

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

“CAROL DAVILA” BUCUREȘTI

ȘCOALA DOCTORALĂ

TEZĂ DE DOCTORAT

- REZUMAT -

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:

PROF. UNIV. DR. ING. VICTOR LORIN PURCĂREA

DOCTORAND:

DR. LIVIA COSTINA BOBOCEA

BUCUREȘTI

2016

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE

“CAROL DAVILA” BUCUREȘTI

ȘCOALA DOCTORALĂ

TEMA:

MANAGEMENTUL COMUNICĂRII DE MARKETING

ÎN SERVICIILE DE MEDICINĂ INTERNĂ

- REZUMAT -

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC:

PROF. UNIV. DR. ING. VICTOR LORIN PURCĂREA

DOCTORAND:

DR. LIVIA COSTINA BOBOCEA

BUCUREȘTI

2016

CUPRINSUL TEZEI DE DOCTORAT

PARTEA GENERALĂ.....	6
Cap. I. PARTICULARITĂȚILE SĂNĂTĂȚII.....	7
1.1. Definirea conceptului de sănătate.....	7
1.2. Sănătatea în echilibrul și stilul de viață al oamenilor.....	22
1.3. Factorii care influențează starea de sănătate.....	27
1.4. Sănătatea publică și rolul critic al comunicării strategice, în timp util și eficace.....	35
 Cap. II. PARTICULARITĂȚILE SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE.....	 38
2.1. Definirea conceptului de servicii de îngrijiri de sănătate.....	38
2.2. Pacienții și serviciile de îngrijiri de sănătate.....	45
2.3. Personalul sanitar în demersul efectuării serviciilor de medicină internă.....	52
2.4. Calitatea serviciilor de sănătate și experiența pacientului.....	56
 Cap. III. PARTICULARITĂȚILE MARKETINGULUI ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE.....	 70
3.1. Management, leadership și marketing ca instrument de management.....	70
3.2. Evoluții și dezvoltări conceptuale ale marketingului ca proces social și managerial.....	72
3.3. Apariția, dezvoltarea și necesitatea perfecționării marketingului îngrijirilor de sănătate.....	79
3.4. Managementul marketingului îngrijirilor de sănătate.....	85
3.5. Marketingul îngrijirilor de sănătate și responsabilitatea socială.....	95

Cap. IV. PARTICULARITĂȚILE COMUNICĂRII DE MARKETING.....	105
4.1. Comunicarea, procesul esențial prin care este experimentată viața umană.....	105
4.2. Particularitățile instrumentelor de management în comunicarea de marketing.....	117
4.3. Mixul comunicațional în serviciile de medicină internă, expresia utilizării instrumentelor de marketing în practica profesională în marketingul serviciilor de îngrijire a sănătății.....	129
4.4. Provocări, oportunități și soluții pentru comunicarea interpersonală în sănătate.....	140
PARTEA SPECIALĂ.....	154
CAP. V. PARTICULARITĂȚILE COMUNICĂRII ÎN SERVICIILE DE MEDICINĂ INTERNĂ.....	155
5.1. Prioritatea experienței și satisfacției pacientului, construind relații cu pacienții prin consistența comunicării.....	155
5.2. Analiza statistică a datelor chestionarului privind satisfacția pacienților care au beneficiat de servicii medicale în cadrul instituției noastre.....	160
5.3. Analiza statistică a datelor chestionarului privind calitatea comunicării cu prestatorii de servicii de medicină internă.....	181
5.4. Paradigma pacient-furnizor de servicii medicale, bază utilă și justificată pentru studiul prezent și viitor al serviciilor de îngrijire a sănătății.....	200
5.5. Importanța comunicării medic-pacient în îmbunătățirea experienței pacientului în continuumul îngrijirii sănătății.....	203
Bibliografie.....	207

PARTEA GENERALĂ

I. PARTICULARITĂȚILE SĂNĂTĂȚII

II. PARTICULARITĂȚILE SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE

III. PARTICULARITĂȚILE MARKETINGULUI ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

IV. PARTICULARITĂȚILE COMUNICĂRII DE MARKETING

Cap. I. PARTICULARITĂȚILE SĂNĂTĂȚII

1.1. Definirea conceptului de sănătate

Starea de sănătate și bunăstarea sunt intercondiționate, atât la nivel individual, cât și în ansamblul întregii societăți. Preocupările pentru sănătate și pentru recunoașterea sănătății ca valoare fundamentală a umanității au devenit tot mai vizibile în ultimele decenii, la nivel internațional și național.

Sănătatea este rezultatul interacțiunii dintre om și mediu. Nu există o definiție unanim acceptată a stării de sănătate, ci, mai degrabă, o multitudine de definiții, care, însumate, pot oferi o imagine de ansamblu asupra sănătății. Numărul mare de definiții atribuite sănătății de-a lungul timpului exprimă preocuparea oamenilor față de acest domeniu, lucru perfect demonstrabil prin numeroasele studii existente și prin volumul mare de resurse alocate îngrijirilor de sănătate.

Putem spune că „sănătatea și starea de bine a populației este dependentă de un număr mare de interacțiuni dinamice, ce prezintă diferite variabile și este influențată de o multitudine de factori, unii care pot fi controlați de individ și alții care nu.”¹ Este important, prin urmare, ca în cadrul unui spital, cabinet medical sau orice altă instituție sanitară, acțiunea să nu se concentreze doar pe ideea de boală și pe tratamentul ei, ci și pe incorporarea terapiei și vindecării biologice, psihice, sociale și spirituale.

Sănătatea individuală stă la baza conceptului de *sănătate publică*. Aceasta se referă la ansamblul cunoștințelor, deprinderilor și atitudinilor populației, orientate către menținerea și îmbunătățirea sănătății, vizând și rolul factorilor sociali implicați în menținerea sănătății. Scopul serviciilor de sănătate publică este antrenarea membrilor comunității pentru păstrarea și promovarea unui mediu de viață sănătos, obiectivul principal fiind profilaxia îmbolnăvirilor.²

Se poate afirma că sănătatea publică este știința promovării sănătății, a prevenirii stării de boală și a redobândirii sănătății, acolo unde este cazul. Cu alte cuvinte, scopul sănătății publice este acela de a preveni boala, de a reduce disconfortul, de a reduce decesul prematur și mai ales de a crește calitatea anilor vieții.

¹ Gottwald, M., Goodman-Brown, J., *A guide to practical health promotion*, McGraw-Hill Education, 2012, p.16.

² Popa, F., Purcărea, V.L., Purcărea, Th., Rațiu, M.P., *Marketingul îngrijirilor de sănătate*, Editura Universitară „Carol Davila”, 2008.

La nivelul colectivității, rezultatul analizei se va exprima printr-un raport care cuprinde informații precum nivelul severității afecțiunii, etiologia, prognosticul afecțiunii. Aceste rezultate vor fi interpretate statistic, iar scopul final este reprezentat de “definirea problemelor de sănătate ale grupului și posibilitatea de elaborare și desfășurare de programe de sănătate preventivă, profilactică, curativă și de recuperare.”³

Se pune accent pe identificarea factorilor de risc comuni, larg răspândiți care afectează populația și pe incidența bolii, nu pe individ. Acestea vor avea ca rezultat modificarea concomitentă a întregului organism și îmbunătățirea implicită a calității vieții.

1.2. Sănătatea în echilibrul și stilul de viață al oamenilor

Oamenii acordă importanță diferită componentelor sănătății. Existând definiții diferite ce grupează mai mulți factori care pot influența sănătatea, fiecare persoană atribuind o anumită importanță unor factori ai sănătății, astfel unele persoane sunt mai atente cu sănătatea emoțională, altele cu cea intelectuală și neglijează astfel spre exemplu sănătatea fizică. Alții care au dezvoltat sănătatea spirituală au neglijat sănătatea socială.

Toți acești factori sunt importanți, însă stilul de viață poate influența cel mai mult sănătatea. Spre deosebire de ceilalți factori, stilul de viață poate fi controlabil, el referindu-se la ansamblul situațiilor în care trăiește un individ, grupând obiceiurile și comportamentele din viața cotidiană și presupunând decizii, acțiuni și condiții de viață. Stilul de viață poate fi clasificat în *elemente sanogene* (promovează și accentuează sănătatea) și *elemente patogene* (factori cauzali sau de risc pentru anumite afecțiuni).⁴

Un studiu făcut în SUA arăta, de exemplu, că 7 din 10 accidente cauzatoare de deces sunt din cauza stilului de viață defectuos. Cu toate acestea, nu toate componentele stilului de viață pot fi controlate de către un individ.⁵

Concluzia este că toate aceste dimensiuni ale sănătății sunt puternic interconectate, fiecare influențându-se reciproc pentru a realiza bunăstarea și randamentul funcțiilor generand astfel confortul fiecărui individ. După cum în cazul în care o dimensiune este lezată sau neglijată, toate celelalte vor avea de suferit.

³ Zanoschi, G., *Sănătate publică și management sanitar*. Editura DAN, 2003, p.16.

⁴ Purcarea V.L., *Marketingul îngrijirilor de sănătate*, Manual Universitar, ed. a II-a, Editura Universitară "Carol Davila", 2010, p. 32-34.

⁵ Tihan E., Ghiza L., *Focus sănătatea populației* (culegere de texte), Editura Institutului de Ecologie Socială și Protecție Umană, 2002.

Există două tipuri de elemente caracteristice stilului de viață:

- sanogene (care promovează și fortifică sănătatea);
- patogene (care reprezintă factorii cauzali sau de risc pentru anumite îmbolnăviri).

Stilul de viață sanogen se cultivă din copilărie în cadrul familiei, în primă instanță, apoi în grădinițe, școli. Elementele patogene ale stilului de viață includ: fumatul, alcoolismul, narcomania, toxicomania, huliganismul, alimentația excesivă și carențială, practicile sexuale “riscante”, sedentarismul. Practicarea acestor elemente negative determină un larg segment al patologiei umane, cum ar fi: bolile cardiovasculare, bolile neoplazice, bolile psihice, traumatismele, bolile cu transmitere sexuală, etc.

Componentele stilului de viață - munca, recreerea, hrănirea, soluționarea problemelor și altele - constau în tipologii generale de comportament. Fiecare individ este liber să își aleagă și să își dezvolte propriul stil de viață și tot de el depinde și păstrarea acestuia, fie el benefic sau malefic pentru organism. De exemplu, ieșirea în mod frecvent cu prietenii indică un stil de viață activ, din punct de vedere social.

1.3. Factorii care influențează starea de sănătate

Dimensiunile sănătății pot fi influențate, uneori decisive, de câțiva factori. Unul dintre aceștia îl reprezintă *accesul la un sistem competent de îngrijire medicală și de educație sanitară*, de care o persoană poate beneficia atât din perspectivă fizică cât și mentală, în aceeași măsură.

Cel de-al doilea este reprezentat prin *factorii de mediu* care includ și siguranța căminului și a vecinătății, serviciile publice adiacente, etc. Ca factori negativi pot fi menționați volumul de substanțe toxice în sol, aer și apă și, nu arareori “calitatea” vecinilor și înțelegerea cu aceștia.

Cel mai greu de controlat sunt *factorii ereditari*, aspecte ale vieții care sunt manipulate prin gene. Factorii genetici nu pot fi controlați din păcate de către individ, deși adesea unii dintre aceștia pot fi compensați.

În timp ce toți acești factori sunt importanți pentru sănătate, cea mai importantă influență o are, așa cum am mai afirmat, *stilul de viață*. Conform definiției unanim acceptate, stilul de viață se referă la totalitatea activităților care compun viața unei persoane, a unui grup sau a unei colectivități dar dintr-o perspectivă intern-structurală și normativă.

Stilul de viață presupune toate acele comportamente, obiceiuri pe care individul le practică în viața de zi cu zi. Se răsfrânge, astfel, asupra diverselor aspecte precum: mediul de lucru, timpul liber și activități recreative, stilul de relaționare, de comunicare, de cunoaștere, stilul alimentar și de consum. Toate aceste variabile arată faptul că stilul de viață diferă mult de la un individ la altul, și, de asemenea, că este sub controlul individului și că poate fi modificat.

Promovarea sănătății, educației și a prevenției, poate duce la modificarea stilului de viață, respectiv într-un stil de viață sanogen, dezirabil, atât în grădinițe și școli, cât și la nivelul întregii societăți. Este necesară informarea pacienților cu privire la riscul pe care îl presupune abordarea unui anumit obicei patogenic și impactul pe care acesta îl poate avea asupra stării de sănătate, susținerea pacienților în abordarea unor comportamente favorabile sănătății generale și orale precum renunțarea la fumat, reducerea consumului de alcool, consiliere în privința dietei, instruirea în realizarea unei igiene corecte a cavității bucale etc. Pe lângă informare, este necesar și un control periodic, atât pentru monitorizare, cât și pentru depistarea precoce a bolilor.

Neglijarea trebuințelor universale ale omului constituie un fapt ce pune individul în dificultatea de a se bucura de o bună sănătate și de o viață cu satisfacții. În același timp, neglijarea dorintelor specifice poate genera consecințe serioase. Neîndeplinirea acestor nevoi duce la o instabilitate, cu imposibilitatea individului de a avea o viață cu satisfacții și o bună sănătate.⁶

De asemenea, nevoile clienților (pacienților) se pot grupa în mai multe categorii, fiindu-le asociat un tip de marketing corespunzător:

- Când organizația satisface cerințe ale consumatorilor exprimate direct atunci se aplică un *marketing reactiv*;
- Când organizația nu cunoaște nevoile clienților și le intuiește, atunci se aplică un *marketing anticipativ*;
- Când organizația fabrică produse ce au ca finalitate noi utilizări atunci se aplică un *marketing creativ*.

Chiar dacă organizațiile de sănătate sunt diferit organizate, rolul lor comun este de a plasa pacientul în centrul preocupărilor.

▪ *Trăsăturile* cele mai importante ale sistemului de sănătate ce merită a fi menționate sunt:

⁶ Purcarea V.L., Marketingul îngrijirilor de sănătate, Manual Universitar editia a II-a, Editura Universitară "Carol Davila", 2010, p. 38-40.

- creșterea continuă a calității serviciilor de îngrijiri de sănătate oferite;
- direcționarea tuturor acestor servicii de îngrijiri de sănătate către pacient;
- producerea și dezvoltarea de resurse umane, materiale și financiare și mai ales reducerea „plecărilor personalului medical din rețeaua proprie de sănătate”;
- elaborarea de programe de sănătate și supravegherea implementării lor în practică;
- dezvoltarea de sisteme financiare eficiente prin strângeri de taxe, contribuții, plăți directe;
- crearea de organizații care să fie în contact direct cu beneficiarii de servicii de sănătate.

▪ *Principalele obiective* ale sistemului de sănătate sunt:

- Îmbunătățirea stării de sănătate a populației și ținerea sub control a epidemiilor;
- Oferirea de sisteme de sănătate la cote înalte;
- Asigurarea unui acces echitabil la serviciile medicale.

Sistemul de sănătate românesc se confruntă încă cu dificultăți în privința finanțării sistemului de sănătate publică. Reforma din sănătate, derulată pe două coordonate majore, anume în cadrul instituțional și la nivelul serviciilor de sănătate, are ca principal obiectiv, firesc, creșterea veniturilor la sistemul asigurărilor sociale de sănătate, pentru că nu poți să aloci fonduri dacă nu le ai, iar alocarea fondurilor este cea care determină performanța sistemului de îngrijiri de sănătate.

1.4. Sănătatea publică și rolul critic al comunicării strategice, în timp util și eficace

Cu 12 ani în urmă, în reputatul “Jurnal American al Sănătății Publice”, se argumenta că un reper major în *comunicarea în domeniul sănătății publice* ca disciplină în curs de dezvoltare a fost conștientizarea faptului că atât știința cât și comunicarea sunt esențiale pentru promovarea și protejarea sănătății publice, consolidându-se *rolul vital al acestei discipline ca o nouă componentă de bază a sănătății publice*.⁷

Se evidențiază totodată, în contextul amintit mai sus, că:

- Pentru ca această comunicare în domeniul sănătății publice să-și atingă potențialul maxim va fi necesară o cercetare mai semnificativă, în special în studiul disparităților de

⁷ Bernhardt, J.M., *Communication at the Core of Effective Public Health*, Am J Public Health. 2004;94(12): 2051–2053.

sănătate, disparităților de acces la comunicare, precum și aplicarea unor intervenții medicale electronice cu populațiile sub-servit;

- Este necesar, de asemenea, un sprijin mai mare pentru cercetare și evaluare în comunicarea în domeniul sănătății publice, care este cu adevărat transdisciplinară, abordându-se simultan probleme multiple de sănătate, nivele de intervenție și canale de comunicare;
- Deși există multe provocări pentru evaluarea programelor în domeniul comunicării de sănătate publică, este esențială realizarea de evaluări cuprinzătoare și diseminarea rezultatelor pentru extinderea cunoștințelor, îmbunătățirea programelor și alocarea resurselor limitate;
- Profesioniștii în comunicare de sănătate publică au responsabilitatea de a comunica foarte bine între ei;
- Pentru a facilita schimbul de informații și translatarea cercetării de comunicare de sănătate publică în practică, comunicarii de sănătate publică trebuie să devină mai vizibili și vocali în organizațiile profesionale;
- Prin natura sa transdisciplinară, perspectiva ecologică, orientarea schimbării și filosofia centrată pe audiență, comunicarea în domeniul sănătății publice are potențialul de a aduce contribuții semnificative pentru sănătatea publică.

În consecință, ei au propus (concentrându-se asupra strategiei, capacității și evaluării) următoarele etape de acțiune pentru comunicatorii de sănătate publică:

- să stabilească modul în care principiile angajării social media pot sprijini cel mai bine obiectivele generale de comunicare ale unei organizații furnizoare de îngrijiri de sănătate;
- să evalueze infrastructura de comunicații a organizației furnizoare de îngrijiri de sănătate permițând punerea în aplicare a angajării social media și să stabilească proceduri pentru a facilita procesul;
- să identifice metodele și măsurile care vor demonstra valoarea angajării social media pentru organizația furnizoare de îngrijiri de sănătate și conducerea îmbunătățirilor acestei angajări în curs de desfășurare;
- să lucreze în echipă pentru a aborda modul valorificării optime a social media, în special capacitatea de a se angaja cu publicul organizației furnizoare de îngrijiri de sănătate, pentru a îmbunătăți rezultatele de sănătate publică.

Cap. II. PARTICULARITĂȚILE SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI DE SĂNĂTATE

- 2.1. Definirea conceptului de servicii de îngrijiri de sănătate
- 2.2. Pacienții și serviciile de îngrijiri de sănătate
- 2.3. Personalul sanitar în demersul efectuării serviciilor de medicină internă
- 2.4. Calitatea serviciilor de sănătate și experiența pacientului

2.1. Definirea conceptului de servicii de îngrijiri de sănătate

Apreciem că pe baza celor enunțate până acum *serviciul de sănătate* poate fi definit ca fiind beneficiul pe care îl obține un pacient în urma unor activități intercondiționate care au la bază relația prestator de servicii de îngrijiri de sănătate – pacient și care se concretizează într-o bunăstare fizică, psihică și socială a acestuia din urma.⁴⁵ Sigur că pentru o bună înțelegere a activităților incluse în conceptul de serviciu este foarte importantă evidențierea principalelor trăsături caracteristice ale acestora, trăsături care definesc aceste activități. Ambivalența serviciilor, ca produs sau rezultat și ca proces sau activitate, face dificilă însă determinarea unor trăsături specifice ale acestora.

Majoritatea cercetătorilor care au analizat activitățile de servicii de îngrijiri de sănătate au constatat că principalele aspecte care fac distincția între aceste activități și activitățile producătoare de bunuri materiale se referă la prezența clientului. Rezultatele activităților de servicii pot lua forme extreme de diverse din punct de vedere al tangibilității lor, de la total intangibile până la diverse combinații de elemente tangibile și intangibile. Prin urmare, toate activitățile existente pot fi încadrate pe o scală ale cărei extreme sunt reprezentate de rezultatele intangibile (respectiv *servicii pure*) și rezultatele total tangibile (respectiv *bunuri pure*)⁴⁶ relevând astfel existența unei continuități bunuri-servicii.

Putem sintetiza *particularitățile procesului de prestație și de consum al serviciilor sanitare* și astfel:

- Furnizorii acționează în mod direct asupra pacienților consumatori ai serviciilor sanitare, beneficiarul serviciului sanitar cumpără sau folosește, nu un produs, ci

⁴⁵ Purcărea, V.L., *Marketingul îngrijirilor de sănătate*, Manual Universitar, Ediția a II-a, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2010, p. 83.

⁴⁶ Churchill, G.A. Jr, Peter, J.P., *Marketing, Creating Value for Customers* Austen Press & Richard D. Irwin Inc. Illinois, 1995.

o anumită utilitate, care conferă anumite avantaje precum confortul fizic, mintal și social;

- Serviciile sunt consumate pe măsură ce se produc, modificările de comportament de consum la pacienți având loc simultan cu producția serviciilor sanitare, prin urmare producția serviciilor sanitare are loc în momentul interacțiunii dintre pacient și personalul sanitar;
- Nici pacientul și nici furnizorul serviciului sanitar nu au posibilitatea de a stoca producția de servicii sanitare în scopul unei utilizări viitoare, la aceasta contribuind și caracterul imaterial și efemer al rezultatului activității respective.

