

## ROZDZIAŁ 4

### SUKCES W ROZWOJU NOWYCH USŁUG MEDYCZNYCH: POMIĘDZY INSTYTUCJONALNYM A RYNKOWYM DOŚWIADCZENIEM

Agnieszka K. Choińska, Andrzej Szpak<sup>1</sup>

Innowacje i rozwój nowych usług są niezbędne do przetrwania oraz właściwego funkcjonowania instytucji. Badania naukowe w tej dziedzinie, tak jak i cała praktyka związana z marketingiem usług, datują się na koniec lat osiemdziesiątych w Wielkiej Brytanii [Baker, Black and Hart, 1988; Baker, Hart, 1989] i są prowadzone do chwili obecnej [Chisnall, 1997, s. 25; Gilligan, 1995, s. 20. Huston & Engqvist 2003, s. 2. Palmatier, 2006, s.136. Gatrell, Popay, Thomas, 2003, s.245]. Zagadnie rozwoju nowych usług (New Service Development) dotyczy także takich sektorów gospodarki jak: usługi finansowe, opieka zdrowotna, edukacja, usługi informatyczne, telekomunikacja, turystyka i rekreacja, doradztwo prawne i konsultacje. Wszystkie te sektory w dziedzinie ochrony zdrowia przenikają się nawzajem. Opieka zdrowotna i jej instytucje są badane i analizowane w kontekście innych gałęzi gospodarki, jako jej część, a nie tylko oddzielny podmiot społeczno – gospodarczo - polityczny [Wall, 1996, s, 130].

#### 4.1. KONCEPCJA ROZWOJU NOWYCH USŁUG

W teorii marketingowej usługa jest rozumiana jako produkt niematerialny, który oddziałuje na klienta, ale nie powoduje przeniesienia prawa własności [Payne,1997, s. 20].

„Nowe” usługi mogą mieć różną postać od modyfikacji do znaczących innowacji lub nowych usług w odniesieniu do konkretnej instytucji. „Sukcesy” są definiowane jako przedsięwzięcia, w przypadku, których zostały zrealizowane wyznaczone cele, dla których usługi te zostały stworzone, lub też osiągnięto coś więcej. „Porażki” czy też nieudane usługi to takie, które w oczywisty sposób nie spełniły oczekiwań lub zostały odrzucone w późnym stadium realizacji [Johns, 1999, s. 176; Chisnall, 1995 s. 296].

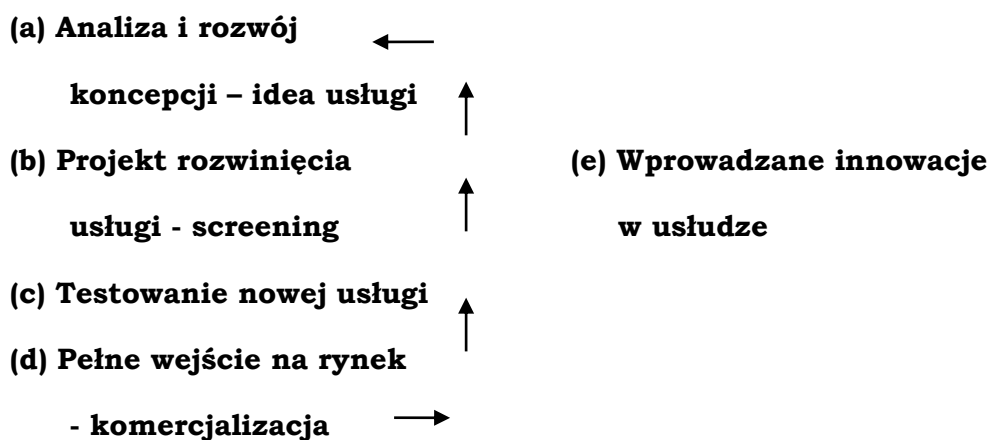
Usługi, w tym usługi medyczne, mogą być świadczone zarówno odbiorcom indywidualnym jak i grupowym. Cechy usług tworzą ich specyfikę oraz są źródłem określonych konsekwencji w prowadzeniu działalności

---

<sup>1</sup> Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

usługowej. Najbardziej charakterystyczne z nich to: niematerialność (intangibility), nierozdzielność (inseparability), różnorodność (heterogenity), nietrwałość (perishability) [Kotler, 2000, s. 139; Lovelock, 1999, s.208]. Niematerialność usług medycznych wyraża się nie tylko w tym, że trudno je do-tnąć i odczuć na podobieństwo produktów materialnych, ale stanowią one raczej procesy niż „rzeczy”. Usługi mogą być modyfikowane o wiele łatwiej i szybciej niż produkty materialne nawet bez zgody personelu zarządzającego i poważnych transformacji organizacyjnych. Pozwala to, z jednej strony na sprawne podnoszenie jakości świadczonych usług [Opolski, 1997, s.22], ale z drugiej strony usługi mogą być łatwo kopiowane, gdyż trudno je opatentować. Cecha nierozdzielności odnosi się do jednoczesności świadczenia usługi i korzystania z tej usługi przez klienta instytucji medycznej, a nawet współtworzenia usługi przez pacjenta (funkcja pacjenta w rozpoznaniu choroby i przebiegu terapii) oraz roli jaką w tym procesie mogą spełniać inni usługobiorcy (do-świadczanie tej samej choroby) [Palmatier 2006, s.136]. Różnorodność oznacza trudność w utrzymaniu jednakowych standardów jakościowych oraz odmienną poziomą zawieranych transakcji i świadczonych usług (odpowiada to stopniowi zaawansowania choroby). Stopień różnorodności usług zależy od stopnia standaryzacji i poziomu technologicznego (nowoczesność i jakość sprzętu medycznego, stopień komputeryzacji), którym dysponuje instytucja. Nietrwałość usługi dotyczy w zasadzie niemożliwości jej przechowywania i składowania, ale niektóre z usług medycznych są pozbawione tej cechy. Przykład stanowią banki krwi, narządów do transplantacji itp. Ta konieczność przechowywania, a nawet transportowania jest wręcz elementem niezbędnym w realizacji złożonej usługi, często wymagającej wysokich umiejętności profesjonalnych [Gilligan, 1995, s. 58].

Wszystkie te charakterystyczne cechy usług, w tym usług medycznych, wyznaczają sposób ich rozwoju oraz ich modyfikacji (rys. 4.1).



