Agata Wiznerowicz

UWARUNKOWANIA DZIAŁAŃ KONKURENCYJNYCH NA RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH

Rynek usług medycznych i zjawisko konkurencji nie zawsze szły w parze. Protekcjonizm państwowy, przypisanie pacjenta określonej placówce oraz poddańcza rola tego ostatniego wobec lekarza sprawiły, że polskie placówki ochrony zdrowia dopiero uczą się jak być konkurencyjnymi. Przed menedżerami opieki zdrowotnej jeszcze długa droga. Przede wszystkim oni sami powinni zdać sobie sprawę z własnej, rozległej i skomplikowanej roli w kreowaniu konkurencyjności zarządzanych przez siebie placówek. Muszą również wiedzieć, jakie czynniki mogą przyczynić się do polepszenia sytuacji placówki na konkurencyjnym rynku. Celem rozważania jest wskazanie odrębności i specyfiki rynku usług medycznych oraz przybliżenie sposobów i możliwości efektywnego funkcjonowania placówki medycznej.

1. Specyfika rynku usług medycznych

Rynek usług medycznych, funkcjonujący w ramach sektora usług, jest rynkiem szczególnym. Owa szczególność ma związek ze specyfiką samego produktu, jakim jest usługa medyczna. Usług związanych z ochroną i ratowaniem zdrowia nie da się porównać z żadnymi innymi usługami pod względem ważności i doniosłości ich roli w społeczeństwie. Ponadto szczególna jest na tym rynku także osoba usługodawcy – lekarza. W przypadku wielu innych świadczeń nie istnieją tak liczne warunki, które musi spełnić przedsiębiorca, aby otrzymać zezwolenie na świadczenie profesjonalnego typu usług.

Charakterystyczne dla rynku usług medycznych jest także wyjątkowe zachowanie nabywców – pacjentów. Jednym z głównych założeń, na których opiera się mechanizm rynkowy, jest założenie racjonalności postępowania konsumenta, tymczasem na rynku usług medycznych założenie to traci na znaczeniu. Konsument postępuje w tym przypadku przede wszystkim emocjonalnie, zwłaszcza gdy jego zdrowie lub życie jest zagrożone. Nieracjonalność w postępowaniu pacjentów wynika także z luki informacyjnej, czyli braku wystarczającej wiedzy, aby w sposób

racjonalny wybierać rodzaj świadczenia, świadczeniodawcę, czas świadczenia czy też ocenić jakość usługi[1].

Cechą wyróżniającą rynek usług medycznych jest niewątpliwie znacząca rola państwa w organizacji i finansowaniu opieki zdrowotnej w ramach świadczeń społecznych. Zakres i charakter tych działań w Polsce ulegał przez lata licznym zmianom, idącym przede wszystkim w kierunku objęcia opieką zdrowotną jak największej liczby ludności oraz podniesienia jakości świadczeń. W roku 1999 weszła w życie ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym. Wprowadziła ona nowe zasady funkcjonowania polskiej służby zdrowia i stała się impulsem dla uruchomienia mechanizmów rynkowych[2]. Do końca 1998 roku prawie całość opieki zdrowotnej pozostawała w gestii publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Miały one formę zakładów lub jednostek budżetowych finansowanych z budżetu państwa przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej lub wojewodów. Niektóre gminy, w ramach realizacji postanowień tzw. ustawy o wielkich miastach, finansowały opiekę zdrowotną z własnych budżetów. Dodatkowo na rynku usług medycznych działały prywatne jednostki, które za udzielane świadczenia pobierały opłaty w systemie komercyjnym. W przypadku publicznych zakładów, w jednym podmiocie (wojewoda, gmina) skupiała się funkcja organizatora usług medycznych i organu finansującego. Taki mechanizm nie skłaniał jednostek ochrony zdrowia oni do racjonalności wydatków, ani do niezbędnej restrukturyzacji. Sprzyjał natomiast zachowaniom patologicznym[3]. Dopiero konkurencja na rynku usług medycznych spowodowała, że w centrum zainteresowania znalazł się klient, a jakość usług medycznych stała się kluczowa dla zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Przyjęte w 1999 roku rozwiązania w większym niż dotychczas stopniu zagwarantowały obywatelom podstawowe prawo konstytucyjne do ochrony zdrowia[4].

Ze szczególną rolą państwa na rynku usług medycznych związana jest także dychotomia tegoż rynku. W przypadku usług medycznych, po reformie zaistniała swoista dwusegmentowość. Z jednej bowiem strony występuje wolny rynek usług, tworzony przez prywatne gabinety, z drugiej zaś kształtowany jest rynek regulowany przez państwo. Ten obejmuje samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej oraz niepubliczne zakłady[5]. O dychotomii kapitału prywatnego i państwowego można przekonać się także w Polsce, obserwując zadłużone szpitale państwowe

---

[1] J. Sobiech, *Warunki wyboru ekonomiczno-finansowych mechanizmów kierowania opieką zdrowotną*, Zeszyt Naukowy nr 109, Wydawnictwo AE w Poznaniu, Poznań 1990, s. 235.

[2] M. Dobska, P. Dobski, *TQM. Zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*, MARS GRAF, Poznań 2003, s. 18.

[3] A. Frączkiewicz-Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Wydawnictwo AE w katowicach, Katowice 2001, s. 98.

[4] M. Dobska, P. Dobski, *TQM. Zarządzanie*, op.cit., s. 45.

[5] M. Dobska, P. Dobski, *Marketing usług medycznych*, INFOR, Warszawa 2000, s. 17.

i rosnącą wartość prywatnych klinik notowanych na Warszawskiej Giełdzie Papierów Wartościowych[6].

Szczególność rynku usług medycznych wiąże się także z jego prężnym rozwojem. Średni roczny wzrost wydatków na ochronę zdrowia w krajach OECD wynosi ok. 3% i według prognoz takie tempo będzie utrzymywało się do roku 2050. Rekordzistą w systematycznym zwiększaniu wydatków medycznych jest Wielka Brytania, w której wartość ta do roku 2008 wzrośnie o blisko 75% w porównaniu z rokiem 2001. Zdaniem specjalistów, istnieje kilka przyczyn gwałtownego wzrostu zainteresowania ochroną zdrowia na świecie, a co za tym idzie – zwiększania wydatków ponoszonych na ten cel. Ważnym czynnikiem są choroby cywilizacyjne, takie jak np. alergie, otyłość, a także wysokie ryzyko wystąpienia pandemii[7]. Nie mniej istotny jest wzrost oczekiwanej długości życia, powodujący starzenie się społeczeństwa. Według szacunków, do 2010 roku ok. 25% populacji Europy będzie miało powyżej 60 lat. Jest to ważna informacja dla podmiotów zajmujących się ochroną zdrowia, zważywszy na fakt, iż ok. 35–50% wszystkich wydatków ponoszonych na ten cel dotyczy właśnie osób pomiędzy 60. a 94. rokiem życia. Także Polsce wydatki gospodarstw domowych ponoszone na ochronę zdrowia systematycznie rosną. W roku 2005 były one o ponad 30% wyższe niż w roku 2000. Jak szacuje Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, rynek ochrony zdrowia w Polsce jest wart ok. 65–70 mld zł[8]. Zwiększająca się wartość rynku usług medycznych oraz rosnące potrzeby zdrowotne sprawiły, że od 1999 roku branża to przyciąga inwestycje zagraniczne, których wartość szacowana jest na ponad miliard złotych. Najważniejszymi parametrami atrakcyjności inwestycyjnej poszczególnych regionów jest istnienie w danym okręgu popytu na prywatne usługi medyczne. Popyt ten jest proporcjonalny do liczby dużych i średnich przedsiębiorstw działających w tym regionie oraz ogólnej sytuacji gospodarczej województwa, mierzonej poziomem średniego wynagrodzenia oraz wysokością bezrobocia. Działalność największych sieci centrów medycznych koncentruje się na tych segmentach rynku, gdzie obowiązują jasne i przewidywalne regulacje prawne, a także tam, gdzie działalność publicznej służby zdrowia pozostawia wiele do życzenia. Podmioty te zadomowiły się w pierwszej kolejności w sektorze medycyny pracy oraz podstawowej opiece zdrowotnej.

