

Dominik Meller*

Agata Milik**

Komunikacja interpersonalna w zakładach opieki zdrowotnej

Wstęp

Celem artykułu jest przedstawienie i porównanie aspektów komunikacji interpersonalnej w relacji personel medyczny–pacjent oraz komunikacji marketingowej w zakładach opieki zdrowotnej. W artykule zwerifikowano także postawioną hipotezę o możliwości wykorzystania komunikacji w zakładach opieki zdrowotnej jako komunikacji marketingowej.

Komunikacja leży u podstaw wszystkich interakcji, zarówno interpersonalnych, jak i społecznych. Daje możliwość wyrażania własnej indywidualności oraz jest podstawą regulacji stosunków międzyludzkich. Podobnie jak w innych dziedzinach tak i w ochronie zdrowia ma swoje jawne i ukryte funkcje.

Zaczynając od podstawowej komunikacji między personelem, umożliwiającej codzienną współpracę, poprzez koordynację zespołów specjalistów, a na komunikacji pomiędzy placówkami kończąc, komunikaty w zakładach opieki zdrowotnej (ZOZ) są kluczowym narzędziem prowadzenia procesu leczniczego. Umożliwiają nie tylko koordynację procedur dla pojedynczego pacjenta, ale także wdrażanie działań na szeroką skalę, np. działania epidemiologiczne, prowadzenie specjalistycznych baz danych (biobanki, bazy pacjentów cierpiących na rzadkie choroby, bazy naukowe) itd.

Pomimo wielu aspektów komunikacji w placówkach medycznych główną osią porozumiewania się pozostaje ta na linii personel medyczny–pacjent. To dzięki niej, w ujęciu globalnym, dochodzi do wymiany największej ilości informacji. Zatem wydaje się zasadne postawienie hipotezy o możliwym zastosowaniu jej także w komunikacji marketingowej w ZOZ.

* Mgr inż., Niestacjonarne Studia Doktoranckie, Wydział Zarządzania, Uniwersytet Gdański, ul. Armii Krajowej 101, 81-824 Sopot, d.meller@ug.edu.pl

** Mgr, Niestacjonarne Studia Doktoranckie, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański, ul. Bażyńskiego 4, 80-952 Gdańsk, aga.milik@gmail.com

1. Aspekty komunikacji interpersonalnej w zakładach opieki zdrowotnej

Komunikacja w zakładach opieki zdrowotnej to proces porozumiewania się pomiędzy jednostkami i grupami. Do celów komunikacji zaliczamy wymianę myśli, dzielenie się informacjami, wiedzą i pomysłami. Komunikacja zachodzi przy użyciu zróżnicowanych środków, odbywa się na wielu poziomach i wywołuje określone skutki [Stewart, 2010, s. 37]. Komunikacja w ZOZ ma najczęściej charakter interakcji – ważne są nie tylko oczekiwania, postawy, potrzeby i cele jednej strony, ale także wywołane reakcje u drugiej strony zaangażowanej w proces [Kaźmierczak, 2011, s. 133]. Warto też uwzględnić możliwość wprowadzania licznych zmian podczas komunikowania się – interakcja ta buduje, rozwija i wpływa na jakość życia i tożsamość jednostki, co w zakładach opieki zdrowotnej może skutkować wpływem na sposób doświadczania, przeżywania i postrzegania choroby, pacjentów, personelu i samej placówki [Kaźmierczak, 2011, s. 134].

W praktyce lekarz i jego pacjent stanowią system leczący, który można nazwać relacją lub związkiem lekarza z pacjentem. System osadzony jest w otoczeniu, na które składa się system medyczny, czyli placówka i personel medyczny, oraz kontekst społeczny pacjenta (rodzina, przyjaciele, inne instytucje) [Drożdżowicz, 2007, s. 266]. Komunikacja interpersonalna zachodzi na wielu poziomach i dotyczy różnych aspektów wybranych systemów i otoczenia. Specyfikę komunikacji wyznaczają właściwości i działania osób w niej uczestniczących, a także czynniki sytuacyjne i warunki środowiskowe [Kaźmierczak, 2011, s. 137].