**Rys. 4.1.** Etapy w rozwoju nowej usługi

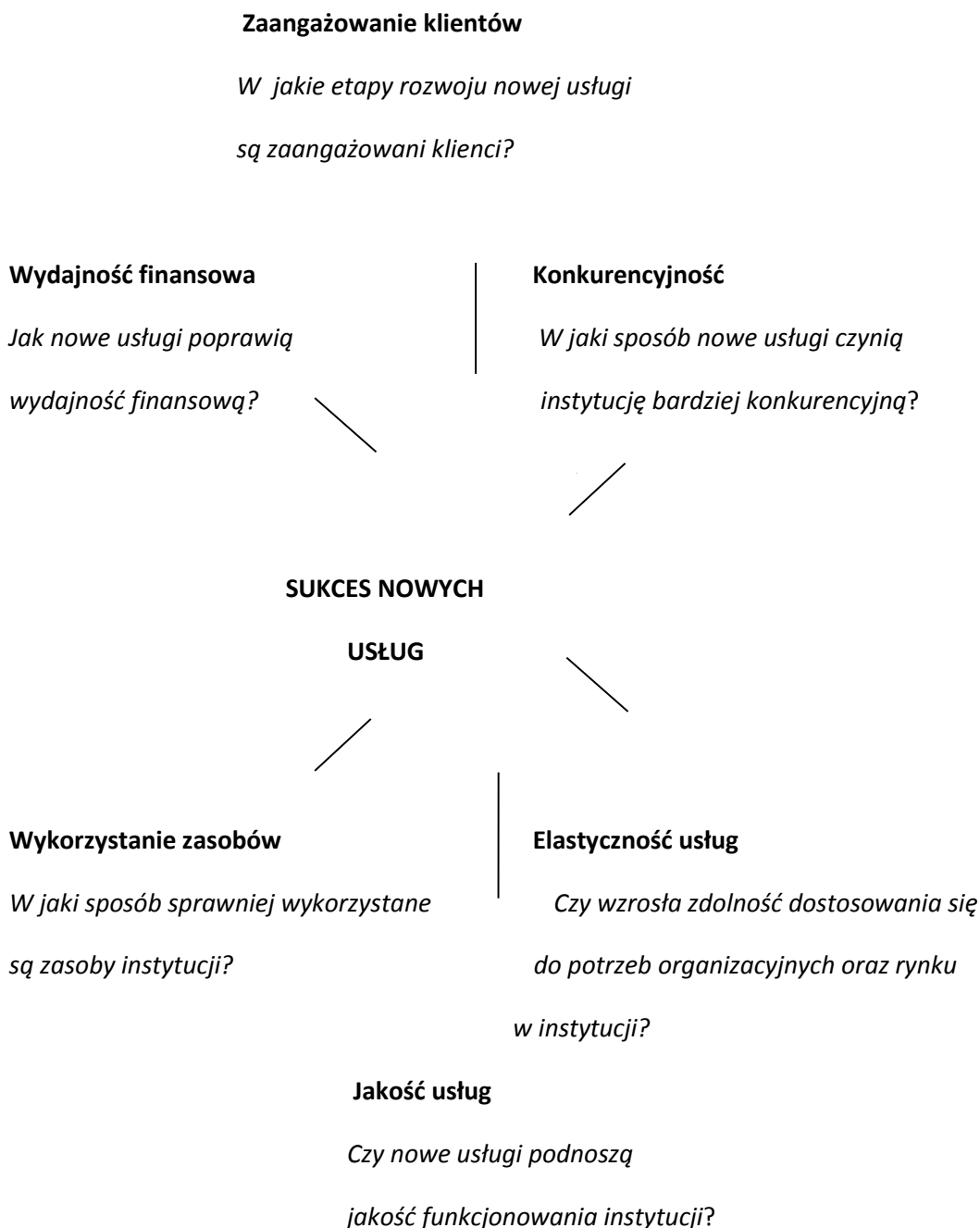
Źródło: [Johne & Storey, 1998, s. 5; Hart, 1995, s.30].

Na początku, aby wkroczyć w proces innowacji należy połączyć wiedzę o potrzebach rynku medycznego w znaczeniu technicznym, czyli o analizach tego rynku oraz koncepcję nowej usługi (a) [Gatrell, Popay, Thomas, 2004, s.250]. Jednak sama idea nie jest wystarczająca. Następnie, chcąc osiągnąć sukces na tym polu, należy przejść do drugiego etapu - przekształcenia idei w efektywną usługę. Na tym etapie powstaje projekt usługi (b) [Johne & Storey, 1998, s.5], formułowane są cele i strategie dla nowej usługi oraz analizowane są struktury wewnętrzne i możliwości nowatorskie instytucji medycznej. W dalszej kolejności projekt musi być poddany okresowemu testowi (c), który polega na wyszukaniu słabych elementów usługi i ich poprawy oraz finalnemu przejściu do ostatniego etapu - skierowaniu usługi do odpowiednich klientów/pacjentów czyli jej komercjalizacja (d) [Voss, 2000, s. 41]. Jednakże na tych czterech etapach nie kończy się proces tworzenia nowej usługi. Każda instytucja powinna być „czuła” na konieczność wszelkich zmian i innowacji w ciągłym procesie świadczenia usługi, czyli jej obecności na rynku. Jest to szczególnie istotne w procesie tworzenia i realizacji usługi medycznej, gdyż ona bardziej niż jakakolwiek inna uzależniona jest od oczekiwań i potrzeb klienta – pacjenta instytucji medycznej. Brak tej bezpośredniej i „czującej” uwagi czyni usługę bezwartościową [Palmatier, 2006, s.136; Salisbury, 2000, s. 443]. Stąd też cztery etapy rozwoju nowej usługi uzupełnia etap piąty (e) – wprowadzane innowacje w usłudze, które mogą dotyczyć wszystkich poprzednich etapów.