Polski rynek usług medycznych nie został jeszcze w pełni ukształtowany i podzielony, a coraz większy strumień inwestycji oraz wymagania związane z wejściem Polski w struktury Unii Europejskiej powodują, że branża usług medycznych ulega kolejnym istotnym przeobrażeniom. W wyniku wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia elementów wolnego rynku wykształcił się sektor pręż-

[6] T. Teluk, *Zdrowe państwo*, www.ozon.pl, 01.02.2006.

[7] Assistance medyczny a rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, dane Europ Assistance Polska, Sp. z o.o., ubezpieczenia.webwweb.pl, 21.11.2005.

[8] *Assistance medyczny*, op.cit.

nych i nowoczesnych placówek niepublicznych. Wydarzeniem przełomowym dla prywatnych firm działających w branży usług medycznych jest wprowadzenie i upowszechnienie dobrowolnych, dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. (Prywatne polisy zdrowotne w najbliższych dwóch latach powinno wykupić, co najmniej milion Polaków, a docelowo nawet 4 miliony Polaków)[9].

Na rynek usług medycznych wpływa wiele czynników makroekonomicznych. Siły te w sposób pośredni lub bezpośredni wpływają na prowadzoną przez lekarzy działalność. Jednym z nich są czynniki demograficzne. Procesy demograficzne stanowią podstawę dla określenia i wyboru głównych kierunków działania polityki zdrowotnej. Z reguły konsumentów bardziej wykształconych charakteryzuje większy udział usług w łącznych wydatkach niż konsumentów o niskim poziomie wykształcenia. Większe zainteresowanie usługami wykazują mieszkańcy miast niż mieszkańcy wsi, co jest także powiązane z poziomem wykształcenia[10]. Wiek mieszkańców, ich płeć czy wykształcenie są też w dużej mierze wyznacznikiem ich kondycji zdrowotnej[11]. Popyt na różne usługi, w tym na usługi medyczne, kształtują także czynniki kulturowe. Usługobiorcy wywodzący się z różnych kultur mogą odmiennie postrzegać cechy usług, jak również kształtować na różnym poziomie oczekiwania ich dotyczące. Oczekiwania te mogą dotyczyć fizycznego otoczenia, zachowania personelu, systemu świadczenia oraz wielu innych aspektów[12].

Na funkcjonowanie rynku usług medycznych duży wpływ mają czynniki technologiczne. Postęp, wymuszający ciągłą modyfikację sposobów działania, wymaga od lekarzy zastosowania innowacyjnych rozwiązań oraz ciągłego poszerzania swojej wiedzy, z korzyścią dla pacjentów. Ponadto nowoczesne technologie zwiększają wydajność firm usługowych. Bardzo istotne jest także zastosowanie nowoczesnych technologii dla tworzenia warunków do nawiązywania i utrzymywania relacji z nabywcami. Dotyczy to możliwości kontaktu oraz dostępności usług w czasie i przestrzeni[13].

W Polsce zmiany zachodzące w opiece zdrowotnej są ściśle związane z życiem politycznym[14]. Czynniki polityczno-prawne, które wpływają na strukturę, kształt oraz działania podmiotów funkcjonujących na rynku usług medycznych, to przede wszystkim odpowiednie akty prawne. Ustawami, które wpływają na działalność zakładów opieki zdrowotnej, są między innymi: ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, ustawa o zawodzie lekarza, o izbach lekarskich itd.[15] Inną grupę aktów

---

[9] Gąsowski J., *Raport - Rynek usług medycznych*, Agencja Dziennikarska RAPORT 2003, www.emedyk.pl.

[10] Mazur J., *Zarządzanie marketingiem usług*, Difin, Warszawa 2001, s. 29.

[11] M. Dobska, P. Dobski, TQM. *Zarządzanie*, op.cit., s. 48.

[12] J. Mazur, *Marketing*, op.cit., s. 29.

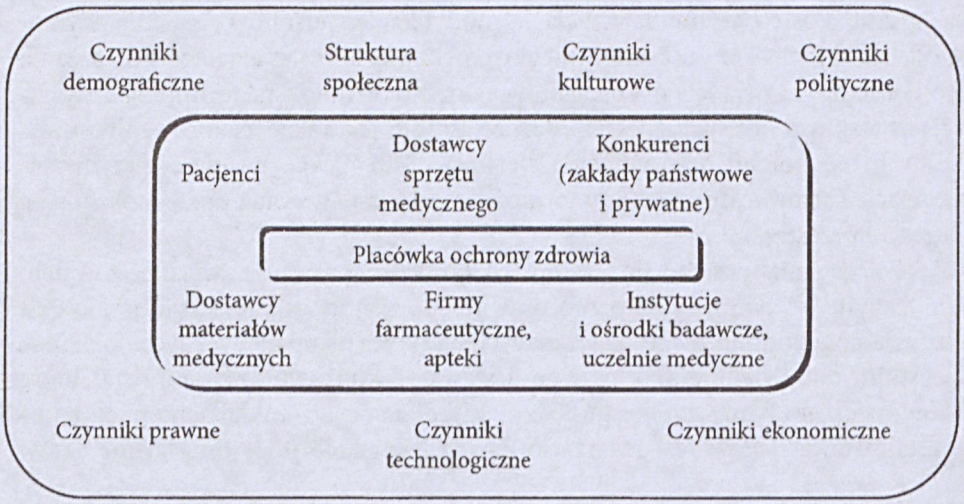
[13] Ibidem, s. 30–31.

[14] M. Dobska, P. Dobski, *TQM. Zarządzanie*, op.cit., s. 48.

[15] Ibidem, s. 49.

prawnych stanowią te, które chronią nabywców. Niekiedy sami usługobiorcy podejmują działania zmierzające do ochrony swoich interesów. Na przykład w Polsce funkcjonuje ruch na rzecz ochrony interesów pacjenta[16].

