

Wioletta Krawiec*, Anna Sibińska*

STRATEGIA OBSŁUGI PACJENTA NA PRZYKŁADZIE NIEPUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ

Wprowadzenie

Wzrastająca świadomość pacjentów w zakresie ich praw i możliwości korzystania z usług medycznych, oczekiwania i wyobrażenia dotyczące poziomu usługi medycznej oraz coraz dojrzsze preferencje pacjentów w kwestii wyboru specjalisty, przychodni czy szpitala, skłaniają placówki medyczne do okazywania zwiększonej troski i dbałości o pacjenta oraz o jego obsługę w sferze udzielania świadczeń medycznych, jak i w obsłudze administracyjnej.

Rosnąca liczba placówek medycznych, wzrost konkurencyjności, rynkowe spojrzenie na prowadzenie biznesu sprawiają, że obszar obsługi pacjenta traktowany jest jako kluczowa wartość zarówno ze strony zarządzania podmiotem leczniczym, jak i oferowania jej samemu pacjentowi.

* Dr, adiunkt, Uniwersytet Łódzki, Wydział Zarządzania, Katedra Marketingu.

** Dr, menedżer służby zdrowia.

Generuje to konieczność podejmowania działań mających na celu zapewnienie pacjenta o wysokiej jakości świadczonych usług medycznych oraz przekonania go do wyboru danej placówki medycznej. Niezwykle ważne jest, aby placówka taka była widziana w jak najlepszym świetle oraz zyskała zaufanie pacjentów i współpracowników¹.

Rozwój konkurencji oznacza także konieczność odchodzenia od standaryzacji usług medycznych w kierunku ich różnicowania i budowania, a także pielęgnowania własnej specyfiki i wyłączności.

1.

Kontekst biznesowy placówek ochrony zdrowia

Od 1 stycznia 1999 r. weszła w Polsce w życie *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*. Wprowadziła one nowe zasady i kryteria ubezpieczeń zdrowotnych, a także funkcjonowania ochrony zdrowia. Zapoczątkowało to na rynku usług medycznych kształtowanie się mechanizmów rynkowych podmiotów leczniczych.

Od roku 2011 niepubliczne placówki zdrowia stanowią blisko 80% wszystkich zakładów opieki zdrowotnej w Polsce. W ostatnich latach wzrasta liczba prywatnych praktyk medycznych i podmiotów leczniczych. Zwiększa się także udział podmiotów leczniczych świadczących usługi medyczne, korzystających z finansowania tych usług z publicznych środków finansowych. Na rynku usług leczniczych spotkać się można z następującymi trendami i zjawiskami:

- wzrasta liczba prywatnych praktyk medycznych – zwiększenie silnej konkurencji wśród świadczeniodawców oferujących płatne usługi zdrowotne,
- zmiany demograficzne – starzenie się ludzi, wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne,

¹ M. Zych, E. Swora, *Elementy identyfikacji wizualnej zakładów opieki zdrowotnej*, „Nowiny Lekarskie” 2008, vol. 77, nr 3, s. 259–260.

- zmiany społeczne – większe wymagania społeczeństwa w odniesieniu do zaplecza technicznego, personelu, infrastruktury,
- zmniejszenie zakresu korupcji – więcej pieniędzy zostaje u świadczeniodawcy,
- wzrost udziału NFZ w finansowaniu świadczeń udzielanych przez niepubliczne podmioty, równocześnie wzrost wymagań NFZ co do sposobu udzielania owych świadczeń,
- zbliżający się kolejny konkurs – dłuższy okres kontraktowania, preferencje do dawania kontraktu dużym jednostkom.

2.

Specyfika usługi medycznej

Placówka medyczna jest specyficzną organizacją, której celem jest podejmowanie działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia pacjenta–klienta. Jest to nierozzerwalnie związane z jakością udzielanych świadczeń medycznych, a co za tym idzie, podmioty takie powinny zapewnić pacjentowi opiekę lekarską i pielęgniarską na wysokim poziomie, adekwatne badania medyczne oraz komfort i bezpieczeństwo w trakcie świadczenia usług medycznych².

Usługa medyczna charakteryzuje się klasycznymi cechami działań usługowych, do których należy zaliczyć:

1) Niematerialność – zdrowie można określić jako stan samopoczucia, zatem pacjenci nie mają możliwości sprawdzenia efektu leczenia przed jego realizacją, a do tego bardzo często efekty leczenia są zauważalne po określonym czasie. Czynnikiem wyboru lekarza, placówki czy usługodawcy są nabyte doświadczenia – swoje i innych pacjentów, ale także wygląd pomieszczeń szpitalnych, ubiór personelu czy nawet oznakowanie.

² R. Wolniak, *Pomiar oczekiwanej i postrzeganej jakości w usługach medycznych*, „Współczesne Zarządzanie. Kwartalnik Środowisk Naukowych i Liderów Biznesu” 2010, nr 2, s. 128–140.

- 2) Nierozdzielność – usługi medyczne są świadczone przez personel medyczny i otrzymywane przez pacjenta. Zatem rola personelu medycznego jest wyjątkowo istotna i stanowi on ten fragment usługi, przy którym pacjent–klient musi być zawsze obecny.
- 3) Różnorodność – ze względu na fakt, że każdy pacjent stanowi odrębny przypadek dla personelu medycznego i powinien być traktowany w sposób indywidualny, także każda usługa medyczna będzie inna. Dzieje się tak w zależności od postawy i rodzaju zastosowanej metody świadczeniodawcy oraz od stanu samego pacjenta, jego odporności na ból, samopoczucia, nastroju.
- 4) Nietrwałość – usług medycznych nie można gromadzić w celu późniejszego zużytkowania. W sytuacji niestawienia się pacjenta na umówiony termin, jest to czas i usługa bezpowrotnie stracona.
- 5) Ścisłe powiązanie usługi z usługodawcą i usługobiorcą – proces leczenia oraz możliwość świadczenia określonej metody diagnozy, terapii czy zabiegu przez personel medyczny jest uzależniony od postawy i zaangażowania samego pacjenta, np. tego, w jakim stopniu przestrzega on zaleceń lekarskich czy wizyt kontrolnych.
- 6) Niemożność nabycia prawa własności usługi – pacjenci nie posiadają na wyłączność usług, które są im świadczone, jednakże korzystają z nich w czasie pobytu w placówce leczniczej³.