#### 4.2. CZYNNIKI SUKCESU W ZAKRESIE NOWYCH USŁUG

Ujmując najprościej, ostatecznym potwierdzeniem sukcesu nowych usług na rynku jest ich wpływ na zyski instytucji. Jednak, z uwagi na fakt, iż na zyski firmy ma wpływ wiele czynników, mało prawdopodobne wydaje się, aby tego rodzaju miernik sam w sobie mógł zapewnić adekwatną oraz szczegółową wiedzę, która umożliwiłaby instytucji medycznej, ocenę stopnia powodzenia nowej usługi, czy też jej innowacji w przyszłości [Hart, Craig, 1993, s. 208]. Sukces lub niepowodzenie, tzn. wynik procesu rozwoju i wdrażania nowych usług może być oceniany i opisany za pomocą pięciu kryteriów zaproponowanych przez Fitzgeralda [1998, s.30]: wynik finansowy, konkurencyjność, jakość, elastyczność oraz wykorzystanie zasobów. Jednakże, badania ostatnich lat wskazują na szóste kryterium – zaangażowanie klientów w rozwój i komercjalizację usług. [Biemans, 1991, Gruner, 2000] Jest ono szczególnie istotne w usługowej praktyce innowacyjnej instytucji medycznych, gdyż oferta medyczna dotyka klienta/pacjenta bezpośrednio, oddziałując na jakość jego życia i stopień

poprawy zdrowia. Tak więc, zainteresowanie nowymi ofertami a rynku medycznym jest naturalną skłonnością klientów instytucji medycznych, którzy w trosce o własne zdrowie i życie są zmotywowani do współpracy z wybraną instytucją opieki zdrowotnej. Stosując tego rodzaju postępowanie, instytucje, w tym instytucje medyczne, mogą ocenić sukces odpowiadając na zasadnicze pytania odnoszące się do tych kryteriów (rys. 4.2).



**Rys. 4.2.** Kryteria służące pomiarowi sukcesu nowych usług

Źródło: [Voss, 2000, s.42].

#### 4.3. METODY POMIARU SUKCESU NOWYCH USŁUG

Sukces nowych usług na rynku może być mierzony na dwa sposoby. Po pierwsze, instytucja może dokonać pomiaru samego działania nowej usługi, a więc rezultatu jej wdrożenia. Po drugie, instytucja powinna znać determinanty sukcesu oraz niepowodzenia, jakie mogą zaistnieć w trakcie wdrażania nowych usług, dzięki czemu będzie mogła podjąć kroki zmierzające do monitorowania tego procesu. Instytucje dokonują pomiaru sukcesu nowych usług, stosując szeroką gamę mierników. Badania wykazały [Gilligan, 1995, s.102], że instytucje usługowe, a w tym medyczne, mierzą sukces swoich innowacji nie tylko w zakresie wyniku finansowego, ale stosują również inne kryteria, takie jak konkurencyjność i jakość. Empiryczne mierniki rezultatu innowacji w usługach zostały przedstawione na tabeli 4.1.

**Tabela 4.1.** Mierniki sukcesu nowych usług

##### MIERNIKI FINANSOWE

- osiągnięcie wysokiej zyskowności
- znaczne obniżenie kosztów instytucji
- oszczędności w stosunku do przewidzianych kosztów

##### MIERNIKI KONKURENCYJNOŚCI

- przekroczenie zakładanego udziału w rynku
- przekroczenie zakładanej ilości świadczeń
- przekroczenie zakładanego wzrostu w ilości świadczeń
- osiągnięcie relatywnie wysokiego udziału na rynku
- wyraźny pozytywny wpływ na wizerunek instytucji
- wyraźna poprawa konkurencyjności instytucji
- zwiększenie [atrakcyjności] popytu na pozostałe usługi instytucji

##### MIERNIKI JAKOŚCI

- lepszy „wynik || usługi w stosunku do konkurencji
- lepsze „doświadczenie || usługi w stosunku do konkurencji
- unikalne wartości usługi postrzegane jako korzystniejsze niż u konkurencji
- wysoki stopień realizacji usługi
- usługa bardziej przyjazna wobec klienta instytucji

Źródło: [Bretani, 1997, s. 40].

Stosowane mierniki finansowe to nie tylko rentowność, ale również osiąganie założonych celów kosztowych oraz stopień i możliwości obniżania kosztów. Mierniki konkurencyjności obejmują uzyskanie lub przekroczenie zakładanego udziału w rynku, poziomu świadczenia usług, wzrostu względnego poziomu korzy-stania z usługi przez klienta lub zmianę reputacji i wizerunku instytucji medycznej. Konkurencyjność wyraża się również w większym profesjonalizmie personelu medycznego oraz w bardziej za-

awansowanej komputeryzacji ośrodka medycznego [Ruden, 2005, s. 10; Hafferty, 2006, s.193; Dobska, 2001, s. 3]. Mierniki jakościowe obejmują sposób postrzegania rezultatu usługi oraz obsługi klienta. Przeprowadzone przez Voss'a [2000, s. 41] badania nad rozwojem nowych usług podkreślają konieczność stosowania dodatkowych mierników niezawodności usługi oraz ich lepszego do-starczania, jak np. prędkość wykonania usługi oraz jej „przyjazność” dla klienta [Palmatier, 2006, s. 136]. Są to mierniki bardzo istotne w sektorze usług medycznych, gdyż zarówno „niezawodności” usługi, jak też jej „przyjazności” oczekuje szczególnie pacjent-klient [Huston, 2003, s.3; Kenny, 2004, s.12]. Ponadto niektóre z mierników sukcesu próbują szacować oddziaływanie nowych usług na zwiększenie, bądź zmniejszenie korzystania przez klientów z innych usług danej instytucji.

#### 4.4. METODY POMIARU SUKCESU W PROCESIE ROZWOJU NOWEJ USŁUGI

Udane innowacje są najczęściej skutkiem udanego złożonego procesu rozwoju nowych usług. Clark i Fujimoto [2000, s.122] zaproponowali trzy mierniki oceny efektywności procesu rozwoju nowej usługi, które mogą też być stosowane do usługi medycznej. Są to: koszt, skuteczność oraz prędkość. W związku z tym proces opracowywania nowych usług i innowacji może być mierzony za pomocą tych trzech kryteriów: koszt (ile kosztuje opracowanie nowej „oferty” medycznej?), skuteczność (jak skuteczny jest proces innowacji w usługach medycznych?) oraz prędkość (jak szybko można opracować nową usługę?). Powyższe mierniki procesu rozwoju nowych usług przedstawia tabela 4.2.