Czynniki ekonomiczne z kolei określają siłę nabywczą faktycznych czy potencjalnych klientów, decydują o popycie na usługi medyczne. Zwiększenie się popytu na usługi wiąże się zazwyczaj ze wzrostem poziomu dochodów i poziomu życia ludności. Analizując wpływ czynników ekonomicznych, należy więc zwrócić uwagę na takie wskaźniki, jak poziom inflacji czy taż poziom PKB. W Polsce wydatki na zdrowie w latach 1992–1998 wahały się w granicach 4,4–5% PKB, by w 2000 roku spaść do poziomu 3,6 a w 2001 roku 3,5% PKB. Dla porównania, w krajach OECD wydatki na zdrowie mieszczą się w przedziale 7–14%, są więc kilkakrotnie wyższe[17]. Planuje się, że wydatki na ochronę zdrowia w Polsce do roku 2009 wzrosną do poziomu 4,9% PKB[18]. Siła nabywcza zamożnych społeczeństw jest w dużym stopniu skierowana na usługi (w tym także usługi zdrowotne). W krajach o wysokim poziomie dochodu na jednego mieszkańca udział usług w łącznych wydatkach przeciętnego konsumenta jest bardzo wysoki i znacznie przekracza wydatki na dobra materialne[19]. Czynniki makro- i mikrootoczenia podmiotu działającego na rynku usług medycznych prezentuje rysunek 1. Czynniki mikrootoczenia – to podmioty funkcjonujące w bezpośrednim otoczeniu przedsiębiorstwa.



Rysunek 1. Mikro- i makrootoczenie placówki ochrony zdrowia

Źródło: Opracowanie własne

[16] J. Mazur, *Marketing*, op.cit., s. 32–33.

[17] M. Dobska, P. Dobski, TQM. *Zarządzanie*, op.cit., s. 49.

[18] http://www.stat.gov.pl/gus/fulltext_search_PLK_HTML.htm, 10 maja 2007.

[19] J. Mazur, *Marketing*, op.cit., s. 28.

Czynniki mikroekonomiczne mają charakter lokalny, niemniej wywierają istotny wpływ na sprawność funkcjonowania rynku medycznego. Identyfikując różne grupy podmiotów warunkujących funkcjonowanie placówek ochrony zdrowia, należy przede wszystkim uwzględnić ich nabywców. Ich decyzje przesądzają o sukcesie lub porażce przedsiębiorstwa. Inną ważną grupę stanowią konkurenci firmy, gdyż wybór nabywców może paść właśnie na usługi konkurenta. Każdy usługodawca powinien zatem być świadomy działań i strategii konkurentów[20].

Kolejną grupą podmiotów działających w ramach mikrootoczenia placówki medycznej są dostawcy sprzętu medycznego i materiałów. Poziom oferowanych przez nich produktów, które potem przekształcają się w materialną otoczkę usługi, jest ściśle powiązany z rozwojem technologicznym i dostępem danego rynku do innowacyjnych w skali światowej rozwiązań.

Istotną rolę w otoczeniu placówki medycznej odgrywają także zlokalizowane w pobliżu uczelnie medyczne, ośrodki badawcze i szkoleniowe. Mogą one być źródłem wiedzy dla lekarzy i dostarczać im nowych rozwiązań wielu medycznych problemów.

Różnice pomiędzy rynkiem usług zdrowotnych a rynkami dóbr są widoczne przy uwzględnieniu podstawowych założeń ekonomii dobrobytu dotyczących konkurencyjności. Mechanizm rynkowy jest efektywny w alokacji dóbr, jeśli istnieją warunki doskonałej konkurencji i doskonałej informacji, a te nie są spełnione w przypadku usług zdrowotnych[21].

2. Istota opieki zdrowotnej i usług medycznych

Zdrowie stanowi podstawową wartość indywidualną człowieka, zapewniającą mu istnienie, rozwój i działania, dzięki której jednostka może realizować swoje aspiracje. Zdrowie jest również podstawową wartością społeczną i użytkową, ale nie wymienną. Nie istnieje zatem rynek, gdzie można je nabyć[22]. Zdrowie nie jest stanem statycznym. Należy je chronić we wszystkich okresach życia, czyli zapobiegać chorobom, przywracać i doskonalić. Odpowiedzialność państwa za bezpieczeństwo zdrowotne i właściwe warunki zdrowotne, stanowi standard konstytucyjny większości państw. Jednym z systemów, na którym opiera się organizacja każdego państwa, jest system ochrony zdrowia, którego głównym celem jest bezpieczeństwo zdrowotne państwa[23].

---

[20] J. Mazur, *Marketing*, op.cit., s. 33.

[21] Por. I. Rudawska, *Ekonomizacja relacji pacjent – usługodawca w opiece zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Rozprawy i Studia, t. 602, Szczecin 2006, s. 34.

[22] K. Kowalska, *Opieka zdrowotna w świetle teorii agencji*, „Gospodarka Narodowa" 2003, nr 4, s. 29–30.

[23] J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2004, s. 71.

Definicja opieki medycznej różni się od definicji opieki zdrowotnej. Opieka zdrowotna to termin ogólny, który opisuje organizację, finansowanie oraz sposób świadczenia usług medycznych, który skupia się na perspektywie jednostki, jej potrzebach. Obejmuje samą usługę oraz kompetencje jej dostawców, których grupa zawiera, także pielęgniarki czy fizjoterapeutów. Opieka zdrowotna natomiast składa się zarówno z produktu materialnego, usługi, jak i informacji. Głównym obszarem zainteresowania opieki medycznej, jest diagnostyka i proces leczenia. Opieka medyczna jest zatem częścią opieki zdrowotnej. Zawiera ona w sobie nie tylko samo leczenie, ale także czynniki społeczne, poznawcze oraz emocjonalne. Wymiar medyczny dotyczy przyczyny choroby pacjenta i zawiera wszelkie znane człowiekowi choroby, zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Obszar społeczny zawiera powiązane ze zdrowiem informacje otrzymywane przez pacjenta poprzez wchodzenie w interakcje z rodziną, przyjaciółmi, środowiskiem pracy. Osoby, które mają jakieś doświadczenie odnośnie do określonych schorzeń, mogą w istotny sposób wpływać na stan wiedzy pacjenta oraz jego postrzeganie własnej choroby. Obszar poznawczy zawiera wiedzę, jaką ma każdy pacjent na temat własnego zdrowia. Wiedza ta jest przez pacjenta zazwyczaj nabywana poprzez jego doświadczenie z podobnymi problemami zdrowotnymi. Wiedzę taką można nabyć także poprzez studiowanie metod leczenia konkretnych schorzeń. Wielu pacjentów szuka informacji o swoich schorzeniach, kiedy te ich spotykają. Wymiar emocjonalny zawiera prawa pacjenta, np. do bycia traktowanym z szacunkiem i godnością. Obejmuje on statyczne mierniki stanu emocjonalnego konsumenta podczas świadczenia usługi. Stan psychiczny pacjenta wpływa na klimat wymiany informacji, poprzez który problem zdrowotny jest diagnozowany i leczony[24].