3.

Budowanie relacji w przychodniach zdrowia

Strategia obsługi pacjenta

Przyjęcie strategii obsługi pacjenta przyczynia się do zbudowania trwałych relacji z pacjentami. Lojalni pacjenci są dla placówki zdrowia bardziej rentowni, niezależnie od źródła finansowania

³ K. Opolski, P. Modzelewski, *Zarządzanie jakością w usługach publicznych*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 8–10.

świadczenia medycznego (z publicznych pieniędzy bądź prywatnych środków pacjentów). Pozyskiwanie nowych pacjentów jest procesem kosztowniejszym niż utrzymanie i utrwalanie zadowolenia i satysfakcji obecnych pacjentów. Ponadto pacjent zadowolony staje się najlepszym ambasadorem marki na rynku usług medycznych.

Strategia obsługi pacjenta powinna w swoich założeniach pozwalać na budowanie jego zadowolenia i lojalności, jak również wskazywać na obszary rozwiązywania problemów i sytuacji. Strategia doskonałej obsługi pacjenta powinna oceniać, w jaki sposób lojalność pacjentów w placówce zdrowia jest osiągnięta lub tracona. Powinna ona obejmować:

- działania dla zdobycia lojalności pacjenta drogą doskonałej obsługi. Wymaga to przedsięwzięć w zakresie komunikacji z pacjentem, wyznaczenia standardów jego obsługi wraz ze sformułowaniem polityki i kierunków działań w sferze komunikacji, określenia zachowań i postaw pracowników, zasad *dress codu* w kierunku profesjonalnego procesu i organizacji obsługi pacjenta, a także sposobów pracy personelu;
- ustalenie, w jaki sposób organizacja lecznicza zamierza się odróżniać od swoich konkurentów w zakresie doskonałej obsługi. Czynniki odróżniające organizację od konkurencji mogą dotyczyć podstawowych obszarów budowania relacji z pacjentem, np. możliwości rejestracji przez stronę www, informowanie go o zbliżającej się wizycie mailem, telefonicznie itp.,
- mierniki, które będą pokazywać stopień osiągnięcia założonych celów w określonym czasie. Pomiar może dotyczyć badania świadomości marki, ale również satysfakcji czy lojalności pacjenta⁴.

⁴ R. Kozielski, *Wskaźniki marketingowe*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, wyd. IV.

Wizerunek placówki medycznej a budowanie relacji z pacjentem

Polityka relacji z pacjentem ma bezpośrednie przełożenie na kształtowanie się wizerunku placówki medycznej. Powinna ona opierać się na:

- budowaniu pozytywnego doświadczenia pacjenta,
- stwarzaniu poczucia bezpieczeństwa i troski,
- profesjonalnej i empatycznej komunikacji z pacjentem przez personel placówki,
- budowaniu społeczności pacjentów oraz personelu medycznego,
- kreowaniu wizerunku firmy odpowiedzialnej społecznie – uczestniczeniu w środowisku lokalnym, inicjatywach społecznych oraz promocji działań profilaktycznych.

Czynniki wzmacniające relacje z pacjentem – ujęcie psychologiczne

Rynek usług medycznych można określić jako relacje zachodzące między świadczącymi usługi medyczne a pacjentami. Możemy także wskazać na czynniki kształtujące relacje między pacjentem a usługodawcą:

- świadczenie usługi medycznej w dużym stopniu jest procesem psychologicznym, świadczonym w obecności pacjenta;
- ze względu na fakt, że usługa medyczna jest nawiązaniem stosunku społecznego pomiędzy personelem medycznym (np. lekarzem lub pielęgniarką) a pacjentem, od umiejętności komunikacji interpersonalnej oraz postawy czy empatii uzależnione jest zadowolenie pacjenta z usługi medycznej;
- pacjent zawsze obciążony jest stresem i zaangażowany w wynik wizyty;
- wzrost poziomu zaufania pacjenta uzależniony jest od nawiązania kontaktu z nim oraz od komunikatywności personelu medycznego, szczególnie z uwagi na przekazywane informacje medyczne, wiedzę medyczną i stosowaną terminologię;

- na poziom zaufania pacjenta ma także wpływ oferta usługowa – jakość i poziom kompleksowości oferowanych usług zwiększają wiarygodność usługodawcy⁵.

Tworzenie i rozwijanie pozytywnych oraz trwałych relacji z pacjentami jest zadaniem bardziej skomplikowanym niż w przypadku innych usług. Wynika to z faktu, że podczas całego procesu świadczenia usługi medycznej zachowanie i odczucia pacjenta mają wpływ na postrzeganą przezeń ocenę placówki zdrowia i jej jakość.

Relacja: recepcja–pacjent

Rejestracja jest centralnym punktem w placówce medycznej, w którym pacjent dokonuje zapisów, zarejestrowania danych i uzyskuje wszelkie możliwe informacje. Jest to istotny punkt kontaktu z pacjentem, gdyż od tego zależy wstępnie zapamiętany wizerunek placówki medycznej. Przez pryzmat pierwszego kontaktu – rozmowy w recepcji – pacjent ocenia całą placówkę i pozostały personel. Rejestratorzy w olbrzymim stopniu kształtują wizerunek placówki, gdyż z reguły pierwsi mają kontakt z pacjentem. Dlatego bezwzględnie powinny być to osoby kompetentne, bardzo cierpliwe, a przy tym dość stanowcze.

