena uwarunkowań prawnych procesu podejmowania decyzji o roli i zadaniach marketingu, który w szpitalach publicznych jest przez otoczenie prawne znacznie ograniczony. Następnym elementem był proces doksztalcenia kadr medycznych (wynikający również z ustawy [Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 20 lutego 2009 r. (Dz.U. Nr 40, poz. 323)], z wypowiedzi respondentów wynika, iż w podmiotach publicznych istnieją istotne bariery ograniczające możliwości nabywania specjalistycznej wiedzy medycznej. Działania środowiska kadr zarządzających w zakresie procesu podnoszenia kwalifikacji polegają m.in. na wsparciu obejmującym tzw. ruchomy czas pracy oraz zwrotu kosztów dojazdu. Natomiast przeszkodami, na które również wskazywali respondenci są wysokie koszty (problem odległości), brak płatnych urlopów.

Proces zdobywania, w zależności od wybranej dziedziny medycyny oraz stopnia już posiadanej wiedzy trwa od 2 do 6 lat. Jednym ze sposobów na uzyskanie specjalizacji jest etat rezydentki (por. wykres 1), będący formą kształcenia w czasie wykonywania obowiąz-

Wykres 1

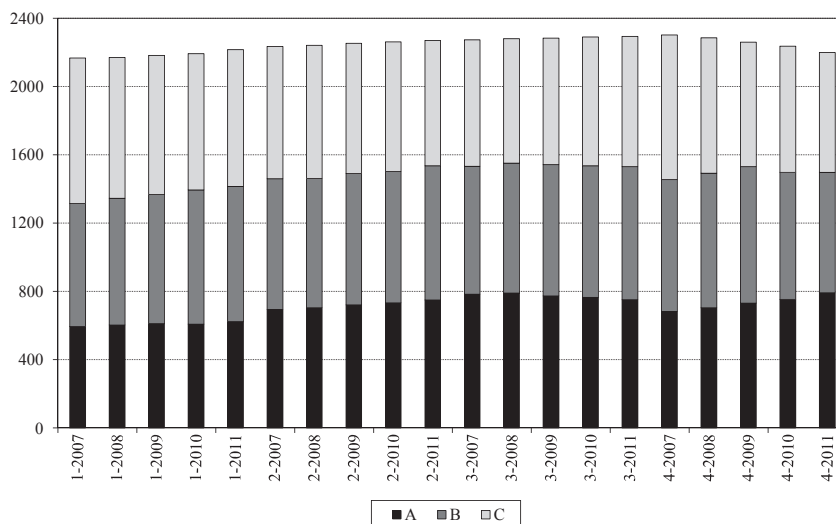
Liczba etatów rezydenckich w szpitalach publicznych w analizowanym okresie



Źródło: opracowanie własne oraz na podstawie danych MZ.

Wykres 2

Kształtowanie się poziomu implementacji instrumentarium marketingowego wg kadry medycznej w analizowanych województwach A, B oraz C



Źródło: opracowano na podstawie badań własnych w okresie od stycznia 2007 roku do grudnia 2011 roku.

ków związanych z pracą na rzecz szpitali publicznych, w którym odbywa się specjalizacja. Ustawiczne doskonalenie zawodowe jest etycznym obowiązkiem każdego lekarza. Szpitale publiczne, jako organizacje uczące się, czyli oparte na paradygmacie permanentnej zmiany, według autorów, muszą stwarzać szansę nie tylko stałego rozwoju kadry medycznej, usług szpitalnych, lecz również tworzyć klimat otwartości na innowacje w procesach diagnostyczno-terapeutycznych redukujących ryzyko decyzyjne.