Usługa medyczna jest nie tylko częścią opieki medycznej, ale także istotnie wyróżnia się na tle innych usług pod wieloma względami. Jest to usługa profesjonalisty, która dzięki jego unikatowym talentom umożliwia stworzenie jedynej w swoim rodzaju wiązki korzyści, dającej gwarancję realizacji dzieła zgodnie z oczekiwaniami klienta i w procesie interakcji z nim[25]. Są to usługi świadczone niemal wyłącznie przy wykorzystaniu pracy ludzkiej i klasyfikowane jako *human-based* lub *people-based*. Podstawowym elementem rdzenia produktu usługowego jest osoba profesjonalisty. Wykonuje on powierzone dzieło, wykorzystując posiadaną wiedzę. O jego profesjonalizmie decydują także takie czynniki, jak osobowość, umiejętność przekazywania informacji, dbałość o klienta czy kultura osobista[26].

Cechą usług profesjonalnych jest bardzo wysoka indywidualizacja świadczenia. Zestaw atrybutów, który poprzez kontakt z klientem przeradza się w produkt

---

[24] G. Tomas, M. Hult, B. A. Lukas, *Classifying Health Care Offerings to Gain Strategic Marketing Insights*, „Journal of Services Marketing" 1995, vol. 9, nr 2.

[25] M. Chłodnicki, *Usługi*, op.cit., s. 12.

[26] Ibidem, s. 11.

usługowy, zostaje przekształcony w wiązkę korzyści o niepowtarzalnym charakterze. Kombinacja elementów składających się na usługę profesjonalną uzależniona jest od kompetencji organizacji usługowej, problemu, dla którego poszukiwane jest rozwiązanie, oraz efektu świadczenia wytworzonego w procesie interakcji z klientem. Najistotniejsze kompetencje firmy usługowej, w tym także placówki ochrony zdrowia, to;

- wiedza profesjonalisty – wartość generowana przez lekarzy jest najczęściej pochodną wiedzy z następujących obszarów
  - wiedza w określonej dziedzinie (interna, chirurgia, stomatologia itp.),
  - biegłość w określonych technikach i metodach,
  - doświadczenie lub praktyka, czyli zasób wiedzy zdobyty na podstawie własnych obserwacji i przeżyć,
  - kontakty osobiste, zwane także kapitałem relacji (technik dentystyczny, specjaliści z innych dziedzin stomatologii, których można polecić pacjentom),
- osoba profesjonalisty – jego osobowość, zdolność do budowania autorytetu, relacji i zaufania, zdolności komunikacyjne,
- inne zasoby i cechy – do dodatkowych atutów firmy profesjonalnej może należeć posiadanie bazy danych klientów, określona kultura organizacyjna, elastyczność i kreatywność firmy[27].

Nie można zatem mówić o budowaniu przewagi konkurencyjnej na rynku usług medycznych, jeśli placówka ochrony zdrowia nie dysponuje kapitałem ludzkim, odpowiednio wykształconym, doświadczonym personelem. To właśnie lekarz stawia diagnozę i przeprowadza leczenie, co stanowi rdzeń usługi medycznej. Usługa rzeczywista obudowuje rdzeń dodatkowymi cechami, jakich oczekuje klient. Poziom ten jest związany z postrzeganiem usługi. Obejmuje on cechy osób świadczących usługi – osoba lekarza ponownie jest kluczowa dla pacjenta. Do usługi rzeczywistej zaliczamy także poziom jakości usługi medycznej – pacjenci kierują się przy ocenie jakości usługi medycznej wieloma różnorodnymi kryteriami. Ważna jest dogodność usługi, a więc dogodna lokalizacja placówek, czas ich otwarcia, krótkie oczekiwanie na wykonanie usług. Istotny jest także dostęp do informacji o usługach. Pacjenci oczekują zrozumiałych i kompletnych danych na temat zakresu świadczonych usług, ich cen, ewentualnych promocji czy profilaktyki. Na ocenę jakości wpływa też fachowe przygotowanie lekarza, jego rzetelność i uprzejmość. Nie bez znaczenia są także zaufanie i bezpieczeństwo wynikające dla klienta z wiarygodności i dobrej renomy firmy. Wreszcie klient postrzega jakość usługi medycznej przez pryzmat rodzaju stosowanych środków materialnych, ocenia więc stan placówki i jej wyposażenie. Wszystkie powyżej wymienione czynniki powinny odpowiadać potrzebom i oczekiwaniom pacjenta. Usługa rzeczywista obejmuje również zakres świadczenia usługi – klienci mogą być zainteresowaniu

[27] M. Chłodnicki, *Usługi*, op.cit., s. 30–31.

dłuższym lub krótszym terminem świadczenia usługi, w zależności od opłat. Jeżeli lekarz ustala określoną cenę za wizytę, pacjenci mogą preferować gabinet, w którym rozmowa trwa dłużej. Obudowę rdzenia stanowią również czas oczekiwania (powinno się dążyć do jego maksymalnego skrócenia) oraz toczenie materialne (zastosowany sprzęt diagnostyczny, aparatura, materiały).

Kolejnym poziomem usługi medycznej jest usługa poszerzona. Pojawiają się na tym poziomie korzyści dodatkowe. To one w znacznej mierze decydują o uzyskaniu przewagi konkurencyjnej i pozyskaniu dużej liczby pacjentów[28]. W tym obszarze mogą pojawić się różnorodne elementy, które mają za zadanie jak najbardziej uprzyjemnić i ułatwić pacjentowi wizytę u lekarza. To, jakiego rodzaju to będą czynniki, zależy w dużej mierze od segmentu obsługiwanych klientów i ich oczekiwań. Korzyści te, związane np. z uprzyjemnieniem pacjentowi czasu oczekiwania na wizytę, mogą obejmować umieszczenie w poczekalni telewizora, radia czy ekspresu do kawy. W zakresie działalności marketingowej mogą objawiać się stosowaniem promocji polegających na bezpłatnych wizytach. W powiązaniu z pracą lekarza mogą odnosić się do szybkości i precyzji wykonania usługi, co pozwala pacjentowi zminimalizować poziom stresu odczuwanego podczas wizyty.

Usługa medyczna jest pod wieloma względami specyficzna. Należy ona do tego rodzaju usług, gdzie klient jest zmuszony zaufać profesjonaliście i złożyć na jego ręce swoje zdrowie. Rola pacjenta jako współtwórcy usługi polega jedynie na opisaniu dolegliwości i zadeklarowaniu ewentualnych oczekiwań. Wydaje się, że kluczowa dla usługi medycznej, jej jakości i wartości dla pacjenta, jest osoba lekarza. Świadczy on swoim nazwiskiem, tytułem naukowym i renomą na rynku o poziomie wykonywanych przez siebie świadczeń. Jego szeroko pojęte kompetencje są warunkiem koniecznym dla pozytywnego postrzegania przez klienta usługi. Jednocześnie wydaje się, że na obecnym, nasyconym i coraz bardziej konkurencyjnym rynku usług medycznych nie jest to warunek wystarczający dla zdobycia i utrzymania pacjenta.