Wybrane badania pokazują, że w aspekcie komunikacji pacjenci oczekują od personelu medycznego fachowej porady oraz informacji, ponadto szacunku, wsparcia, zrozumienia i empatii [Czerw i inni, 2012, s. 248]. W celu usprawnienia i polepszenia komunikacji interpersonalnej w zakładach opieki zdrowotnej kładzie się szczególny nacisk na uwrażliwienie personelu medycznego w wybranych aspektach, takich jak poczucie bezpieczeństwa, zaufanie pacjenta do personelu medycznego, poczucie intymności, poczucie, że personel medyczny jest zainteresowany pacjentem i jego problemem, a także, że wyraża pragnienie rozwiązania problemu medycznego pacjenta [Kowalski, Jarosz i inni, 2010, s. 428]. Z badań wynika, że pacjenci, którzy są zadowoleni z komunikacji ze swoim lekarzem, są też znacznie bardziej zadowoleni z całej opieki medycz-

nej, a także stosują się częściej do zaleceń lekarskich i zażywają przepisane leki [Fong i inni, 2010, s. 39].

2. Aspekty komunikacji marketingowej w zakładach opieki zdrowotnej

Współczesne zakłady ochrony zdrowia coraz bardziej skłaniają się w kierunku zarządzania marketingowego [Syrekiewicz-Świtała i inni, 2011, s. 45]. Tym samym kierują się strategią marketingową, uwzględniając jej siedem elementów (tak zwane 7P): produkt (*product*), dystrybucję (*place*), ceny (*price*), promocję (*promotion*), cechy fizyczne (*physical environment*), ludzi (*people*) i procesy (*process*). Rynek medyczny nie jest całkowicie wolny [Chawla i inni, 2004, s. 228], więc w przypadku placówek ochrony zdrowia najbardziej intensywnie operuje się cechami fizycznymi środowiska, ludźmi i procesami zaangażowanymi w leczenie.

Badania opinii pacjentów pokazują [Jopkiewicz, 2011, s. 137], że w ocenie wizerunku placówki medycznej szczególne znaczenie mają doświadczenie oraz cechy psychologiczne i społeczne lekarzy. Tym samym spośród przytoczonych 7P to element „ludzie” przyjmuje pozycję wiodącą. Za fakt ten odpowiedzialna jest między innymi asymetria informacji na linii pacjent–lekarz dotycząca aspektów zdrowia i terapii. Zatem to personel medyczny jest elementem, który odgrywa główną rolę w budowie percepcji ZOZ w oczach pacjenta-klienta.

W analizie komunikatów wysyłanych przez ZOZ należy też uwzględnić komunikację pomiędzy różnymi placówkami medycznymi. W silnie konkurencyjnym środowisku ważna jest także współpraca pomiędzy ośrodkami oferującymi usługi komplementarne. Personel medyczny pełniący role kontraktowe pomiędzy ośrodkami także może mieć wpływ na jakość i trwałość relacji.

Fakt nawiązania komunikacji pacjent–lekarz w procesie terapeutycznym otwiera pole do postawienia pytania o możliwość komunikacji na poziomie czysto marketingowym. Badania pokazują, że do części informacyjnej komunikacji można także włączyć elementy marketingowe bądź autopromocji lekarza w perspektywie jego współpracy z ZOZ.

Komunikacja z chorymi we współczesnym świecie ma także dodatkową wagę. Opinie o lekarzach zawsze były przenoszone jako *word-of-mouth* – przekazy ustne [Tu, 2008, s. 3]. Obecnie poprzez rozwój serwisów społecznościowych oraz serwisów nastawionych ściśle na ranking lekarzy opinia o pracowniku medycznym staje się publicznie do-

stępna. Tym samym komunikację marketingową w zakładach opieki zdrowotnej należy rozpatrywać w kontekście formy komunikacji ze społeczeństwem a nie jedynie z samym pacjentem [Stanisz-Busch, 2011 s. 17].