Według badanych, poprawny proces komunikacji wewnętrznej personelu wpływa nie tylko na poziom powtarzalnej jakości świadczonych usług, ale także wzmacnia kulturę organizacyjno-funkcjonalną oraz konsolidację personelu. Często również wskazywano wagę identyfikacji personelu ze szpitalem/oddziałem, jako istotnego czynnika wpływającego na akceptację przez pacjenta procesów świadczenia usług szpitalnych, satysfakcję zdrowotną, a tym samym na obniżanie kosztów zarządzania procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Omówienie wyników przeprowadzonych badań

Wyniki badań, które zostały częściowo zaprezentowane w pracy, łącznie z wynikami omówionych wcześniej dostarczyły dowodów na potwierdzenie tak postawionej tezy. Analiza strategii marketingowej przez wybrane instrumentarium jest złożonym, wieloaspektowym narzędziem, wymagającym odpowiedniej wiedzy, przygotowania oraz zaangażowania środowiska medycznego, przez:

- dostosowanie struktury organizacyjno-funkcjonalnej;
- projakościową politykę w zakresie procesów szkoleń;
- narzędzia motywacyjne – system ocen środowiska medycznego oraz standardów obsługi pacjentów.

Przeznaczenie odpowiednich zasobów jest determinantą dostosowywania systemu do turbulencji zarówno otoczenia, jak i zasad funkcjonowania organizacji sieciowej. Przeprowadzona analiza danych ankietowych została oparta na wypowiedziach 4-5 (1 – całkowicie się nie zgadzam, 2 – nie zgadzam się, 3 – trudno powiedzieć, 4 – zgadzam się, 5 – w pełni zgadzam się).

Zawiera ona stanowisko środowiska medycznego w zakresie implementacji wybranych instrumentów marketingowych przedstawione na wykresie 2, wyrażone przez znajomość:

1. czynników ułatwiających procesy wdrażania strategii marketingowej w szpitalach publicznych;
2. informacji – jakość, czas, dokładność;
3. standardów oraz procedur obowiązujących;
4. uwarunkowań prawnych – wdrażania strategii marketingowej w sieci szpitali publicznych.

W sieci szpitali publicznych – środowisku medycznym rośnie zainteresowanie instrumentami marketingowymi umożliwiającymi osiągnięcie powtarzalnej jakości świadczonych

usług szpitalnych – 56,05% wypowiedzi, natomiast w zakresie dostępu do informacji wypowiedziało się 47,33% respondentów.

Znajomością standardów oraz procedur wykazało się 54,70% przedstawicieli środowiska medycznego, a 56,31% zna istotne problemy implementacji strategii marketingowej. Świadczy to o relatywnie wysokiej znajomości problematyki zarządzania; potwierdzeniem tego faktu jest 50,08% uczestnictwo w procesie opracowywania procedur oraz standardów. Niepokojącym zjawiskiem jest wykorzystanie tylko 51,47% wiedzy środowiska medycznego w procesie osiągnięcia powtarzalnego, satysfakcjonującego interesariuszy poziomu jakości świadczonych usług szpitalnych. Analiza wypowiedzi respondentów, pozwoliła na postawienie następującej tezy: Stan wiedzy środowiska medycznego w zakresie wpływu wybranych instrumentów marketingowych w zarządzaniu procesem świadczonych usług w szpitalach publicznych jest relatywnie wysoki.

Podsumowanie

Holistyczne podejście w procesie kreowania roli marketingu szpitali publicznych – procesu świadczonych usług szpitalnych, pozwala uzyskać przewagę konkurencyjną oraz wzrost rentowności. Istotną pozycję w strategii marketingowej szpitali publicznych używają takie instrumenty oraz działania, które zmierzają do identyfikacji pro jakościowych potrzeb pacjenta zgodnych z zasadami etyki w procesach diagnostyczno-terapeutycznych oraz procesu budowania interpersonalnych relacji. Według Kellera (2000): „Wszystko – począwszy od rozwoju, poprzez projekt, aż po wdrożenie oraz działania marketingowe – są od siebie zależne, charakteryzuje marketingowy cykl procesu budowy więzi z pacjentem, zapewnia również powtarzalność: dane są aktualizowane i uzupełniane w czasie rzeczywistym” (Wielki 2000). Z kolei rola marki, w dobie cyfryzacji życia społeczno-gospodarczego, staje się wielowymiarowa, będąc jednoznacznie utożsamiana:

- ze źródłem prozdrowotnych wartości dla pacjentów zróżnicowanych pod względem oferowanych korzyści funkcjonalnych, ekonomicznych, psychologicznych oraz symbolicznych, płynących z doświadczeń, jakie on zdobywa z *obcowania* z markowym produktem;
- z wartością, dzięki której tworzone jest lojalne grono pacjentów oraz wiodącej pozycji określonego szpitala publicznego na rynku usług;
- z podporządkowaniem wszelkich działań marketingowych związanych z procesem pozycjonowania marki danego podmiotu publicznego, interdyscyplinarnego zespołu diagnostyczno-terapeutycznego.