3. Satysfakcja i lojalność pacjenta jako podstawa budowania konkurencyjności placówek ochrony zdrowia

W przypadku usług, w tym także usług medycznych, relacja z klientem tworzy się poprzez okazje spotykania się usługodawcy z usługobiorcą. Zetknięciu klienta z usługodawcą towarzyszą pewne spostrzeżenia, emocje i doświadczenia, które decydują, jak będzie kształtowała się ich dalsza współpraca. Kluczowe jest to, aby usługodawca, w tym przypadku lekarz, był w pełni świadomy tej relacji i efektywnie wpływał na jej kształt. By to osiągnąć, powinien on nie tylko poznawać potrze-

[28] M. Dobska, P. Dobski, *Marketing*, op.cit., s. 201–205.

by swoich pacjentów i odwoływać się do nich, ale także przygotowywać działania marketingowe związane z kreowaniem lojalności. Satysfakcja klienta jest stanem emocjonalnym, pojawiającym się u kupującego po dokonaniu zakupu, w wyniku porównania własnych oczekiwań dotyczących produktu bądź usługi z faktycznymi doświadczeniami z korzystania z nich[29].

Na lojalność klientów niezmiennie mają wpływ takie czynniki, jak: satysfakcja całkowita (overall satisfaction), satysfakcja z aktu świadczenia (encouter satifaction) oraz jakość usługi[30]. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że zależność pomiędzy satysfakcją całkowitą a lojalnością jest szczególnie znacząca (współczynnik korelacji 0,93). Istnieje ogromny związek między jakością usług a satysfakcją całkowitą (współczynnik korelacji 0,73)[31]. Zazwyczaj przyjmuje się, że kluczowa dla satysfakcji klienta jest relacja pomiędzy subiektywną oceną poziomu wykonania usługi a oczekiwaniami klienta. Satysfakcja powstaje więc w sytuacji, gdy subiektywna ocena poziomu wykonania usługi jest co najmniej równa oczekiwaniom. Należy zaznaczyć, że satysfakcja całkowita nie jest wynikiem jednorazowej transakcji, ale odnosi się do długoterminowej powtarzalności poziomu świadczenia.

Postrzegana jakość usług jest rezultatem porównania oczekiwań usługobiorcy z subiektywnym odbiorem usługi. Rezultat pozytywny, a więc przerost postrzeganej jakości usługi nad oczekiwaniami wobec niej, ma niebagatelne znaczenie dla ponadprzeciętnej satysfakcji klienta będącej jednym z gwarantów lojalności. W tym miejscu warto zauważyć, że pozytywny wynik porównania kreuje w przyszłości większe oczekiwania (i odwrotnie)[32]. Zjawisko to wymusza na usługodawcach ciągłe ulepszanie oferty, w celu utrzymania klienta w stanie tzw. zachwytu (ang. delight). Wyniki badań potwierdzają wniosek płynący z powyższych rozważań, że subiektywna jakość usługi wywiera wpływ na lojalność klientów w sposób pośredni, poprzez kreowanie satysfakcji nabywcy[33]. To, jak postrzegane jest świadczenie, jest wynikiem weryfikacji stanu wyjściowego z obserwowanym poziomem jakości usługi. Porównanie to prowadzi klienta do pewnego ogólnego wrażenia na temat danego świadczenia, zwanego właśnie postrzeganą jakością usługi. Oczywiście sytuacja najkorzystniejsza istnieje wtedy, gdy jest ona większa niż pierwotne oczekiwania klienta[34].

---

[29] M. Dziekoński, *Lojalność wpisana w strategię*, „Marketing w Praktyce" 2004, nr 5, s. 19.

[30] M. Chłodnicki, *Usługi*, op.cit., s. 111.

[31] Ibidem, s. 112.

[32] Ibidem, s. 232.

[33] T. P. Stank, T. J. Goldsby, S. K. Vickery, *Effect of Service Supplier Performance on Satisfaction and Loyalty of Store Managers in the Fast Food Industry*, „Journal of Operations Management" 1999, vol. 17, s. 429–447.

[34] *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością (TQM)*, red. J. Łańcucki, Wyd. AE w Poznaniu, Poznań 2001, s. 17.

Ocena usług przez pacjentów jest skomplikowanym procesem. Nabywca usługi medycznej ocenia jej jakość wielowymiarowo, jednocześnie na wielu płaszczyznach. Ocena rozkłada się na trzy etapy – przed, w trakcie i po świadczeniu. Na każdym z wymienionych etapów oceniany jest zarówno rdzeń usługi, czyli profesjonalizm świadczenia, jak i jakość obsługi w sensie poziomu komunikacji i nawiązanej z lekarzem (oraz personelem medycznym) relacji. Ocenie poddawana jest także „otoczka" produktu usługowego, czyli wszelkie elementy wizualne i działania marketingowe. Pacjent ocenia usługę globalnie, przez pryzmat własnych oczekiwań, zasłyszanych rekomendacji oraz wizerunku gabinetu. Wartość otrzymanego produktu usługowego jest także porównywana przez pacjenta z poniesionymi przez niego kosztami, na które nie składa się jedynie cena usługi. Poziom satysfakcji, paradoksalnie, często nie jest zależny od jakości świadczenia medycznego, ale od pozornie mniej ważnych czynników. Uświadomienie sobie przez usługodawcę (w tym wypadku lekarza), które elementy podlegające ocenie i mają decydujące znaczenie dla osiągnięcia przez pacjenta satysfakcji, jest niezwykle ważne dla działań mających kreować wśród pacjentów lojalność. Dla lekarza najważniejszy jest jednak standard świadczenia, oparty na własnej wiedzy i praktyce. Jeśli lekarz oceni swą pracę jako usługę bardzo wysokiej jakości, zwykle jest przekonany, że tak samo zadowolony z danego świadczenia jest pacjent. Tymczasem nie jest to wcale oczywiste. Produkt finalny w usługach medycznych jest w znaczącym stopniu niematerialny oraz wysoce specjalistyczny. W momencie zakupu takiej usługi trudno jest klientowi dokonać natychmiastowej oceny jakości, gdyż nie ma on na tyle szerokiej wiedzy ani kompetencji. Rosnącego znaczenia nabiera więc kwestia oczekiwań klienta[35]. Należy zatem podjąć próbę zdefiniowania jakości z punktu widzenia pacjenta, gdyż to od jego oceny będzie zależało, czy pozostanie lojalny, czy też nie. W tym rozumieniu jakość świadczonych usług określają odczucia i oceny pacjenta. Pomiaru dokonuje się według kryteriów subiektywnych, gdyż każdy pacjent ustala ocenę własną miarą. Ma on własny pułap oczekiwań i wymagań. Zgodnie z takim podejściem na ocenę opieki medycznej składa się wiele czynników, jak: informacja i komunikacja, respekt i zainteresowanie, koordynacja opieki, ciągłość opieki, wsparcie psychiczne, a także kompleksowe leczenie bólu[36]. Ponadto na subiektywną ocenę jakości wykonywanej usługi medycznej ma wpływ także wystrój i wyposażenie gabinetu. To wszystko, co pacjent widzi, słyszy i czuje, kiedy wchodzi do gabinetu, w trakcie procesu leczenia i po jego zakończeniu – to doznania sensoryczne, z których buduje on swoją wizję całej obsługi. Powstaje w nim emocjonalny stosunek do tego, czego doświadczył. Może on być trojakiego rodzaju:

- Pozytywny ((S>P–O) S – satysfakcja, P – percepcja, O – oczekiwania) – oznacza to, że pacjent najprawdopodobniej wróci do praktyki. Dzieje się tak zazwy-

[35] R. Pieńkowski, K. Podlaszewska, *Relationship*, op.cit., www.centrumwiedzy.edu.pl, 5.01.2006.
[36] M. Dobska, P. Dobski, *TQM. Zarządzanie*, op.cit., s. 133.

czaj, kiedy oczekiwania pacjenta zostaną przekroczone[37]. Satysfakcja pacjenta wynika z czegoś więcej niż reakcji emocjonalnej. W ocenie satysfakcji są zawarte rezultaty konsumpcji lub użycia, oczekiwania pacjenta oraz ocena sprawiedliwości wymiany między pacjentem a lekarzem.

- Neutralny (S=P–O) – obojętny, co oznacza, że oczekiwania pacjenta w przybliżeniu się spełniły. To, co usłyszał, zobaczył i odczuł, sprawiło, że nie uważa tej usługi za wyjątkową. Ma przekonanie, że podobnej jakości obsługę i wykonanie może otrzymać także w innym miejscu. To, czy wróci do tej samej praktyki, będzie zależało od czynników zewnętrznych, takich jak: oferta konkurentów lub jej brak, dostępność, cena, czas, przypadek[38].
- Negatywny (S<P–O) – oznacza, że pacjent zbudował w sobie negatywny obraz jakości wykonanej usługi. Jego oczekiwania się nie spełniły. Prawdopodobnie nie skorzysta już z usług danej praktyki[39].

Warto zauważyć, że na ocenę jakości usługi medycznej wpływa także wizerunek gabinetu, bardzo często utożsamiany z wizerunkiem lekarza[40]. Dobre wrażenie robi na pacjentach nowoczesne wyposażenie gabinetu oraz wrażenie innowacyjności rozwiązań. Istotną kwestią jest zadbanie o wygodę w poczekalni. Miękkie kanapy, możliwość posłuchania muzyki, obejrzenia telewizji czy przejrzenia czasopisma w trakcie oczekiwania na wizytę powinny być uznawane za standard[41].

Podczas przebiegu procesu leczenia istotny jest bezpośredni kontakt z lekarzem[42]. Aby pacjent wracał do gabinetu, musi być usatysfakcjonowany dotychczasowym poziomem komunikacji[43]. Na ocenę efektywności komunikacji, a przez to i relacji z lekarzem, wpływa wiele czynników (rysunek 2). Należy do nich sens i forma wypowiedzi – trzeba mówić jasno i zrozumiale oraz traktować rozmówcę

---

[37] M. Oboda, *Zrozumienie zachowań pacjentów – klucz do sukcesu*, „Magazyn Stomatologiczny" 2005, nr 1, s. 76.

[38] A. Bukowska-Piestrzyńska, P. Piestrzyński, *Nasz pacjent – nasz pan?* „Magazyn Stomatologiczny" 2002, nr 5, s. 73.

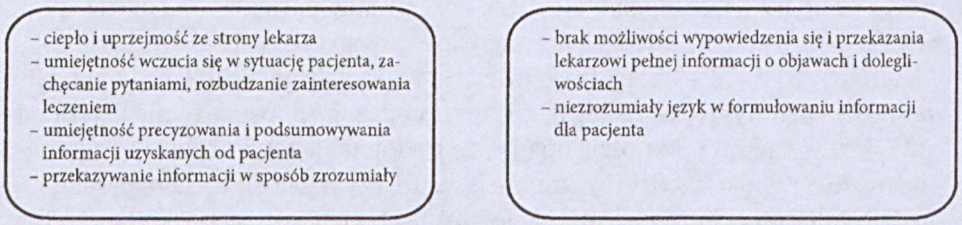
[39] M. Oboda, *Zrozumienie*, op.cit., s. 76.

[40] Na przykład wygląd toalety w gabinecie bywa utożsamiany z dbałością o czystość i sterylność.

[41] Jeżeli gabinet zrobi pozytywne wrażenie, na kolejnym etapie, czyli podczas procesu leczenia, pacjent będzie się koncentrował na pozytywnych zachowaniach, działających na korzyść lekarza. Jeżeli wygląd praktyki wywrze na pacjencie złe wrażenie, w trakcie przebiegu leczenie będzie on miał skłonność do zwracania uwagi na elementy potwierdzające jego nienajlepsze pierwsze wrażenie.

[42] M. Oboda, *Wrażenie Twojej praktyki – element wpływu na ocenę jakości usługi*, „Magazyn Stomatologiczny" 2005, nr 3, s. 107–108.

[43] Część pacjentów jest niezadowolona z relacji z pracownikami służby zdrowia. Źródłem tego niezadowolenia jest brak umiejętności nawiązywania kontaktu psychicznego z pacjentami. Większości pacjentów brakuje odwagi, by pytać o wszystko, co ich niepokoi, i często nie rozumieją dokładnie tego, co mówi profesjonalista. Warto pamiętać, że ludzie są bardziej skłonni przyjąć radę lekarza, jeśli go lubią. Łatwiej też podporządkowują się wtedy reżimowi leczenia. A. Bukowska-Piestrzyńska, *Empatia – strata czasu czy konieczność?* „Magazyn Stomatologiczny" 2003, nr 1, s. 64.



Rysunek 2. Czynniki wpływające na ocenę jakości komunikacji przez pacjenta

Źródło: Opracowanie własne na podstawie: A. Bukowska-Piestrzyńska, *Empatia – strata czasu czy konieczność?* „Magazyn Stomatologiczny" 2003, nr 1, s. 64

z szacunkiem. Ważne jest, by liczyć się z uczuciami drugiej osoby; nie lekceważyć pytań, rozwiać obawy[44].

Nieefektywna komunikacja może sprawić, że działania lekarza mogą zostać zinterpretowane w sposób niezgodny z jego intencją. W procesie komunikacji między lekarzem a pacjentem przeszkadza czasem duża rozbieżność intelektualna, wynikająca z różnic poziomu wykształcenia[45]. Ważnym czynnikiem determinującym proces komunikacji może być też wiek pacjenta. W przypadku dziecka należy mieć na względzie jego niską odporność na stres i niedojrzałą osobowość. Z kolei komunikacja z pacjentem w podeszłym wieku odznacza się dłuższym czasem reakcji, hamującym proces wymiany informacji[46].