Kluczem do zbudowania poprawnej relacji z pacjentami jest rozmowa. Pacjenta należy wysłuchać, wesprzeć radą, spokojnie udzielić mu rzetelnych informacji o lekarzu, o terminach wizyt, czasie oczekiwania i sposobach leczenia. Dobrze poinformowany pacjent wie, co ma robić i rozumie swoje miejsce w procesie realizacji usługi.

Rejestratorzy przyjmują pacjentów zgłaszających się po poradę lekarza specjalisty, rejestrujących się na badania, przyjmują też zgłoszenia telefoniczne. Wprowadzają również dane do raportów statystyczno-medycznych, stanowiących podstawę rozliczeń z NFZ. Znajomość przez rejestratorów obowiązujących przepisów i wymogów NFZ jest więc konieczna. Powinni oni

⁵ A. Rodzewicz, *Jakość usług medycznych (prywatne, czy publiczne)*, „Problemy Jakości” 2008, nr 3, s. 39–40.

umieć dostosować sposób prowadzenia dialogu do konkretnego pacjenta, często zniecierpliwionego, cierpiącego lub np. niedosłyszącego.

Receptą na usprawnienie rejestracji może być jej informatyzacja. W takich krajach, jak Szwecja, Niemcy czy Francja e-rejestracja jest rozwiązaniem stosowanym powszechnie. Sama rejestracja *online* jest ewidentnym udogodnieniem dla pacjenta. Sceptycyzm tej grupy wobec e-usług uwidacznia się jednak szczególnie w kontekście kontaktów z lekarzem. Wciąż dominuje pogląd, że kontakt osobisty zapewnia lepszą jakość niż realizowany za pośrednictwem Internetu. Choć taki system usprawnia pracę, to zdecydowana większość, zwłaszcza starszych, pacjentów wybierze rejestrację w placówce medycznej. Ich zdaniem nic nie zastąpi profesjonalnego personelu z rejestracji⁶.

Dlatego każda placówka medyczna musi mieć opracowany proces obsługi pacjenta w rejestracji medycznej. Schemat ten powinien określać standardy obsługi pacjenta do wglądu pracowników pierwszego kontaktu z pacjentem. Do najważniejszych elementów obsługi pacjenta w rejestracji można zaliczyć:

- 1) Zauważenie pacjenta, przywitanie go i okazanie mu zainteresowania;
- 2) Nakierowanie rozmowy w celu rozpoznania potrzeb pacjenta;
- 3) Prezentowanie oferty: badania, specjaliści, zabiegi;
- 4) Przekazywanie informacji o lekarzu, cenie usługi, godzinach pracy, innych warunkach;
- 5) Efektywne wykonywanie formalności rejestracyjnych;
- 6) Zachowanie dyskrecji i poufności danych pacjenta;
- 7) Przekazanie pacjentowi wszelkich niezbędnych informacji przed wizytą u lekarza.

⁶ S. Borszcz, *Rejestracja medyczna – jak cię tam pacjenci widzą, tak cię piszą*, Rynek Zdrowia.pl, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Rejestracja-medyczna-jak-cie-tam-pacjenci-widza-tak-cie-pisza,111777,1.html> [odczyt: 24.08.2011].

Relacja: lekarz–pacjent

Ważnym elementem w procesie leczenia są psychologiczne czynniki wpływające na relacje między pacjentem a personelem medycznym⁷.

W celu ich poznania należy zapoznać się z różnymi modelami relacji „personel medyczny–pacjent”, rozróżnić czynniki pozytywne i negatywne, a także dowiedzieć się, jakie zależności zachodzą pomiędzy poszczególnymi członkami zespołu interdyscyplinarnego a pacjentem.

Modele relacji pacjent–personel medyczny

Modele, jakie zostaną przedstawione poniżej, najczęściej są przedstawiane w kontekście lekarzy, jednak odnoszą się do całego personelu medycznego.

Model T.S. Szasz i M.H. Hollender

Model przedstawiony przez T.S. Szasz i M.H. Hollender w latach 50. wieku XX koncentrował się na trzech typach interakcji lekarz–pacjent. W obrębie tego modelu wyróżniono trzy typy aktywności:

- aktywność – bierność: charakteryzuje się dominacją lekarza i wykonywaniem przez niego czynności wobec pacjenta, uległością i przyjmowaniem przez pacjenta bez zastrzeżeń zaleceń lekarza, następuje najczęściej w ostrych stanach chorobowych;
- kierownictwo: charakteryzuje się współpracą lekarza i pacjenta, lekarz wydaje polecenia i podejmuje autorytatywne decyzje, a pacjent ich wysłuchuje i współpracuje;
- obustronne uczestnictwo (współpraca): charakteryzuje się partnerstwem i współodpowiedzialnością za proces leczenia. Ten typ występuje najczęściej w chorobach przewlekłych. Lekarz pokazuje pacjentowi obcy świat medyczny, jest doradcą i profesjonalistą, a pacjent analizuje sposoby

⁷ A. Ostrowska, *Relacje pacjent lekarz – nowa jakość*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 2001, nr 21, s. 109–121.

leczenia, decyduje i razem z lekarzem ponosi odpowiedzialność. Obecna jest tu swobodna wymiana myśli, możliwa dzięki jasnej i skutecznej komunikacji interpersonalnej⁸.

Inny model relacji lekarz–pacjent zaproponowali E. i L. Emanuel. Model ten wyróżnia następujące typy relacji:

- paternalistyczny: lekarz decyduje o sposobie leczenia i wpływa na zachowanie pacjenta;
- informacyjny: lekarz jest ekspertem od dostarczanych informacji, pacjent podejmuje na tej podstawie decyzje dotyczące swojego stanu;
- interpretacyjny: lekarz pełni funkcję doradczą i dostarcza informacji, na podstawie których pacjent podejmuje kompetentną decyzję;
- wspólnego naradzania się: lekarz i pacjent prowadzą dialog w przyjemnej atmosferze, podejmując decyzję o sposobach leczenia – typ związany z jasną i klarowną komunikacją⁹.