Implementacja instrumentów marketingowych w proces kształtowania przewagi konkurencyjnej umożliwia przekazywanie opinii publicznej istotnych informacji. Ponieważ funkcjonowanie współczesnych szpitali publicznych zależy nie tylko od efektywnego marketingu zewnętrznego, ale również od skutecznego marketingu wewnętrznego obejmującego personel podmiotów (sieci) przez:

- uznanie przez zarząd szpitali, personelu za klientów wewnętrznych;
- rozpoznanie potrzeb szkoleniowych;

- stworzenie sformalizowanego systemu wsparcia potrzeb szkoleniowych kadr medycznych;
- wdrożenie zasad komunikacji interpersonalnej w program studiów medycznych.

Natomiast implikacja zasad strategii *compliance* (zgodności w zakresie norm prawnych, etycznych i obyczajowych) (Dylus 2009), do organizacji uczącej się, jaką jest sieć szpitali publicznych, stwarza możliwość harmonizacji działań podmiotów publicznych z wewnętrznymi oraz społecznymi oczekiwaniami w zakresie standardów etycznych.

Reasumpeja wyników badań, uzasadnia sformułowanie przypuszczenia, iż czynniki odbioru społecznego, związane m.in. z procesem identyfikacji, wizerunkiem oraz reputacją odgrywają istotną rolę w budowaniu strategii marketingowej – sukcesu rynkowego sieci szpitali publicznych. Bo jak skonstatowali Dobska, Dobski (2001): „W warunkach gospodarki rynkowej, którą cechuje silna konkurencja, by utrzymać się na rynku, nie wystarczy już oferować usług wysokiej jakości i o odpowiednio szerokim zakresie, konieczne jest podejmowanie odpowiednich działań, w tym także tych o charakterze marketingowym”. Dlatego też marka łącznie z innymi narzędziami marketingu, powinna służyć budowaniu pozycji szpitala – lekarza. Marketing zatem jest działalnością ludzką zmierzającą do zaspokojenia pragnień i życzeń nabywców-pacjentów poprzez szeroko rozumiane procesy wymiany (Niestrój 2009). Kompleksowy proces zarządzania procesem świadczonych usług w szpitalach publicznych powinien uwzględniać również to, że: „Marketing w nowoczesnym wydaniu to coś więcej niż sposób działania – to sposób myślenia” (Nowotarska-Romaniak 2002), który różni się od marketingu produktów, nie tylko przez podejście do orientacji na pacjenta czy sposobu promocji, ale przede wszystkim samej filozofii funkcjonowania organizacji sieciowej, gdzie każdy z oddziałów szpitalnych funkcjonuje na podstawie przyjętej kompleksowej orientacji marketingowej.

Jak widać z powyższego zestawienia, przeprowadzone badania empiryczne, mimo swoich ograniczeń, dały podstawy do zgłębienia dotychczasowego stanu wiedzy o specyfice narzędzi oraz technik z zakresu marketingu oraz ich powiązania z redukcją asymetrii informacyjnej i ryzyka decyzyjnego w zarządzaniu procesem świadczenia usług w szpitalach publicznych.

Bibliografia

- Andruszkiewicz K. (2007), *Strategiczne zarządzanie marketingowe w polskich przedsiębiorstwach w warunkach kryzysu*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Toruń
- Baden-Fuller Ch., Ravazzolo F., Schweizer T. (2000), *Making and Measuring Reputations. The Research Ranking of European Business School*, Long Range Planning.
- Balmer J.M. (2001), *Corporate identity, corporate branding and corporate marketing: seeing through the fog*, „European Journal of Marketing”, No. 35(3/4).
- Bober B. (2010), *Etyka – ryzyko decyzyjne w procesie świadczenia usługi szpitalnej*, UMCS w Lublinie, Lublin.
- Center E. (2000), *Public relations*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej, Poznań.