3. Relacje i specyfika interakcji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem

Badania literaturowe każą zwrócić uwagę na wielowymiarowość interakcji pomiędzy chorymi a personelem medycznym [Ferguson, 2002, s. 359; Kowalska i inni, 2010, s. 428]. Jest ona ważna dla obu stron. Pacjentowi pozwala pozyskać informacje dotyczące choroby, planowanego procesu leczenia oraz poczucia bezpieczeństwa związanego z uzyskaną wiedzą i możliwościami przewidywania rezultatów swojego stanu zdrowia i leczenia. Lekarz natomiast może w ten sposób pozyskać informacje o dolegliwościach pacjenta i jego historii niezapisanej w dokumentacji szpitalnej. Jest to tak zwana funkcja informacyjno-diagnostyczna. Podczas interakcji lekarz może też wpłynąć na zachowania i reakcje chorego. Wykorzystując funkcję perswazyjną, lekarz może w taki sposób kierować pacjenta, aby współpracował w procesie leczenia, a po zakończeniu terapii przejawiał postawę prozdrowotną. W przypadku przedłużającej się trudnej terapii personel medyczny może korzystać z funkcji terapeutycznej i poprzez skuteczną komunikację łagodzić stres związany z chorobą i hospitalizacją [Kowalska i inni, 2010, s. 428].

Pacjent rozpoczynający leczenie pojawia się z pewnym poziomem zaufania [Bukowska-Piestrzyńska, 2011, s. 168], którego efektywne wykorzystanie może mieć pozytywny wpływ na rezultaty leczenia, poprzez zwiększenie motywacji do leczenia, swobodne pozyskiwanie informacji o dolegliwościach i historii choroby oraz chęć poprawy własnego stanu zdrowia. Zestawiając możliwości obu stron interakcji, wyraźnie widać szansę na pełną interakcję na linii pacjent–lekarz.

3.1. Interakcje personel medyczny–pacjent w zależności od miejsca opieki (*point of care*)

Pierwotnym kluczem, którym można posłużyć się do analizy interakcji pomiędzy personelem medycznym a pacjentem, jest oddział szpitalny. Można zdefiniować kilka podstawowych miejsc opieki i określić charakterystykę interakcji w nich zachodzących.

Jeśli za wyznacznik stopnia opieki uznana zostanie liczba personelu przypadająca na jednego chorego, to najwyższy stopień przypada na blok

operacyjny. W tym jednak przypadku pacjent jest znieczulony, nie wchodzi więc w żadną interakcję z personelem medycznym. Wyjątkiem są tutaj zabiegi prowadzone w znieczuleniu miejscowym oraz chirurgia jednego dnia. Te jednak można powiązać z interakcjami na mniej zaangażowanych stopniach opieki, jakie mają miejsce np. na oddziałach ratunkowych (SOR)¹.

Pacjenci na nowoczesnych SOR-ach grupowani są według stopnia zagrożenia życia i w tej kolejności poddawani leczeniu. Zatem osoba z rejestracji jest pierwszą, która styka się z pacjentem. Kontakt ten zazwyczaj jest postrzegany negatywnie przez chorego. Powodem tego jest różnica w postrzeganiu choroby przez pacjenta i personel medyczny [Papastavrou, 2011, s. 2105]. Następnie zachodzi interakcja z lekarzem, wywiad i leczenie. Cechą charakterystyczną relacji pacjent–personel medyczny jest przewidywana jednorazowość kontaktu. Większość pacjentów nie zakłada, że wróci na SOR, a w przypadku takiej konieczności kluczowym czynnikiem decydującym o wyborze miejsca leczenia pacjenta jest odległość od punktu opieki. Natomiast interakcje, w które wchodzi pacjent w stanie krytycznym, przywożeni przez karetki pogotowia, odpowiadają zachodzącym na bloku operacyjnym. Jeśli jednak pacjent jest przytomny, to ratownik bądź lekarz także prowadzi rozmowę mającą na celu ustalenie powodu urazu lub historii choroby, która doprowadziła do stanu zagrażającego życiu.

Inną sytuacją jest planowa hospitalizacja. Chory ma już świadomość celu, w jakim przyjmowany jest do zakładu opieki zdrowotnej. Przyjęcie zostało poprzedzone rozpoznaniem, czasem też badaniami. Na oddziale, trafiając pod opiekę lekarza prowadzącego, nawiązuje nową relację niejako obciążoną poprzednimi informacjami i doświadczeniami. Zatem personel medyczny, poza poinformowaniem pacjenta o planowanych procedurach medycznych, musi także określić jego nastawienie do leczenia i w miarę potrzeby postarać się zbudować pozytywne wrażenie. Pacjent hospitalizowany należy do grupy, dla której komunikacja z personelem medycznym ma największe znaczenie. Kontakt z pielęgniarkami i lekarzami prowadzącymi leczenie, czy regularne spotkania z całą kadrą lekarską podczas obchodów, są sposobnością do komunikacji i budowy relacji pacjent–lekarz.