Pe baza celor menționate anterior, producția serviciilor sanitare mai poate fi definită ca reprezentând “ansamblul de activități care mobilizează forța de muncă din domeniul sanitar, echipamentele specifice, tehnologia avansată și care, în cadrul unei ambiențe proprii serviciilor sanitare, se concretizează într-un consum efectiv de sănătate”.⁴⁷ Sursa producției de servicii este reprezentată de oferta de servicii, respectiv de “capacitatea organizatorică a furnizorilor de servicii de a satisface, în anumite condiții de calitate, structura și termenele cerințelor beneficiarilor.”⁴⁸

Între producția serviciilor sanitare și oferta serviciilor sanitare există o relație de interdependență care reliefează rolul primordial al producției de servicii în mobilizarea ofertei de servicii și care este marcată de următoarele particularități:⁴⁹

- ✓ producția serviciilor sanitare nu poate depăși oferta serviciilor, ea este cel mai mult egală cu oferta de servicii;
- ✓ structura ofertei de servicii sanitare nu coincide întotdeauna cu structura producției serviciilor, dar producția serviciilor sanitare nu se poate realiza în afara ofertei acestora.

2.2. Pacienții și serviciile de îngrijiri de sănătate

Furnizorii de servicii medicale sunt medicii și personalul sanitar, cabinetele medicale, centrele de diagnostic și tratament, spitalele și alte unități sanitare care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

⁴⁷ Rațiu, M.P., *Marketingul serviciilor. Abordare teoretică și instrumentală*, Editura ProUniversitaria, București, 2006 .

⁴⁸ Ioncică, M., Minciu, R. și Stănciulescu, G., *Economia serviciilor*, Editura Uranus, București, 1997.

⁴⁹ Cosmescu, I., Ilie, L., *Economia serviciilor*, Editura Universității Lucian Blaga din Sibiu, Sibiu, 1999.

Pacientul este principalul element în procesul de producție a serviciilor de îngrijiri de sănătate, acesta fiind parte componentă a sistemului de prestație. Prestația serviciului de îngrijire de sănătate se desfășoară doar în prezența consumatorului de servicii de sănătate, a pacientului, ca o consecință a dorinței acestuia de a solicita serviciul respectiv. Simultaneitatea producției și consumului de servicii de îngrijiri de sănătate conferă pacientului un rol special în cadrul relațiilor cu celelalte componente ale sistemului de producție.

Procesul de prestare a serviciilor de îngrijiri de sănătate trebuie să fie conform cu exigențele pacientului, activitățile componente fiind realizate astfel încât să corespundă în cel mai înalt grad acestor cerințe. Realizarea unui asemenea deziderat implică identificarea tuturor conexiunilor personalului sanitar cu beneficiarii serviciilor de sănătate și evaluarea modului în care activitățile desfășurate în punctele respective corespund nevoilor și așteptărilor pacienților.

O tehnică specifică de adaptare a ofertei de servicii sanitare la cerințele particulare ale fiecărui client este reprezentată de personalizarea acestor servicii.

Ca o concluzie, furnizarea serviciilor performante de îngrijire a sănătății este condiționată de cunoașterea necesităților și așteptărilor pacienților. Pentru a asigura un nivel ridicat de satisfacție a pacienților, organizațiile sanitare trebuie să cerceteze atent aceste necesități și așteptări.

Satisfacerea pacienților trebuie să fie obiectivul principal al oricărei organizații din sănătate iar acest lucru presupune o cunoaștere cât mai exactă a nevoilor și așteptărilor acestora. Oferirea unui serviciu de sănătate de calitate superioară se bazează, în mod firesc, pe îndeplinirea acestor cerințe astfel încât serviciul respectiv să atingă nivelul așteptat de pacient.

Orientarea spre pacient a serviciilor de îngrijiri de sănătate poate asigura un nivel înalt de satisfacție a clienților organizației sanitare și presupune identificarea dorințelor și cerințelor pacienților cu privire la prestațiile medicale cerute, informarea adecvată a acestora, oferirea de facilități și posibilități de alegere a serviciului care corespunde cel mai bine așteptărilor acestora.⁵⁰

Prin urmare, organizațiile medicale pot să își sporească notorietatea și rentabilitatea printr-o concentrare a eforturilor în direcția onorării promisiunilor făcute

⁵⁰ Popa, F., Purcărea, V.L., Purcărea, T., Rațiu, M., op. cit., p. 108-109.

pacienților – promisiuni care trebuie să reflecte exact serviciul oferit, nu versiunea ideală a acestuia.

2.3. Personalul sanitar în demersul efectuării serviciilor de medicină internă

Activitatea personalului din domeniul sanitar are un rol esențial în cadrul procesului de prestare, de aceasta depinzând calitatea serviciului și satisfacția pacientului, respectiv starea de sănătate a acestuia, precum și capacitatea organizației medicale de a atrage și fideliza clientela.

Criteriile de performanță, direct legate de calitatea personalului medical și a suportului tehnologic necesar, obliga echipa managerială la eforturi materiale și de viziune strategică deosebite.⁵¹

Comportamentul, limbajul, calitatea personalului, motivarea și experiența sunt factori determinanți ai unei percepții pozitive a consumatorului cu privire la serviciu. Astfel a fost dezvoltat conceptul de marketing intern de către organizații, concept care presupune următoarele: angajarea celor mai buni specialiști din domeniu și menținerea lor, dezvoltarea unui sistem permanent de pregătire și perfecționare profesională, muna în echipă, adoptarea unui sistem de evaluare și recompensare a activității prestatorului de servicii.

Personalul care își desfășoară activitatea în sfera serviciilor medicale are, așa cum am arătat, un rol decisiv și aceasta se datorează atât caracterului intangibil al serviciilor de sănătate, simultaneității producerii serviciilor medicale și consumului acestora, cât și variabilității și perisabilității serviciilor.

Succesul activităților medicale efectuate depinde, în mod hotărâtor, de comportamentul personalului în relațiile cu pacienții, de atitudinea manifestată, de calitatea personalului, de motivarea acestuia, de experiența sa și de climatul intern. Din acest motiv apare ca obligatorie angajarea celor mai buni specialiști din domeniu și menținerea lor, dezvoltarea unui sistem permanent de pregătire și perfecționare profesională, munca în echipă, adoptarea unui sistem de evaluare și recompensare a activității prestatorului de servicii.⁵²

⁵¹ Furtunescu, F.L., Mincă, D.G., *Managementul serviciilor de sănătate. Abordare prin proiecte*, Editura Universitară, „Carol Davila”, București, 2010, p. 44.

⁵² Popa, F., Purcărea, V.L., Purcărea, T., Rațiu, M., op. cit., p. 86.

Alături de personalul medical care intră în contact cu pacienții, mai există și personal operativ care nu intră în contact cu pacienții, dar care contribuie la buna realizare a activităților medicale ce se impun, personal care trebuie să fie familiarizat cu obiectivele și strategiile organizației medicale.

Din perspectiva pacientului, personalul din prima linie, comportamentul și pregătirea profesională ale acestuia oferă pacienților imaginea organizației sanitare în ansamblul ei și le determină decizia de revenire la organizația sanitară pentru a beneficia de un nou serviciu medical.

2.4. Calitatea serviciilor de sănătate și experiența pacientului

Analizarea și înțelegerea nevoilor populației în domeniul medical sunt extrem de importante atunci când se dorește oferirea unor servicii de sănătate de calitate crescută. În consecință trebuie privit conceptul de calitate din perspectiva consumatorului, punând accent pe așteptările pacientului. Un bun manager trebuie să aibă în vedere că din punctul de vedere al pacientului, ideea de calitate începe să se contureze de la intrarea în cabinetul medical, atunci când se stabilește primul contact cu medicul, pe măsura desfășurării procesului de furnizare a serviciilor medicale, până în momentul rezultatului final care îl poate determina pe pacient să devină fidel serviciilor oferite.

Analizarea calității serviciilor sanitare mai implică identificarea cauzelor care influențează într-un mod negativ desfășurarea activității în cadrul unității și alegerea unor soluții și măsuri manageriale care să diminueze sau să elimine complet aceste deficite.⁵³

Calitatea serviciilor medicale se referă în egală măsură la creșterea satisfacției pacientului, la auditul profesional și la îmbunătățirea eficienței sau reducerea costurilor, fiind abordată în mod diferit de către fiecare categorie de actori implicați în serviciile medicale: pacienți, profesioniști, conducerea instituțiilor medico-sanitare.

În acordarea serviciilor medicale, un element cheie este *calitatea*. Promovarea principiului de îmbunătățire a calității serviciilor în diverse domenii (medicină, învățământ, industrie, etc.) este unul dintre subiectele de actualitate.

Se poate aprecia că termenul de calitate în domeniul serviciilor sanitare nu se referă în mod exclusiv la prestarea de servicii realizată, ci la întregul ansamblu de relații

⁵³ Coculescu, B.I., Purcarea, V.L., *Managementul riscului în practica curentă de laborator prin reevaluarea metodelor și procedurilor cuprinse în Protocoalele de lucru în vederea reducerii numărului erorilor asociate acestora*, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2012.

stabilite între pacient și organizația sanitară. Iar acest ansamblu este condiționat atât de profesionalismul și calificarea corespunzătoare a angajaților organizației sanitare, cât și de atitudinea și comportamentul personalului sanitar, respectiv de interesul manifestat de acest personal în rezolvarea problemelor pacientului.⁵⁴

Evaluarea calității implică, în cazul serviciilor de îngrijire a sănătății, atât aprecierea rezultatului final, cât și a procesului propriu-zis de furnizare a serviciilor întrucât calitatea nu poate fi separată de procesul de producție. Rezultatul procesului de producție a serviciilor sanitare constituie numai o parte componentă a calității, cealaltă fiind determinată de impresiile formate de pacient în decursul procesului de prestare (și provenită din atitudinea personalului de contact, ambianța procesului de prestare a serviciului etc.).

Problematica evaluării calității este una extrem de complexă, dar totodată esențială, întrucât prin cunoașterea răspunsului pacientului la serviciul primit organizația sanitară poate realiza un control eficient al calității și îmbunătățirea actului medical. Gestionarea calității în sectorul serviciilor presupune identificarea cauzelor care împiedică desfășurarea activității organizației sub semnul calității și adoptarea demersurilor manageriale menite să atenueze sau să elimine aceste dificultăți. Trebuie menționat că implementarea managementului calității într-o organizație sanitară presupune participarea tuturor membrilor ei, calitatea fiind întotdeauna, după cum este cunoscut, problema fiecăruia și a tuturor.

Fără îndoială că este de așteptat ca pacienții satisfăcuți de prestările de servicii medicale să devină clienți fideli ai stabilimentelor respective de îngrijire a sănătății. Alăturarea experienței pacientului la indicatorii de calitate menționați mai sus (eficacitatea clinică și siguranța pacienților) este considerată ca fiind justificată în sine.⁵⁵

Constituie o certitudine faptul că organizațiile de sănătate devin din ce în ce mai interesate de evaluarea satisfacției pacienților și percepțiile acestora cu privire la calitatea serviciilor medicale ca o modalitate de a menține un avantaj competitiv pe piața relevantă.

⁵⁴ Rațiu M.P., *op. cit.*, p. 106-107, citat de Popa F., Purcărea Th., Purcărea V.L., Rațiu M., *op. cit.*, p. 98.

⁵⁵ Doyle, C., Lennox, L., Bell, D., A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ*, 2013, 3, 1-18, citați de Bolden, E.C. III., *op. cit.*, p. 22.

Cap. III. PARTICULARITĂȚILE MARKETINGULUI ÎNGRIJIRILOR DE SĂNĂTATE

- 3.1. Management, leadership și marketing ca instrument de management
- 3.2. Evoluții și dezvoltări conceptuale ale marketingului ca proces social și managerial
- 3.3. Apariția, dezvoltarea și necesitatea perfecționării marketingului îngrijirilor de sănătate
- 3.4. Managementul marketingului îngrijirilor de sănătate
- 3.5. Marketingul îngrijirilor de sănătate și responsabilitatea socială

3.1. Management, leadership și marketing ca instrument de management

În anul 2010, într-o prestigioasă publicație a Emerald Group Publishing Limited dedicată leadership-ului în domeniul serviciilor de sănătate a apărut un articol despre *un cadru al competenței de leadership pentru medici*.¹⁰⁰ Cercetarea respectivă întărea mesajul emis de către profesia medicală și decidenții politici în ultimii ani că toți medicii ar trebui să atingă competențe de management și de leadership în plus față de cunoștințele și abilitățile clinice pentru a fi practicieni eficace și siguri. În contextul articolului respectiv se făcea, printre altele, o trimitere la o figură reprezentând *componentele livrării serviciului* (sursa fiind Institutul NHS pentru inovare și îmbunătățire, din Londra și Academia Colegiilor Regale Medicale, 2009, p. 10): *conducerea serviciului, îmbunătățirea serviciului, stabilirea direcției, demonstrarea calităților personale și lucrul cu alții*.

După câțiva ani și de partea cealaltă a Atlanticului, abordând aspectele contemporane ale managementului îngrijirilor de sănătate, Catherine G. Page, Profesor la University of South Florida, Tampa (School of Physical Therapy and Rehabilitation Sciences),¹⁰¹ arăta de la bun început, într-o carte publicată în anul 2015, care sunt *cele două responsabilități finale ale managerilor de nivel mediu*: identificarea și implementarea mijloacelor pentru profesioniști pentru a furniza îngrijirea de calitate pentru fiecare dintre pacienții lor; contribuția la scopurile și protejarea intereselor organizațiilor lor astfel încât resursele necesare pentru furnizarea acestei îngrijiri să fie

¹⁰⁰ Clark, J., Armit, K. (2010) "*Leadership competency for doctors: a framework*", Leadership in Health Services, Vol. 23 Iss: 2, pp.115 - 129.

¹⁰¹ Page, C.G. Management in Physical Therapy Practices, F.A. Davis Company, Philadelphia, PA, 2nd edition, January, 2015, pag. 2, 4-5, 20, 84.

disponibile. Iar aceasta în contextul în care echilibrul și coordonarea acestor responsabilități depind de abilitatea managerilor și a liderilor de a înțelege fundamentele organizațiilor, leadershipului și managementului, precum și a aprecia afacerea unică de sănătate.

3.2. Evoluții și dezvoltări conceptuale ale marketingului ca proces social și managerial

Orice organizație urmărește menținerea echilibrului său în confruntarea cu piața, în consecință nu poate rămâne insensibilă la factorii care afectează cererea, concurența, distribuția, tehnologia ș.a., iar în aceste condiții marketingul devine o necesitate, un câmp magnetic al întregii organizații. Ca urmare, *marketingul și piața sunt două instituții indisociabile*, marketingul fiind interesat în piețele definite de posibilitățile de schimb în vederea satisfacerii nevoilor și dorințelor.

Termenul de marketing (de origine anglo-saxonă, “to market” = a desfășura tranzacții de piață, a cumpăra și a vinde) a fost utilizat inițial în anul 1902, în Buletinul Universității Michigan, unde s-a descris obiectul unui curs universitar privind distribuția produselor, utilizându-se formularea “diferite metode de marketing al bunurilor”.¹⁰² Iar după peste 70 de ani, respectiv în anul 1975, în articolul “Ce anume este marketingul” din Quarterly Review of Marketing, Keith Crosier analiza deja peste 50 de definiții ale marketingului.¹⁰³

În opinia Profesorului Kotler *marketingul este arta construirii brandului*, ce nu este brand este marfă și atunci prețul este totul, singurul câștigător fiind producătorul la un cost scăzut. Pe de altă parte, în opinia Profesorului Peter Drucker (considerat Părintele Managementului) – mentorul lui Kotler – *scopul marketingului* este să cunoască și să înțeleagă clientul atât de bine încât produsul sau serviciul să i se potrivească acestuia și să se vândă singur. Clienții însă: răspund diferit la imaginea organizației și cea a brandului, identitatea și imaginea necesitând distingerea lor; sunt din ce în ce mai sofisticăți și se confruntă cu o anumită paralizie în fața unei largi palete de alegere, ceea ce constituie o provocare pentru o creștere a vitezei de inovare a organizației constrânse să ofere soluții conduse de servicii cu costuri joase. Iar marketingul (aflat în centrul strategiilor de afaceri) se raportează întotdeauna la valoarea

¹⁰² Pop, Al.N., *Marketing*, E.D.P., București, 1997, p. 5-6, citat de Purcărea T., Ioan-Franc, V., Op. cit., p. 71.

¹⁰³ Baker, J.M., *Marketing*, S.C. Știință & Tehnică S.A., 1997, p. 17, citat de Purcărea T., Ioan-Franc, V., Op. cit., p. 71.

oferită clienților țintă, pentru marketeri constituind o responsabilitate de bază să partajeze dorința de a asculta, a se dezvolta și a livra la fiecare nivel al afacerii (strategiile construite în baza ascultării clienților fiind considerate ca având șanse mai mari de reușită față de cele bazate doar pe intuiție managerială).¹⁰⁴

3.3. Apariția, dezvoltarea și necesitatea perfecționării marketingului îngrijirilor de sănătate

În dezvoltarea marketingului serviciilor¹⁰⁵ au fost identificate șapte etape de dezvoltare: *orientarea spre vânzare* (1930-1950), accentul punându-se atunci pe sporirea vânzărilor; *accentul pe publicitate și comunicații* (până în anul 1970), în centrul atenției aflându-se atunci activitatea de publicitate; *orientarea spre dezvoltarea produsului* (până în anul 1980), intensificându-se atunci activitatea de inovare și de dezvoltare a produselor noi; *accentul pe diferențiere și pe analiza concurenței* (începutul anilor optzeci), realizându-se în acea perioadă analize strategice, trecându-se la poziționarea serviciilor și diversificându-se strategiile; *concentrarea pe servirea clienților* (mijlocul anilor optzeci), în centrul atenției aflându-se atunci perfecționarea procesului de servire a clienților; *orientarea spre calitatea servirii* (începutul anilor nouăzeci), cercetându-se atunci gradul de satisfacție al clienților; *accentul pe marketingul relațional* (după 1990), accentul punându-se în acea perioadă pe cultivarea relațiilor cu clienții pe termen lung, reciproc avantajoase.

După cum am văzut mai sus, *marketingul serviciilor dispune de trei componente distincte*:¹⁰⁶

- *marketingul intern* (pregătirea, instruirea și motivarea angajaților în vederea servirii corespunzătoare a clienților, principala atribuție a marketingului constând în a îi determina pe toți membrii organizației să acționeze în spiritul marketingului; este fundamentat pe comunicația eficientă între management și personal),
- *marketingul extern* (activitățile prestatorului de servicii pe linie de pregătire, stabilire a tarifului, distribuție și promovare a serviciului către clienți) și

¹⁰⁴ Purcărea, T., *Marketing, inovație și alternativă*, Editura Universității Tehnice a Moldovei, Chișinău, 2006, p. 9, 87, 97.

¹⁰⁵ Payne, A., *The Essence of Services Marketing*, Prentice Hall International, 1993, p. 28, citat de Popa, F., Purcărea V.L., Purcărea T., Rațiu, M.P., *Op. cit.*, p. 43-44.

¹⁰⁶ Popa, F., Purcărea V.L., Purcărea T., Rațiu, M.P., *Op. cit.*, p. 46.

- *marketingul interactiv* (activitățile din momentul contactului dintre prestator și beneficiarul serviciului, reflectând capacitatea angajaților de a dovedi respectarea promisiunii făcute clienților prin ofertă).

Marketingul îngrijirilor de sănătate poate fi definit ca *acea funcție a stabilimentului de îngrijiri de sănătate responsabilă cu definirea categoriilor de public țintite și a celor mai bune modalități de a satisface nevoia de sănătate a acestora la un nivel competitiv și profitabil*. În acest sens marketerii trebuie:

- să elaboreze politica de marketing considerând starea generală de sănătate a populației, satisfacerea așteptărilor și exigențelor pacienților, precum și nivelul optim al profiturilor organizației medicale;

- să considere pacienții ca principală sursă de venit a organizației medicale, profiturile acestora fiind influențate în mod direct de gradul de satisfacere a nevoilor și exigențelor pacienților;

- să investigheze în profunzime nevoile pacienților, identificându-se nevoile latente, oferindu-se servicii medicale noi (profilactice și de îngrijire a sănătății), concentrându-se pe cercetarea complexă de marketing și pe adaptarea serviciilor la nevoile viitoare ale pacienților.¹⁰⁷

3.4. Managementul marketingului îngrijirilor de sănătate

Managementul marketingului reprezintă activitatea de analiză, planificare, implementare și control a programelor care vizează crearea, promovarea și menținerea rezultatelor în urma schimburilor menite să satisfacă obiectivele unei organizații medicale.¹⁰⁸ Managementul marketingului serviciilor de sănătate este extrem de important astăzi datorită atât creșterii constante și exponențiale a costurilor, cât și concurenței tot mai acerbe pe piața relevantă, în condițiile în care exigențele consumatorilor de servicii de sănătate, tot mai bine informați și tot mai conectați, devin din ce în ce mai mari.

