

**Anna Kozłowska**

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie

## Odpowiedzialność placówki medycznej w komunikacji z pacjentem

**STRESZCZENIE** Artykuł dotyczy niezwykle ciekawego zagadnienia, jakim jest odpowiedzialność placówek medycznych w procesie komunikacji z pacjentem. Przy ograniczonych możliwościach komunikacji marketingowej nacisk należy kłaść na komunikację z pacjentem w trakcie procesu leczenia, komunikację, która powinna odchodzić od modelu paternalistycznego na rzecz partnerskiego. Studia literaturowe z zakresu komunikacji marketingowej, socjologii organizacji, socjologii medycyny itd. pozostawiają niedosyt co do wskazówek, w jaki sposób doprowadzić do zmian w relacjach lekarz–pacjent. Postulaty dotyczące odpowiedzialności placówki medycznej w komunikacji z pacjentem rozbijają się o procedury, standardy i problemy systemowe. Celem artykułu jest wskazanie na rolę relacji lekarz–pacjent w komunikacji marketingowej z otoczeniem.

### **SŁOWA KLUCZOWE**

REKLAMA,  
KOMUNIKACJA,  
PLACÓWKA MEDYCZNA,  
PACJENT,  
ODPOWIEDZIALNOŚĆ

## Wprowadzenie

Truizmem jest stwierdzenie, że placówka medyczna świadczy usługi zdrowotne na rzecz pacjentów. Usługa zdrowotna to „każde świadczenie zdrowotne, czyli świadczenie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania” (Ustawa, 2011). Zarządzanie podmiotem świadczącym usługi zdrowotne oznacza m.in. nastawienie na potrzeby pacjentów, którzy są głównymi interesariuszami tego rodzaju działalności. Powiązane to jest z jednej strony z prawem pacjenta do pełnej informacji na temat procesu leczenia, a z drugiej z ograniczonymi możliwościami komunikacji przez placówkę medyczną o świadczonych usługach zdrowotnych.

Zarówno lekarz czy dentysta, jak i zakłady opieki zdrowotnej (publiczne i prywatne) mają prawo do prowadzenia informacji handlowej (Ustawa, 2011). Jednak placówka tego typu nie może prowadzić komunikacji z rynkiem, która ma znamiona reklamy. Co interesujące, w żadnym miejscu nie została zdefiniowana reklama, stąd należy przyjąć ogólnie obowiązujące rozumienie tego instrumentu komunikacji marketingowej jako: „wszelka płatna, bezosobowa forma prezentowania i popierania dóbr, usług oraz idei przez określonego nadawcę” (Dunn, Barban, Krugman, Reid, 1990, s. 32). Innymi słowy, komunikacja z rynkiem podmiotu medycznego ma ograniczać się do informacji handlowej o miejscu wykonywania usług zdrowotnych, zakresie owych usług, ale nie może nakłaniać do skorzystania z usług danej placówki poprzez podkreślanie jakości sprzętu medycznego czy niskich cen. Z obowiązujących przepisów prawa wynika również, że zakazem reklamy obejmuje się nie tylko udzielanie świadczeń zdrowotnych, lecz także działalność polegająca na promocji zdrowia (Ustawa, 2011, art. 2 ust. 1 pkt 7). Otwarta jest jednak sprawa kierowania tego rodzaju informacji do konkretnego odbiorcy, np. można wystosować zaproszenie bądź ofertę zniżek do indywidualnie oznaczonej osoby lub firmy (Antkowiak, 2014).

Oznacza to tyle, że emisariuszami wiadomości na temat placówki leczniczej stają się sami pacjenci. I to na nich trzeba kłaść nacisk w komunikacji marketingowej, która odbywa się również w samej placówce medycznej w trakcie procesu leczenia. Świadomość tego faktu wydaje się jeszcze niewielka wśród pracowników jednostek medycznych. Kiedy pracownik placówki medycznej kontaktuje się z pacjentem w sprawie jego stanu zdrowia czy możliwości leczenia, istotne jest to, w jaki sposób ten proces komunikacji z pacjentem przebiega. Będzie to bowiem rzutowało zarówno na proces leczenia, jak i, potencjalnie, na przekazywane informacje o placówce medycznej i jakości świadczonych usług zdrowotnych.