##### **Tabela 4.2.** Mierniki procesu rozwoju nowych usług

###### KOSZT

- średni koszt stworzenia nowej usługi
- koszt stworzenia jednej usługi
- procentowy obrót przeznaczony na stworzenie nowej usługi, produktów i procesów

###### SKUTECZNOŚĆ

- ilość usług rozwiniętych w ciągu roku
- procent nowych usług, które osiągnęły sukces

###### PRĘDKOŚĆ

- czas pomiędzy pomysłem a projektem usługi
- czas pomiędzy projektem usługi a jej wdrożeniem na rynku
- czas poświęcony na przejście koncepcji spoza instytucji

Źródło: [Clark, Fujimoto, 1999, s.128; Voss, 2000, s.43].

Istnieje szereg mierników kosztu. Pierwszy z nich to koszt opracowania nowej usługi oraz jego podział na etapy. Drugi to procent obrotu zainwestowany w opracowanie nowych usług, wyrobów i procesów. Skuteczność procesu rozwoju usług medycznych jest trudniejsza do

zmierzenia. W zasadzie jest to pytanie o to „jak innowacyjna jest instytucja?”. Można tu zastosować kilka mierników skuteczności, jak np.: „Ile nowych usług jest opracowywanych rocznie?”; „Jak to się odnosi do działalności głównych konkurentów?”; „Jaki procent pomysłów dochodzi do fazy wdrażania?”; „Ile z wdrożonych usług jest udanych, a ile nie?”. Kryterium prędkości jest obecnie szczególnie przedmiotem zainteresowania, gdzie wzorce japońskie oraz „konkurencja czasowa” prowadzą do zmniejszania czasu opracowania usług. Skutkuje to nowymi innowacyjnymi podejściami a wydajność może być mierzona czasem potrzebnym na realizację procesu innowacji oraz czasem trwania każdego poszczególnego etapu. Na przykład można mierzyć czas od pomysłu do „prototypu”(projektu) usługi lub czas od „prototypu” usługi do wdrożenia. Prędkość może być również rozpatrywana pod kątem czasu reakcji, gdyż nowe usługi są często odpowiedzią na prośby pacjentów oraz zmiany środowiskowe (przemiany społeczno – polityczne), technologiczne (rozwój technologii medycznej) lub działania konkurencji (wyprzedzające) [Huston, 2003, s.3; Salisbury, 2000, s. 444]. Przykładem takiego miernika jest czas jaki potrzebny jest na zareagowanie, w tym również skopiowanie innowacji konkurencji.

#### 4.5. DETERMINANTY SUKCESU W PROCESIE TWORZENIA I REALIZACJI NOWYCH USŁUG MEDYCZNYCH

Analiza badań [Gatrell, Popay, Thomas, 2004, s. 245; Bretani, 1999, s. 40; Voss, 2000, s. 45], mających na celu identyfikację determinantów sukcesu w procesie tworzenia nowych usług wskazuje na szereg wspólnych cech dla różnych obszarów gospodarczych i społecznych. Poniżej zostaną omówione przede wszystkim te determinanty, które odnoszą się do usług medycznych – tabela 4.3.

Pierwsza z tych cech to orientacja na rynek. Udana innowacja charakteryzuje się występowaniem jednego lub więcej z poniższych czynników orientacji na rynek: zaspokajają jasno określone potrzeby oraz życzenia klientów wynikające z wcześniejszych analiz środowiska lokalnego oraz zapotrzebowania ludzi chorych - ważną rolę odgrywa tu status materialny oraz wykształcenie [Gatrell, Popay, Thomas, 2004, s. 250]; rozszerzają istniejący rynek, czyli odpowiadają na potrzeby większej ilości pacjentów z tymi samymi schorzeniami lub są nastawione na szybko rozwijające się rynki, czyli przypadki zwiększenia zachorowalności na pewne choroby, np. pod wpływem zanieczyszczenia środowiska, ubóstwa, złych warunków sanitarnych [Gatrell, Popay, Thomas, 2004, s.248].

**Tabela 4.3.** Determinanty sukcesu w procesie rozwoju nowych usług medycznych

OBSERWACJA I ANALIZA RYNKU (orientacja na rynek)

- spełnienie jasno określonych potrzeb pacjentów
- rozwiązanie najbardziej palących problemów pacjentów
- odpowiedź na zmianę potrzeb pacjentów
- poszerzenie aktualnych rynków klientów instytucji medycznej
- nastawienie na szybko rozwijające się rynki med.(rozwój potrzeb związanych z poprawą zdrowia)

- zgodność z wartościami klienta/pacjenta i polityką instytucji

PROCES ROZWOJU (opracowanie usługi)

- efektywny rozwój organizacji pracy wewnątrz inst. med.
- efektywnie wykorzystany czas na rozwój usługi med.
- dostępność zasobów
- dobra komunikacja wewnętrzna pomiędzy różnymi funkcjami instytucji med.
- dobra komunikacja na zewnątrz instytucji med.
- reklama nowej usługi wśród personelu instytucji med. (zachęta do realizacji określonego typu usługi)
- pełne przetestowanie usługi (w tym medycznego wyposażenia) przed świadczeniem jej pacjentowi

- formalna ocena po wprowadzeniu usługi med. na rynek
- osoba wspierająca projekt usługi med. podczas procesu jej rozwoju.
- osoba wspierająca projekt usługi med. w procesie komercjalizacji

STRATEGIA BIZNESOWA I DOPASOWANIE RYNKOWE (strategia instytucji)

- włączenie ryzyka w proces strategiczny inst. med.
- dominacja innowacyjności przed naśladownictwem innych inst. med.
- dopasowanie do możliwości badawczych na rynku med.
- dopasowanie do możliwości świadczenia usług med. i ich promocji
- umieszczenie usługi w głównym segmencie dotychczasowych świadczeń instytucji medycznej
- dostosowanie do zasobów finansowych instytucji med.
- dostosowanie do istniejącego modelu świadczenia usług med.
- dostosowanie do wiedzy i możliwości zasobów ludzkich personelu med.
- dostosowanie do umiejętności i preferencji menadżerów kierujących instytucją med.
- dostosowanie do struktury administracyjnej inst. med.

Źródło: [Bretani 1999, s.52; Gatrell, Popay, Thomas, 2004, s.245; Hafferty, 2006, s. 195; Voss, 2000, s. 45].