Aceste evoluții de pe piața din sănătate impun căutarea permanentă de noi soluții pentru păstrarea pacienților existenți și atragerea unor noi, furnizând servicii de calitate, ținând cont de opiniile publicului interesat, de percepțiile tuturor celor implicați. Pentru aceasta este nevoie de strategii manageriale dinamice și creative, de acțiuni specifice de

¹⁰⁷ Popa, F., Purcărea, V.L., Purcărea T., Rațiu, M.P., *Op. cit.*, p. 64.

¹⁰⁸ Popa, Fl., Purcărea, V.L., Purcărea, T., Rațiu, M.P., *Op. cit.*, p. 186.

marketing centrate pe clienți. Serviciile de îngrijire a sănătății oferite trebuie să fie ceea ce așteaptă pacienții.

Câteva aspecte esențiale pentru o abordare adecvată a managementului marketingului îngrijirilor de sănătate:

- *provocarea pentru marketerii de îngrijire a sănătății este de a crește utilizarea serviciilor furnizate de către organizația medicală; în anumite circumstanțe însă un serviciu ar putea fi furnizat la o pierdere anumită pentru a stabili o relație cu clienții, iar în alte circumstanțe serviciile pot fi oferite la pierdere deoarece volumul în această arie de serviciu are implicații pentru profitul de-a lungul drumului într-un serviciu conex;*

- *cererea de servicii de sănătate este surprinzător de elastică, nivelul acesteia fiind influențat de o serie de factori, inclusiv caracteristicile populației (cum ar fi: datele demografice, psihografice și afilierea la un grup social) și factori structurali (cum ar fi: disponibilitatea personalului medical și facilităților de sănătate, a aranjamentelor financiare (în special disponibilitatea de asigurare), a resurselor tehnologice și a modelelor de practică ale medicului, precum și accesul la acestea;*

- *un fenomen relativ recent în domeniul îngrijirii sănătății este brandingul ca strategie, făcând distincție între identitatea corporativă (se referă la numele, logo-ul sau sloganul unei companii) și imaginea corporativă (percepția publicului asupra unei organizații, fie dacă această percepție este intenționată sau nu);*

- *revitalizarea continuă a brandului trebuie să se concentreze pe punctul de diferențiere al organizației medicale, procesul de branding de succes oferind un cadru care asigură legătura esențială între strategia de branding (componentele cheie ale acesteia fiind angajamentul și implicarea conducerii executive) de strategia de afaceri;*

În același timp, organizațiile de sănătate au nevoie să înțeleagă că:

- *strategia de marketing mai poate fi definită și ca ansamblul principiilor, politicilor și procedurilor care orientează activitatea de marketing a organizației pe piața sa țintă, existând trei elemente de sprijin: buget (corespunzător, în general, unui procent din cifra de afaceri și dublului segmentului de piață sperat a se obține), mix de marketing (care integrează ansamblul variabilelor de care dispune organizația pentru a influența piața țintă, respectiv cei 4P al lui McCarthy – produs, preț, distribuție/plasament, promovare, o restrângere de la cele 12 variabile considerate de Borden – plus cei 3P în cazul serviciilor – evidență fizică/physical evidence, participanți/people, proces – adăugați de Booms și Bitner, rezultând cei 7P) și procedura de repartiție (maniera în care bugetul va fi alocat diferitelor produse, segmente de clientelă și*

teritorii de vânzare, în efortul de a maximiza rentabilitatea investițiilor de marketing pe termen lung);

3.5. Marketingul îngrijirilor de sănătate și responsabilitatea socială

Cele patru dimensiuni ale marketingului holistic sunt următoarele:

- *Marketing intern* (department marketing, management senior, alte departamente);
- *Marketing integrat* (comunicații, bunuri și servicii, canale de marketing / distribuție);
- *Marketing de relație* (clienți, canale, parteneri);
- *Marketing responsabil social* (etică, mediu, juridic, comunitate).

Marketingul social, sublinia în anul 2015 Catherine G. Page (la care am făcut trimitere mai sus),¹⁰⁹ este definit ca *aplicare a tehnicilor de marketing comercial la servicii care sunt proiectate să influențeze comportamentul voluntar al grupurilor țintă pentru a îmbunătăți bunăstarea personală și pe cea a societății* (exemplele putând include: renunțare la fumat, practici sexuale sigure, strategia de identificare a cancerului la sân, planificare familială, programe de utilizare a centurilor de siguranță). *Conceptele marketingului social* sunt următoarele: orientarea centrată pe pacient/client; segmentarea piețelor țintă; raportarea de bariere reale și percepute care împiedică oamenii să adopte un comportament nou; demonstrarea beneficiilor schimbării dorite pentru oameni pe piețele țintă; utilizarea unei varietăți de mijloace pentru atinge piețele țintă; pretestarea și monitorizarea intervențiilor de marketing pe măsură ce sunt puse în aplicare; formarea de parteneriate care sporesc credibilitatea și facilitează accesul la piețe țintă; luarea de angajamente pe termen lung pentru strategia de marketing.¹¹⁰

Responsabilitatea socială în domeniul serviciilor de îngrijiri de sănătate poate fi definită ca obligația organizației medicale de a-și maximiza impactul pozitiv și de a-și minimiza impactul negativ asupra societății, comportamentul responsabil din punct de vedere social devenind o condiție determinantă a obținerii avantajului competitiv de către organizația respectivă.¹¹¹

¹⁰⁹ Page, C.G., *Op. cit.*, p. 90.

¹¹⁰ Longest, B.B., *Health Policymaking in the United States*, 4th ed., Chicago, American College of Healthcare Executives, 2006, citat de Page, C.G., *Op. cit.*, p. 90-91.

¹¹¹ Stroup M.A., Newbert R.L., Anderson J.W., *Doing Good, Doing Better: Two Views of Social Responsibility*, Business Horizons, 1987.

Protecția consumatorului, una dintre problemele importante privind responsabilitatea socială, reflectă (în afară de eforturile oficiale ale instituțiilor statului cu atribuții în domeniu pe linie legislativă sau executivă) și efortul persoanelor fizice, al diferitor grupuri și organizații de a proteja drepturile consumatorilor. Prin protecția consumatorilor, se urmărește realizarea următoarelor obiective: protecția mediului înconjurător, performanța și siguranța serviciului, furnizarea de informații relevante privind serviciul oferit etc. După cum este cunoscut la nivelul Uniunii Europene,¹¹² consolidarea poziției consumatorilor și protejarea eficientă a siguranței și a intereselor lor economice constituie obiective esențiale ale politicii europene în domeniul protecției consumatorilor.

Deși a reprezentat și reprezintă o preocupare permanentă în demersul decizional de marketing, etica reprezintă unul dintre cele mai controversate concepte în domeniul marketingului în general. *Etica marketingului în domeniul sănătății* vizează evaluarea morală a deciziilor și activităților de marketing al îngrijirilor de sănătate, pe baza principiilor de comportament general acceptate. Etica profesională în domeniul serviciilor de îngrijire a sănătății poate fi definită ca reprezentând totalitatea principiilor morale care definesc un comportament corect sau incorect în marketing.¹¹³

Principiile referitoare la etica profesională și responsabilitatea socială se interferează în activitatea oricărei organizații de îngrijiri de sănătate, condiționându-se și influențându-se reciproc. Iar organizațiile medicale care sprijină atât filosofile morale acceptate social, cât și indivizii care au un comportament etic, vor fi în măsură să adopte decizii cu un impact pozitiv asupra societății, în măsura în care reușesc să ia în considerare și argumentele care urmează, ținând cont de alte învățăminte desprinse tot din literatura de specialitate.

¹¹² Maciejewski, M., Piaguet, C., Hayer, S., *Politica de protecție a consumatorilor: principii și instrumente*, 05/2016.

¹¹³ Robin D.P., Reidenbach R.E., *Social Responsibility, Ethics in Marketing Strategy, Closing the Gap Between Concept and Application*, Journal of Marketing, Jan. 1987.

Cap. IV. PARTICULARITĂȚILE COMUNICĂRII DE MARKETING

- 4.1. Comunicarea, procesul esențial prin care este experimentată viața umană
- 4.2. Particularitățile instrumentelor de management în comunicarea de marketing
- 4.3. Mixul comunicațional în serviciile de medicină internă, expresia utilizării instrumentelor de marketing în practica profesională în marketingul serviciilor de îngrijire a sănătății
- 4.4. Provocări, oportunități și soluții pentru comunicarea interpersonală în sănătate

4.1. Comunicarea, procesul esențial prin care este experimentată viața umană

Comunicare de masă (definită de Bogdan Nadolu ca producere și difuzare a unor mesaje de către un sistem mediatic instituționalizat către un public eterogen și numeros) este una dintre cele mai cunoscute tipologii (conturate în jurul noțiunii de comunicare) – în funcție de numărul celor implicați – *alături de cea intrapersonală* (derulată în forul interior al unui individ devenind succesiv emițător și receptor în formularea unei suite de gânduri); *cea de grup* (derulată, în mod direct sau mediat, sub forma dezbaterii în cadrul reuniunii grupului ca elaborare a unei suite de comunicații interpersonale, comunicarea din cadrul organizațiilor fiind considerată o formă aparte). Pe de altă parte, *comunicarea* poate fi: *directă* sau *indirectă* (în funcție de contextul interacțiunii); *verbală*, *paraverbală* sau *non-verbală* (în funcție de natura mesajului); *sincronică* sau *asincronică* (în funcție de feed-back); *formală* sau *informală* (în funcție de rigurozitate) etc. Se cuvine a mai preciza atât că există o relație de complementaritate între diferitele clasificări, cât și că se pot configura și alte tipologii particulare ale comunicării în funcție de perspectiva științifică de abordare și de natura demersului analitic sau investigativ.¹⁷²

Critica adusă modelului de comunicare al lui Shannon și Weaver include următoarele: este unul dintre cele mai simple modele și este aplicat în general în diverse teorii de comunicare; atrage atât mediul academic al comunicării umane, cât și teoreticianul informațiilor să-și continue cercetarea în comunicare; este mai eficient în comunicarea de la persoană la persoană decât cea de grup sau audiență de masă; este bazat pe Expeditor și Receptor, expeditorul jucând rolul principal, iar receptorul pe cel secundar (primind informațiile sau fiind pasiv); comunicarea nu este un proces cu sens

¹⁷² Nadolu, B., *Comunicarea – conținuturi și perspective teoretice*, accesibil online la: http://www.mes05.home.ro/1_Comunicarea.htm

unic, iar dacă se comportă așa își va pierde puterea; înțelegerea zgomotului va ajuta la rezolvarea diferitelor probleme în comunicare. Trebuie arătat aici ca principiul feedback-ului a fost adăugat la model ca oferind o mai mare apropiere a interacțiunii umane interpersonale decât era cunoscut înainte, constructul fiind derivat din studiile lui Norbert Wiener, ale carui modele cibernetice au fost concepute pentru a fi receptive la propriul lor comportament.

Kotler argumentează, în esență, următoarele:

- pentru ca un mesaj să fie eficace, procesul de codificare realizat de emițător trebuie să formeze un angrenaj cu procesul de decodare realizat de receptorul mesajului;
- cele mai bune mesaje sunt formate din cuvinte și alte simboluri care sunt familiare pentru receptor;
- cu cât câmpul de experiență al emițătorului se suprapune cu cel al receptorului, cu atât mai eficient este probabil să fie mesajul;
- *comunicatorii de marketing nu pot partaja întotdeauna câmpul de experiență al consumatorului lor.*

Pe de altă parte, acest model al lui Porter evidențiază o serie de *factori cheie pentru o bună comunicare*:

- emițătorii mesajului trebuie să știe ce la ce audiențe doresc să ajungă cu acest mesaj și ce fel de răspunsuri doresc;
- emițătorii trebuie să fie buni la codificarea mesajelor, luând în considerare modul în care audiența (publicul) țintă le decodează;
- emițătorii trebuie să transmită mesaje prin intermediul media (mijloacelor de comunicare) care să ajungă la publicul țintă, trebuind totodată să dezvolte canale de feedback astfel încât să poată evalua răspunsul publicului la aceste mesaje.

4.2. Particularitățile instrumentelor de management în comunicarea de marketing

Prin aplicarea tehnologiei sociale numită management se poate crea valoare din soluții bazate pe tehnologie, cum ar fi orașe inteligente, rețele inteligente, servicii sociale eficace din punct de vedere al costului, îngrijire a sănătății personalizată și telemedicină, învățare intensificată de tehnologie și noi abordări de inovare deschisă. Provocarea pentru managementul în societatea următoare, este rezumată în spusele

Profesorului Drucker, conform căruia cel mai bun mod de a prezice viitorul este de a-l crea.¹⁷³

Inovarea deschisă este o paradigmă care presupune că organizațiile pot și ar trebui să utilizeze atât idei externe, cât și idei interne și căile interne și externe ce conduc la piață, pe măsură ce organizațiile urmăresc să-și avanseze tehnologia, inovarea deschisă combinând idei interne și externe în arhitecturi și sisteme.¹⁷⁴

În scopul de a lua decizia corectă, apreciem (continuând parafrizarea) că *furnizorul de servicii de îngrijiri de sănătate trebuie să se implice într-un proiect de cercetare privind calitatea relației brandului organizației medicale cu consumatorul de servicii de sănătate, un indicator pe bază de consum de îngrijiri de sănătate al tăriei și profunzimii acestei relații, pornind de la două întrebări:*

- Ar trebui ca emoțiile sau aspectele mai funcționale legate de calitate să aibă o pondere mai mare în campania de marketing a brandului organizației medicale?
- Cum afectează acestea performanța de marketing a organizației medicale (cum ar fi dorința consumatorilor de îngrijiri de sănătate de a participa, comentariile, setul de considerații și așa mai departe)?

Astfel, *următoarele instrumente permit analiza unei campanii de comunicare externă și într-o organizație medicală.*¹⁷⁵

- *Modelul Boston Consulting Group (BCG)*, fundamentat pe matricea creștere-cotă de piață. În cadrul acestei matrice BCG este ilustrată o anticipare a evoluției naturale a unei campanii de marketing în cazul în care nu va interveni nici o schimbare de strategie. Comparând matricea actuală cu cea previzională trebuie să se identifice problemele strategice majore intervenite în etapele de implementare ale unei campanii de marketing.

- *Analiza SWOT* este un alt important instrument de management, al cărui scop principal este de a identifica și a atribui fiecărui factor semnificativ, pozitiv sau negativ, un loc într-unul din cele patru cadrane: *Puncte tari* și *Puncte slabe* (Mediul intern); *Oportunități* și *Amenințări* (Mediul extern).

¹⁷³ Straub, R., *Managing in the Next Society*,

<http://druckersociety.at/index.php/peterdruckerhome/commentaries/dr-richard-straub?start=2>

¹⁷⁴ Chesbrough, H. Open Innovation: The New Imperative for Creating And Profiting from Technology Harvard Business Review Press, September 30, 2005.

¹⁷⁵ Kotler, Ph., Armstrong, G., *Management marketing*, Editura Teora, București, 2005, citați de Bobocea, L., Spiridon, St., Petrescu, L., Gheorghe, C.M., Purcărea, V.L., *The management of external marketing communication instruments in health care services*, Journal of Medicine and Life, Volume 9, Issue 2, April-June 2016, pag. 137-140.

● *Diagrama GANTT* este un instrument de planificare a timpului în cadrul unui proiect de comunicare.

Se impune a menționa, în acest context, că există și alte limite ale instrumentelor analizate (în afară de cele precizate în primul caz).¹⁷⁶ Aceste limite, ale instrumentelor utilizate deci în activitatea de evaluare a campaniilor de marketing efectuate, sunt apreciate ca fiind încă destul de mari, neconducând întotdeauna la rezultate corecte deoarece:

- se dă senzația de raționalitate absolută și infailibilitate a instrumentelor, pe când realitatea nu este atât de previzibilă;
- instrumentele nu sunt întotdeauna atât de adecvate realității în orice moment (nu există gestiunea de tipul principiului că se poate apăsa pe buton și se derulează programul);
- cum lumea este în dinamică, apare schimbarea și progresul, prevăzându-se astfel controale doar în punctele nevralgice (unde există slăbiciuni), pentru a evalua evoluția fluxului de activități.

4.3. Mixul comunicațional în serviciile de medicină internă, expresia utilizării instrumentelor de marketing în practica profesională în marketingul serviciilor de îngrijire a sănătății

Mix-ul de comunicații de marketing este format din opt moduri principale de comunicare:

- *Advertising* (publicitate contra-cost): orice formă plătită de prezentare nonpersonală și promovare de idei, bunuri sau servicii de către un sponsor identificat prin intermediul presei scrise (ziare și reviste), media de difuzare (radio și televiziune), media de rețea (telefon, cablu, satelit, fără fir), media electronică (casete audio, casete video, videodisk, CD-ROM, pagină web) și media de afișare (panouri, insigne, postere);
- *Promovarea vânzărilor*: o varietate de stimulente pe termen scurt pentru a încuraja încercarea sau achiziționarea unui bun sau serviciu, inclusiv promoții de consum (cum ar fi eșantioane, cupoane și articole promotionale), promoții comerciale

¹⁷⁶ Boboce, L., Spiridon, St., Petrescu, L., Gheorghe, C.M., Purcărea, V.L., *The management of external marketing communication instruments in health care services*, Journal of Medicine and Life, vol. 9(2), April-June 2016, pag. 137-140, adaptare după Kotler, Ph., Armstrong, G., *Management marketing*, Editura Teora, București, 2005.

(cum ar fi reduceri de preț la publicitate și afișare), precum și promoții de afaceri și de forță de vânzări (concursuri pentru reprezentanții de vânzări);

- *Evenimente și experiențe*: activități și programe sponsorizate de organizație concepute pentru a crea interacțiuni de zi cu zi sau speciale legate de brand cu consumatorii, inclusiv sporturi, arte, divertisment și evenimente cu cauză, precum și activități mai puțin formale;

- *Relații publice și publicitate* (aceasta din urmă cu sensul de comunicare neplătită - articole, reportaje, discuție dintre două persoane etc.): o varietate de programe direcționate intern către angajații organizației sau extern către consumatori, alte organizații, guvern și media pentru a promova sau a proteja imaginea unei organizații sau comunicările sale individuale pentru bunuri și servicii;

- *Marketing direct*: utilizarea de mail, telefon, fax, e-mail sau Internet pentru a comunica direct cu sau a solicita răspuns sau dialog de la clienți specifici și prospekți.

- *Marketing interactiv*: activități și programe online concepute pentru a angaja clienți sau prospekți și în mod direct sau indirect a crește conștientizarea, a îmbunătăți imaginea sau a determina vânzarea de bunuri și servicii;

- *Marketing word-of-mouth* (din gură în gură): comunicații orale de la om la om, scrise sau electronice, care au legătură cu meritele sau experiențele de achiziționare sau utilizare de bunuri sau servicii;

- *Vânzare personală*: interacțiune față-în-față cu unul sau mai mulți cumpărători potențiali în scopul de a face prezentări, a răspunde la întrebări și a procura comenzi.

Se poate argumenta în acest context că *în situația unei clinici condiția esențială a realizării obiectului său de activitate o reprezintă comunicarea acestuia cu mediul de marketing*. Prin urmare, *în îndeplinirea misiunii sale, o clinică are nevoie să-și concentreze eforturile de marketing în direcția realizării unei comunicări permanente și eficiente cu mediul extern, cu pacienții săi în primul rând*.

Ca urmare, pentru o organizație de servicii de sănătate, inclusiv deci pentru clinica (secția) de medicină internă, politica promoțională, ca parte componentă a sistemului de comunicații, reprezintă un element al mix-ului de marketing vital pentru dezvoltarea și menținerea unor relații durabile cu pacienții. Comunicațiile, în clinica de medicina internă, în general, au ca *obiective principale* următoarele:

- să atragă atenția pacienților potențiali asupra clinicii;
- să informeze pacienții potențiali cu privire la oferta de servicii de sănătate pe care clinica le poate oferi;

- să-i convingă pe pacienții potențiali de necesitatea apelării la clinică și la specialiștii săi pentru aceste servicii de sănătate de calitate recunoscută.

Necesitatea comunicării permanente a clinicii cu mediul extern, cu piața pacienților, presupune o reconsiderare a politicii de promovare, urmărindu-se o îmbunătățire calitativă permanentă atât a conținutului informațiilor transmise în legătură cu activitatea și serviciile clinicii, cât și a feedback-ului necesar (conform modelului lui Kotler). Politica de promovarea a clinicii este condiționată de eficiența comunicării clinicii cu piața pacienților prezenți și potențiali.

4.4. Provocări, oportunități și soluții pentru comunicarea interpersonală în sănătate

Pas cu pas, *comunicarea interpersonală eficientă între furnizorul de îngrijire a sănătății și client a fost recunoscută ca fiind una dintre cele mai importante elemente pentru îmbunătățirea satisfacției clientului, a conformării acestuia și a rezultatelor din domeniul sănătății.*¹⁷⁷ S-a constatat astfel că:

- pacienții care înțeleg natura bolii lor și tratamentul acesteia și care cred că furnizorul de servicii de sănătate este preocupat de bunăstarea lor arată o mai mare satisfacție cu îngrijirea de sănătate primită și sunt mai susceptibili de a se conforma cu regimurile de tratament;
- în pofida recunoașterii pe scară largă a importanței comunicării interpersonale, subiectul nu este însă întotdeauna accentuat în formarea medicală.