Model relacji pacjent–personel sklasyfikowany na podstawie zainteresowań lekarza

Ten model dzieli się na dwa zasadnicze podejścia. Pierwsze to podejście skoncentrowane na chorobie – nosi nazwę orientacji somatycznej. Tu głównym „bohaterem” nie jest pacjent jako osoba, lecz chory narząd czy jednostka chorobowa. Cały proces leczenia ma aspekt biologiczny pod względem możliwości leczenia i przejawów tudzież przyczyn choroby. Drugie zakłada koncentrację na pacjencie i jest to tzw. orientacja ogólna. Tu pod uwagę są brane czynniki natury biologicznej, psychicznej i społecznej pacjenta.

⁸ J. Barański, W. Piątkowski, *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycznej*, Wydawnictwo Atut, Wrocław 2002, s. 159; A. Kowalska, M. Jarosz, J. Sak, J. Pawlikowski, R. Patryń, A. Pacian, A. Włoszczak-Szubda, *Etyczne aspekty komunikacji pacjent–lekarz*, „Medycyna Ogólna” 2010, vol. 16, s. 428.

⁹ J. Barański, W. Piątkowski, *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycznej*, Wydawnictwo Atut, Wrocław 2002, s. 161.

Głównym przejawem orientacji ogólnej jest dążenie do nawiązania poprawnego kontaktu i więzi z chorym oraz spojrzenie na jego chorobę również w aspekcie psychospołecznym, traktowanym jako zasadnicza przyczyna wystąpienia choroby¹⁰.

Współcześnie zalecany jest **model** oparty na **obustronnej skutecznej komunikacji** pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Charakteryzuje się otwartym, dwukierunkowym kontaktem opierającym się na wzajemnej zależności, szacunku i zaufaniu oraz na obustronnym rozwiązywaniu problemów. Lekarz jako specjalista dodatkowo pełni funkcję edukacyjno-doradczą, troszczy się o pacjenta i jego autonomię, dysponuje umiejętnościami skutecznego komunikowania się i potrafi słuchać pacjenta¹¹.

Zgodnie z założeniami ostatniego omawianego modelu budowania relacji lekarz–pacjent, Zespół Centrum Coachingu Medycznego opracował **model 5 kroków**. Zasady budowania relacji ze współczesnym pacjentem dotyczą tu działań określanych następująco:

- Zapomnij o efekcie pierwszego wrażenia. Nie oceniaj, nie zakładaj, nie wyciągaj wniosków, nie przekonuj się, że już wiesz, co pacjent powie i co mu jest.
- Spróbuj zrozumieć. Jeśli nie rozumiesz – dopytaj.
- Sformułuj diagnozę, poinformuj pacjenta, jak widzisz jego sytuację, co o niej sądzisz, jakie mogą być konsekwencje i jaki masz pomysł na terapię. Zachęć go do pytań, przyjmij wątpliwości i obawy. Skoryguj zalecenia, jeśli rodzą one opór – o ile to tylko możliwe. Jeszcze raz wyraźnie i po kolei omów zalecenia terapeutyczne.
- Moment krytyczny. Jeśli pacjent ma własny pomysł, negocjuje diagnozę lub propozycję terapii, zatrzymaj się i poświęć

¹⁰ A. Kuczyńska, *Modele kontaktu lekarza i pacjenta*, [w:] G. Dołęńska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; G.D. Bishop, *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.

¹¹ A. Kowalska, M. Jarosz, J. Sak, J. Pawlikowski, R. Patryn, A. Pacian, A. Włoszczak-Szubda, *Etyczne aspekty komunikacji pacjent – lekarz*, „Medycyna Ogólna” 2010, vol. 16, s. 428.

chwile tej sytuacji. Określ, z czego wynikają rozbieżności waszych ocen. Pozostań przy swoim, ale nie stosuj „siły” dla przekonania pacjenta – tylko wolni ludzie mogą dokonać wyboru, a dokonując wyboru mogą się zaangażować w jego rozstrzygnięcie.

- Poproś, żeby pacjent powtórzył ustalenia terapii. Upewnij się, że je rozumie i akceptuje¹².

Case study

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej „X” w Radomsku – przykład pomiaru i budowania relacji z pacjentem

Charakterystyka NZOZ „X” w Radomsku – misja placówki

NZOZ „X” w Radomsku jest dynamicznie rozwijającą się placówką. Celem jej pracowników jest ciągle doskonalenie się w kierunku zapewnienia jak najlepszego leczenia pacjentów i profilaktyki zdrowia. Zaangażowanie i doświadczenie pracowników, partnerów i samych pacjentów pozwala firmie coraz lepiej troszczyć się o zdrowie ludzi.

Placówka czynna jest w dni powszednie, podobnie jak rejestracja w przychodni, od poniedziałku do piątku w godzinach 8⁰⁰–20⁰⁰. Rejestracja telefoniczna obsługuje pacjentów w tych samych godzinach. Rejestracja pracuje na zasadzie dwóch zmian personelu w godzinach 7³⁰–13³⁰ oraz 13³⁰–20⁰⁰. Pozostałe godziny pracy rejestratorów przeznaczone są na wykonywanie czynności administracyjnych, biurowych bądź prac pielęgniarских. Harmonogram pracy poszczególnych poradni, lekarzy, badań

¹² 5 kroków do zdrowej relacji lekarz-pacjent, <http://lekarz.znany-lekarz.pl/blog/dobra-relacja-lekarz-pacjent-w-5-krokach> [odczyt: 17.12.2015].

diagnostycznych oraz wizyt domowych określony jest dla konkretnego okresu tygodnia i stanowi podstawę do wyznaczania godzin oraz zmian pracy personelu medycznego.