Ponadto sam klient/pacjent jest nieocenionym źródłem informacji o potrzebach nowych usług a tym samym kierunku w jakim innowacje należy rozwijać. Badania wskazują na cztery kluczowe elementy związane z zaangażowaniem klientów usług medycznych. Są to: a. decyzja o zaangażowaniu określonego bądź określonej grupy pacjentów w rozwój nowych usług (Dlaczego pewni klienci są angażowani w rozwój nowej usługi?), b. udział w po-szczególnych etapach rozwoju nowej usługi(W jakie etapy procesu rozwoju nowej usługi są oni włączani?), c. intensywność tego udziału w poszczególnych fazach rozwoju usługi (Jak intensywne jest ich zaangażowanie w proces rozwoju?), d. modele zaangażowania pacjenta w proces rozwoju (Jakimi środkami uzyskiwane są informacje i podtrzymywany wkład pacjentów w rozwój nowych usług medycznych?). Współczesne



badania z zakresu marketingu dostarczają odpowiedzi na te pytania (von Hoppel 2001 s. 247-257; Alam, 2002, 251-261).

W rozwój nowej usługi medycznej najlepiej zaangażować klientów/pacjentów, którzy posiadają wykształcenie wyższe i dbają o poziom swojej wiedzy medycznej przynajmniej w zakresie odnoszącym się do ich własnego stanu zdrowia. Usługobiorcy chętnie wypowiadają się na temat tych usług, które są według nich naj-bardziej dogodne, przynoszą największe korzyści zdrowotne i charakteryzują się większą różnorodnością. Pacjenci chętnie udzielają sugestii, co do sposobów skrócenia czasu wprowadzania na rynek medyczny takich rozwiązań, a tym samym przyczyniają się do dynamicznej dyfuzji innowacji w usługach medycznych. Niewątpliwie zaangażowanie klientów powoduje poprawę *public relations* zanim usługa dotrze na rynek, co stanowi dogodne wsparcie dla poczynań marketingowych.

Włączenie klientów w rozwój nowych usług nie jest związane tylko z jakimś szczególnym etapem tworzenia lub doskonalenia, ale z całym procesem w jakim przebiega rozwój nowych usług medycznych. Jednakże kilka z wymienionych etapów ma szczególny przywilej angażowania pacjentów w proces rozwoju oferty medycznej. W pierwszej kolejności tworzenie koncepcji usługi wymaga zrozumienia mechanizmów rynkowych i potrzeb zdrowotnych oraz instrumentalno – medycznych klientów, ujętych szczegółowo na odpowiednio przygotowanej liście. Następnie testowanie nowej usługi i pierwsze reakcje na nią. Identyfikacja błędów, niedopasowania i wprowadzenie finalnych poprawek. Krytyczne uwagi klientów na tym etapie są bezcenne. Ostatecznie, sprzężenie zwrotne – etap wprowadzania innowacji w usłudze po zakończeniu procesu komercjalizacji. W tym punkcie klienci mogą ustosunkować się do planu marketingowego, identyfikując błędy i niepowodzenia dotyczące wszystkich etapów w realizowanym procesie.

Intensywność zaangażowania pacjentów w plany biznesowe instytucji medycznej ma oczywiście swoją skalę odniesień. Od pasywnego uczestnictwa w proponowaniu określonej idei usługi poprzez informacje zwrotne na różnych poziomach rozwoju usługi, do intensywnej i ekstensywnej konsultacji w rozwoju usługi. Najwyższym stopniem takiego zaangażowania jest uczestnictwo w *zespole* odpowiedzialnym za politykę wprowadzania innowacji w ofercie instytucji medycznej.

Relacje między instytucją a klientem usług medycznych przybierają formy określonych modeli uczestnictwa, które biorą pod uwagę charakter aktywności usługobiorców. I tak w celu pozyskania informacji, opinii i sugestii swoich pacjentów instytucja stosuje metodę wywiadów „*twarzą w twarz*”. Bowiem, pacjent ma oczekiwania, preferencje, lubi bądź nie, ma znajomość konkurencyjnych usług i propozycji, żąda poprawy usługi, sposobu świadczenia usługi, zmiany ceny, czasu, komentuje realizację

marketingu mix, posiada własne kryteria akceptacji usługi itp. Wywiad bezpośredni ujawnia wszystkie te skłonności i zbiera cenne dla planu biznesowego informacje. Innym modelem uczestnictwa klienta jest jego *udział w zespole*, którego zadaniem jest rozwój nowej usługi. Takie uczestnictwo ogarnia całość procesu, a informacja od klienta/ pacjenta kierowana jest do wszystkich etapów rozwoju nowej usługi wraz ze stałymi wielopoziomowymi poprawkami. Instytucje medyczne nie unikają również modelu zaangażowania znanego jako „*brainstorming*” – burza mózgów. Zakłada on kreatywność grupy, poszukującej twórczych pomysłów i rozwiązań dla palących problemów w usługach medycznych. Grupy fokusowe, w których problemy innowacji i rozwoju nowych usług są szeroko i wielopoziomowo dyskutowane stanowią również model udziału i zaangażowania pacjentów w ten proces. Instytucje medyczne proszą również swoich pacjentów o celową obserwację działalności usługowej wybranej oferty medycznej oraz cenią sobie uwagi dotyczące przygotowania i profesjonalizmu pracowników medycznych i administracji. Tego typu modele są uzupełnione formami powszechnie dostępnymi w komunikacji społecznej, takimi jak: kontakty telefoniczne, faxy, e-maile, broszury i inne publikacje, za pomocą których kontakt z klientem jest utrzymywany i potwierdzany.

W celu rozwoju nowej usługi medycznej, jak wynika z powyższych zestawień, współpraca obu stron: usługodawcy i usługobiorcy jest kluczowym elementem sukcesu na rynku medycznym. Niemniej jednak, obie strony pełnią odmienne chociaż kompatybilne role społeczne, wyrażające się w różnorodnych oczekiwaniach społecznych i podjętych działaniach. Poniższa tabela (Tabela 4.4.) prezentuje porównawcze aspekty tych działań na drodze rozwoju nowej usługi medycznej.