În același timp, s-a recunoscut recent în îngrijirile de sănătate că *populația care necesită îngrijire este în creștere și resursele sunt în scădere*. Iar graba și mentalitatea de evitare a problemei poate conduce oamenii departe de posibilitatea de a învăța: tolerarea afacerilor neterminate; rezolvarea creativă a problemelor; gândirea flexibilă; investirea de efort conștient propriu; spontaneitatea; testarea limitelor; a sta cu sentimente incomode (ceea ce este cel mai important, deoarece maturitatea emoțională se naște din experiențele anterioare, iar maturitatea este necesară pentru a deveni calificați pentru negociere și rezolvarea problemelor, asigurând un timp suficient pentru a permite examinarea adecvată a problemei la îndemână).

¹⁷⁷ De Negri, B., DiPrete Brown, L., Hernández, O., Rosenbaum, J., Roter, D., *Improving Interpersonal Communication Between Health Care Providers and Clients*, USAID, Quality Assurance Project Center for Human Services in collaboration with The Academy for Educational Development and The Johns Hopkins University, Quality Assurance Methodology Refinement Series, disponibil online la: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnace294.pdf

Pe de altă parte, nu trebuie neglijate nici așteptările privind comportamentul profesional, în orice moment, al medicilor, al asistentelor medicale și al tuturor membrilor echipei de îngrijiri de sănătate. Deoarece, în cazul apariției unui comportament inadecvat trebuie luată decizia individuală care se impune. Uneori oamenii trebuie învățați să te trateze cu respectul cuvenit.

Medicii care practică îngrijirea de sănătate centrată pe pacient trebuie să dispună de *sisteme care să măsoare în mod continuu percepțiile pacientului*, în acest sens fiind utilizate, de exemplu, *instrumente de marketing online* (punându-se și întrebări legate de satisfacția pacientului și de alți parametri de îngrijire). Un instrument simplu, este și cel recomandat de Moore și Wasson,¹⁷⁸ în studiul lor depre modelul ideal de practica medicală. De altfel, *îngrijirea de sănătate centrată pe pacient gravitează în jurul chestionării continue a pacienților pentru a evalua nevoile lor și eficacitatea îngrijirii pe care o primesc.*¹⁷⁹

Comunicarea interpersonală este definitorie pentru mai buna conducere a relațiilor cu pacientul, iar dincolo de cele mai bune practici de bază sunt *recomandabile strategii de marketing care să ajute la dezvoltarea acestor relații.*¹⁸⁰

Numeroasele cercetări efectuate au arătat *impactul comunicării directe asupra emergenței încrederii în grupurile medicale și efectul pozitiv al comunicării virtuale asupra emergenței sentimentului de siguranță*. Prin urmare, *efectele comunicării virtuale asupra procesărilor informaționale sunt mediate atât de emergența încrederii, cât și de sentimentul de siguranță*. Crearea unui climat de încredere reduce probabilitatea apariției de tensiuni sau dezacorduri relaționale.

Comunicarea virtuală, pentru a fi utilă, necesită ca tehnologia de comunicare utilizată să permită un schimb informațional amplu între membrii grupului. Un management al cunoștințelor în grupurile virtuale din sănătate, pentru a fi eficient, trebuie să țină seama de modul în care grupurile virtuale procesează informația și de

¹⁷⁸ Moore, L.G., and Wasson, J.H., The Ideal Medical Practice Model: Improving Efficiency, Quality and the Doctor-Patient Relationship, Fam Pract Manag. 2007 Sep;14(8):20-24, disponibil online la: <http://www.aafp.org/fpm/2007/0900/p20.html>

¹⁷⁹ Rickert, J., Patient-Centered Care: What It Means And How To Get There, January 24, 2012, disponibil online la: <http://healthaffairs.org/blog/2012/01/24/patient-centered-care-what-it-means-and-how-to-get-there/>

¹⁸⁰ Johansson, A., 4 healthcare marketing strategies to create better patient relationships, July 2016, disponibil online la: <http://curious.stratford.edu/2016/07/07/4-healthcare-marketing-strategies-to-create-better-patient-relationships/>

efectele posibile, deoarece o cantitate mare de informații va conduce la o interferență accentuată.

Crearea unor relații interpersonale apropiate în grupurile virtuale este mai dificilă datorită lipsei interacțiunilor față în față. Ca rezultat, relațiile interpersonale, încrederea și coeziunea nu sunt ușor de creat în aceste condiții. *Una din cele mai importante surse ale încrederii, este calitatea comunicării interpersonale dintre membrii acesteia.*¹⁸¹

Pe de alta parte, trebuie evidențiat că *odată cu dezvoltarea tehnologiei și a Internetului a apărut un nou consumator de servicii de sănătate și anume e-pacientul, care folosește mediul online pentru a căuta informația medicală.* De exemplu, un studiu realizat în România, pe 1313 respondenți, de către compania Rentrop and Straton , a arătat că 81.9% dintre participanți căutau online informația medicală. *Internetul constituie totuși și un dezavantaj pentru consumatorii de servicii de sănătate, deoarece aceștia nu dețin cunoștințele necesare pentru a înțelege simptome, afecțiuni, tratamente.* De aceea, *consultația în serviciile de sănătate a suferit schimbări majore odată cu accesul pacienților la comunitățile online .*

Așa cum am atras atenția mai sus, dincolo de afectarea în mod direct a rezultatului tratamentului, *stabilirea unei bune relații medic-pacient conduce la o practică satisfăcătoare și împlinită pentru medic, a cărui reputație are de câștigat totodată un nume respectabil printre colegi și în cercul medical.*

Îmbunătățirea comunicării interpersonale între furnizorii de servicii de sănătate și pacienți constituie un aspect important al politicii de marketing al îngrijirilor de sănătate, iar cum intervențiile organizaționale schimbă din ce în ce mai mult experiența de zi cu zi al acestei îngrijiri, acestea pot avea un impact tot mai mare asupra calității comunicării interpersonale furnizor-pacient. Pe de altă parte, experiențele pozitive cu comunicarea interpersonală pot reduce ceva din experiențele negative asociate cu schimbări organizaționale resimțite de pacienți. Iată de ce, apreciem că *remodelarea culturii organizațiilor sanitare de la noi, în sensul dezvoltării unei mentalități de marketing contemporan, poate permite aducerea de contribuții însemnate pe linia identificării de răspunsuri adecvate la provocările actuale, inclusiv cea în legătură cu diferența dintre percepțiile pacienților și medicilor despre comunicarea interpersonală în contextul întâlnirii clinice.*

¹⁸¹ Ciurea, A.V., Cooper, G., Avram, E., Curseu, P.E., Managementul sistemelor și organizațiilor sănătății, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2010, p. 183-184

PARTEA SPECIALĂ

CAP. V. PARTICULARITĂȚILE COMUNICĂRII

ÎN SERVICIILE DE MEDICINĂ INTERNĂ

CAP. V. PARTICULARITĂȚILE COMUNICĂRII ÎN SERVICIILE DE MEDICINĂ INTERNĂ

- 5.1. Prioritatea experienței și satisfacției pacientului, construind relații cu pacienții prin consistența comunicării
- 5.2. Analiza statistică a datelor chestionarului privind satisfacția pacienților care au beneficiat de servicii medicale în cadrul instituției noastre
- 5.3. Analiza statistică a datelor chestionarului privind calitatea comunicării cu prestatorii de servicii de medicină internă
- 5.4. Paradigma pacient-furnizor de servicii medicale, bază utilă și justificată pentru studiul prezent și viitor al serviciilor de îngrijire a sănătății
- 5.5. Importanța comunicării medic-pacient în îmbunătățirea experienței pacientului în continuumul îngrijirii sănătății

5.1. Prioritatea experienței și satisfacției pacientului, construind relații cu pacienții prin consistența comunicării

Experiența pacientului este definită de Beryl Institute²⁶⁴ ca sumă a tuturor interacțiunilor, făurite de cultura unei organizații, care influențează percepția pacientului în continuumul îngrijirii. Conform primului dintre studiile HealthLeaders Media amintite mai sus, experiența și satisfacția pacientului (împreună deci) constituie prima dintre prioritățile directorilor de îngrijiri de sănătate, situându-se deasupra calității clinice, a reducerii costurilor, precum și a multor alte probleme considerate arzătoare.

Pe de altă parte, *măsurarea satisfacției pacientului constituie aplicarea la îngrijiri de sănătate a conceptului de satisfacție a clienților, concept care provine atât din managementul calității, cât și din marketing.*²⁶⁵ În această fază a demersului nostru de cercetare *ne-am aplecat, din punct de vedere al analizei statistice, doar asupra satisfacției pacientului, urmând ca, probabil, să abordăm și experiența pacientului într-un viitor demers de cercetare postdoctorală.*

²⁶⁴ www.theberylinstitute.org/?page=DefiningPatientExp

²⁶⁵ Devkaran, S., *Patient experience is not patient satisfaction. Understanding the fundamental differences*, disponibil online la: http://www.isqua.org/docs/default-source/education-/isqua-webinar_november-2014_subashnie-devkaran.pdf?sfvrsn

5.2. Analiza statistică a datelor chestionarului privind satisfacția pacienților care au beneficiat de servicii medicale în cadrul instituției noastre

Preocuparea constantă în ceea ce privește experiența și satisfacția pacienților care beneficiază de serviciile de medicină internă ale unității sanitare în care lucrez ne-a determinat să recurgem la un chestionar care să permită evaluarea obiectivă a gradului de satisfacție a pacienților (indicator semnificativ al îngrijirii de sănătate) tratați în acest spital, iar pe baza interpretării rezultatelor să se poată recomanda managementului spitalului soluții de îmbunătățire a acestei experiențe, având ca efect optimizarea rezultatelor medicale și creșterea notorietății brandului pe piața relevantă.

Aceasta deoarece, după cum argumentează specialiștii, *satisfacția pacienților are impact asupra:*

- menținerii pacienților existenți și câștigării celor potențiali;
- calității percepute a serviciilor medicale de către pacienți ca urmare atât a interacțiunii cu personalul medical, cât și a comunicării prin care pacienții sunt informați despre soluțiile la problemele medicale cu care se confruntă, soluții oferite de unitatea sanitară respectivă comparativ cu concurența acesteia;
- respectării recomandărilor medicilor;
- solicitării de către pacienți a unei a doua opinii medicale;
- rezultatelor medicale obținute de unitatea sanitară în cauză;
- satisfacției personalului medical al unității sanitare;
- recurgerea de către pacienți la procese de malpraxis;
- transformării pacienților în promotori ai brandului unității sanitare.

Având în vedere cele de mai sus, *am recurs așadar la un chestionar de satisfacție a pacientului cu grad mediu de structurare* (conținut ușor accesibil, format prestabilit), întrebările fiind închise, iar variantele de răspuns fiind fixe. Chestionarul a fost elaborat sub forma unor întrebări cu variante de alegeri multiple, unele scalare, gradate, de la “foarte bine” la “foarte rău”, sau tip “DA / NU”, la care pacienții trebuie să selecteze răspunsul care se potrivește opțiunii lor.

În prealabil, s-a obținut acordul conducerii spitalului și al fiecărui medic curant al pacienților cărora le-a fost înmănat chestionarul spre completare. Chestionarul nu prezintă date de identificare (este complet anonim) și a fost colectat de o persoană independentă după completare (de exemplu, infirmiera de tură). Conducerea spitalului și comisia de etică și-au exprimat acordul atât asupra distribuirii chestionarului respectiv pacienților (cu acordul medicului curant), cât și asupra conținutului chestionarului (a

fiecărui item în parte).

Chestionarele au fost distribuite și colectate pe parcursul anului 2015, în ziua sau în preziua externării, la pacienții internați în secțiile cu profil de medicină internă ale spitalului unde lucrez, pacienți internați în regim de spitalizare continuă (excluzând de aici spitalizările de zi sau pacienți care sunt internați continuu dar în regim ambulator - domiciliu sau fără pat ocupat pe secția de profil), în regim programat (excluzând din aceste cazuri urgențele medicale sau medico-chirurgicale), care au cel puțin trei zile de internare la momentul înmânării chestionarului. Pacienții aflați în stare gravă, comatoasă, pacienți fără discernământ sau pacienții care sunt permanent însoțiți și ajutați de un însoțitor au fost excluși din acest studiu.

Din cele circa 200 de chestionare care au fost distribuite în total, numai 168 au fost integral completate de către pacienții repondenți, acestea devenind baza de calcul pentru studiul desfășurat în entitatea supusă cercetării. Cu alte cuvinte, analiza statistică a fost realizată în urma introducerii datelor, interpretării matematice și reprezentării grafice a 168 de chestionare de satisfacție a pacienților care au apelat la servicii de spitalizare continuă în secțiile clinice (Cardiologie, Diabet și Boli de Nutriție, Reumatologie, Medicină Internă, Endocrinologie) cu profil de medicină internă din spitalul în cauză. Menționez că în primă instanță chestionarele au fost sortate după specificul secției de medicină internă de la care au fost primite. Am recurs practic la o analiza univariată a datelor, ca proces de aplicare a tehnicilor statistico-matematice în vederea extragerii din colecția de date obținute a informațiilor (permițând evaluarea opiniilor, atitudinilor și comportamentelor pacienților) necesare procesului decizional.

Din totalul amintit de 168 de pacienți care au completat chestionarul anonim de satisfacție (în ziua externării, de obicei), după cum se poate observa în figura de mai jos: 46% au beneficiat de servicii medicale în secția de Cardiologie, 24,65% au avut internare pe secția de Diabet și Boli de Nutriție, 12,90% în secția de Reumatologie, 8,09% la Medicină Internă și 8,36% la Endocrinologie.

Primii trei itemi ai chestionarului nostru de satisfacție a pacientului au vizat date demografice semnificative care să permită surprinderea tipologiei pacientului care apelează la serviciile secțiilor de medicină internă (vârstă, sex și mediul de proveniență). După cum rezultă și din figura de mai jos, din totalul celor 168 de pacienți chestionați aleator, în perioada menționată mai sus, 71 au fost bărbați și 97 au fost femei.

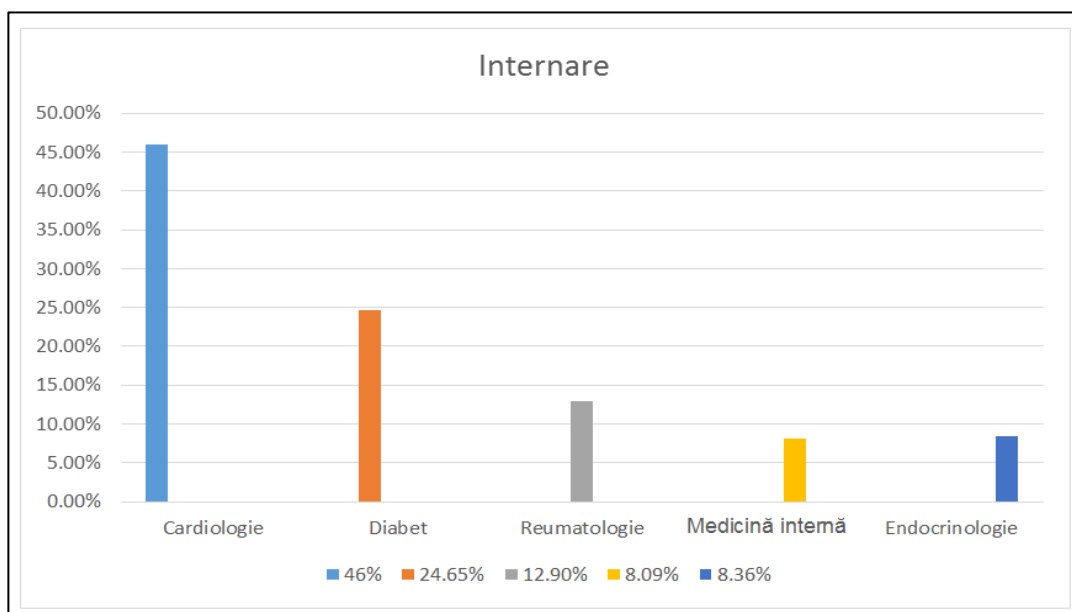


Fig. 5.1. Distribuția pacienților repondenți în funcție de secția de internare.

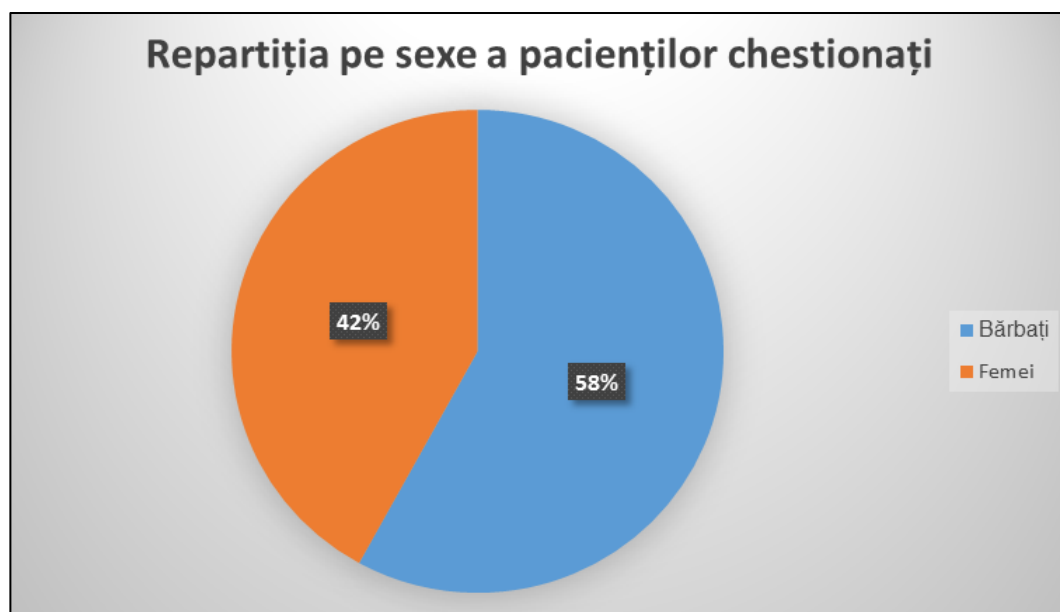


Fig. 5.2. Repartiția pe sexe a pacienților chestionați.

În ceea ce privește mediul de proveniență al pacienților internați în secțiile cu profil de medicină internă ale spitalului nostru, după cum se poate observa în figura de mai jos, numai 30 de pacienți provin din mediul rural (18%), ceilalți 138 provenind deci din mediul urban (82%).

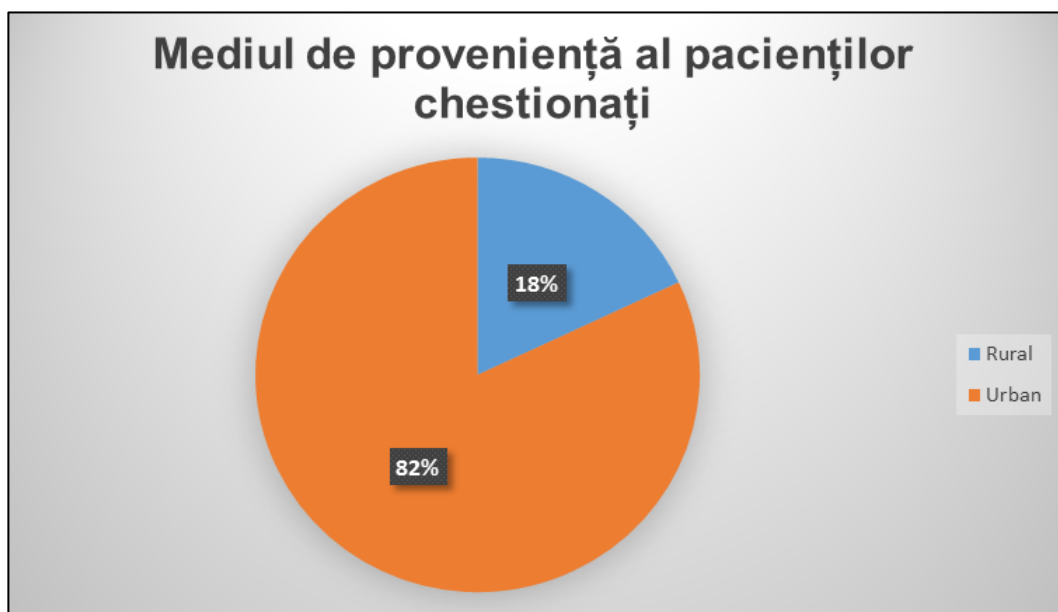


Fig. 5.3. Mediul de proveniență al pacienților chestionați.