Pacjenci komunikują się z otoczeniem placówki medycznej i wyrażają swoje opinie. Współczesne możliwości komunikacji stają się wyzwaniem dla każdej organizacji, także dla podmiotu leczniczego, którego działalność w dużej części ma już charakter komercyjny (i opiera się na zasadach wolnego rynku). Niezadowolony pacjent poinformuje o tym placówkę, jak również innych potencjalnych pacjentów. Można zaryzykować stwierdzenie, że współczesny pacjent jest bardziej świadomy swego wpływu na działalność jednostki medycznej (Kozłowska, 2010, s. 153). Pytanie, czy placówki medyczne są w stanie doceniać pacjentów i traktować ich jako pełnoprawnych uczestników procesu leczenia i potencjalny podmiot komunikacji rynkowej? Jest to o tyle istotne, że **odpowiedzialny pacjent** daje szansę realizacji zasad partycypacyjnego zarządzania placówką medyczną i oferowania usług zdrowotnych (Kozłowska, Korporowicz, 2015, s. 167 i n.).

Celem artykułu jest wskazanie na rolę bezpośredniej relacji z pacjentem w procesie świadczenia usług zdrowotnych w komunikacji marketingowej placówki medycznej (lekarza). Autorka dokonała przeglądu literatury z zakresu komunikacji marketingowej, polityki społecznej, socjologii medycyny i socjologii organizacji. Metodą badawczą jest krytyczna analiza literatury przedmiotu. W opracowaniu autorka podejmuje zagadnienia związane z odpowiedzialnością placówki medycznej w komunikacji z pacjentem. To, co jest przedmiotem zainteresowania, to przełożenie relacji lekarz–pacjent na prowokowanie procesu komunikacji z otoczeniem. Jest to o tyle ważne, że placówka medyczna nie dysponuje zbyt szerokim wachlarzem instrumentów komunikacji marketingowej.

## **Komunikacja marketingowa w świetle obowiązujących regulacji prawnych**

Problematyka komunikacji marketingowej prowadzonej przez podmiot medyczny wpisuje się w szersze rozważania dotyczące zarządzania marketingowego. Jak zauważa Brzozowska-Woś (2013, s. 32), zastosowanie orientacji marketingowej, zwłaszcza w publicznych placówkach medycznych, nie jest jeszcze zbyt powszechne w Polsce, ponieważ wiele z nich nie ma świadomości roli, jaką w tym zakresie zaczynają odgrywać pacjenci odpowiedzialni.

Adekwatnie do tego zagadnienia idealnie pasuje pojęcie znane w zarządzaniu – **marketing odpowiedzialny**. W wielu opracowaniach na ten temat marketing odpowiedzialny sprowadzany jest jedynie do komunikacji z rynkiem (Kozłowska, 2015, s. 75 i n.). I tak, w raporcie dotyczącym marketingu odpowiedzialnego czytamy: „stanowi [on] takie działania komunikacyjne, które w uczciwy i jasny sposób przekazują dane na temat produktu czy też usługi, bez umieszczania informacji nieprawdziwych czy też mogących wprowadzić kogoś w błąd” (FOB, 2011, s. 13). W innym miejscu czytamy: „odpowiedzialny marketing to rzetelny i uczciwy przekaz marketingowy, zgodny z prawem i obyczajami różnych grup społecznych”. Szerzej, odpowiedzialność odnoszona jest do komunikacji (odpowiedzialna = uczciwa, przejrzysta, otwarta, dwukierunkowa) i do produktu (odpowiedzialny = bezpieczny, sprawdzony). Istotnym wymiarem staje się tutaj uwzględnianie nie tylko korzyści komercyjnych, lecz także podnoszenie jakości życia społeczeństwa, co w kontekście działalności jednostki leczniczej wydaje się szczególnie ważne.