**Tabela 4.4.** Działania na wielu etapach procesu rozwoju nowej usługi medycznej

Etapy rozwoju nowej usługi	Udział instytucji medycznej	Udział klienta/pacjenta
<b>a.</b> Analiza i rozwój koncepcji - idea usługi	Poszukiwanie koncepcji na zewnątrz i wewnątrz instytucji. Wybór klientów na potrzeby ekspertyzy usług. Sondaż potrzeb, oczekiwań i preferencji klientów. Ich kryteria wyboru, upodobań lub braku upodobań, poszukiwania konkurencyjnych usług medycznych	Wstępny udział ograniczony w planowaniu nowej usługi. Jasne określenie potrzeb, problemów i sposobów ich rozwiązania, krytyka istniejących usług; dostarczenie listy usług na które jest zapotrzebowanie; ustanowienie kryteriów adaptacji nowych usług.
<b>b.</b> Projekt rozwinięcia usługi [„prototyp” – screening	Możliwość przeprowadzenia analizy usługi; analiza atrybutów usługi; zebranie problemów pacjentów oraz ich rozwiązań; eliminacja słabych koncepcji poprzez zaproponowanie właściwych sposobów zaspokojenia potrzeb pacjentów; oszacowanie przewidywanej ilości	Sugestie dotyczące świadczenia usług i rozmiaru zainteresowania usługą na rynku; sugestie dotyczące pożądanых cech usługi i korzyści z niej płynących; sugestie co do typu reakcji na usługę na rynku medycznym; pomoc w podjęciu ostatecznej decyzji o realizacji usługi.

	świadczonych usług i zysków; uzyskanie regulacji i prawnej zgody na świadczenie usługi medycznej.	
<b>c.</b> Testowanie nowej usługi	Adaptacja i przygotowanie zespołu medycznego do świadczenia usługi wybór osoby odpowiedzialnej za przebieg procesu rozwoju usługi; określenie roli każdego członka zespołu przygotowującego nową usługę; szkolenie pracowników do zadań związanych ze świadczeniem nowej usługi; sposób bycia i zainteresowanie jako podstawowe kryteria przygotowania pracownika; możliwości poprawy usługi w warunkach rzeczywistego kontaktu z pacjentem; potwierdzenie trwałej wartości usługi.	Możliwość dołączenia do zespołu testującego nową usługę; obserwacja personelu medycznego w procesie testowania usługi; porównanie wyznaczonych celów i zamierzeń z ich realizacją w praktyce medycznej. Uczestnictwo w pozornej usłudze i nie odnoszącej powodzenia wśród pacjentów, wskazanie możliwych poprawek i zmian w projekcie usługi.
<b>d.</b> Komercjalizacja –pełne wejście na rynek	Ekonomiczna analiza zysków z usługi; przekazanie budżetu na realizację usługi; szczegółowa analiza konkurencyjności usługi; rozwój planu marketingowego i jego realizacja; testowanie opcji marketingu mix na rynkach do-celowych/grupy pacjentów/typy schorzeń; ograniczoność rozwoju usługi skierowanej do wybranych grup pacjentów; kampania promocyjna; dopasowanie rynkowe.	Komentarze i opinie na temat wieloaspektowego planu marketingowego; Ograniczona informacja zwrotna na temat danych finansowych, łącznie z opłacalnością usługi i informacją o konkurencji w projektowanej usłudze rynku medycznego.
<b>e.</b> Wprowadzane innowacje w usłudze	Modyfikowanie usługi stosownie do kondycji rynku medycznego. Czujność i elastyczność w odpowiedzi na zapotrzebowanie pacjentów. Stała współpraca z pacjentem w realizacji i poprawie usług na każdym poziomie rozwoju. Zgranie procesu z odmiennymi kategoriami usługobiorców instytucji medycznych.	Sugestie pożądaných poprawek poprzez identyfikację błędów i niepowodzeń w realizacji usługi we wszystkich jej etapach. Bezpośrednia komunikacja z innymi użytkownikami usług medycznych. Przekaz informacji o zmianach w procesie realizacji usługi medycznej.

Źródło: Opracowanie własne

Tego rodzaju badania, chociaż stosunkowo młode, wyraźnie poprawiają orientację rynkową instytucji medycznej ze szczególnym uwzględnieniem środowiska lokalnego. Bowiem, im większy jest bezpośredni kontakt z pacjentem, tym wyższa jest jakość usług medycznych oraz większa skłonność instytucji do innowacyjności. Udział klienta w rozwoju nowych

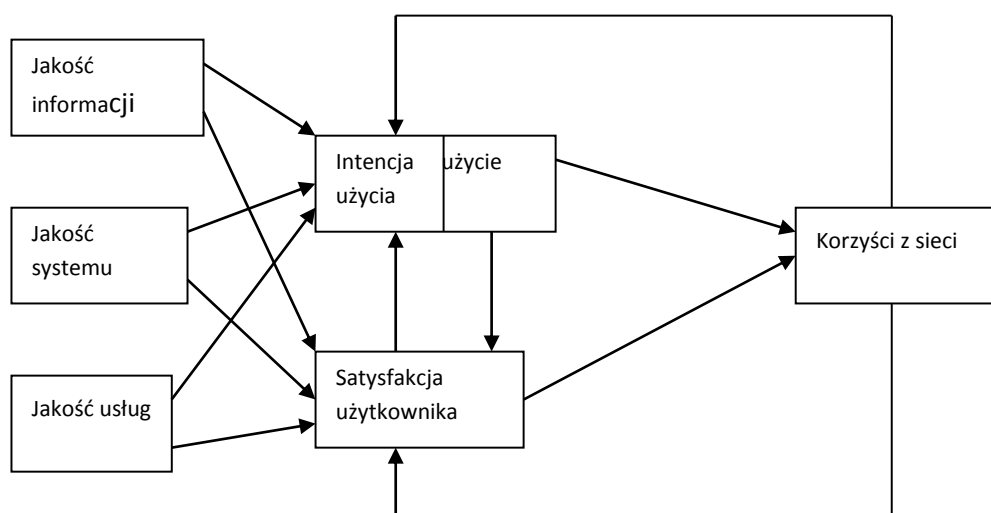
usług jest tym bardziej istotny, że poziom wiedzy medycznej i potrzeb zdrowotnych indywidualnych i grupowych wzrasta wraz z całościowym rozwojem społecznym, a także podnoszącym się poziomem kultury i edukacji medycznej laików [Marmot, Wilkinson, 2004, s.224-237]. Klient/pacjent może coraz bardziej stawać się współtwórcą oferty medycznej skierowanej do niego samego, ale też do innych podobnych jemu podmiotów medycznych. Statystyczne zestawienie takich opinii i uwag klientów oraz jakościowe opracowanie ich oczekiwań, sugestii i pomysłów na rozwój nowych usług w sektorze opieki zdrowotnej, wydają się istotnymi elementami współpracy pomiędzy instytucją medyczną a jej pacjentami. Wpływa to na poziom znajomości środowiska lokalnego, podniesienie zdrowotności populacji oraz na efektywność działań marketingowych, a także skuteczną promocję zdrowia [Navarro, 2004, s. 105].