Din punct de vedere al atitudinii personalului, după cum rezultă din figura de mai jos, 82% dintre pacienții chestionați au considerat că sunt foarte mulțumiți de atitudinea manifestată de personalul unității noastre sanitare (de la Biroul de Internări sau Camera de Gardă), apreciind modul de adresare și întâmpinare, disponibilitatea de a răspunde la întrebări și de rezolvare a cerințelor, precum și modul de direcționare spre cabinetele de explorări și saloanele de cazare. Un procent de 17% dintre pacienții care au dat curs chestionarului de satisfacție au evaluat atitudinea personalului ca fiind bună, iar 1% ca fiind medie.

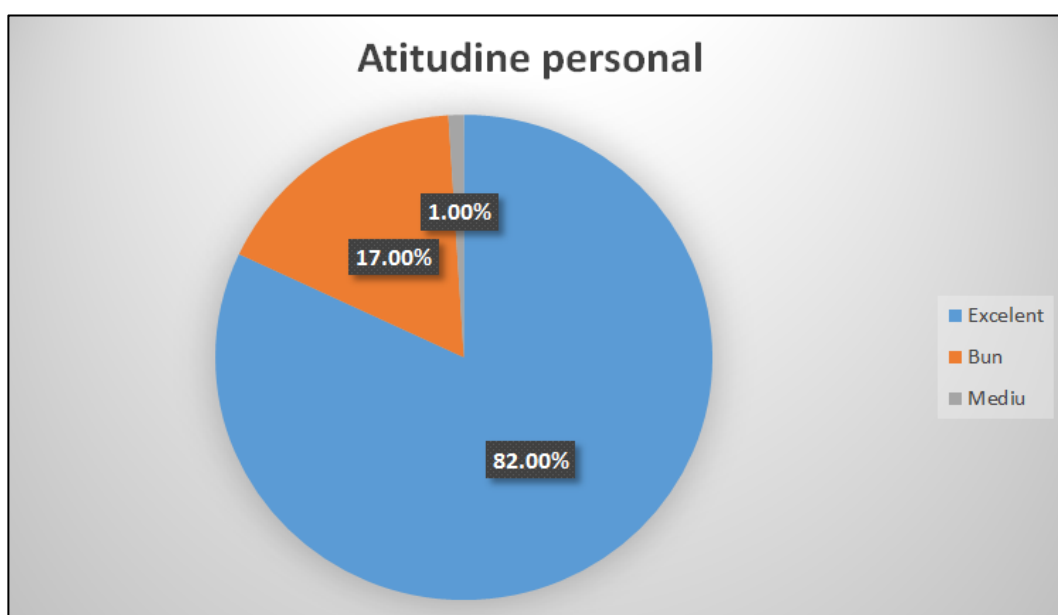


Fig. 5.5. Atitudine personal.

Pe perioada spitalizării, pacienții poartă un dialog cu personalul medical, în principal cu medicul curant, dar și cu medicul de gardă sau cu asistentele medicale, timp în care solicită informații medicale privind starea lor de sănătate, afecțiunea actuală, planul terapeutic, tratamentul administrat, investigațiile pe care medicul curant dorește să le efectueze, rezultatele tratamentului efectuat, recomandările la externare, inclusiv tratamentul ce urmează a fi continuat în ambulatoriu, recomandările privind stilul de viață, regimul igienico-dietetic ce trebuie urmat, controalele și reevaluările medicale ulterioare.

Din totalul celor 168 de pacienți care au răspuns la chestionarul de satisfacție, observăm că nu există pacienți care să se fi declarat nemulțumiți în ceea ce privește comunicarea și schimbul de informații cu personalul medical. Chiar și în acest context, doar 9 pacienți au declarat ca “acceptabil” gradul în care au fost informați medical de către personalul mediu și superior din secția respectivă, acești reprezentând 5,35%.

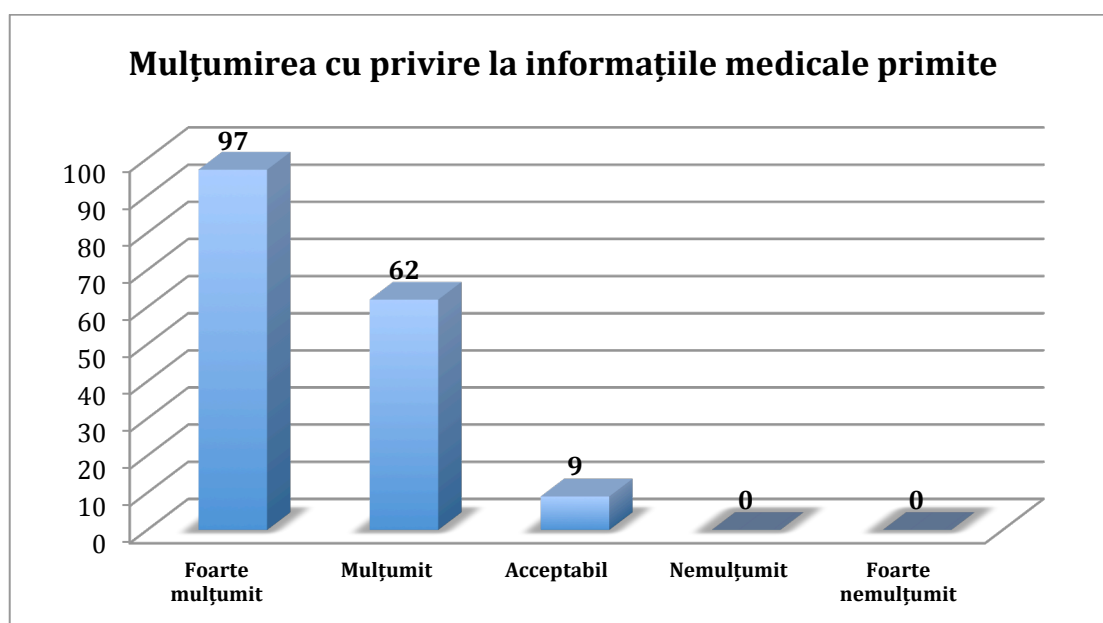


Fig. 5.8. Mulțumirea pacienților cu privire la informațiile medicale primite.

Astfel, 94,65% dintre pacienții repondenți, s-au declarat mulțumiți (36,90%) și foarte mulțumiți (respectiv 57,75%) de informațiile medicale oferite, în valori absolute aceștia fiind de 62 și, respectiv, 97 de persoane.

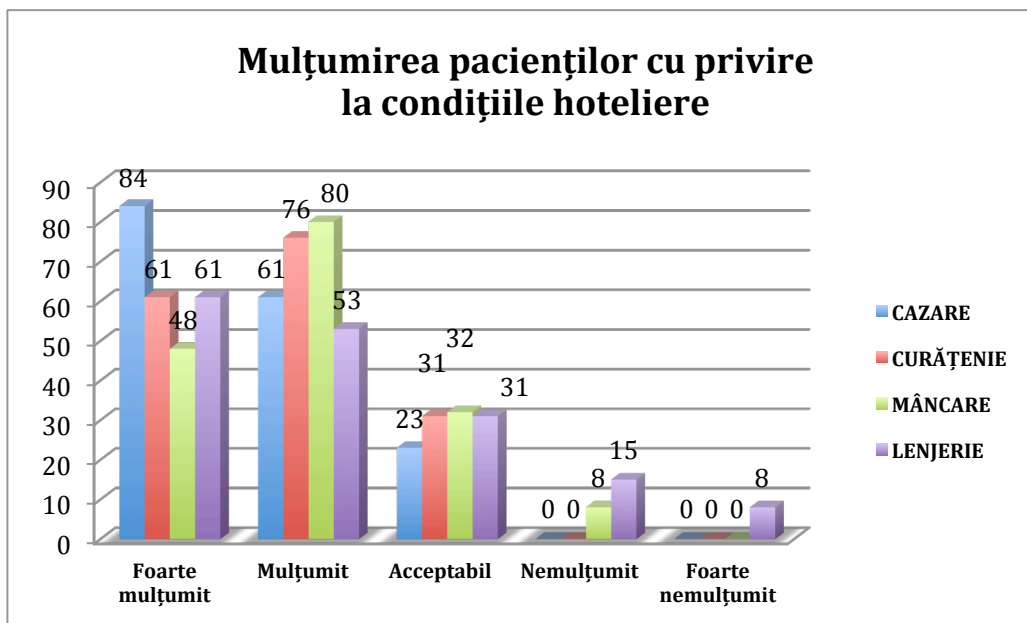


Fig. 5.9. Mulțumirea pacienților la condițiile hoteliere din unitatea sanitară.

Astfel, din cei 168 de pacienți care au răspuns chestionarului adresat lor, un număr cuprins între 114 și 145 dintre ei s-au declarat mulțumiți și foarte mulțumiți de calitatea tuturor aspectelor ce privesc condițiile hoteliere. Cei mai mulți s-au declarat foarte mulțumiți de saloane (generoase ca suprafață utilă, de 3 paturi, fiecare cu grup sanitar cu toaletă și duș individuale, dotate cu frigider, tv și aerotermă), de curățenia efectuată de personalul auxiliar, de mâncarea servită, individualizate prin varietate și prospețime, precum și de calitatea lenjeriei - curată la internare, schimbată la cel puțin 3 zile sau la nevoie. Circa 30 de pacienți au găsit acceptabile în ansamblul lor condițiile hoteliere oferite pacienților internați în secțiile cu profil de medicină internă.

Mulțumirea pacienților unității noastre sanitare se poate axa și pe dotările pe care le are spitalul. Din cei 168 de pacienți intervievați, 71 s-au declarat foarte mulțumiți de dotările spitalului, 44 mulțumiți, 35 le-au găsit acceptabile. Doar 18 pacienți s-au declarat nemulțumiți de dotările spitalului, și nu a existat niciun pacient total nemulțumit.

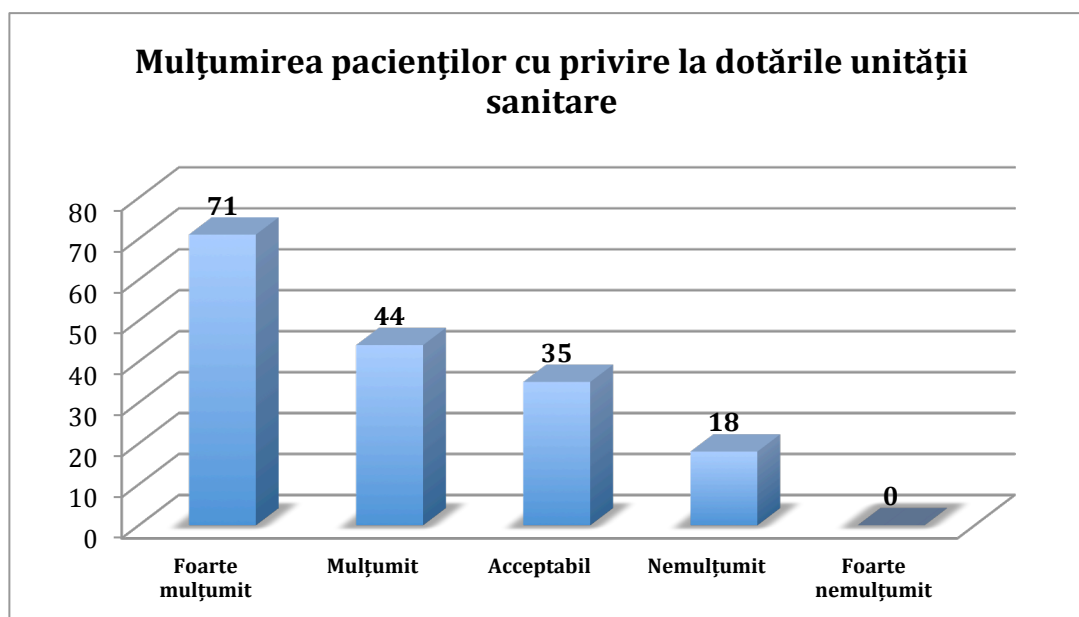


Fig. 5.17. Mulțumirea pacienților cu privire la dotările unității sanitare.

Independent de calitatea serviciilor medicale oferite, de profesionalismul cadrelor medicale, de dotările existente, pacienții pun foarte mare preț pe sollicitudinea personalului medical în rezolvarea problemelor medicale ce apar pe perioada internării.

Impresia pe care o crează personalul medical pacientului în momentele de interacțiune sunt un indicator important de satisfacție urmărit și în prezentul chestionar. Impresia personalului medical asupra pacienților este evaluată ca fiind într-un procent de cel puțin 88,7% de nivel excelent.

Medicii și asistentele medicale au fost caracterizați drept competenți și profesioniști de către întregul lot de studiu în unanimitate, disponibili de cca. 95% dintre pacienți, politicoși și amabili de către toți repondenții, permanent interesați și preocupați să asculte problemele pacienților și să găsească soluții împreună cu ei și să ofere informații medicale de aproape 89% dintre subiecți. Un procent de cel mult 11,3% consideră că disponibilitatea personalului medical precum și interesul sau preocuparea de a asculta pacientul și de a-i oferi informații medicale legate de condiția sa se situează la un nivel insuficient.

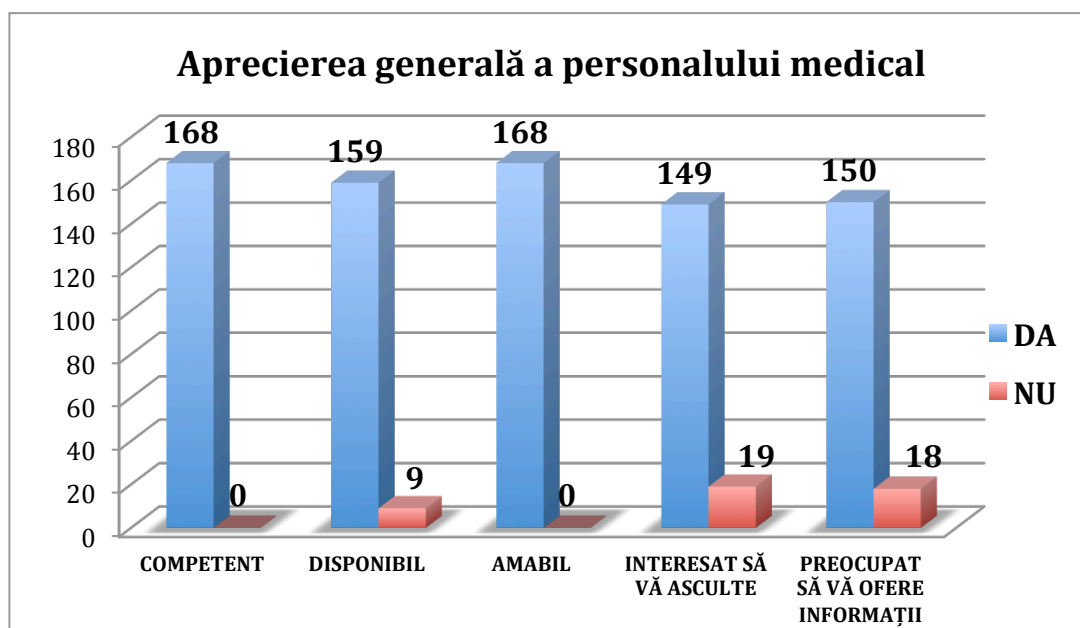


Fig. 5.20. Apprecierea generală a personalului medical.

Comunicarea medic-pacient reprezintă în medicina modernă cheia de boltă în făurirea acelei relații de comuniune și inter-dependență, ce atrage după sine confidențialitatea dar și încrederea reciprocă. Pacientul trebuie să fie în permanență informat despre starea sa de sănătate, despre orice schimbare ce a apărut (fie că este o ameliorare, sau o agravare a unei boli preexistente), necesitatea de internare și tratament într-o unitate medicală (patologie gravă sau multiple patologii asociate ce nu pot fi tratate în ambulatoriu), trebuie să i se prezinte clar și pe înțelesul lui evoluția naturală a afecțiunii (adică în lipsa instituirii unui tratament medico-chirurgical), opțiunile de tratament existente, cu beneficiile, limitele, riscurile și complicațiile fiecăruia, pentru a lua o decizie în deplină cunoștință de cauză, modul în care evoluează boala sa sub tratamentul aplicat, oportunitatea externării, precum și recomandările de regim igienodietetic, tratament la domiciliu, revenirea la control sau la persistența-reapariția simptomatologiei inițiale.

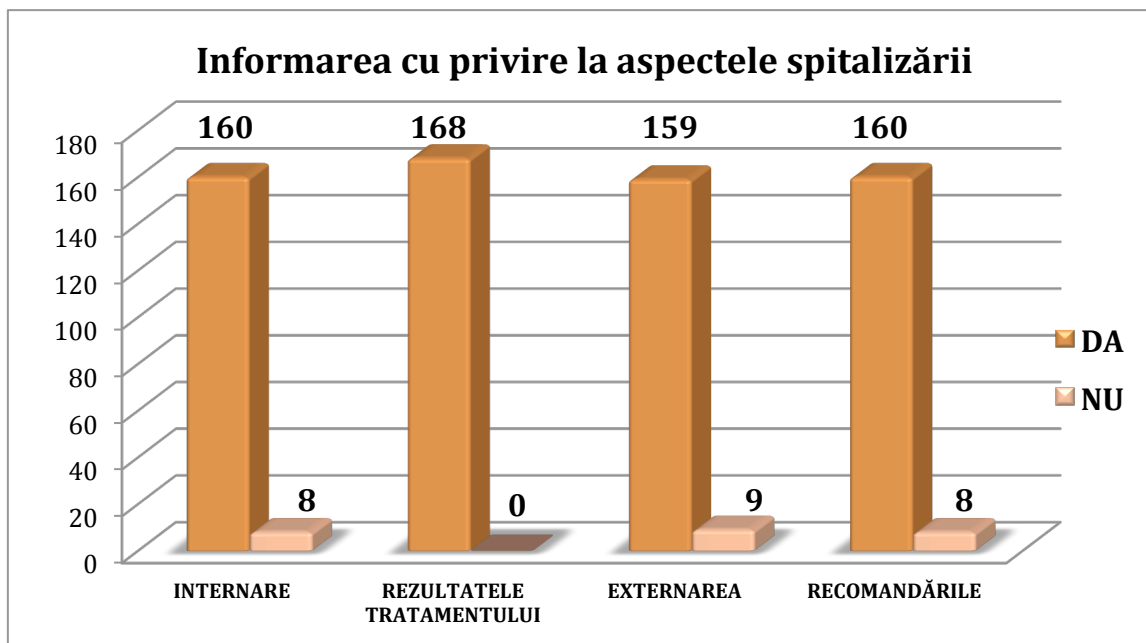


Fig. 5.21. Mulțumirea pacienților cu privire la informațiile medicale primite.

În datele studiului nostru, toți pacienții au declarat că au fost informați în ceea ce privește rezultatul tratamentului efectuat intraspitalicesc, iar, privind celelalte aspecte ale spitalizării, respectiv, necesitatea internării, oportunitatea externării și recomandările, în procente egale de aproximativ 95% dintre repondenți au declarat că au fost avizați cu privire la acestea.

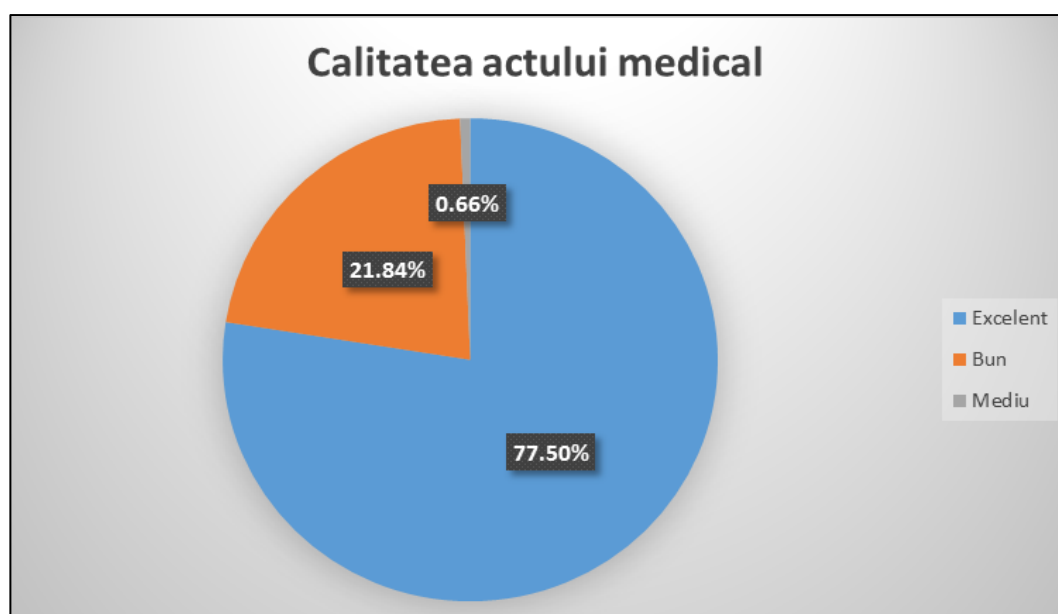


Fig. 5.22. Calitatea actului medical.