W najszerszym ujęciu **społeczna odpowiedzialność marketingu** definiowana jest jako „przestrzeganie podstawowych praw konsumenckich” (Rok, 2004, s. 34), i będzie rozpatrywana w każdym zakresie działalności marketingowej placówki medycznej (zob. Makuch, 2011, s. 210). Tymczasem **odpowiedzialna komunikacja** to „dbanie o rzetelny i przejrzysty przekaz, który zawiera prawdziwe i zrozumiałe dla odbiorcy informacje” (LBKS, 2015).

W przypadku usługi zdrowotnej pacjent musi mieć pewność, że wybór sposobu leczenia, dobór leków został dokonany z zachowaniem wszelkich zasad odpowiedzialności za jego zdrowie. Jednak ocena tego jest wielce utrudniona, gdyż wybrany sposób leczenia może okazać się nieskuteczny. Jakość wykonanej usługi zależy przecież od kompetencji lekarza czy pielęgniarki, jak również stanu zdrowia pacjenta i jego odpowiedzialności za terminowe branie leków, stawianie się na wizyty kontrolne itd. (Zalewska-Turzyńska, 2013, s. 43). Stąd wydaje się, że w ocenie odpowiedzialności za wykonaną usługę medyczną pacjent będzie się kierować ogólnym wrażeniem przejawiania troski za jego los, nawiązywania bliższego kontaktu z pacjentem i traktowania go jak partnera w procesie leczenia. Ważne jest postrzeganie zaangażowania placówki medycznej w pomoc pacjentom na różnych etapach leczenia. Podsumowując, biorąc pod uwagę niematerialność usług zdrowotnych, można

stwierdzić, że podmiot medyczny ma ogromne trudności w nawiązywaniu odpowiedzialnego kontaktu z pacjentem. To, co będzie świadczyło o jakości i realności oferowanych usług, to zachowanie personelu, wygląd placówki i jej pomieszczeń, wykorzystywany sprzęt medyczny, poziom cen (zob. Kotler, 2011, s. 369–371).

Trudność w ocenie jakości świadczonych usług zdrowotnych wynika również z wyraźnej asymetrii informacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, na niekorzyść tego drugiego, w dostępie do informacji oraz wiedzy o procesie leczenia. Ze względu na brak wiedzy i kompetencji w zakresie leczenia pacjent wydaje się całkowicie zależny od lekarza. Tego rodzaju nierówna sytuacja społeczna wymaga od pacjenta zrzeczenia się przynajmniej części autonomii na rzecz lekarza. Pacjent musi przecież spełniać różnego rodzaju polecenia lekarza, dostosowywać życie osobiste do wizyt u lekarza, terminów badań czy pobytu w szpitalu. W sytuacji pełnego podporządkowania pacjent pozbawiony jest możliwości wyboru sposobu leczenia, terminów wizyt itd. (Ostrowska, 2006, s. 185).

Powiedzmy sobie jednak szczerze, paternalistyczny model relacji lekarz–pacjent może być również wynikiem tak prowadzonej komunikacji z pacjentem, aby ten ostatni poczuł się osobą całkowicie zależną od woli i wiedzy leczącego. Pacjent siłą rzeczy przyjmuje rolę osoby, której życie czy zdrowie zależy od lekarza, sposobu leczenia i umiejętności komunikowania się leczącego. Pacjent może odczuwać dyskomfort w takiej relacji, co może mieć istotny wpływ na proces leczenia. W najlepszym razie może nie lubić lekarza, w najgorszym – nie stosować się do proponowanej kuracji czy nie zrozumieć wskazań lekarza i postępować błędnie w procesie leczenia. Niezależnie od przyczyn można się spodziewać następujących konsekwencji (Orońska, 2000):

- utrata zaufania do lekarza;
- bierna postawa pacjenta wobec procesu leczenia;
- delegowanie przez pacjenta odpowiedzialności za proces leczenia na pracowników służby zdrowia;
- traktowanie siebie jako zależnego, podległego i mniej kompetentnego.