Obok orientacji rynkowej drugą cechą sukcesu jest opracowanie usługi charakteryzujące się aktywnym procesem przygotowawczym. Dotyczy to takich czynników jak wydajna praca nad projektem usługi medycznej, krótki okres jej opracowania, dobra komunikacja między różnymi funkcjami (np., między dyrektorem szpitala a ordynatorami i pracownikami administracji), zaangażowanie pracowników [Giligan, Lowe 1995 s.125], wewnętrzny marketing pomysłu na nową usługę (przekonanie personelu o konieczności podjęcia działań innowacyjnych w placówce medycznej), pełne przetestowanie przed wdrożeniem oraz formalna ocena po wdrożeniu usługi [Bretani, 1999, s. 38]. Wiąże się to z pewnymi kwestiami organizacyjnymi, w szczególności z istnieniem osoby odpowiedzialnej za nową usługę, zarówno na etapie przygotowawczym jak i na etapie marketingu.

Sprawność w przygotowaniu nowej usługi można przedstawić i opisać w dwóch punktach. Pierwszy *szczegółowy, formalny proces* [Johns, 1998, s. 6; Bretani, 1999, s. 40] jej tworzenia opisuje jakość działań podjętych w celu stworzenia i wprowadzenia na rynek. Ten aspekt pracy nad usługą powinien być dobrze rozwinięty. Zawiera on bowiem nie tylko badanie idei (screening), ale także graficzne opracowanie procedury, które w sposób systematyczny identyfikuje i planuje specyficzne - medyczne elementy usługi i towarzyszących jej procesów medycznych i technicznych oraz procedur administracyjnych. Drugim punktem opisującym sprawność w tworzeniu nowej usługi jest *efektywność zarządzania tworzeniem nowej usługi* [Bretani, 1999, s. 40; Chisnal, 1995, s.122]. Kluczową sprawą jest tworzenie innowacyjnego środowiska instytucji medycznej, które wykorzystuje wszystkie dostępne środki w rozwoju swoich „ofert”. Należą do nich: specjaliści z różnych dziedzin medycyny – profesjonalizm w świadczeniu usługi, który stanowi o jej niewątpliwym sukcesie [Hafferty, 2006, s.194]; nowoczesne systemy komputerowe, zawierające dane nie tylko o pacjentach (ułatwiające kontakt z nimi), ale także informacje umożliwiające sprawną

współpracę z innymi ośrodkami medycznymi oraz dane o najnowszych badaniach rynku medycznego [Delone, Mclean, 1992, s.60-95; 2003 s.9-30].

Komputeryzacja instytucji i sprawne posługiwanie się systemami informatycznymi na potrzeby usług medycznych wspólnie stanowią istotny element w opracowaniu usługi. Anglosaskie badania marketingowe bez wątplenia potwierdzają korelację jaka istnieje między jakością usługi medycznej a wysoką przydatnością systemu informatycznego w realizacji tych usług. Bowiem źródła informatyczne są ogromnym wsparciem w podejmowaniu decyzji w dziedzinie opieki zdrowotnej. Zawierają one dane o różnorodnym pochodzeniu, chronologii i historii medycznej pacjentów. Jakość informacji jest więc niezbędna aby usługa medyczna odniosła sukces, gdyż niepełna, nieodpowiednia informacja medyczna szkodzi pacjentowi [Brown, Warmington, 2002, s.91-98; Mikkelsen, Aasly, 2005, s.387-94]. Stąd opracowany został *model sukcesu systemu informatycznego*, który zaadaptowano do funkcji instytucji medycznych (Rys. 4.3).



**Rys. 4.3.** Unowocześniony model sukcesu systemu informatycznego  
 Źródło: [Delone, Mclean, 2003 s.9-30].

Aby system informatyczny mógł sprawnie działać w realizacji nowych usług medycznych, przy coraz szybszym ich doskonaleniu i zmianach, należy uwzględnić i skoordynować trzy wymiary: *techniczny* (technologia i światopogląd developera systemu informatycznego), *kierowniczy* (zazwyczaj biurokratyczny i finansowy, z pominięciem zewnętrznych wpływów i stawek) i

*medyczny* (choroby i urazy bez odniesień do pacjenta). Te wymiary przy braku odpowiedniego dopasowania mogą stworzyć „lukę” między rzeczywistością a projektem informatycznym, a tym samym przyczynić się do porażki nowej usługi medycznej. Analiza owych „luk” bądź „progów”, chętnie podejmowana przez badaczy, przyczynia się do poprawy i lepszego stosowania systemów informatycznych w dziedzinie usług medycznych [Heeks, 2006. s.125-137].

Zagadnienie jest również dyskutowane na gruncie polskim [Frączkiewicz – Wronka 2005, s.365-390]. Analizowane jest zapotrzebowanie na informację medyczną, rodzaj tej informacji, konieczność powstania i rola banków danych medycznych, dostępność do informacji medycznej oraz jej koherentność w wymiarze lokalnym i globalnym.

Chociaż zachodnie systemy informatyczne stanowią wzór dla polskich instytucji medycznych, to jednak postawa innowacyjna i szukanie własnych rozwiązań wyprzedzają naśladownictwo i pozwalają najefektywniej uniknąć „progów” i „luk”. Wzmacnia to kompatybilność funkcjonowania różnych wymiarów instytucji oraz poprawia współpracę z rynkiem medycznym, a w efekcie przynosi najlepsze rezultaty w propagowaniu i rozwoju nowych usług medycznych.