Zarys otoczenia biznesowego NZOZ „X” w Radomsku

Radomsko to miasto w województwie łódzkim, siedziba powiatu radomszczańskiego oraz gminy Radomsko. Położone jest na Wyżynie Przedborskiej, nad rzeką Radomką. W roku 2015 liczba mieszkańców Radomska wynosiła 47 266 osób, a na 1 km² przypadały tu 932 osoby¹³. Struktura ludności według przedziałów wiekowych wskazuje na nieco większą liczbę kobiet w stosunku do mężczyzn. Poniższa tabela (tab. 1) prezentuje dane szczegółowe struktury ludności z tego obszaru.

Tabela 1. Struktura ludności według przedziałów wiekowych obszaru Radomska

Lp.	Przedział wiekowy	Liczebność ludności
1	0–7 lat	3 068
2	8–18 lat	4 716
3	19–60 lat (kobiety)	14 203
4	19–65 lat (mężczyźni)	15 319
5	powyżej 65 lat (mężczyźni)	3 015
6	powyżej 60 lat (kobiety)	6 950

Źródło: Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2015 r., [w:] Główny Urząd Statystyczny [on-line] 2015 [odczyt: 2015-08-02], s. 89.

Strukturę konkurencji dla palcówki „X” przedstawia tabela 2.

¹³ Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2015 r., [w:] Główny Urząd Statystyczny [on-line] 2015 [odczyt: 02.08.2015], s. 89.

Tabela 2. Struktura konkurencji

Lp.	Charakter placówki (ilościowo)	Liczba
1	Przychodnie ogółem	10
2	Przychodnie niepubliczne	7
3	Posiadające kontrakt z NFZ	7
4	Posiadające kontrakt z NFZ, mieszczące się w szkołach	18
5	Posiadające strony w Internecie	8
6	Placówka dysponująca możliwością rejestracji elektronicznej	1

Źródło: portal NFZ, Panorama Firm, strony placówek medycznych. Stan na 19.05.2015 r.

Na terenie Radomska dostęp do edukacji ma prawie 5,5 tysiąca dzieci w wieku przedszkolnym, podstawowym oraz gimnazjalnym, co prezentuje tabela 3.

Tabela 3. Edukacja w gminie Radomsko. Stan z roku 2015

Lp.	Struktura edukacyjna	Liczba dzieci
1	Liczba dzieci uczęszczających do publicznych przedszkoli	1 172
2	Liczba dzieci uczęszczających do szkół podstawowych	2 841
3	Liczba dzieci uczęszczających do szkół gimnazjalnych	1 397
Suma		5 410

Źródło: portal miasta Radomsko, 2015.

Działania NZOZ „X” na rzecz poprawy relacji z pacjentem – pomiar oraz określenie kierunku proponowanych zmian

Placówka NZOZ „X”, świadoma swoich potrzeb oraz przyjętej misji ciągłego doskonalenia i rozwoju, postanowiła podjąć się działań mających na celu pogłębienie relacji między nią a pacjen-

tami oraz podniesienie świadomości marki placówki medycznej w oczach pacjentów. Zgodnie z przyjętym celem postanowiono przeprowadzić badania marketingowe, które miały sprawdzić, jak postrzegana jest marka przychodni „X”, jej usługi, profesjonalizm personelu, komunikacja z pacjentem i wewnętrzna komunikacja między pracownikami.

Badania dotyczyły takich wartości i elementów wyróżniających markę „X”, jak:

- analiza dotychczasowego postrzegania placówki przez właścicieli, pracowników i pacjentów,
- identyfikacja mocnych i słabych stron marki,
- opracowanie misji przychodni, elementów i kierunków działań mających wyróżnić placówkę,
- identyfikacja komunikowania wartości i korzyści dla pacjentów.

Tabela 4. Założenia wyjściowe projektu badawczego

Metoda/pomiar	Respondent/próba badawcza
Audyt Tajemniczy Pacjent	obserwacja niejawna w placówce „X” oraz czterech konkurencyjnych przychodniach
Audyt Telefoniczny Tajemniczy Pacjent	rozmowa niejawna telefoniczna w placówce „X” i czterech konkurencyjnych przychodniach
Standaryzowany wywiad bezpośredni	wywiad przeprowadzony na terenie „X” z pacjentami
Wywiad pogłębiony	rozmowa przeprowadzona z personelem medycznym „X”: pielęgniarkami, położnymi, pracownikami rejestracji oraz technicznymi
Ankieta bezpośrednia wystandaryzowana	ankieta przeprowadzona z personelem medycznym „X”: pielęgniarkami, położnymi, pracownikami rejestracji oraz technicznymi
Ankieta bezpośrednia wystandaryzowana	ankieta przeprowadzona z lekarzami „X”

Źródło: materiał wewnętrzny placówki medycznej „X”.

W celu zdiagnozowania przyjętych założeń przeprowadzono badania za pomocą następujących metod: tajemniczy klient, wywiad bezpośredni i pogłębiony, metoda ankietowa. Badanie obejmowało pacjentów placówki zamieszkujących na terenie gminy Radomsko, najbliższą konkurencję placówki medycznej i jej personel medyczny.

Założenia wyjściowe projektu badawczego zaprezentowane zostały w tabeli 4, uwzględniając wykorzystane metody oraz charakterystykę próby badawczej, do której przypisano określone narzędzie pomiaru.

Wybrane wyniki prowadzonych badań oraz płynące z nich wnioski i rekomendacje dla placówki „X”

Audyt Tajemniczy Pacjent został przeprowadzony w placówce „X” i u jej największych czterech konkurentów. Badania prowadzono bezpośrednio w ww. placówkach i za pośrednictwem telefonu. Badaniu poddano takie kategorie obsługi pacjenta, jak:

- powitanie pacjenta i nawiązanie rozmowy,
- rozpoznanie potrzeby,
- prezentacja usług medycznych,
- praca z obiekcjami (zastrzeżeniami) pacjenta,
- umówienie wizyty i pożegnanie pacjenta,
- przygotowanie i postawy pracowników rejestracji.