- Dobska M., Dobski P. (2001), *Dlaczego marketing usług medycznych?*, „Gazeta Lekarska”, nr 3.
- Dowling G. (2001), *Corporate reputations*, Oxford University Press, Oxford.
- Dyczewski L. (2009), *Terroryzm w mediach, sensacja i spektakl, odpowiedzialność i informacja*, (w:) *Polityka medialna instytucji państwowych w obszarze zagrożeń terrorystycznych. Materiały z II edycji konferencji z cyklu przeciwdziałanie terroryzmowi*, Warszawa, 18 listopada 2008, T. 9, Biblioteka Bezpieczeństwa Narodowego, Warszawa.
- Dylus A. (2009), *Compliance Management. Charakterystyka i warunki powodzenia*, Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa.
- EFPIA (2010), *European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations*, The Pharmaceutical Industry in Figures.
- Fombrun Ch.J. (2004), *Fame and fortune. How successful companies build winning reputations*, Prentice Hall, C.B.M van Riel.
- Gasparski W. (red.) (2012), *Biznes, etyka, odpowiedzialność*, Wydawnictwa Profesjonalne PWN, Warszawa.
- Hatch M.J., Schultz M. (2000), *Scaling the tower of Babel: relational differences between identity, image and culture in organizations*, (w:) Larsen M.H. (Ed.), *The Expressive Organization: Linking Identity, Image and Culture in Organizations*, Oxford University Press, Oxford.
- Keller L.K. (2000), *The brand Raport Card*, „Harvard Business Review”.
- Niestrój R. (red.) (2009), *Tożsamość i wizerunek marketingu*, PWE, Warszawa.
- Makowska M. (2011), *Etyczne wyzwania współpracy pomiędzy lekarzami a przemysłem farmaceutycznym*, „Annales. Etyka w życiu gospodarczym”, tom 14, nr 2.
- Mann A. (2005), *Współpraca ze społecznością lokalną*, GWP, Gdańsk.
- Mruk H. (2009), *Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych*, Wolters Kluwer Polska, Warszawa.
- Mruk H. (2012), *Marketing. Satysfakcja klienta i rozwój przedsiębiorstwa*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Nowotarska-Romaniak B. (2002), *Marketing usług medycznych*, Zakamycze, Kraków.
- Olędzki J., Tworzydło D. (2009), *Leksykon Public Relations*, Newsliner, Bonus Liber, Rzeszów.
- Pabian A. (2008), *Promocja. Nowoczesne środki i formy*, Difin, Warszawa.
- Ries A., Ries L. (2004), *Upadek relamy i wzlot public relations*, PWE, Warszawa.
- Sieroń D. (2006), *Public Relations w medycynie, czyli wizerunek służby zdrowia na Śląsku*, Wydawnictwo Instytutu Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa.
- Szablewski A., Tuziemek R. (2005), *Wycena i zarządzanie wartością firmy*, Poltext, Warszawa.
- Ten Have (2004), *Ethical perspectives on health technology assessment*, „International Journal of technology Assessment in Health Care”, No. 20(1).
- Urbanek G. (2004), *Wycena marki*, „Rachunkowość”, nr 10.
- Urbanek G. (2002), *Zarządzanie marką*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Wielki J. (2000), *Elektroniczny marketing poprzez Internet*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa Wrocław.
- Żbikowska A., Potocki A. (2011), *Komunikowanie w organizacjach gospodarczych*, Difin, Warszawa.

Akty Prawne

Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry z dnia 20 lutego 2009 roku (Dz.U. Nr 40, poz. 323).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie reklamy produktów leczniczych dnia 21 listopada 2008 roku (Dz.U. Nr 210 poz. 1327).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484).
- Ustawa z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy – Prawo własności przemysłowej (Dz.U. Nr 136, poz. 958).
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
- Dyrektywa 2004/27/EC z dnia 31 marca 2004 roku, zmieniająca dyrektywę 2001/83/EC w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi (Dz. Urz. UE L 136/ 2004).
- Zalecenie Komisji z dnia 6 maja 2003r. dotyczące definicji przedsiębiorstw mikro, małych i średnich (Dz. Urz. UE L 124 z dnia 20.05.2003).