Trzecią cechą składową decydującą o sukcesie usługi jest strategia instytucji. Należy tu podkreślić znaczenie *ogólnej synergii instytucjonalnej* [Bretani, 1999, s.42; Giligan, 1995, s. 98], polegającej na dopasowaniu projektu do szeregu umiejętności i zasobów instytucji medycznej, takich jak: ilość specjalistów medycznych oraz poziom ich kompetencji [Ruden, 2005, s. 8], w tym ich możliwości i preferencje związane z zarządzaniem. *Synergia* oznacza współdziałanie różnych czynników, których wspólny efekt jest większy niż suma poszczególnych oddzielnych działań. W zarządzaniu projektami medycznymi synergia sprawia, że powstaje sytuacja, w której realizacja kilku projektów równocześnie daje instytucji większe zyski (lub częściej - niższe koszty operacyjne), niż oddzielna realizacja tych projektów. Spowodowane to jest np. możliwością wspólnego zamawiania zasobów lub tworzenia projektów usług, zakupu urządzeń medycznych czy wykorzystania wiedzy ekspertów dla kilku zbieżnych ze sobą przedsięwzięć realizowanych w tym samym czasie. W wymiarze ekonomicznym synergiczność stanowi integrację działań wielu podmiotów kreujących usługę, co zmniejsza koszty jej przygotowania i promocji, a zwiększa szanse rynkowego zakresu i sukcesu (czyli zyski). Efekty są nieproporcjonalnie większe w porównaniu z sytuacją, gdy każdy z podmiotów instytucji medycznej działa oddzielnie. Należy również zwrócić uwagę na ten aspekt synergii, który dotyczy komunikacji między różnymi funkcjami pełnionymi w instytucji medycznej (administracyjna/profesjonalna oraz nadrzędna/podrzędna), zależnościami tak szeroko obecnie dyskutowanymi, a udziałem w tworzeniu i realizacji

określonego projektu usługi. Komunikacja taka wymaga nie tylko koncentracji na samej usłudze, ale również na tworzeniu odpowiednio zintegrowanego zespołu, który sprosta wszelkim zaistniałym problemom i zmianom dynamicznie rozwijającego się rynku medycznego. Tak pojęta synergia jest na ogół skierowana w stronę usługobiorcy, uwzględniając jego sugestie, jako wiążące wskazówki dla decyzji menażerskich oraz profesjonalnych uwarunkowań w procesie świadczenia usługi. Zgrany zespół instytucji medycznej, otwarty i znający potrzeby swoich klientów/pacjentów to czynnik niezwykle jaskrawo determinujący sukces w rozwoju i świadczeniu usługi w długofalowym procesie obecności na rynku medycznym. Istnieją jednak sytuacje, w których zachodzi brak synergii. Instytucje te mimo tego nie boją się podejmować ryzyka i występują raczej z pozycji innowatora niż naśladowcy. Naśladownictwo bowiem, chociaż zapewnia obecność i względną konkurencyjność na rynku, nie czyni instytucji dynamicznym pomiotem, czujnym na potrzeby klientów i świadomym wciąż nowych możliwości usługowych, które zwiększą jej zyski. Stąd synergia motywuje do poszukiwania i zatrudniania pracowników o wysokich kwalifikacjach nie tylko profesjonalnych, ale również wykazujących duże umiejętności komunikacyjne oraz walory osobowe niezbędne w pracy zespołowej.

Udane usługi są zatem zgodne ze strategią instytucji, jej możliwościami dotyczącymi marketingu, badania rynku, promocji, finansów oraz zasobów ludzkich. Nowe udane usługi odpowiadają istniejącym systemom świadczenia oraz sposobowi zarządzania [Bretani, 1999, s.40].

Omówione w niniejszym rozdziale zagadnienia nowych usług mogą i powinny być pomocne w rozpoznawaniu determinantów sukcesu nie tylko przez badaczy naukowych, ale również przez menadżerów i administratorów usprawniających działanie swoich instytucji medycznych na coraz bardziej różnicującym się rynku w Polsce. Podjęty temat ma bardzo istotną wagę merytoryczną z tego względu, że problematyka w nim poruszona jest zagadnieniem stosunkowo nowym i nie mającym licznych swych bezpośrednich odpowiedników w literaturze i opracowaniach na polskim gruncie.

Szereg instytucji medycznych potrzebuje innowacji w dziedzinie świadczonych usług i wskazań jak należy je dobrze przeprowadzić oraz zmierzyć ich poziom sukcesu na rynku medycznym. W Polsce zagadnienia te zaczynają dochodzić do głosu w tle debat na temat konieczności podjęcia działań marketingowych w instytucjach medycznych [Kubicz, 2008, s. 10]. Dotyczy to nie tylko sektora prywatnego ale również publicznej opieki zdrowotnej. W niniejszym artykule zostało podkreślone, iż pomiar sukcesu skupia się na dwóch aspektach: wydajności poszczególnych usług medycz-

nych oraz na samym procesie rozwoju nowej usługi a także, coraz bardziej docenianym, współudziale klienta/pacjenta w rozwój nowej usługi medycznej i poprawie oraz doskonaleniu ofert już funkcjonujących na rynku medycznym. Sukces poszczególnych usług mierzony jest za pomocą kryteriów wydajności finansowej, konkurencji, jakości, elastyczności oraz wykorzystania zasobów. Mierniki procesu rozwoju nowych usług zostały przedstawione w kategoriach kosztu, skuteczności oraz prędkości. Natomiast modele włączenia pacjenta w cały proces rozwoju usługi i jej komercjalizacji jest znaczącym determinantem jej sukcesu i konkurencyjności (Tabela 4.4). Z powyższych zestawień należy wyciągnąć następujące wnioski dla instytucji medycznych:

- rozwój nowych usług ma znaczący wpływ na wydajność instytucji medycznej,
- usługi muszą być opracowane zgodnie ze stosownym procesem, jasno określonym w punktach i z uwagą zaprojektowanym z uwzględnieniem wszystkich aspektów funkcjonowania instytucji,
- pomiar sukcesu nowych usług obejmuje zarówno wydajność samej usługi jak i proces jej opracowania,
- pomiar wydajności usług dotyczy jej wpływu na: konkurencyjność, jakość, elastyczność, wyniki finansowe oraz wykorzystanie zasobów,
- pomiar procesu rozwoju nowych usług opiera się na istnieniu dobrze zdefiniowanego procesu, jego kosztu, skuteczności i prędkości,
- determinanty sukcesu w procesie rozwoju nowych usług medycznych to: orientacja na rynek, ze szczególnym uwzględnieniem zaangażowania pacjenta w proces tworzenia usługi; efektywny proces tworzenia samej „oferty” medycznej, ze zwróceniem uwagi na sposób zarządzania procesem rozwoju i posługiwanie się systemami informatycznym na gruncie medycznym w celu tworzenia innowacyjnego środowiska; oraz ostatecznie dopasowanie strategiczne i biznesowe uwzględniające synergie instytucjonalną niezbędną w sprawnym funkcjonowaniu zespołu.