Badania oparte na Audycie Tajemniczy Pacjent pozwoliły na wytypowanie następujących wniosków i rekomendacji:

- ocena jakości obsługi pacjenta w badanych placówkach pozostaje na zdecydowanie niskim poziomie;
- badane placówki są przyzwyczajone głównie do pacjenta NFZ-towego, nie przykładają większej wagi do komunikacji z nim, udzielanych mu informacji i zapisów na wizyty komercyjne;

- brak jest przejawów utożsamiania się pracownika z firmą, w której pracuje. Pracownicy rejestracji wykazują postawy bierne, nie znają oferty placówki, nie rekomendują usług i specjalistów, polecają placówki konkurencyjne;
- żadna z placówek nie ma wprowadzonych standardów obsługi pacjenta oraz przeszkolonego personelu. W placówkach występuje bardzo duże podobieństwo w sposobie zapisu i rejestracji oraz zakresie udzielanych informacji.

Rekomendacje dla placówki „X” na podstawie audytu Tajemniczy Pacjent:

- obszar obsługi pacjenta można traktować jako wyróżnik i komunikator marki „X”;
- w tym celu należy wdrożyć standardy obsługi pacjenta oparte na wyznaczeniu „ścieżki pacjenta”;
- trzeba przeszkolić personel w zakresie wdrożonego standardu;
- należy stworzyć i wdrożyć informację papierową wewnątrz budynku, w celu wsparcia komunikacji interpersonalnej.

Placówka „X” poddała również ocenie przez klientów, za pośrednictwem wywiadu standaryzowanego, bezpośredni poziom postrzegania przychodni i jakości świadczonych przez nią usług.

Strukturę próby badanej przedstawia poniższa tabela (tab. 5). Próbę tę stanowili pacjenci oczekujący lub odwiedzający placówkę „X”. Respondenci to mieszkańcy Radomska oraz osoby spoza tego miasta.

Wyniki oceny postrzegania placówki przez pacjenta przywołane w poniższych tabelach (tab. 6 i 7) i wykresach (rys. 1–2) odnoszą się do ich wyobrażeń o idealnej przychodni zdrowia, uwzględniając cechy mające wpływ na poziom jakości świadczonych usług. W dalszej kolejności zaprezentowane zostały wyniki oceny przez pacjenta stanu faktycznego badanej placówki w takich obszarach, jak obsługa na recepcji czy obsługa przez personel medyczny (lekarza). Ocenie poddano również zdarzenia, jakie mogą wystąpić podczas oczekiwania na wizytę.

Tabela 5. Charakterystyka próby badanej – wywiad bezpośredni

Struktura próby	Liczba/udział badanych
Próba przebadanych pacjentów N	N = 102
Płeć: kobieta K, mężczyzna M	K = 59; 57,8%; M = 43; 41,2%
Miejsce zamieszkania:	
– mieszkaniec Radomska R	R = 85; 83,3%
– mieszkaniec spoza Radomska S	S = 17; 16,7%
Wiek:	
18–25 lat	14; 13,7%
26–35 lat	22; 21,6%
36–45 lat	30; 29,4%
46–55 lat	13; 12,7 %
Powyżej 55 lat	23; 22,51%
Liczba lat korzystania z usług „X”:	
do roku	24; 23,5%
1–2 lata	21; 20,6%
powyżej 2 lat	57; 55,9%

Źródło: na podstawie badań prowadzonych dla placówki „X” w Radomsku.

Tabela 6. Wyobrażenia pacjentów o idealnej przychodni zdrowia

Cecha poziomu jakości	Średnia – oczekiwania	Średnia – ocena „X”	Luka poziomu jakości
Staranność wykonania usługi medycznej	6,96	6,26	–0,7
Szybka pomoc pacjentom	6,95	6,15	–0,8
Bezpieczeństwo pacjenta podczas udzielania świadczenia	6,94	6,36	–0,6
Dobro pacjenta jako cel nadrzędny	6,93	6,22	–0,7
Kompleksowość świadczonych usług	6,91	6,24	–0,7
Kompetencja personelu medycznego	6,91	6,35	–0,6
Szacunek wobec pacjenta	6,91	6,37	–0,5
Bezbłądność dokumentacji	6,90	6,15	–0,8

Cecha poziomu jakości	Średnia – oczekiwania	Średnia – ocena „X”	Luka poziomu jakości
Poziom techniczny sprzętu i aparatury medycznej	6,90	6,45	–0,5
Reakcja na prośby pacjenta	6,89	6,14	–0,8
Indywidualne podejście do pacjenta	6,89	6,31	–0,6
Zrozumienie potrzeb pacjenta	6,88	6,24	–0,6
Realizacja usługi w obiecany czasie	6,85	5,99	–0,9
Chęć pomocy pacjentowi w rozwiązaniu problemu	6,85	6,07	–0,8
Informacja o terminach realizacji usług	6,82	6,24	–0,6
Dogodne godziny pracy przychodni	6,78	6,31	–0,5
Estetyczny wygląd budynku i pomieszczeń	6,52	6,32	–0,2
Wygląd i ubiór pracowników przychodni	6,47	6,25	–0,2
Dostępność i czytelność materiałów informacyjnych	6,42	6,71	0,3

Źródło: na podstawie badań prowadzonych na zlecenie placówki medycznej „X”.