Tego rodzaju konsekwencje świadczą o braku partnerskiej relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem, w tym zakresie, jaki jest możliwy, zważywszy na zaistniałą sytuację. Patrząc na to w ten sposób, warto zaznaczyć, że niezwykle ważna na rynku usług zdrowotnych jest umiejętność komunikowania się lekarzy z pacjentami (Wiercińska, 2012, s. 173). Kompetencje miękkie zalicza się do grupy kompetencji społecznych, którą dotyczą umiejętności budowania „właściwych relacji w miejscu pracy” (Ratajska, Kubica, 2010, s. 84–87). Osiągnięcie porozumienia pomiędzy lekarzem a pacjentem zależne będzie od przynajmniej czterech warunków (Stangierska, Horst-Sikorska, 2007, s. 63 i n.):

- jasność komunikatu kierowanego do pacjenta (proste, zrozumiałe słownictwo);
- zwięzłość komunikatu (skręcanie wypowiedzi, bez zbędnych opisów);
- empatia, czyli umiejętność wczucia się w rolę pacjenta, jego nastawienia do choroby i oczekiwania co do formy oraz zawartości komunikatów płynących od pracownika placówki medycznej;
- asertywność (sic!), czyli umiejętność dystansowania się wobec choroby pacjenta, stawiania granic, które pozwalają zachować spokój i profesjonalną postawę lekarza w kontakcie z pacjentem.

W modelu partnerskim pacjent otrzymuje od lekarza odpowiednie do jego potrzeb i oczekiwań informacje o chorobie, pełne zaś na temat sposobów i możliwości, na podstawie których wspólnie podejmują decyzje co do procesu leczenia. Zadaniem lekarza w procesie

komunikacji z pacjentem powinno być w tym wypadku osiągnięcie porozumienia, co będzie prowadzić do aktywnej roli pacjenta w procesie leczenia, a nawet przyjmowania przez niego odpowiedzialności za ten proces.

Model partnerski zakłada bowiem określone kompetencje po stronie pacjenta. Nie chodzi tutaj jedynie o dysponowanie przez niego odpowiednią wiedzą medyczną – tego pacjent nie jest w stanie osiągnąć w możliwie krótkim czasie i w odpowiednim stopniu. Pacjent odpowiedzialny to człowiek autonomiczny, odznaczający się podstawowymi kompetencjami poznawczymi, tzn. umiejętnościami zrozumienia tego, o czym mówi do niego lekarz, jak również biorący na siebie odpowiedzialność za podjętą decyzję o procesie leczenia (Mielnik-Błaszczak, Ziolo, Kawiak-Jawor, 2011, s. 96). Pamiętajmy, że prawie wszystkie usługi medyczne wymagają nawiązania bezpośredniego kontaktu pracownika z pacjentem – bez obecności pacjenta można wykonać jedynie niektóre usługi, np. badania laboratoryjne, przedłużenie branych stale leków (Zalewska-Turzyńska, 2013, s. 43).

Oczywiście model partnerski jest możliwy jedynie wtedy, kiedy choroba czy stan pacjenta stwarza pole do negocjacji (Ostrowska 2006, s. 185) – trudno spodziewać się realizacji modelu partnerskiego w przypadku sytuacji zagrażającej życiu pacjenta czy w momencie utraty przez niego przytomności (Jarosz, Kawczyńska-Butrym, Włoszczak-Szubzda, 2012, s. 217). Jednak pacjent w każdej sytuacji powinien liczyć na szacunek ze strony osób odpowiedzialnych za jego zdrowie i życie. Postulat ten wydaje się rozbijać o stosowane praktyki zapisywania kilku pacjentów na tę samą godzinę wizyty lekarskiej, długie kolejki do specjalistów czy krótki czas wizyty u lekarza.