O situație foarte bună s-a constatat și în privința calității actului medical, 77,50% dintre pacienții chestionați fiind foarte mulțumiți de interacțiunea pozitivă cu personalul medical (investigațiile medicale, consultații, răspunsuri primite în legătură cu îngrijorările specifice etc.). Un procent de 21,84% dintre pacienți au apreciat calitatea actului medical ca fiind bună, în timp ce numai un procent de 0,66% au considerat-o ca fiind de nivel mediu, după cum se poate observa și mai sus:

Ultimii doi itemi ai chestionarului au fost reprezentați de satisfacția globală a pacientului la externarea din secția respectivă, practic se solicita o apreciere pe gradele de la “foarte mulțumit” la “foarte nemulțumit” legată de experiența sa în acea unitate sanitară, precum și întrebarea “Ați mai alege unitatea noastră sanitară pentru o internare ulterioară?”, ca încă o întrebare de verificare a disponibilității pacientului de a reveni, și, indirect, a mulțumirii pacientului față de internarea curentă.

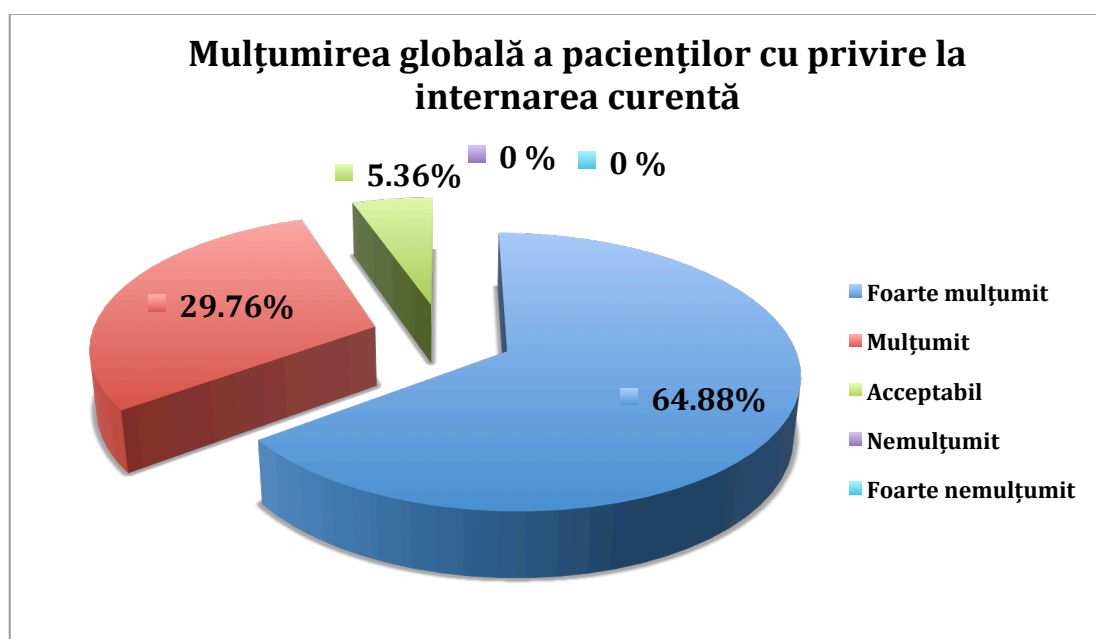


Fig. 5.24. Mulțumirea globală a pacienților cu privire la internarea curentă.

Dacă studiem cele două grafice, observăm la primul că 109 dintre pacienți, aceștia reprezentând 64,88%, s-au declarat foarte mulțumiți de experiența cu spitalul nostru. Mulțumiți au fost 50 dintre repondenți, ceea ce reprezintă 29,76%. Totalizând, mulțumiți și foarte mulțumiți sunt aproximativ 95% dintre pacienți. Numai 9 pacienți au declarat drept acceptabilă mulțumirea în ceea ce privește internarea curentă.

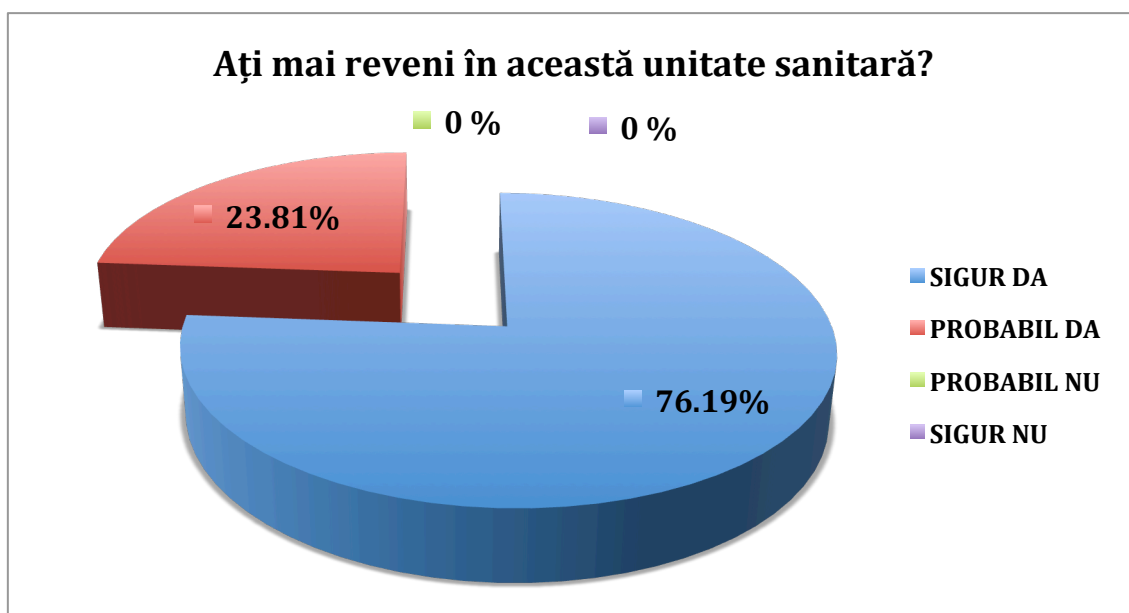


Fig. 5.25. Disponibilitatea pacienților de a reveni la aceeași unitate sanitară.

Analizând cel de-al doilea grafic, ne dăm seama că mulțumirea pacienților este defapt mai mare, întrucât 128 de pacienți declară că sigur vor reveni în această unitate sanitară, adică 76,19%, iar ceilalți 40 de repondenți susțin că probabil vor reveni cu o internare, aceștia fiind restul de 23,81%.

5.3. Analiza statistică a datelor chestionarului privind calitatea comunicării cu prestatorii de servicii de medicină internă

În paralel cu chestionarul de satisfacția pacienților, am distribuit personalului medical (medici, asistente medicale), personalului tehnic și de conducere (personal cu pregătire economică sau inginerescă) un chestionar pentru a evalua calitatea comunicării interne de marketing în serviciile de medicină internă între angajați, între manageri (șefi de secție sau administratori) și la nivelul unității medicale.

Chestionarul a fost elaborat sub forma unor afirmații cu 5 variante de alegere, gradate, de la “acord total” la “dezacord total”, fiecare repondent urmând a selecta răspunsul care se potrivește cel mai bine enunțului.

În prealabil am obținut acordul conducerii spitalului pentru a distribui acest chestionar angajaților. Chestionarul nu prezintă date de identificare (este complet anonim) și a fost colectat de o persoană independentă după completare. Chestionarele au fost distribuite și colectate pe parcursul anului 2015 din aceleași secții cu profil de

medicină internă ale spitalului unde lucrez de unde am adunat și lotul de chestionare de satisfacția pacienților.

A doua parte a chestionarului își propune să evalueze comunicarea între angajați. Întrucât există o diferență de funcții și pregătire profesională între angajații chestionați, am realizat mai multe grafice pentru a surprinde fiecare scară profesională.

În ceea ce privește asistenții medicali, din totalul de 53 de repondeți, nu s-a înregistrat nicio opțiune de *dezacord total*. 4 persoane și-au exprimat dezacordul în ceea ce privește eficiența comunicării între asistenții medicali, ceea ce reprezintă 7,55%. 7 angajați au fost indeciși, și au ales *nici acord, nici dezacord*, adică 13,20%.

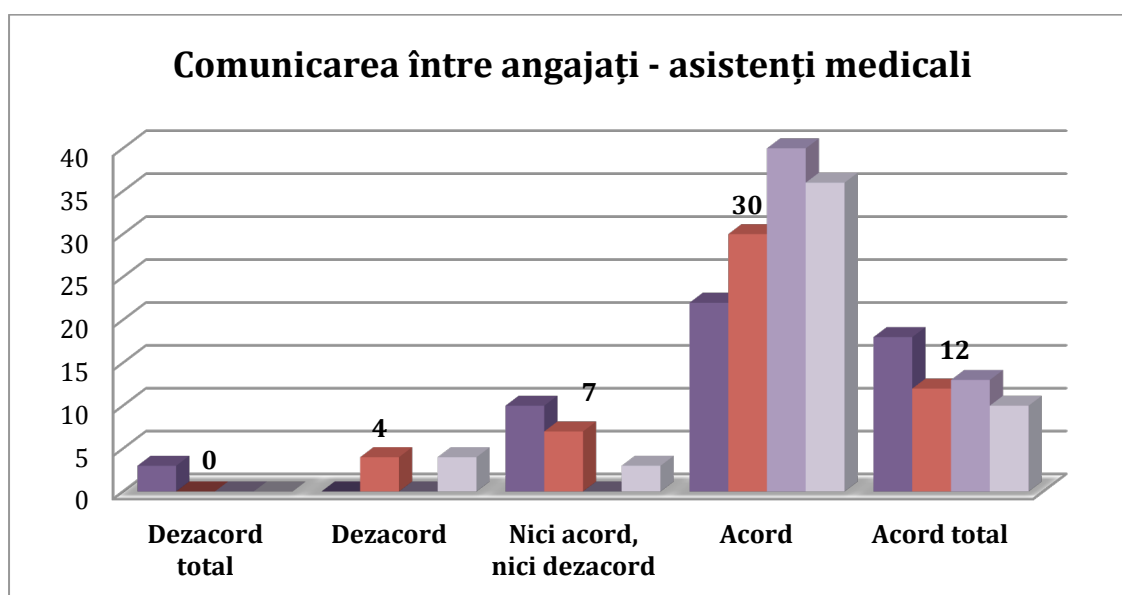


Fig. 5.32. Evaluarea eficienței în comunicarea între angajați - asistenți medicali.

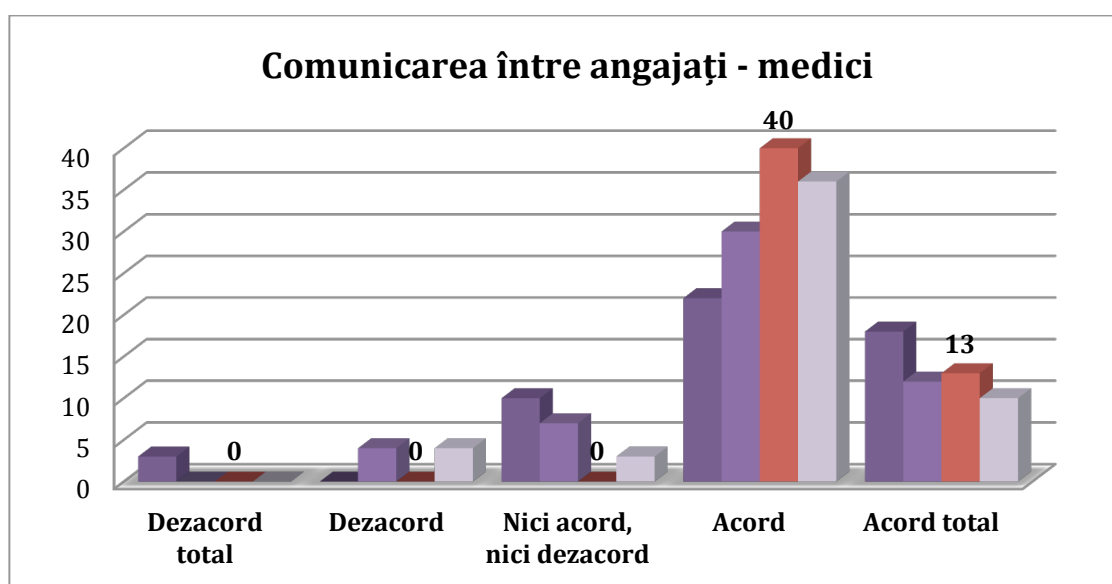


Fig. 5.33. Evaluarea eficienței în comunicarea între angajați - medici.

În ceea ce privește eficiența comunicării medicilor din secțiile cu profil de medicină internă, nu a existat niciun caz de *dezacord total*, *dezacord* sau *nici acord*, *nici dezacord*, 40 de respondenți au fost *de acord*, adică 75,47%, și 13 persoane *total de acord*, ceea ce reprezintă 24,53%.

Următoarea parte a chestionarului se axează pe relația angajat-superior. Această secțiune este compusă din 5 afirmații la care respondenții trebuie să aleagă, la fiecare, dintre 5 variante de răspuns, gradate, de la “acord total” la “dezacord total”, pe cea pe care o consideră că se potrivește cel mai bine afirmației.

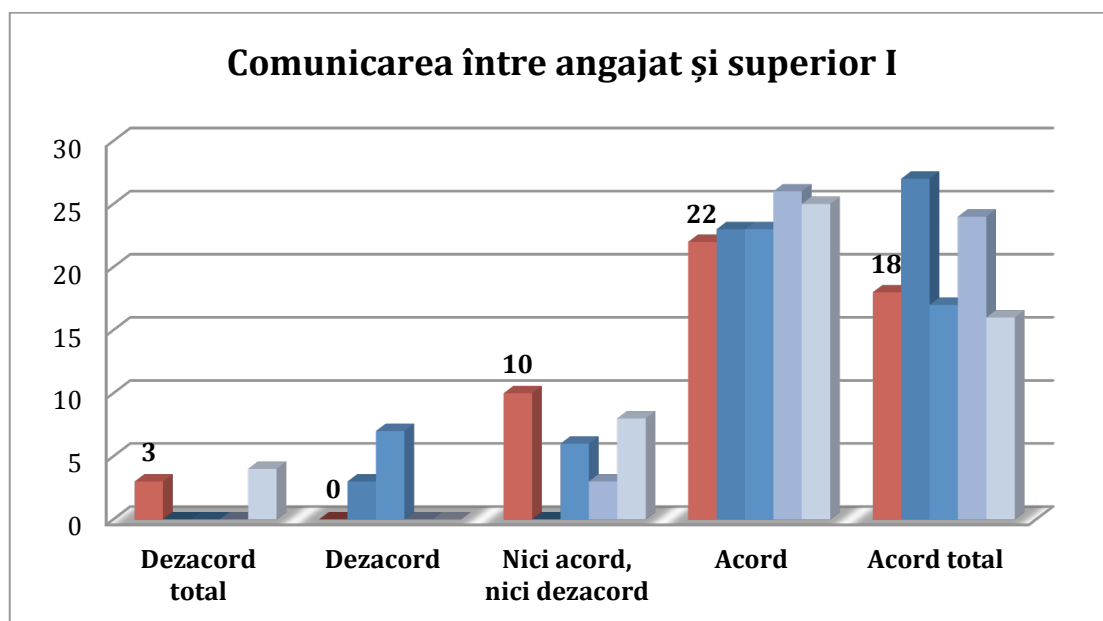


Fig. 5.35. Informarea angajatului înaintea unei schimbări administrative.

Prima afirmație este: “Înainte de orice schimbare administrativă, șeful meu mă informează și îmi explică în ce constă modificarea pas cu pas înainte ca aceasta să aibă loc.” La această afirmație, 3 angajați au răspuns cu *dezacord total* (5,66%), nu a existat niciun răspuns de *dezacord*, 10 au ales *nici acord*, *nici dezacord* (18,87%), marea majoritate a respondenților fiind de acord, 22, reprezentând 41,51%, și de acor total, 18, adică 33,96%.

Al doilea enunț este: “Șeful meu mă ascultă sincer când am probleme de desfășurare a activității medicale.”

Dintre cei 53 de respondenți, doar 3 consideră că superiorul lor nu le ascultă problemele pe care le întâmpină în desfășurarea activității medicale, aceștia reprezentând un procent mic, de cca 5,66%. Restul de 94,34%, adică 50 de angajați, sunt *de acord* sau *de acord total* că șeful îi ascultă sincer în momentul în care întâmpină

probleme în cursul atribuțiilor de serviciu, 23 de angajați, 43,4%, și, respectiv, 27 de angajați, adică 50,94%.

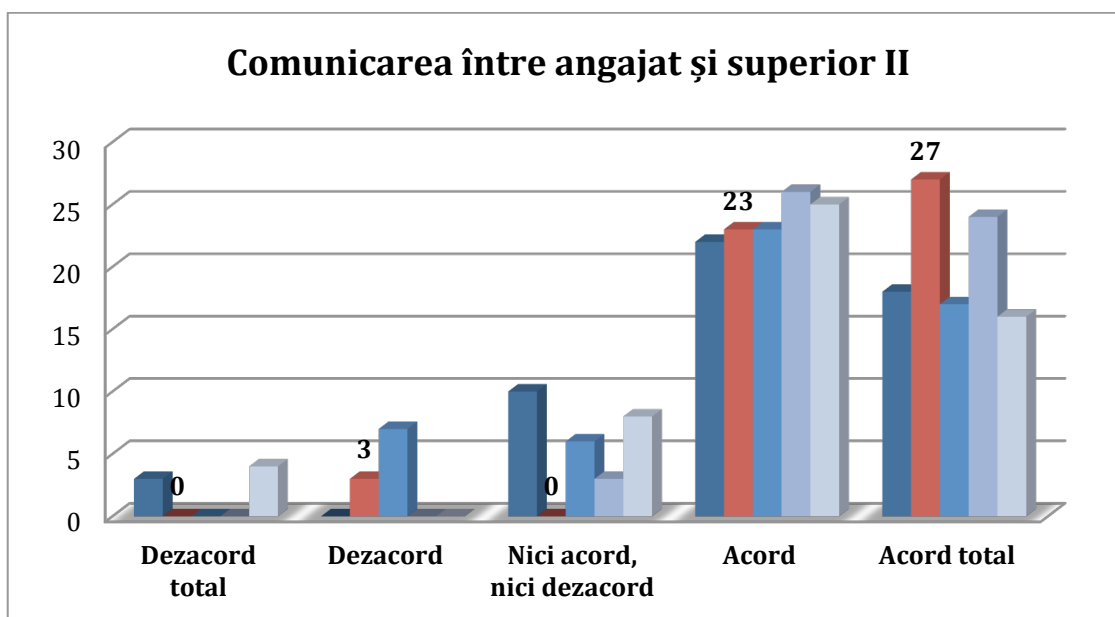


Fig. 5.36. Disponibilitatea superiorului de a asculta problemele angajatului.

Al treilea enunț a fost formulat astfel: “Șeful meu este sincer îngrijorat de problemele mele personale care îmi pot afecta performanțele la locul de muncă.”

Din graficul de mai sus se observă că 7 angajați, reprezentând 13,20% dintre cei chestionați, nu consideră că superiorul este îngrijorat de problemele personale și de efectul asupra performanțelor la locul de muncă. 6 dintre repondenți, adică 11,32%, consideră că șeful lor este uneori indiferent la problemele personale ale angajatului. 40 dintre angajați, adică 75,48%, sunt *de acord* sau *de acord total* că șeful le ascultă sincer problemele și este preocupat de repercusiunile pe care le pot avea asupra calității muncii depuse de angajat, 23 și 17 angajați, respectiv 43,40% și 32,08% din totalul celor chestionați.

Al patrulea enunț a fost elaborat astfel: “Șeful meu este întotdeauna disponibil când am nevoie de un sfat în ceea ce privește activitatea medicală.”

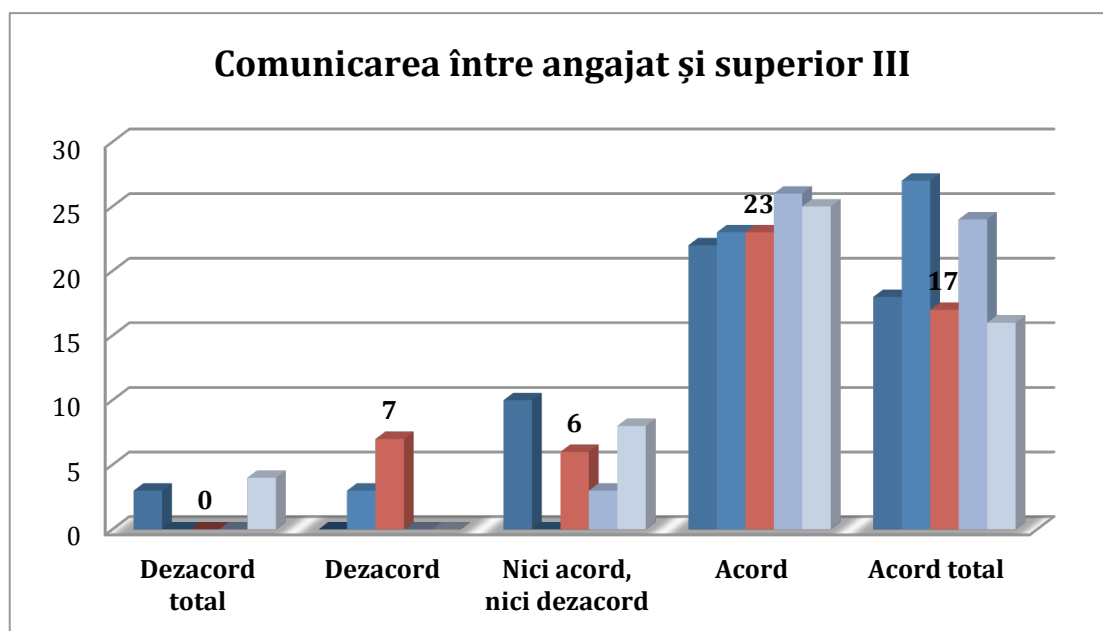


Fig. 5.37. Disponibilitatea superiorului de a asculta problemele personale.