Rys. 1. Ocena poziomu pracy rejestracji

Źródło: na podstawie badań prowadzonych na zlecenie placówki medycznej „X”

Tabela 7. Oczekiwania pacjenta co do osoby lekarza (hierarchia ważności)

Lp.	Oczekiwania pacjenta wobec lekarza (pozycje 1–4 – najczęściej pojawiające się odpowiedzi):
1	Wiedza i doświadczenie
2	Autorytet wśród pacjentów
3	Podejmowanie decyzji
4	Dzielenie się wiedzą z pacjentem
5	Umiejętności techniczne
6	Czas leczenia/terapii
7	Wskazania/zalecenia
8	Cechy osobowościowe
9	Tytuł naukowy
10	Przypominanie o wizycie
11	Cechy fizyczne lekarza
12	Wiek lekarza
13	Ubiór

Źródło: na podstawie badań prowadzonych na zlecenie placówki medycznej „X”.



Rys. 2. Ocena zdarzeń w czasie oczekiwania na wizytę

Źródło: na podstawie badań prowadzonych na zlecenie placówki medycznej „X”

Badania oparte na wywiadach wśród pacjentów pozwoliły na wytypowanie następujących wniosków i rekomendacji dla placówki „X”:

- „X” w globalnej ocenie pacjentów postrzegany jest bardzo pozytywnie;
- pacjenci usatysfakcjonowani są zarówno pracą rejestracji, jak i lekarzy oraz pielęgniarek;
- dla pacjentów idealna przychodnia to taka, która starannie wykonuje usługi medyczne, stwarza warunki bezpieczeństwa i szybko reaguje na prośby pacjentów;
- z badania wynika jednocześnie, że w rejestracji nie informuje się o możliwości zapisu na wizyty prywatne, ani o koszcie takiej wizyty.
- budynek, wnętrze oraz organizacja nie są przystosowane do obsługi osób niepełnosprawnych, a także matek z małymi dziećmi;
- atmosferę wśród pacjentów psuje zamieszanie, hałas i rozmowy innych pacjentów, do czego dochodzi brak jasnych zasad zapisów, wizyt u lekarzy i zabiegów;
- czas wizyty u lekarza jest krótszy niż 10 minut, pacjenci czują się więc jak intruzi i sami muszą zabiegać o przyjęcie do lekarza;
- „X” jako marka posiada osobowe cechy, tj. ambicję, odpowiedzialność, solidność, pracowitość;
- dla pacjentów lekarz powinien charakteryzować się dużą wiedzą, doświadczeniem, posiadać autorytet wśród pacjentów, podejmować decyzje i dzielić się swoją wiedzą z pacjentem;
- pielęgniarka powinna także wykazywać umiejętności techniczne.

A oto rekomendacje dla „X” mające poprawić obsługę pacjenta:

- pozycja marki jest silna, lecz należy ją nadal wzmacniać;
- potencjał marki opiera się głównie na kontrakcie z NFZ i taki też został utrwalony w świadomości pacjentów. Zmiany powinny zatem dotyczyć repozycjonowania marki, czyli odejścia od patrzenia na placówkę jako świadczącą bezpłatne usługi medyczne;

- zmiany powinny dotyczyć przyjęcia jasnych zasad zapisów pacjentów, przyjmowania ich przez lekarzy;
- zmiany powinny dotyczyć wyznaczenia systemu wchodzenia pacjentów do lekarza;
- zmiany powinny dotyczyć stworzenia prostego i czytelnego oznaczenia poradni, gabinetów, stref funkcjonowania usług;
- niezbędna jest zmiana organizacji pracy rejestracji – dedykowany personel, możliwość umawiania wizyt;
- w przyszłości wdrożenie zaawansowanej obsługi telefonicznej i zapisów *online*;
- przystosowanie wnętrza do różnych grup pacjentów (dzieci, pacjenci starsi, osoby pracujące) poprzez dodatkowe elementy wyposażenia, tablice informacyjne, elementy marketingu sensorycznego.

Badania przeprowadzone wśród pracowników placówki „X” pokazują natomiast, że:

- pracownicy „X” w swojej świadomości utrwalili sobie wizerunek przychodni NFZ;
- pracownicy są zadowoleni z atmosfery w pracy oraz dobrych jej warunków;
- według pracowników wyróżnikami marki są: wysokiej jakości sprzęt diagnostyczny, szeroka oferta usług i jej dostępność oraz kwalifikacje personelu przychodni;
- obszarem wymagającym zmian jest poprawa sprawności organizacyjnej placówki, komunikacja wewnętrzna między pracownikami i stworzenie możliwości rozwoju zawodowego.

W celu poprawienia relacji z personelem placówka „X” powinna:

- zmienić sposób myślenia i postrzegania placówki jako przychodni NFZ – to najważniejszy cel kampanii marketingowej dla tej grupy docelowej;
- wzmocnić wizerunek placówki profesjonalnej, z bogatą ofertą medyczną;
- zmienić organizację pracy rejestracji;
- stworzyć zasady komunikacji wewnętrznej wśród pracowników i systemu motywowania ludzi.

Przychodnia przeprowadziła również badania postrzegania marki „X”. Posłużono się tu standaryzowanym wywiadem bezpośrednim. Na podstawie tych badań stwierdzono, że marka przychodni „X” jest postrzegana jako:

- rozpoznawalna na rynku radomszczańskim,
- przychodnia Zdrowia świadcząca usługi NFZ,
- rzetelna, solidna, z szeroką ofertą usług specjalistycznych i wykonywania badań diagnostycznych,
- placówka posiadająca dużą grupę lojalnych – stałych pacjentów.