Ważnym aspektem odpowiedzialności za pacjenta jest ustalenie odpowiednich standardów jakości usług zdrowotnych (Wiercińska, 2012, s. 171–173). Z punktu widzenia pacjenta musi mieć on pewność, że usługa została wykonana zgodnie ze standardami i procedurami jej wykonywania, została wykonana w odpowiednim czasie (bez opóźnień) (zob. Kotler, 2011, s. 372). W tym wypadku jednak pacjent może mieć trudności w ocenie tego, czy usługa została wykonana w sposób należyty, z zachowaniem wszelkich standardów leczenia w danym wypadku. Jednak dość łatwo może zauważyć, że oczekiwanie na wizytę u specjalisty bądź na konkretne badanie kilka dni czy tygodni (przy chorobie zagrażającej życiu) nie mieści się w standardach. Tego rodzaju utrudnienia tłumaczy się co do zasady ograniczonymi środkami finansowymi placówki medycznej.

Specyfika usług zdrowotnych powinna wymuszać indywidualne podejście do pacjenta oraz konieczność budowania relacji zaufania i zrozumienia pomiędzy personelem medycznym a pacjentem. Dodatkowo z badań wynika bowiem, że o pozytywnej reputacji placówki leczniczej, np. szpitala, decydują dwa czynniki: relacje pomiędzy pacjentami a lekarzami i pielęgniarkami wytworzone w trakcie procesu leczenia oraz wysoki poziom standardów leczenia (Littwin, 2013, s. 212).

Najprostszym przykładem będzie dla nas usługa stomatologiczna – pacjent może np. wyrazić niezadowolenie z wyglądu plomb czy jakości protezy dentystycznej, jednak trudno jest mu realnie ocenić jakość usługi medycznej. Niemniej warto stawiać na jakość usług, chcąc, by przełożyło się to na satysfakcję pacjenta, a w rezultacie na jego lojalność. Jakość usług wraz z miłą atmosferą to podstawa sukcesu współczesnej placówki medycznej (Brzozowska-Woś, 2013, s. 32). Według badań Harris Interactive Health Care Poll dobra reputacja placówki leczniczej oraz polecenie zaufanego lekarza to ważniejsze wskaźniki jakości opieki medycznej niż lokalizacja, wygląd czy stan infrastruktury (Swayne, Duncan, Ginter, 2012, s. 183). Oczywiście są to sytuacje związane z tego rodzaju usługami zdrowotnymi,

które dotyczą chorób czy problemów niezagrażających potencjalnie życiu chorego oraz części rynku mającej charakter rynku pacjenta. W tym przypadku postrzeganie placówki medycznej przez pacjenta będzie miało znaczenie w procesie komunikacji z otoczeniem. I będzie rzutowało na jej dalszą działalność. W innych wypadkach pacjent jest wciąż przedmiotem działań służby zdrowia, a nie podmiotem świadczonych usług zdrowotnych.

### **Komunikacja społecznie odpowiedzialna: oczekiwania pacjentów**

Z punktu widzenia rozpatrywanej problematyki – dodatkowo istotne jest to, w jaki sposób i za pośrednictwem jakich środków podmiot medyczny informuje o swoich usługach, biorąc pod uwagę wspomniane we wprowadzeniu ograniczenia prawne. Jak wspomniano, zgodnie z obowiązującymi w Polsce uwarunkowaniami prawnymi podmiot medyczny może podawać do publicznej wiadomości informacje o udzielanych świadczeniach zdrowotnych, ale nie może prowadzić reklamy (Ustawa, 2011). Innymi słowy, podmiot medyczny, nawet działając jako organizacja komercyjna, ma ograniczone możliwości promocji swych usług – nie może tego czynić na zasadach ogólnych. Informacja o udzielaniu świadczeń zdrowotnych nie może mieć znamion reklamy i zawierać jakiegokolwiek formy zachęcania do korzystania z usług danego podmiotu medycznego. Można pokusić się o stwierdzenie, że w przypadku komunikacji marketingowej prowadzonej przez placówkę medyczną nie ma mowy o możliwości zastosowania zasad odpowiedzialności biznesu, ponieważ obostrzenia prawne są tak duże, że nie pozostawiają żadnych wątpliwości co do rzetelności informacji handlowej. Tego rodzaju obostrzenia w zakresie podawanych informacji o działalności podmiotu medycznego należy skonfrontować z prawem pacjenta do informacji.