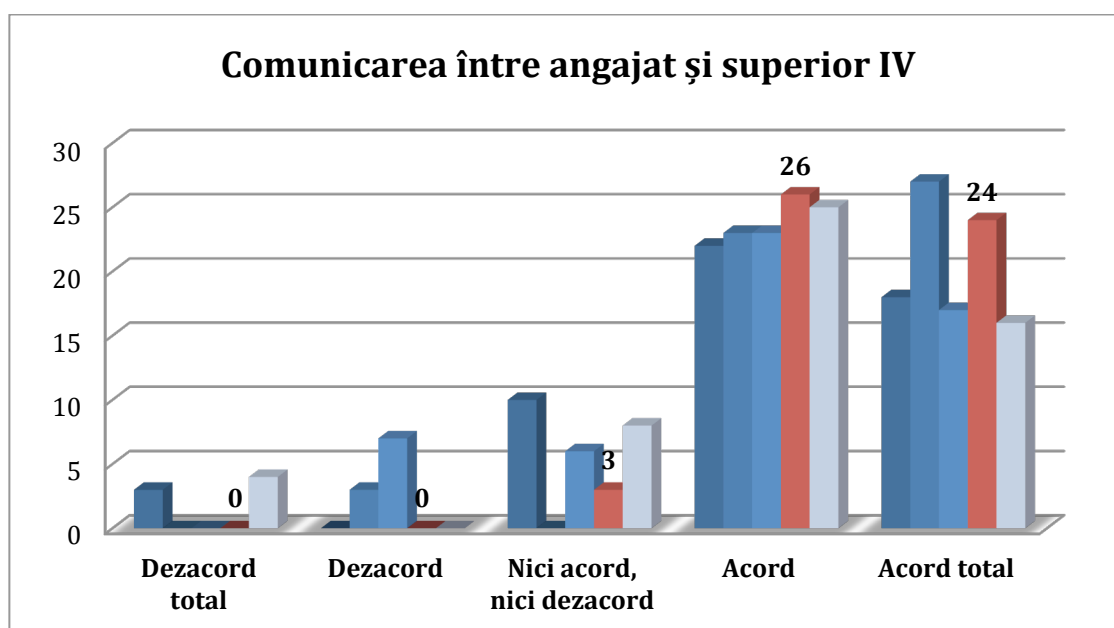


Fig. 5.38. Disponibilitatea superiorului de a sfătui angajatul în privința activității.

Acest al patrulea enunț - legat de sfătuirea angajatului în privința activității medicale, vine în completarea celui de-al doilea, axat pe problemele întâmpinate de angajat în desfășurarea sarcinilor de serviciu.

A treia secțiune a chestionarului dorește să evalueze funcționalitatea comunicării între șefii secțiilor cu profil de medicină internă și este alcătuită din 4 enunțuri cu aceleași cinci variante de răspuns gradate, de la “acord total” la “dezacord total”,

repondentul trebuind să o aleagă pe cea pe care o consideră că se potrivește cel mai bine afirmației.

Primul este: “Managerii se întâlnesc în mod frecvent să discute problemele subordonaților și ascultă sfaturile celorlalți manageri.” Din cei 53 de repondeți, nu a existat niciun *dezacord total*. 3 angajați s-au manifestat în *dezacord* cu enunțul de mai sus, aceștia reprezentând 5,66%. 16 angajați au ales *nici acord, nici dezacord*, procentual 30,19%. *De acord* și *total de acord* cu afirmația de mai sus au fost 20, adică 37,74%, și, respectiv, 14 angajați, adică 20,41%.

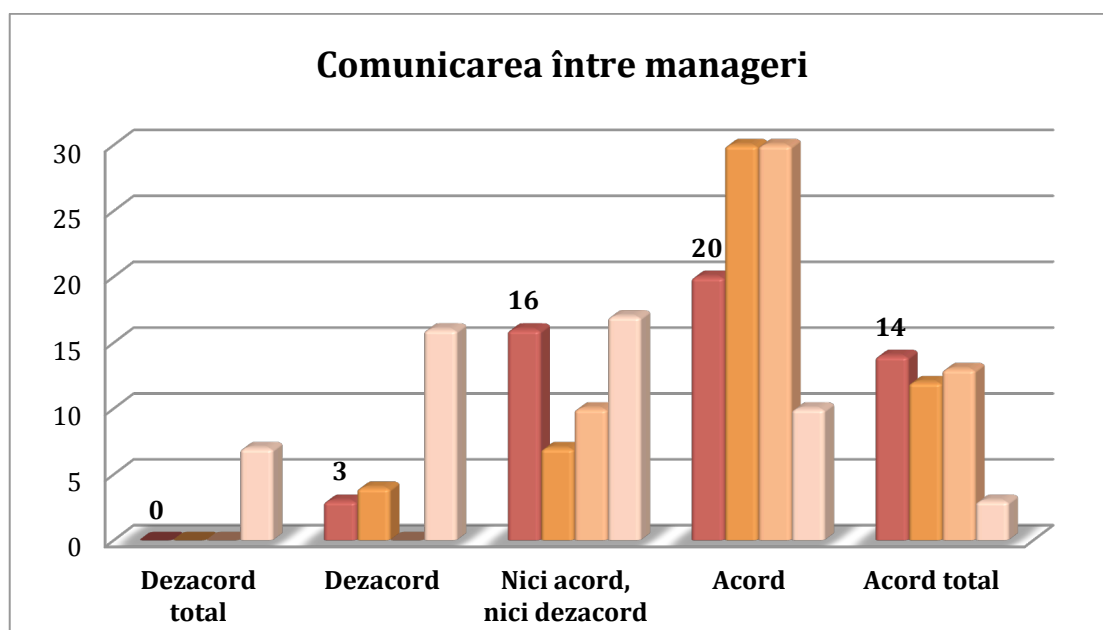


Fig. 5.40. Disponibilitatea managerilor de a discuta problemele subalternilor.

Cel de-al doilea enunț din această secțiune este: “Dacă un angajat (medic) are o problemă serioasă, ceilalți manageri din alte departamente află în timp util.” Nu a fost înregistrat niciun caz de *dezacord total*. 4 și-au exprimat *dezacordul* în ceea ce privește această afirmație, aceștia reprezentând 7,55%. 7 angajați au considerat indiferentă atitudinea managerilor din alte departamente în ceea ce privește o problemă serioasă a unora dintre ei, au optat pentru răspunsul de *nici acord, nici dezacord*, fiind procentual 13,21%. Cea mai mare parte, 42 de angajați, adică 79,24%, au răspuns cu *de acord*, majoritatea, 30, reprezentând peste jumătate din totalul repondenților, 56,60%, și *total de acord*, 12 angajați, ceea ce totalizează 22,64%.

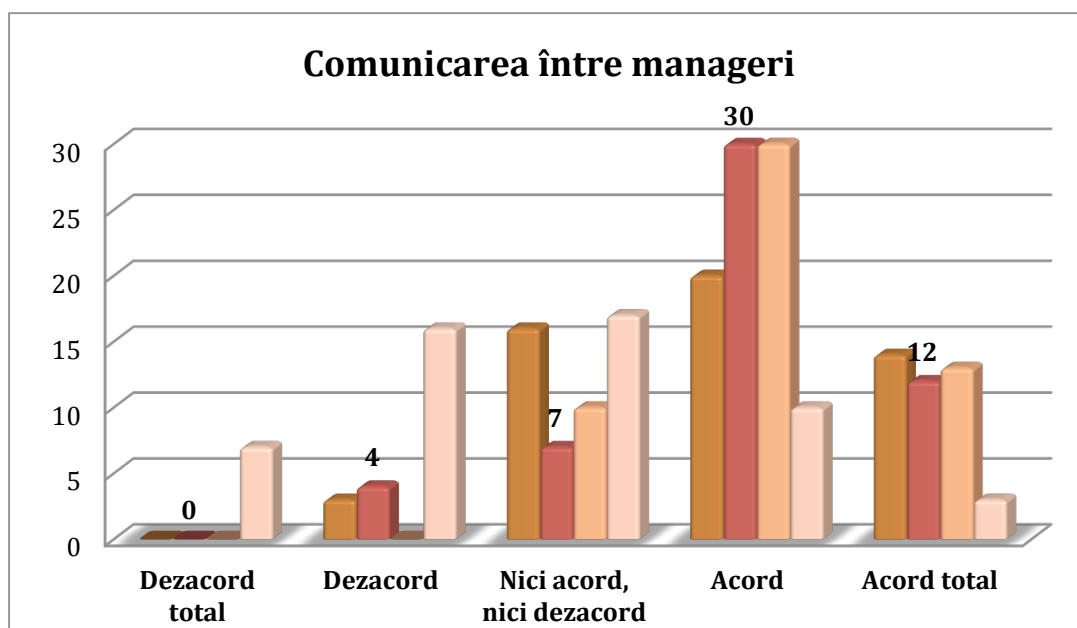


Fig. 5.41. Managerii altor departamente află prompt de problema unui angajat.

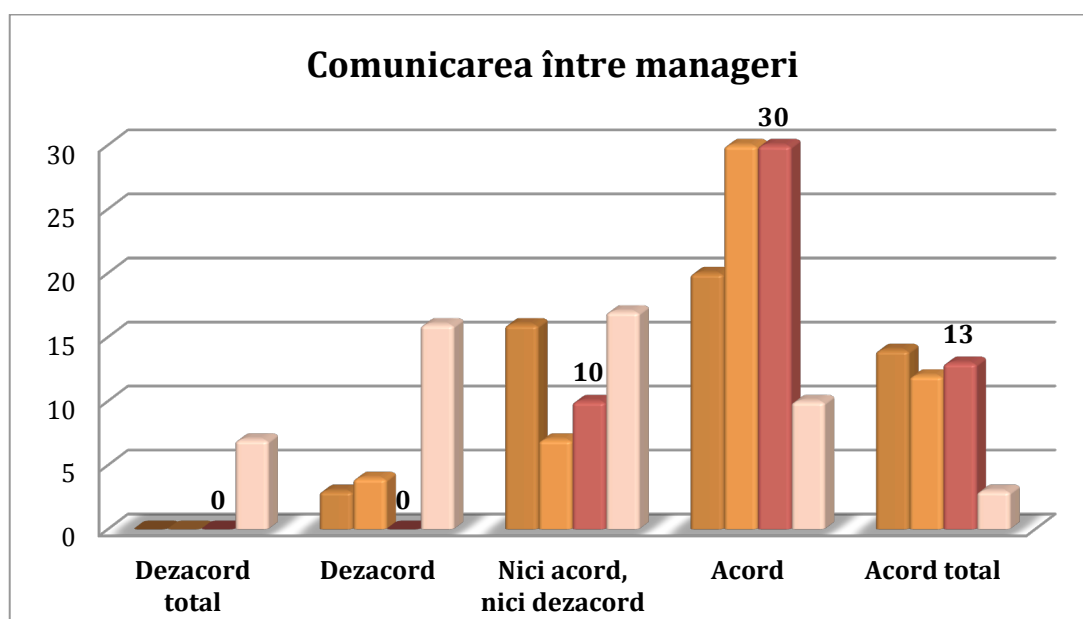


Fig. 5.42. Sprijinul unității medicale ca managerii să se întâlnească și să discute problemele subalternilor.

Al treilea enunț asupra căroră angajații chestionați au trebuit să-și exprime opinia este: “Unitatea medicală sprijină managerii să se întâlnească și să discute problemele subordonaților lor.”

Trebuie subliniat că nu a existat nicio părere de *dezacord total* sau de *dezacord*. 10 angajați dintre cei chestionați, adică 18,87% au fost depărere că unitatea este

indiferență în această privință a întâlnirii managerilor și în a discuta problemele subalternilor. *De acord* și *total de acord* au fost în total, restul de 43 de respondenți, totalizând 81,13%, dintre aceștia cei mai mulți fiind *de acord*, 30, aceștia fiind 56,60% dintre angajați, și, respectiv, 13 angajați, adică 24,53%.

Cea de-a patra și ultima secțiune a chestionarului distribuit angajaților și completat prin amabilitatea lor, pune accentul pe comunicarea în unitatea medicală.

Primul enunț este: “Procesul comunicării în interiorul unității medicale are loc între toți managerii și administratorii, indiferent de nivel ierarhic.”

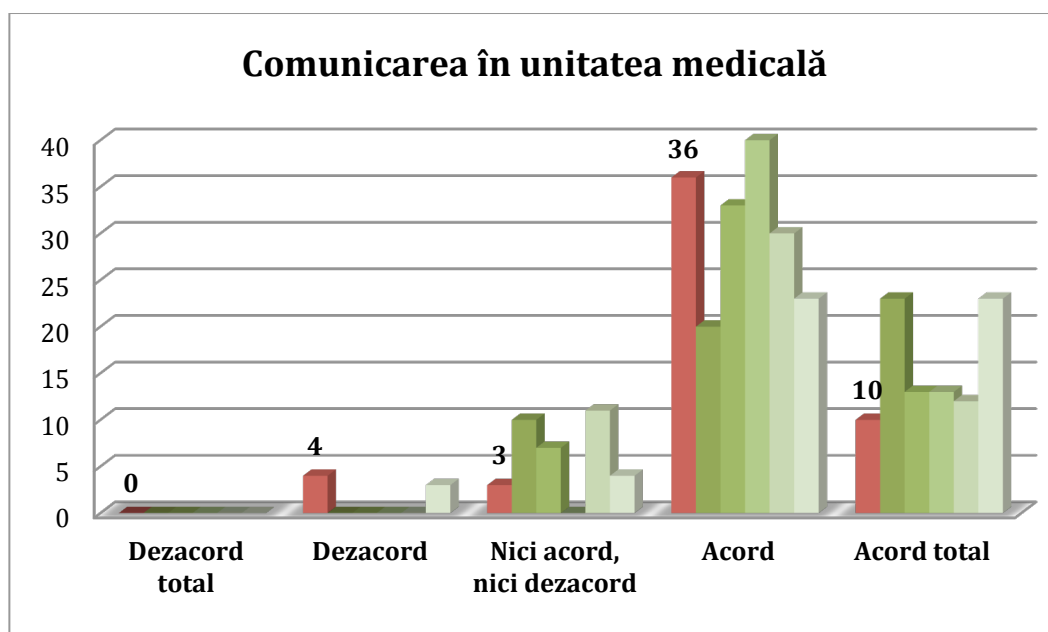


Fig. 5.44. Procesul comunicării în unitatea medicală între toți managerii.

Pentru această primă afirmație, 4 angajați și-au exprimat *dezacordul*, adică 7,55%, iar cei care s-au exprimat cu *nici acord și nici dezacord* sunt 5,66%, un număr de 3 respondenți. *De acord* și *total de acord* sunt în total 46 de persoane, reprezentând însumat 86,79%. Astfel, 36 și-au exprimat *acordul*, ceea ce reprezintă 67,92%, și *acordul total* și l-au exprimat 10 angajați, adică 18,87%.

Cea de-a doua afirmație din secțiunea destinată evaluării nivelului de comunicare în unitatea medicală este: “În interiorul unității medicale există o urnă în care se colectează sesizările angajaților.”

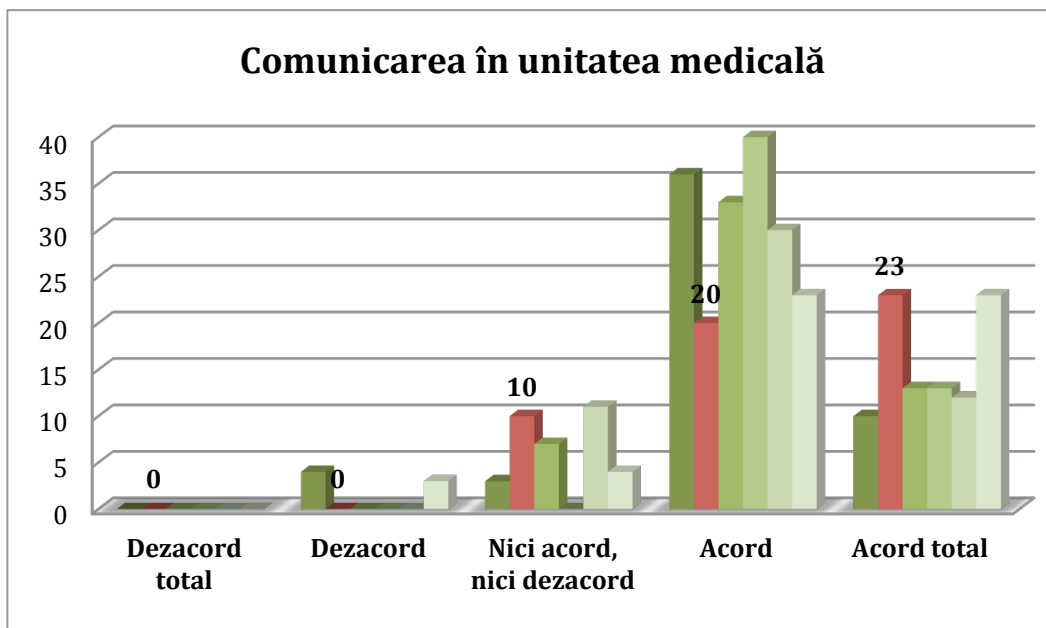


Fig. 5.45. Existența unui loc desemnat de colectare a sesizărilor angajaților.

De acord și total de acord cu afirmația au fost, în total, 43 de persoane, ceea ce înseamnă 81,13%, aproximativ în proporții egale: 20 de persoane de acord, adică 37,73%, și 23 total de acord, adică 43,40%.

A treia afirmație asupra căreia angajații au fost rugați să reflecteze se referă la simularea lucrului în echipă: “În unitatea medicală este stimulată munca în echipă.”

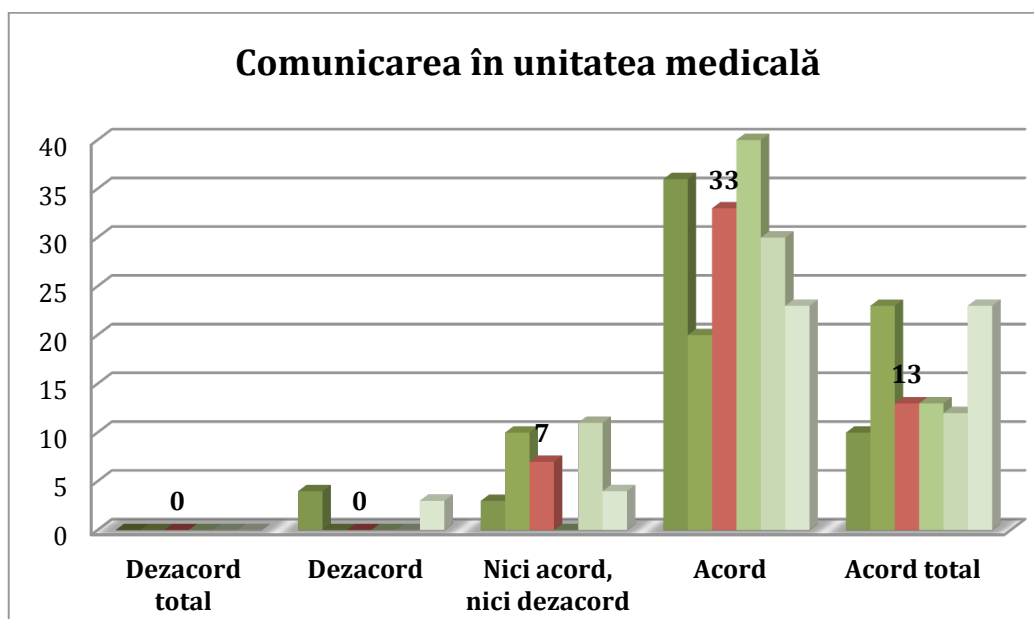


Fig. 5.46. Stimularea lucrului în echipă pentru a încuraja armonia la muncă.