The Role and Tasks of Marketing in the Process of Rendering Services at Public Hospitals

*“Advance consists in the few convincing the many.
New views must appear somewhere
before they can become majority views”.*

Friedrich August von Hayek

Summary

In their article, the authors presented the role and importance of the selected marketing instruments in the strategy of functioning of the network of public hospitals. Taking into account the relatively high rate of return and that the structure of both population of respondents and the whole body of public entities is approximate, one may state that the obtained results of a survey are representative for the whole population of public hospitals in Poland, at least within the scope revealed in the REGON register. The usefulness of the adopted research methodology (the concept of triangulation) approximated the problem of implementation of the selected marketing instruments and their impact on reduction of information asymmetry and growth of satisfaction of stakeholders in management of the process of service provision at public hospitals. It was also revealed by way of a consistent and systematic repetition of surveys in the adopted annual cycles and with the identical content of the questions being asked. The subsequent diagnosed topic was assessment of legal determinants of the process of making decisions on the role and tasks of marketing which is significantly limited by the legal environment at public hospitals. In turn, the role of brand, in the epoch of digitisation of the socio-economic life, becomes multidimensional being, at the same time, identified with the source of pro-health values for prosumers. In the medical environment, there grown the interest in marketing instruments enabling achievement of repetitive quality of the rendered hospital services.

Key words: marketing, healthcare marketing management, public hospitals.

JEL codes: I11, I10, M31, M37

Роль и задачи маркетинга в процессе предоставления услуг в публичных больницах

«Прогресс заключается в том, что немногие убеждают многих.

*Новые взгляды должны где-то появиться
прежде чем они станут взглядами большинства».*

Фридрих Август Хайек

Резюме

В статье представили роль и значение избранных маркетинговых инструментов в стратегии функционирования сети публичных больниц. Учитывая относительно высокий процент ответивших, а также то, что структура как популяции респондентов, так и публичных субъектов в целом сходна, можно констатировать, что полученные результаты опроса представительны для всей популяции публичных больниц в Польше, по крайней мере в объеме, выявленном в реестре REGON. Пригодность принятой исследовательской методики (принцип триангуляции) приблизила проблему внедрения избранных маркетинговых инструментов, а также их влияния на снижение информационной асимметрии и роста удовлетворения стейкхолдеров в управлении процессом предоставления услуг в публичных больницах. Она была тоже выявлена при последовательном и систематичном повторении обследований в принятых годовых циклах и одинаковом содержании вопросов, которые задавались респондентам. Очередной диагностированной темой была оценка правовых обусловленностей процесса принятия решений о роли и задачах маркетинга, который в публичных больницах значительно ограничивается юридической средой. В свою очередь роль марки в эпоху оцифровки общественно-экономической жизни становится многомерной, будучи заодно отождествляемой с источником направленных на повышение уровня здоровья ценностей для «просumenten». В медицинской среде растет интерес к маркетинговым инструментам, предоставляющим возможность достигать повторяемого качества оказываемых больничных услуг.

Ключевые слова: маркетинг, маркетинговое управление медпомощью, публичные больницы.

Коды JEL: I11, I10, M31, M37

Artykuł nadesłany do redakcji w lutym 2015 roku

© All rights reserved

Afiliacje:

dr Benedykt Bober

Wyższa Szkoła Zarządzania i Bankowości w Poznaniu

ul. Robocza 4

61-538 Poznań

tel.: 61 835 15 11

e-mail: benedykt.bober@wp.pl

dr Justyna Majchrzak-Lepczyk

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Wydział Gospodarki Międzynarodowej

Katedra Logistyki Międzynarodowej

Al. Niepodległości 10

60-967 Poznań

tel.: 61 854 35 36

e-mail: justyna.majchrzak-lepczyk@ue.poznan.pl