Ideą działań komunikacyjnych jest wysyłanie do konsumentów przekazów, które są odzwierciedleniem odpowiedzialnego sposobu myślenia i działania przedsiębiorstwa. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że działalność marketingowa podmiotu medycznego, podobnie jak stricte komunikacyjna, powinna być przedmiotem zainteresowania samych pacjentów. Z dotychczasowych rozważań wynika, że podmiot medyczny ma ograniczone do informacji handlowej możliwości komunikowania się z rynkiem. Jednak pamiętajmy, że obostrzenia te nie dotyczą prawa pacjenta do informowania innych o zakresie usług zdrowotnych wykonywanych w danej placówce czy o efektach procesu leczenia. Wyraźnie przesuwają się tutaj akcent w komunikacji rynkowej na samych pacjentów. To oni stają się głównymi nadawcami komunikatów marketingowych kierowanych do innych, potencjalnych pacjentów danego podmiotu medycznego.

Świadomość po stronie podmiotu medycznego oddolnych działań pacjentów powinno powodować dostosowywanie strategii zarządzania placówką medyczną do zasad społecznej odpowiedzialności biznesu. Tym samym społecznie odpowiedzialna placówka medyczna wymaga odpowiedzialnego pacjenta, gdyż to właśnie wzrost świadomości społecznej będzie wymuszać na przedsiębiorstwach zmianę strategii zarządzania (Krzyżanowska, 2014). Obecnie pacjent ma większe możliwości komunikowania się nie tylko z podmiotem medycznym, lecz także z innymi uczestnikami rynku medycznego. Dzięki nowym możliwościom technologicznym pacjent może wyrażać opinię na temat lekarza i jego oferty (na stronie internetowej danej placówki albo na odpowiednich forach internetowych). Nie ulega wątpliwości, że jest to temat niezwykle problematyczny, ponieważ niezadowolony z wykonanej usługi może być wynikiem czynników niezależnych od lekarza (Brzozowska-Woś, 2013, s. 34). Doświadczenie pacjenta w zakresie komunikacji z personelem medycznym może mieć większe przełożenie na ocenę jakości usług medycznych niż efekt w postaci

jego polepszonego stanu zdrowia. Budowanie zaufania wobec lekarza czy placówki medycznej daje szansę na to, że pacjent chętnie będzie udzielał pozytywnych informacji na temat działalności danej organizacji. Z drugiej strony nieprzyjemne doświadczenia pacjentem w kontaktach z lekarzem mogą powodować jego negatywną ocenę usługi, a nawet skutków leczenia. Jest to niezwykle ciekawe zagadnienie wymagające strategicznego podejścia do pacjenta, który staje się obecnie ważnym emisariuszem wiadomości o placówce medycznej.

Odpowiedzialny pacjent powinien oczekiwać wykonania usługi zdrowotnej według najwyższych standardów – w sposób rzetelny, jak również z wykorzystaniem odpowiedniego sprzętu medycznego. Taki pacjent nie tylko zna swoje prawa i umie z nich korzystać, lecz także ma świadomość tego, że korzystanie z usług zdrowotnych danej placówki medycznej stanowi poparcie dla konkretnego lekarza i jego usług. Oczywiście wciąż problematyczna pozostaje kwestia, w jakim stopniu, biorąc pod uwagę bariery prawne i organizacyjne (o czym wspomniano), ma wpływ na to, że w Polsce dominuje rynek służby zdrowia nad rynkiem pacjenta. Postulowane zasady odpowiedzialnej komunikacji placówki medycznej z pacjentem dotyczą zapewne jeszcze niewielkiej liczby placówek medycznych.

## **Podsumowanie**

Spoleczna odpowiedzialność biznesu postrzegana jest nie tylko jako wymóg nowoczesnego sposobu zarządzania placówką medyczną, lecz także dostosowywania się do wymagań społecznych. Nie da się ukryć, że dopiero dialog pomiędzy podmiotem medycznym a jego pacjentami może przyczynić się do budowy trwałych relacji lekarz–pacjent. Z podjętych rozważań wynika, że w relacjach pomiędzy jednostką usług zdrowotnych a pacjentem powinno przeważać partnerstwo, szacunek, zaufanie, przejrzystość. Regulacje prawne obowiązujące w Polsce przesuwać akcent z komunikacji marketingowej płynącej od podmiotu medycznego na informacje udzielane otoczeniu przez samych pacjentów. To oni stają się emisariuszami wiadomości o działalności placówki leczniczej. Zasada partycypacji pacjentów w procesie zarządzania placówką medyczną nabiera tym samym dodatkowego znaczenia – oddolne działania pacjentów powinny wymuszać dostosowywanie się organizacji do wymogów rynku.