La fel ca în situația anterioară, putem afirma că nu există nicio opțiune exprimată de *dezacord total* sau *dezacord* în ceea ce privește această afirmație. Față de situația precedentă, 7 angajați, ceea ce reprezintă procentual 13,21%, s-au abținut privind acest enunț, și au optat pentru *nici acord, nici dezacord*. 46 de respondenți, adică 86,79%, au fost *de acord* și *total de acord* cu afirmația de mai sus, astfel: 33 de acord, ceea ce înseamnă 62,26%, și 13 total de acord, ceea ce reprezintă 24,53%.

A patra afirmație se referă la existența unor întruniri între manageri și angajați pentru a spori eficiența comunicării și a fost enunțată astfel: “În unitatea medicală există sedințe periodice între manageri și angajați în vederea eficientizării comunicării.”

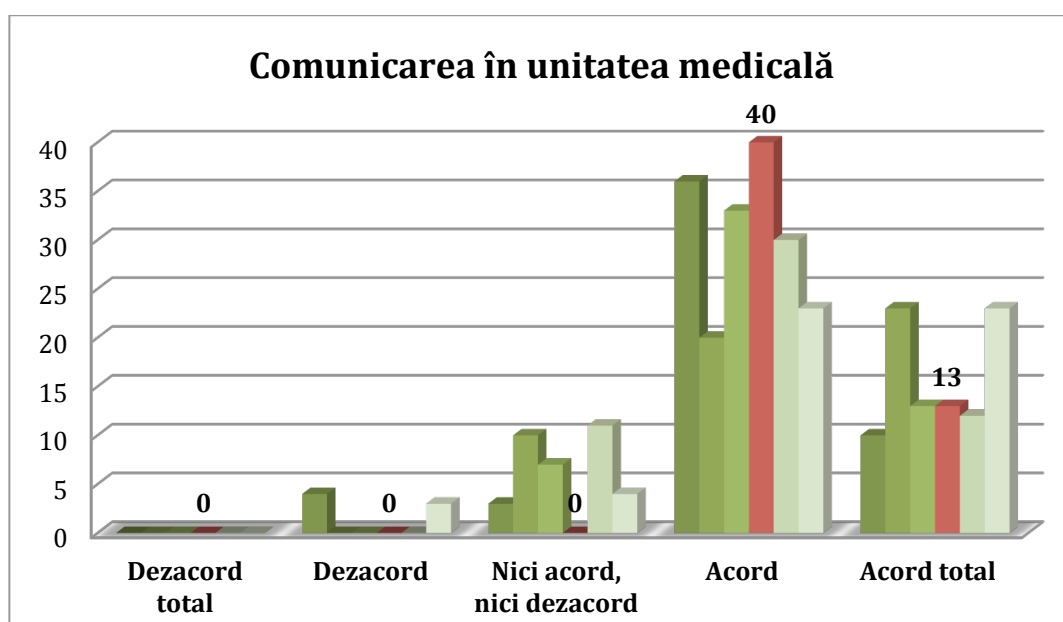


Fig. 5.47. Ședințele între manageri și angajați pentru a spori eficiența comunicării.

Dintre cei 53 de angajați care au răspuns la chestionarul nostru, această afirmație este singura la care există doar opțiuni exprima de acord și total de acord. Astfel, 40 de respondenți au fost de acord, aceștia reprezentând 75,47%, și restul de 13 total de acord, procentual diferența de 24,53%.

Acest procent covârșitor de angajați care și-au exprimat față de această situație exclusiv acordul, arată că există la nivel instituțional ședințe periodice în care managerii și angajații se reunesc și cresc astfel eficiența comunicării la nivelul unității medicale.

5.4. Paradigma pacient-furnizor de servicii medicale, bază utilă și justificată pentru studiul prezent și viitor al serviciilor de îngrijire a sănătății

Pe ansamblu, pacienții chestionați și-au manifestat încrederea în calitatea serviciilor și a personalului unității noastre spitalicești, apreciind *empatia și respectarea promisiunii făcute* (binomul promisiune-așteptare), ceea ce îi determină ca în cazul unei noi probleme medicale să apeleze din nou la serviciile noastre medicale și chiar să le recomande și altora. *O notă aparte au mai dat pacienții chestionați, în acest context, modului:*

- de derulare a comunicării cu personalul, inclusiv în legătură cu răspunsurile primite și soluțiile sugerate în raport de interesul manifestat pentru alte specialități în afara celor la care s-a făcut internarea;
- în care a funcționat binomul informare-comunicare pe parcursul perioadei de spitalizare;
- de confirmare a valorilor morale ale unității noastre spitalicești derivând din cultura noastră organizațională (evitându-se, de exemplu, orice posibilitate de manipulare a unor situații în beneficiul personal al unuia sau al altuia dintre prestatorii de diferite servicii);
- de probare a centrării îngrijirii sănătății pe pacientul nostru și nu pe medic, procedură sau instituție sanitară, condiția medicală fiind văzută peste ciclul complet de îngrijire;
- în care sunt organizate atât livrarea îngrijirii de sănătate în mod corespunzător, cât și măsurarea rezultatelor dincolo de concentrarea pe metode sau procese de îngrijire, potrivit-se în mod adecvat condițiile diagnosticate și tratatarea acestora cu abilitate, tehnologie și facilități;
- de implicare a pacientului în colaborarea cu medicul.

Interacțiunea directă (în măsura posibilului, după caz) cu o mare parte dintre respondenți ne-a permis să înțelegem mai bine: de ce acum este timpul unei noi paradigme a serviciilor medicale; care sunt cheile importante în acest sens; de ce este nevoie de modele inovatoare de abordare a experienței pacientului; de ce, pentru furnizorul de servicii de îngrijire a sănătății, comunicarea rămâne o provocare permanentă; *ce înseamnă experiența pacientului în continuumul îngrijirii sănătății.*

Este bine cunoscut faptul ca *paradigmele sunt cadre fundamentale în jurul cărora sunt stabilite discipline și școli de gândire, iar studii semnificative au arătat că*

majoritatea paradigmelor asociate cu managementul serviciilor au venit de la disciplina și perspectiva de marketing. Iar cum unele dintre paradigmele marketingului serviciilor tind să fie împotriva managementului tradițional al operațiunilor, prestigioși cercetători ai ambelor domenii au considerat ca a sosit timpul unei noi paradigme a serviciilor. Revederea paradigmelor din literatura de specialitate a condus la propunerea unei paradigme a serviciilor client-furnizor (fundamentată în perspectiva operațiunilor), care este empiric dovedită a fi superioară paradigmelor alternative în materie de servicii.

Astfel, paradigma client-furnizor (pacient-furnizor de servicii medicale, în cazul analizat în lucrarea de doctorat) este considerată ca fiind o bază utilă și justificată pentru studiul prezent și viitor al serviciilor (de îngrijire a sănătății, în cazul nostru).²⁸⁸ Paradigma operațiunilor de servicii apreciată ca fiind proeminentă este modelul de contact cu clientul introdus la sfârșitul anilor optzeci de R.B. Chase, al cărui argument fundamental constă în faptul că eficiența potențială de operare a serviciilor este limitată de cantitatea de contacte ale clientului cu angajații furnizorului de serviciu.

Se cuvine a aminti aici că pentru a înțelege paradigma serviciilor client-furnizor este necesar să realizăm că există două importante chei:

- *principiul central al disciplinei de management al operațiunilor este modelul universal input-output, unde intrările sunt transformate în ieșiri prin procese de producție; paradigma client-furnizor nu se concentrează însă pe ceea ce fac clienții per se, ci pe ceea ce clienții furnizează ca intrări în procesele serviciilor; schimbarea de paradigmă oferită de paradigma serviciilor client-furnizor constă în faptul că intrările furnizate de clienți sunt caracteristica definitorie a serviciilor, atât timp cât se identifică clientul și se specifică procesul analizat;*

- *procesele apar rareori în mod izolat, ele existând mai degrabă în lanțuri ale ofertei (ale valorii), în care un proces alimentează un alt proces; iar cum analiza și managementul unui proces dat fără luarea în considerare a proceselor furnizorului din amonte sau a proceselor clienților din aval conduce la decizii suboptimale, a apărut domeniul managementul lanțului ofertei (Supply Chain Management), care este în principal preocupat de înțelegerea interacțiunilor dintre aceste procese interdependente; acesta este contextul în care paradigma serviciilor client-furnizor clarifică lanțurile*

²⁸⁸ *(Why we need) An Operations Paradigm for Services*, Submission to POMS/CSO 2007 – London (and best paper award competition), June 15, 2007, disponibil online la: <http://www.poms.org/conferences/cso2007/talks/02.pdf>

ofertei de servicii, arătând modul în care acestea implică pe clienți atât ca furnizori de intrări, cât și în calitate de consumatori de ieșiri; atunci când clienții furnizează intrări (factori de producție) pentru procesele serviciilor, clienții observă actele; ca să furnizeze intrări pentru procesele de servicii, clienții au nevoie de acces la procesele serviciilor, la facilități și la bunuri; chiar paradigma contactului cu clientul poate fi descrisă în termeni de intrări furnizate de clienți motivând contactul cu clienții (paradigma client-conținut, ca o extindere a temei de contact cu clienții).

5.5. Importanța comunicării medic-pacient în îmbunătățirea experienței pacientului în continuumul îngrijirii sănătății

Comunicarea rămâne pentru furnizorul de servicii de îngrijire a sănătății o provocare permanentă, deoarece îngrijirea sănătății a fost, este și va rămâne o abordare de la oameni la oameni (deciziile luate la nivel strategic sprijinind și mișcând lucrurile prin implicațiile importante pentru managementul de zi cu zi al programului și al activităților), în cele din urmă fiecare furnizor de servicii medicale trebuind să-și dezvolte (învățând din cele mai bune practici) propria versiune, specifică propriei culturi organizaționale, fără a neglija aspectele soft. Aceasta deoarece varietatea valorii pentru pacient (al cărui rol în anagajarea și conducerea propriei sănătăți crește pe zi ce trece), a lanțurilor valorii, a proceselor (mai ales în contextul integrării serviciilor medicale de-a lungul continuumului de îngrijire), a cerințelor de calificare, a implicării sporite a pacientului, a logicii veniturilor, a intensității capitalului și a condițiilor cererii explică de ce nu poate exista o singură soluție, un singur principiu superior de îmbunătățire și inovare. Orice mișcă serviciul către calificativul de complet contribuie la producerea de valoare (ca rezultat al sănătății clientului, ceea ce se cunoaște însă doar după prestarea serviciului).²⁸⁹

Producerea serviciilor de sănătate necesită metodologii (și furnizorii acestor servicii aplicând metode de management) bazate pe caracteristicile specifice ale îngrijirii de sănătate. Realitatea a demonstrat că: metodele de segmentare bazate pe management arată că urgențele, îngrijirea continuă, prevenția și cura au logici diferite de producție, creare a valorii, risipire, cerere și finanțe; managementul operațiunilor de îngrijirii de sănătate se concentrează pe modul în care se organizează resursele și

²⁸⁹ Singh, V.K., Lillrank, P., *Innovations in Healthcare Management: Cost-Effective and Sustainable Solutions*, CRC Press, Taylor & Francis Group, Boca Raton, FL, 2015, pag. XVI, XXI-XXII, 44-45.

fluxurile astfel încât să poată fi realizate țintele stabilite, costul și calitatea clinică, precum și *experiența pacientului*.

Un model inovator de abordare a experienței pacientului este cel al gândirii de proiectare (un protocol de rezolvare a problemelor dovedite și repetabile pe care îl poate angaja orice afacere sau profesie, protocol având șapte etape: definire, cercetare, concepere, prototip, alegere, punere în aplicare și învățare) *ca o modalitate de a îmbunătăți experiența pacientului*. S-au evidențiat în acest context, printre altele, următoarele:

- *empatia este un element cheie al gândirii de proiectare*, o abordare pas-cu-pas spre rezolvarea problemelor care implică observarea și interviuarea oamenilor pe măsură ce ei trec printr-o experiență, și apoi folosind aceste informații pentru a realiza un prototip și modalități de încercare de îmbunătățire a produsului sau a procesului;

- *pacienții au dorit un flux regulat de informații pentru a-i ajuta să înțeleagă mai bine ceea ce se întâmplă și au vrut să știe că furnizorii lor de îngrijire au comunicat unul cu altul;*

- *comunicarea coordonată și clară, în opinia pacienților, ar face mult pentru a calma anxietatea lor sporită și frica.*

După cum este cunoscut, *experiența pacientului* (una dintre cele trei activități care conduc rezultatele, alături de diagnosticare și plan de îngrijire, execuția sigură și liberă de erori) *poate fi îmbunătățită prin coordonarea călătoriei pacientului* (făcând progrese în punctele de contact și reformând interacțiunile), reducerea timpului de transfer, concentrarea pe publicurile interesate, metoda de management Disney (fiecare membru al echipei este instruit pentru a fi un comunicator eficient, iar al noualea principiu chiar accentuează comunicarea) și bazarea pe sisteme de sănătate tradiționale (cum este, de ex. cel holistic al Ayurveda, care accentuează legăturile de nezdruccinat dintre corp, minte și spirit).

Bibliografie selectivă

1. Simmons, S.J. (1989). "Health: a concept analysis". The International Journal of Nursing Studies 26 (2): 156.
2. Boruchovitch, E. , Mednick, B.R. (2002). "The meaning of health and illness: some considerations for health psychology". Psico-USF 7(2): 176.
3. Mincă D.G., Marcu M.G., Sănătate publică și management sanitar. Editura Universitară "Carol Davila", 2005, pag. 3.
4. Purcărea, V.L., Marketingul îngrijirilor de sănătate - manual universitar", Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2010, pag. 27.
5. Stoia, M., Domnariu, C.D., (2014). "Dimensiunea sănătății și influența ei asupra capacității de muncă". Acta Medica Transilvanica 2(2):13.
6. Gottwald, M., Goodman-Brown, J., A guide to practical health promotion, McGraw-Hill Education, 2012, p.16.
7. Popa, F., Purcărea, V.L., Purcărea, Th., Rațiu, M.P., Marketingul îngrijirilor de sănătate, Editura Universitară „Carol Davila”, 2008.
8. Zanoschi, G., Sănătate publică și management sanitar. Editura DAN, 2003, p.6.
9. Oltean, D., Nimigean, V.R. , Oltean, A.M., Reabilitare orală, Editura Universitară "Carol Davila", 2007, p. 25.
10. Hanganu, C., Dănilă, I., 2002, citați de Dumitrache, M.A., Concepte și tendințe în sănătatea orală, Editura Universitară "Carol Davila", 2009, p. 138.
11. Tihan E., Ghiza L., Focus sănătatea populației (culegere de texte), Editura Institutului de Ecologie Socială și Protecție Umană, 2002.
12. Dever, A. Managerial epidemiology. Practice, Methods and Concepts. Jones and Bartlett Publishers, 2006, p. 16.
13. Dumitrache, M.A. Concepte și tendințe în sănătatea orală, Editura Universitară "Carol Davila", 2009, p. 53.
14. Ciurea, A.V., Cooper, C., Avram, E., Managementul sistemelor și organizațiilor sănătății", Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2010, p. 44.
15. Bernhardt, J.M., Communication at the Core of Effective Public Health, Am J Public Health. 2004;94(12): 2051–2053.
16. Rațiu, M.P., Marketingul serviciilor. Abordare teoretică și instrumentală, Editura ProUniversitaria, București, 2006, p. 18-20.
17. Ghibuțiu, A., Serviciile și dezvoltarea. De la prejudecăți la noi orizonturi, Editura Expert, București, 2000, p. 41-42.
18. Bruhn, M., Orientarea spre clienți – temelia afacerii de succes, Editura Economică, București, 2001, p. 71-72.
19. Drucker, P.F., Realitățile lumii de mâine, Editura Teora, București, 1999, p. 117.
20. Vlădescu, C., Politica de reformă a sistemului de sănătate din Romania. O analiză critică, Editura InfoMedicală, București, 1999.
21. Churchill, G.A. Jr, Peter, J.P., Marketing, Creating Value for Customers Austen Press & Richard D. Irwin Inc. Illinois, 1995.
22. Zeithami, V.A., Bitner, M.J., Services Marketing, Mc Graw-Hill, New York, 1996.
23. Rațiu, M.P., Marketingul serviciilor. Abordare teoretică și instrumentală, Editura ProUniversitaria, București, 2006 .
24. Ionciă, M., Minciu, R. și Stănculescu, G., Economia serviciilor, Editura Uranus, București, 1997.
25. Cosmescu, I., Ilie, L., Economia serviciilor, Editura Universității Lucian Blaga din Sibiu, Sibiu, 1999.
26. Kennedy, D.M., Caselli, R.J., Berry, L.L. (2011). A roadmap for improving healthcare service quality. Journal of Healthcare Management, 56, 385-400.
27. Furtunescu, F.L., Mincă, D.G., Managementul serviciilor de sănătate. Abordare prin proiecte, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2010, p. 44.
28. Dupont, F., Management des services, Editions ESKA, Paris 2000 (citad de Popa, F., Purcărea, V.L., Purcărea, T., Rațiu, M., op. cit., p. 86)

29. Burnei I., Management și marketing farmaceutic modern, Editura Universitară „Carol Davila”, București, 2010.
30. Teboul J., La dynamique de qualité, Edit. D'Organisation, Paris, 1980, p. 301, citat de Popa, F., Purcărea, V.L., Purcărea, T., Rațiu, M., op. cit., p. 106.
31. Brown, S.W. and Swartz, T.A., A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*. 1989; 53(4): 92-98.
32. Lee, H., Delene, L.M., Bunda, M.A., Kim, C., Methods of measuring health care service quality. *Journal of Business Research*. 2000; 48: 233-246.
33. Kennedy, D.M., Caselli, R.J., Berry, L.L., A roadmap for improving healthcare service quality. *Journal of Healthcare Management*. 2011; 56(6): 385-402.
34. Clark, J., Armit, K. (2010) "Leadership competency for doctors: a framework", *Leadership in Health Services*, Vol. 23 Iss: 2, pp.115 - 129.
35. Page, C.G. *Management in Physical Therapy Practices*, F.A. Davis Company, Philadelphia, PA, 2nd edition, January, 2015, pag. 2, 4-5, 20, 84.
36. Kotler, Ph. and Keller, K.L. *Marketing Management*, Twelfth Edition, Pearson Education, Inc., New Jersey, 2005, citați de Purcărea, T., Op. cit., p. 19.
37. Orzan, G., Orzan, M., *Cybermarketing*, Editura URANUS, București, 2004, p. 7-8, 17-19, 24, 31-34.
38. Page, C.G., *Management in Physical Therapy Practices*, F.A. Davis Company, Philadelphia, PA, 2nd edition, Jan. 2015, p. 85, 89.
39. Porter, M.E., *Value-Based Health Care Delivery*, HBS Institute for Strategy and Competitiveness, HBS Healthcare Initiative & Healthcare Club, March 7, 2012.
40. Kotler, Ph., Keller, K.L., *Managementul marketingului*, Ediția a V-a, Editura Teora, p. 89.
41. Stroup M.A., Newbert R.L., Anderson J.W., *Doing Good, Doing Better: Two Views of Social Responsibility*, Business Horizons, 1987.
42. Dumitrescu, L., *Marketingul serviciilor*, Editura Imago, București, 1998.
43. Maciejewski, M., Piaguet, C., Hayer, S., *Politica de protecție a consumatorilor: principii și instrumente*, 05/2016.
44. Ferrell O.C., Gresham L.G., Fraedrich J., A Synthesis of Ethical Decision Models for Marketing, *Journal of Macromarketing*, Sep. 1989.
45. Embley, L.L., *Doing Well While Doing Good*, Englewood Cliffs, New York, 1993; *Code of Professional Ethics and Practices*.
46. Peters, T., *Re-imagine! Business Excellence in a Disruptive Age*, Dorling Kindersley Limited, London, 2003, p. 67.
47. McKenna, R., *Real Time: Preparing for the Age of the Never Satisfied Customer*, Harvard Business Review Press, Jan. 1997.
48. Littlejohn, S.W., Foss, K.A., *Theories of Human Communication*, Tenth Edition, Waveland Press, Inc., Long Grove, Illinois, 2011, p. 8.
49. Nadolu, B., *Sociologia comunicării de masă*, Eurostampa, Timișoara, 2007, p. 8-10.
50. Bortun, D., *Bazele epistemologice ale comunicării*, Editura Ars Docendi, București, 2002.
51. Drucker, P.F., *The Ecological Vision: Reflections on the American Condition*, Transaction Publishers, August 14, 2000.
52. Chesbrough, H. *Open Innovation: The New Imperative for Creating And Profiting from Technology* Harvard Business Review Press, September 30, 2005.
53. Varey, R.J., Locating marketing within the corporate communication management system, *Journal of Marketing Communications*, 1998, vol. 4, p. 186-187.
54. Schultz, D.E., Schultz, H.F., Transitioning marketing communication into the twenty-first century, *Journal of Marketing Communications*, vol. 4, issue1, 1998, p. 19, 25.
55. Balaure, V., coord, *Marketing*, Editura Uranus, București, 2002.
56. Luca, G.P., Verzea, I., *Marketing strategic*, Editura Technopress, Iași, 2006.
57. Fill, C., Jamieson, B., *Marketing Communications*, Edinburgh Business School, Heriot-Watt University Edinburgh EH14 4AS, United Kingdom, 2006, pag. I/10- I/12.