Przeprowadzone badania wskazały na dwa główne problemy działania placówki, mające wpływ na błędne pozycjonowanie marki „X” w świadomości jej odbiorców. Pierwszy odnosi się do błędnej interpretacji logotypu przychodni, na którym widnieje napis NZOZ, w swojej typografii podobny do NFZ. Drugi natomiast to postrzeganie placówki jako świadczącej wyłącznie usługi NFZ. Aby to zmienić zaleca się:

- podejście ewolucyjne, mające zmienić rozpoznawalność placówki przez pacjentów i lokalne środowisko medyczne;
- stworzenie logotypu odróżniającego się wyraźnie od logotypu NFZ, wyeliminowanie skrótu NZOZ, nazw: przychodnia, poradnia, służba zdrowia;
- zbudowanie tożsamości placówki, właścicieli, pracowników oraz pacjentów;
- wykorzystanie logo symbolizującego placówkę nastawioną na rozwój i zmiany zarówno w zakresie metod leczenia i diagnostyki, pozyskiwania specjalistów medycznych, jak i nowych form komunikacji z pacjentem. Jednocześnie ma to tworzyć wizerunek przychodni otwartej na pacjenta i jego problemy zdrowotne.
- budowanie doświadczenia oraz wzbudzanie emocji: troskliwości, zrozumienia, empatii i poczucia komfortu, dyskrecji i bezpieczeństwa.
- prezentowanie dobrej i nowej energii do zmian i otwarcie na nowych pacjentów.
- znak powinien być utrzymany w kolorystyce branżowej, ze względu na dotychczasowy wygląd, kolorystykę

- wnętrz oraz preferencje i upodobania właścicieli, jednakże zaleca się też wprowadzenie innych kolorów oraz możliwości zastosowania różnych odcieni barwy koloru niebieskiego;
- logo może być utrzymane w prostej, surowej i typograficznej stylistyce – ma pozostawiać miejsce na interpretację, dawać gwarancję dobrego „współgrania” z licznymi znakami imprez, programów czy inicjatyw medycznych, które utrzymane mogą być w przeróżnych stylach i kolorystyce. Winno być łatwe do zarządzania, sprawdzić się we wszystkich technikach druku. Takie podejście graficzne spowoduje też, że logo będzie dłużej aktualne – będzie współczesne także za kilka lat.

Podsumowanie

Przychodnia „X” po przeprowadzonych badaniach wyznaczyła kierunek dalszych działań na rynku radomskim. Za główne założenia i kierunki rozwoju uznano:

- rozwój specjalistyki medycznej oraz diagnostyki na jak najwyższym poziomie w celu leczenia i zapobiegania chorobom, w szczególności w obszarze stomatologii, okulistyki i ortopedii;
- podniesienie poziomu obsługi pacjenta w zakresie komunikacji z nim, budowania pozytywnych relacji oraz doświadczania pacjenta w czasie przebywania w placówce i rozwiązywania problemów zdrowotnych;
- podniesienie efektywności i sprawności procesów obsługi pacjenta, tzn. rezerwacji wizyt, przepływu informacji i dokumentów, poprawy dostępu elektronicznego.

Bibliografia

- 5 kroków do zdrowej relacji lekarz-pacjent, <http://lekarz.znany-lekarz.pl/blog/dobra-relacja-lekarz-pacjent-w-5-krokach> [odczyt: 17.12.2015].
- Barański J., Piątkowski W., *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycznej*, Wydawnictwo Atut, Wrocław 2002.
- Bishop G.D., *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.
- Borszcz S., *Rejestracja medyczna – jak cię tam pacjenci widzą, tak cię piszą*, Rynek Zdrowia.pl, <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Rejestracja-medyczna-jak-cie-tam-pacjenci-widza-tak-cie-pisza,111777,1.html> [odczyt: 24.08.2011].
- GUS, *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2015 r.*, [w:] Główny Urząd Statystyczny [on-line] 2015 [odczyt: 02.08.2015].
- Kowalska A., Jarosz M., Sak J., Pawlikowski J., Patryn R., Pacian A., Włoszczak-Szubzda A., *Etyczne aspekty komunikacji pacjent – lekarz*, „Medycyna Ogólna” 2010, vol. 16.
- Kozielski R., *Wskaźniki marketingowe*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, wyd. IV.
- Kuczyńska A., *Modele kontaktu lekarza i pacjenta*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Opolski K., Modzelewski P., *Zarządzanie jakością w usługach publicznych*, CeDeWu, Warszawa 2004.
- Ostrowska A., *Relacje pacjent lekarz – nowa jakość*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna” 2001, nr 21.
- Rodzewicz A., *Jakość usług medycznych (prywatne, czy publiczne)*, „Problemy Jakości” 2008, nr 3.
- Wolniak R., *Pomiar oczekiwanej i postrzeganej jakości w usługach medycznych*, „Współczesne Zarządzanie. Kwartalnik Środków Naukowych i Liderów Biznesu” 2010, nr 2, s. 128–140.
- Zych M., Swora E., *Elementy identyfikacji wizualnej zakładów opieki zdrowotnej*, „Nowiny Lekarskie” 2008, vol. 77, nr 3.

Pytania i polecenia:

1. Wymień metody gromadzenia danych o pacjencie oraz sposoby ich przechowywania i wykorzystywania w różnych obszarach działalności placówki medycznej.
2. Jaka jest specyfika placówek medycznych publicznych i niepublicznych? Omów, jakie to ma znaczenie przy tworzeniu strategii działania w tego rodzaju placówkach.
3. Jak budować poprawne relacje na drodze pacjent – przychodnia zdrowia? Omów problem na gruncie relacji: pacjent a specjalista, pielęgniarka, recepcjonista.
4. Które obszary komunikacyjne są najbardziej istotne w placówkach medycznych? Wymień i omów ich znaczenie.
5. Wymień i omów cechy specyficzne usług medycznych.
6. W jaki sposób dokonywać można pomiaru skuteczności obsługi pacjenta przez personel pierwszego kontaktu oraz specjalistów?
7. Które standardy obsługi pacjenta są najczęściej zaniedbywane i dlaczego?
8. Jakie znaczenie we współczesnym świecie ma marka placówek medycznych? Jakie popełniono błędy w pozycjonowaniu placówki „X” i jaki program naprawczy jest wskazany?