Postulaty wysunięte w opracowaniu wymagają jednak noty końcowej. Zarówno doświadczenia wielu z nas, jak i opinie pacjentów na temat placówek medycznych i świadczonych przez nie usług zdrowotnych wskazują na zgoła inne spostrzeżenia. Przede wszystkim trudny do realizacji wydaje się postulat budowania partnerskiego modelu relacji lekarz–pacjent. I nie jest to tylko kwestia ograniczonej wiedzy pacjentów na temat choroby czy procesu leczenia (tę wiedzę wielu pacjentów uzupełnia za sprawą informacji rozpowszechnianych w Internecie). Ważniejsze wydaje się pogodzenie się lekarza i personelu medycznego z postępującymi zmianami na rynku usług zdrowotnych – pacjent wciąż traktowany jest przedmiotowo. Problem ten jest wynikiem splotu wielu czynników: sztywne procedury świadczenia usług zdrowotnych, problemy kadrowe (i brak czasu dla pacjenta), brak umiejętności komunikacyjnych po stronie personelu medycznego czy brak świadomości postrzegania przez pacjentów jakości świadczenia usługi poprzez pryzmat kompetencji komunikacyjnych. Na to nakłada się czynnik najważniejszy: przewaga rynku usług zdrowotnych nad rynkiem pacjenta.

## LITERATURA

- Antkowiak, M. (2011). *Zakaz reklamy świadczeń zdrowotnych*. Pobrano z: <http://www.prawoimedycyna.pl/index.php?str=artykul&id=1023>.
- Brzozowska-Woś, M. (2013). Elektroniczne instrumenty komunikacji marketingowej w marketingu usług medycznych. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 10/1 (14), 31–40.
- Dunn, S.W., Barban, A.M., Krugman, D.M., Reid, L.N. (1990). *Advertising. Its Role in Modern Marketing*. Orlando: The Dryden Press.
- FOB (2011). *Forum Odpowiedzialnego Biznesu – strategię CSR. Raport z wywiadów indywidualnych online*, 13. Warszawa: Interaktywny Instytut Badań Rynkowych.
- FOB (2013). *Zrównoważony łańcuch dostaw: trendy i innowacje. Analiza Tematyczna*. Pobrano z: <http://odpowiedzialnybiznes.pl/publikacje/analiza-tematyczna-zrownowazony-lancuch-dostaw-trendy-i-innowacje/>.
- Jarosz, M.J., Kawczyńska-Butrym, Z., Włoszczak-Szubda, A. (2012). Modele komunikacyjne relacji lekarz–pacjent–rodzina. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 3 (18), 212–218.
- Kotler, Ph. (2011). *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kozłowska, A. (2010). Instrumenty komunikowania marketingowego w dobie globalizacji. *Studia i Prace. Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego*, 1, 151–173. Warszawa: Oficyna Wydawnicza SGH.
- Kozłowska, A., Korporowicz, V. (2015). Profilaktyka chorób w kontekście idei społecznej odpowiedzialności biznesu. W: V. Korporowicz (red.), *Zarządzanie progresywne zdrowiem. Metody, strategię, metody* (s. 167–186). Warszawa: Wolters Kluwer.
- Kozłowska, A. (2015). Reklama: w kierunku komunikacji społecznie odpowiedzialnej. W: A. Kłodziej-Durnaś (red.), *Reklama społeczna – między społecznymi problemami a innowacjami* (s. 75–96). Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Wydziału Humanistycznego US „Minerwa”.
- Krzyżanowska, O. (2015). *Odpowiedzialny biznes w Polsce*. Pobrano z: [www.epr.pl/czytelniatrzy.php?id=233&itemcat=1](http://www.epr.pl/czytelniatrzy.php?id=233&itemcat=1).
- LBKS (2015). Laboratorium Badania Komunikacji Społecznej. Pobrano z: <http://www.badania-komunikacji.pl/>.
- Littwin, K.I. (2013). Rola profesjonalistów medycznych w zarządzaniu szpitalem. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 10 (1), 205–214. Łódź: Społeczna Akademia Nauk.
- Makuch, L. (2011). CSR a wartość dla klienta. W: M. Bonikowska, M. Grewiński (red.), *Usługi społeczne odpowiedzialnego biznesu* (s. 205–231). Warszawa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna TWP.
- Midura, J. (2009). Kultura przenikania. *Marketing przy kawie*, 260. Pobrano z: <http://www.marketing-news.pl/theme.php?art=895>.
- Mielnik-Błaszczak, M., Ziolo, A., Kawiak-Jawor, E. (2011). Relacja lekarz–pacjent. Od paternalizmu do partnerstwa. *Zdrowie Publiczne*, 121 (1), 95–98.
- Orońska, A. (2000). Rozmowa z nieuleczalnie chorym. W: J. Barański, W. Waszyński, A. Steciwko (red.), *Komunikowanie się lekarza z pacjentem* (s. 39–62). Wrocław: Astrum.
- Ostrowska, A. (2006). Paternalizm czy partnerstwo? Relacje między pacjentami a lekarzami w Europie. W: H. Domański, A. Ostrowska, P.B. Sztabiński (red.), *W środku Europy? Wyniki Europejskiego Sondażu Społecznego* (s. 185–200). Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii PAN.