Świadome zarządzanie procesem komunikacji jest niezbędną kompetencją lekarza. Warto mieć przy tym świadomość, że to nie tylko lekarz, ale także personel pomocniczy uczestniczy w tym procesie. Zarządzanie komunikacją z pacjentem jest bardzo skutecznym sposobem na kształtowanie jego lojalności. Niemal każdy gabinet posiada własną bazę danych pacjentów, co umożliwia kontakt z nimi także w sposób pośredni. Można informować pacjentów o inicjatywach, np. o wprowadzeniu do oferty gabinetu jakiegoś innowacyjnego zabiegu, zmianie czasu pracy gabinetu czy przesunięciu terminu wizyty[47]. Dla wielu pacjentów ważne jest, w jaki sposób mogą uzyskać zadowalające ich informacje o danej placówce medycznej. Coraz większą rolę odgrywa posiadanie własnej strony internetowej oraz folderu informacyjnego[48].

---

[44] A. Szymańska, *Bądź przywódcą – nie szefem. Komunikacja na płaszczyźnie lekarz – pacjent, pacjent – asysta, asysta – lekarz*, „As Stomatologii" 2003, nr 2, s. 41.

[45] M. Oboda, *Zrozumienie*, op.cit., s. 77–78.

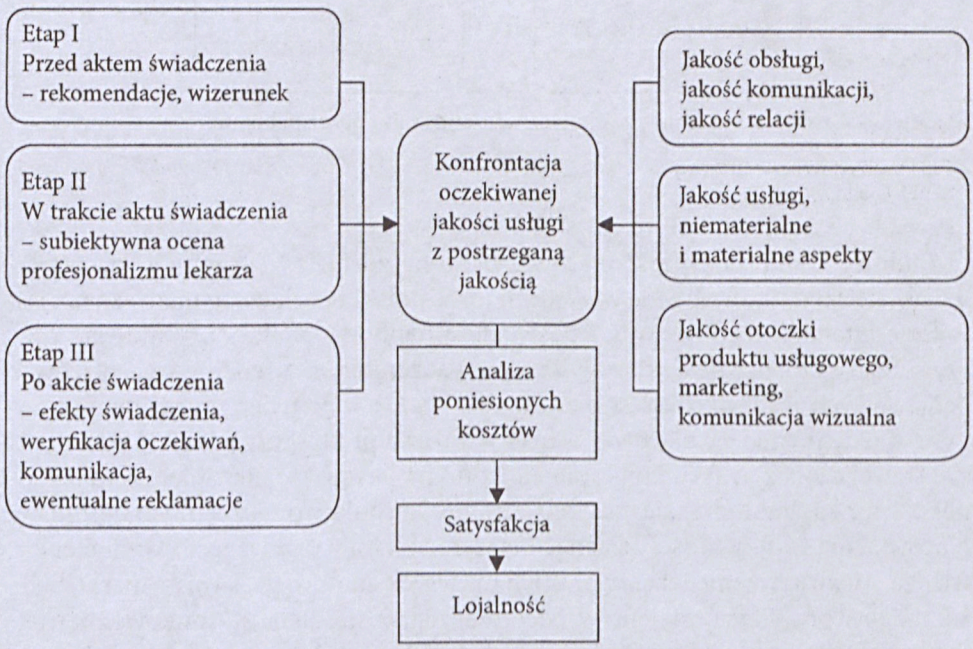
[46] M. Dobska, P. Dobski, *TQM. Zarządzanie*, op.cit., s. 70–71.

[47] A. Bukowska-Piestrzyńska, *Jak Ty i Twój personel rozmawiacie z pacjentami*, „Magazyn Stomatologiczny" 2003, nr 9, s. 109–110.

[48] A. Bukowska-Piestrzyńska, *Musisz się powtarzać. Namacalność usług*, „Magazyn Stomatologiczny" 2003, nr 4, s. 89.

Proces oceny przez pacjenta jakości usługi medycznej jest skomplikowany i wielowymiarowy (por. rysunek 3). Pacjent ocenia tę usługę przez pryzmat trzech grup czynników. Pierwsza z nich odnosi się do obsługi pacjenta, komunikacji oraz charakteru nawiązanej relacji. Druga grupa dotyczy oceny wykonania usługi (przy czym należy pamiętać, że pacjenci oceniają głównie efekt estetyczny). Trzecia grupa to namacalna część usługi, jej otoczka. Jest to wizerunek gabinetu, jego wnętrze, atmosfera, wyposażenie. Jednocześnie analiza dokonywana przez pacjenta przebiega w trzech etapach: przed, w trakcie oraz po wykonaniu usługi. Można przypuszczać, że kryteria oceny różnią się w zależności od etapu. Przykładowo, zanim pacjent wybierze konkretny gabinet, spotyka się z pewnymi formami wizualnej komunikacji, jak również zasięga informacji o kompetencjach lekarza. W wyniku podjętej decyzji udaje się do wybranego gabinetu, gdzie (etap drugi) weryfikuje swoje dotychczasowe wrażenie, fizycznie stykając się zarówno z samą praktyką, jak i nawiązując relacje z personelem medycznym oraz lekarzem. Po wykonaniu zabiegu (etap 3) ocenia, czy podoba mu się efekt, czy też nie, ale decyzja ta jest podejmowana już pod wpływem dotychczasowego obrazu całokształtu jakości usługi. Na tym etapie pacjent być może doceni kontakt telefoniczny z lekarzem, pocztówkę z życzeniami z okazji świąt albo sprawnie załatwioną reklamację.

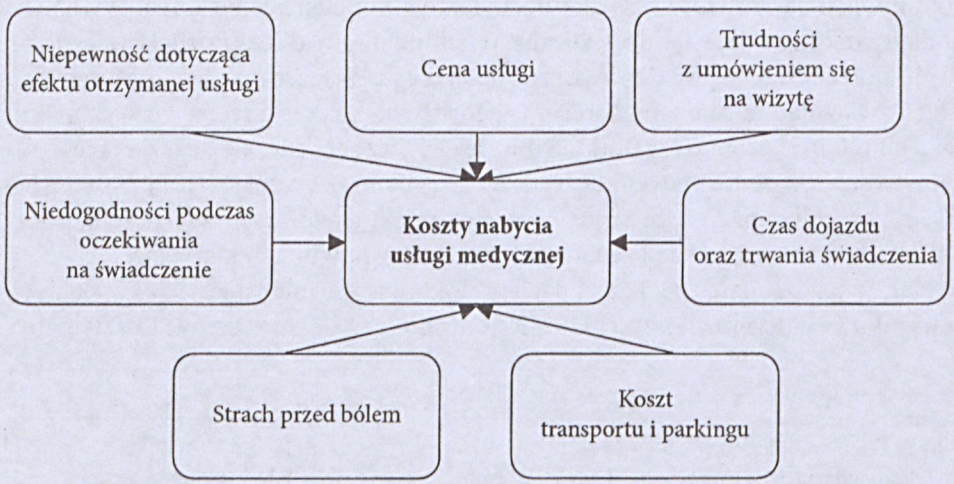
Należy też pamiętać, że każdy pacjent dokonuje pewnej kalkulacji uzyskanych w wyniku świadczenia korzyści i poniesionych przez siebie kosztów. Koszty naby-



Rysunek 3. Wielowymiarowość oceny jakości usługi medycznej przez pacjenta

Źródło: Opracowanie własne

cia usługi medycznej nie ograniczają się do sumy pieniędzy wydanej na jej zakup. Obejmują także cenę dojazdu czy wydatki związane z poszukiwaniem informacji o praktyce. Pełną listę szeroko rozumianych kosztów nabycia usługi medycznej przedstawia rysunek 4. W wyniku konfrontacji poniesionych kosztów z otrzymanymi korzyściami, pacjent określa swój poziom satysfakcji z usługi medycznej. Jeśli korzyści znacznie przewyższają koszty, to pacjent może być skłonny do powtórzenia zakupu usługi w tym samym gabinecie. Prawdopodobnie będzie on też skłonny polecić praktykę rodzinie i znajomym. Istnieje więc duża szansa na pozyskanie lojalnego pacjenta.