- Ratajska, A., Kubica, A. (2010). Co leży u podłoża złej współpracy lekarz–pacjent? – spojrzenie psychologa. *Folia Cardiologica Excerpta, Via Medica*, 2 (5), 84–87.
- Rok, B. (2004). *Odpowiedzialny biznes w nieodpowiedzialnym świecie*. Warszawa: Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Forum Odpowiedzialnego Biznesu.
- Stangierska, I., Horst-Sikorska, W. (2007). Ogólne zasady komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 1 (1), 58–68.
- Swayne, L.E., Duncan, W.J., Ginter, P.M. (2012). *Zarządzanie strategiczne w ochronie zdrowia*. Warszawa: Wolters Kluwer.
- Ustawa (2011). Ustawa z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. DzU 2011, nr 112, poz. 654.
- Wiercińska, A. (2012). Specyfika rynku usług zdrowotnych. *Prace i Materiały Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Gdańskiego*, 287 (63), 1–12.
- Zalewska-Turzyńska, M. (2013). Zintegrowana komunikacja marketingowa w usługach zdrowotnych. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 10/1 (14), 41–51.
- Zieger, O. (2001). *Świadomość konsumencka – czy jesteśmy w stanie płacić więcej za lepiej?*  
Pobrano z: [www.opoka.org.pl/biblioteka/X/XB/swiadomosc.html](http://www.opoka.org.pl/biblioteka/X/XB/swiadomosc.html).

#### THE RESPONSIBILITY OF THE MEDICAL FACILITY FOR THE COMMUNICATION WITH THE PATIENT

**SUMMARY** The article deals with a very interesting question: the responsibility of medical facilities in the process of communication with patients. With the limited potential for marketing communication, the stress should be put on the communication with patients when they are medically treated and it should not be based on the paternalistic model any longer, it ought to be replaced by a partnership. There are hardly any tips on how to change the relation between physician and patient in the existing literature on marketing communication, sociology of organisations, sociology of medicine, etc. Attempts to change anything in the responsibility of medical facilities concerning their communication with patients are confronted with procedures, standards and problems of the whole system. The article focuses on the relation between physician and patient in marketing communication with the environment.

#### KEYWORDS

ADVERTISING,  
COMMUNICATION,  
MEDICAL FACILITY, PATIENT,  
RESPONSIBILITY