Rysunek 4. Koszty zakupu usługi medycznej ponoszone przez pacjenta

Źródło: A. Bukowska-Piestrzyńska, *Marketing usług stomatologicznych. Czego nie uczą na studiach medycznych*, CZELEJ, Lublin 2004, s. 11

Budując konkurencyjność placówki ochrony zdrowia, należy mieć na względzie wiele czynników. Przede wszystkim to, że polski rynek usług medycznych jest w fazie intensywnego rozwoju i doświadcza napływu kapitału prywatnego, przy czym rząd bezustannie deklaruje, że wprowadzenie konkurencji wśród placówek państwowych jest tylko kwestią czasu. Nie da się więc uciec przed nieuniknionym. Każdy menedżer placówki ochrony zdrowia prędzej czy później będzie musiał stawić czoła zjawisku konkurencji. Jedno na pewno się nie zmieni – to personel, a więc kapitał ludzki, jest czynnikiem bezwarunkowo niezbędnym, jeśli dana placówka ma w przyszłości osiągnąć i utrzymać trwałą przewagę; to kompetencje, wiedza i doświadczenie lekarzy oraz ich nazwiska, stanowiące swoiste marki, będą jak magnes przyciągać pacjentów. Niemniej zdarza się, że na stosunkowo niewielkim obszarze, np. w dużym mieście, znajduje się bardzo wielu dobrych lekarzy różnorakich specjalności, przyjmujących zarówno w gabinetach prywatnych, jak

i w placówkach państwowych. Pacjent ma więc możliwość dokonania wyboru. W budowaniu konkurencyjności na rynku usług medycznych konieczna jest zatem także umiejętność przekrojowego spojrzenia na oczekiwania i potrzeby pacjenta oraz tworzenia odpowiednich strategii marketingowych w przypadku konkurowania zarówno na poziomie wizerunku, jak i na poziomie oferty[49]. A zatem także różnorodność proponowanych usług, ich ceny, a także ilość i rodzaj refundowanych usług medycznych będą wpływać na konkurencyjność placówki.

Literatura

Assistance medyczny a rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, dane Europ Assistance Polska, Sp. z o.o., ubezpieczenia.webbbweb.pl, 21.11.2005

Bukowska-Piestrzyńska A., *Empatia – strata czasu czy konieczność?* „Magazyn Stomatologiczny" 2003, nr 1.

Bukowska-Piestrzyńska A., *Jak Ty i Twój personel rozmawiacie z pacjentami*, „Magazyn Stomatologiczny" 2003, nr 9

Bukowska-Piestrzyńska A., *Musisz się powtarzać. Namacalność usług*, „Magazyn Stomatologiczny" 2003, nr 4.

Bukowska-Piestrzyńska A., Piestrzyński P., *Nasz pacjent – nasz pan?* „Magazyn Stomatologiczny" 2002, nr 5.

Chłodnicki M., *Usługi profesjonalne: przez jakość do lojalności klientów*, Wydawnictwo AE w Poznaniu, Poznań 2004.

Dobska M., Dobski P., *Marketing usług medycznych*, INFOR, Warszawa 2002.

Dobska M., Dobski P., *Zarządzanie przez jakość w zakładach opieki zdrowotnej*, MARS GRAF, Poznań 2003.

Dziekoński M., *Lojalność wpisana w strategie*, „Marketing w Praktyce" 2004, nr 5.

Gąsowski J., *Raport – Rynek usług medycznych*, Agencja Dziennikarska RAPORT 2003.

Kowalska K., *Opieka zdrowotna w świetle teorii agencji*, „Gospodarka Narodowa" 2003, nr 4.

Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, Cedetu, Warszawa 2004.

Łańcucki J., *Podstawy kompleksowego zarządzania jakością (TQM)*, Wydawnictwo AE w Poznaniu, Poznań 2001.

Mazur J., *Zarządzanie marketingiem usług*, Difin, Warszawa 2001.

Oboda M., *Zrozumienia zachowań pacjentów – klucz do sukcesy*, „Magazyn Stomatologiczny" 2005, nr 1.

Rudawska I., *Ekonomizacja relacji pacjent – usługodawca w opiece zdrowotnej*, Uniwersytet Szczeciński, Rozprawy i Studia, Szczecin 2006, t. 602.

Sobiech J., *Warunki wyboru ekonomicznego-finansowych mechanizmów kierowania opieka zdrowotną*, ZN nr 109, Wydawnictwo AE z Poznaniu, Poznań 1990.

Stank T. P., Goldsby T. J., Vickery S. K., *Effect of Service Supplier Performance on Satisfaction and Loyalty of Store Managers in the Fast Food Industry*, „Journal of Operations Management" 1999, vol. 17.

Szymańska A., *Bądź przywódcą – nie szefem. Komunikacja na płaszczyźnie lekarz – pacjent asysta, asysta – lekarz*, „As Stomatologii" 2003, nr 2.

[49] G. Tomas, M. Hult, Bryan A. Lukas, *Classifing Healt Care Ofeerings to Gain Strategic Marketing Insights*, „Jurnal of Services Marketing" 1995, vol. 9, nr 2.

Tomas G., Hult M., Lukas B. A., *Classifing Healt Care Ofeerings to Gain Strategic Marketing Insights*, „Journal of Services Marketing" 1999, vol. 9, nr 2.

Determinants of competitive activities on medical services market
(Summary)

The healthcare market has not always been competitive. State protectionism, assigning a patient to a particular health care unit as well as a subservient attitude of a patient towards a doctor, led to the situation where the Polish health care units are just beginning to learn how to act in a competitive way. The first step is to get to know which factors could significantly improve the situation of health care establishments. The healthcare market is considerably different from other services markets. Consumers usually act rationally when buying goods whereas patients most frequently have a very emotional attitude towards their health. These emotions very often have a great influence on their decisions. Moreover, organization of the healthcare market is specific, as a huge part of services is financed by the government. Private capital has been flowing into this sector for a relatively short period of time. What is important, the healthcare market in Poland is growing rapidly. Increasing investments will probably change it significantly. The environment of health care establishments will become more and more turbulent. In order to survive and develop, they would have to use instruments of competition. This article presents the characteristics of the healthcare market and possibilities of effective functioning of health care establishments in an increasingly competitive environment.