¹ Zazwyczaj oddziały te są w szpitalach, więc nazywają się Szpitalnymi Oddziałami Ratunkowymi – SOR.

Jeśli jednak prowadzona jest intensywna terapia, zdarza się, że pacjent jest nieprzytomny. Komunikacja z nim jest często niemożliwa, zatem rolę odbiorów informacji przejmują krewni odwiedzający pacjenta. Najbliżsi przejawiają troskę o chorego, natomiast jako osoby zdrowe są często w stanie przyjąć znacznie bardziej skomplikowane komunikaty, jednocześnie nie będąc obciążonym osobistym odczuciem choroby.

Chory natomiast w najwyższy poziom interakcji wchodzi podczas opieki w przychodniach i u lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Jest całkowicie świadomy, dolegliwości nie są poważne, a lekarz, odpowiedzialny za prowadzenie terapii, jest osobą znaną. W przypadku długotrwałej opieki nad pacjentem możliwe staje się wypracowanie relacji a nie tylko ciągu interakcji [Kristjansson i inni, 2013, s. 7]. We wszystkich opisanych przypadkach zarówno pacjent, jak i lekarz mogą przyjmować różnorakie podstawy, analiza literaturowa pozwala na określenie kilku najczęściej spotykanych modeli.

3.2 Modele teoretyczne relacji personel medyczny–pacjent

Relacja personel medyczny–pacjent polega na interakcji i oddziaływaniu na siebie osób oraz interpretowaniu wzajemnych zachowań, a także modyfikowaniu własnych reakcji pod ich wpływem [Barański, 2002, s. 158]. Relację tę charakteryzuje asymetryczność, komplementarność i dążenie do wspólnego celu. Dodatkową specyfikę relacji wyznacza fakt, że zawody medyczne wiążą się z wysokim prestiżem i statusem społecznym, co może wpływać na powiększanie się dystansu pomiędzy personelem a pacjentem. Ponadto relacja jest nacechowana emocjonalnie, ponieważ personel medyczny ma dostęp do najintymniejszych sfer ciała chorego oraz szczegółów z jego życia prywatnego. Personel towarzyszy pacjentowi w sytuacjach trudnych i momentach wyczerpania, a pacjent zostaje pozbawiony po części własnej tożsamości poprzez specyfikę ubioru i wymaganych od niego zachowań [Każmierczak, 2011, s. 136].

Badacze T.S. Szasz i M.H. Hollender przedstawiają trzy podstawowe typy interakcji lekarz–pacjent, są to:

1. Aktywność–bierność: charakteryzuje się dominacją lekarza i wykonywaniem czynności dla pacjenta, uległością i przyjmowaniem przez pacjenta, ma miejsce najczęściej w ostrych stanach chorobowych.
2. Kierowanie–współpraca: charakteryzuje się współpracą lekarza i pacjenta, lekarz wydaje polecenia i podejmuje autorytatywne decyzje, a pacjent słucha poleceń i współpracuje.

3. Współuczestnictwo: charakteryzuje się partnerstwem i współodpowiedzialnością za proces leczenia. Ten typ występuje najczęściej w chorobach przewlekłych. Lekarz pokazuje pacjentowi obcy świat medyczny, jest doradcą i profesjonalistą, a pacjent analizuje sposoby leczenia, decyduje i razem z lekarzem ponosi odpowiedzialność. Obecna jest swobodna wymiana myśli, możliwa dzięki jasnej i skutecznej komunikacji interpersonalnej [Barański, 2002, s. 159; Kowalska i inni, 2010, s. 428].

Inny model relacji lekarz–pacjent zaproponowali E. i L. Emanuel.

Wyróżnili następujące typy:

1. Paternistyczny: lekarz decyduje o sposobie leczenia i wpływa na zachowanie pacjenta.
2. Informacyjny: lekarz jest ekspertem od dostarczanych informacji, pacjent podejmuje na tej podstawie decyzje dotyczące swojego stanu.
3. Interpretacyjny: lekarz pełni funkcję doradcą i dostarcza informacji, na podstawie których pacjent podejmuje kompetentną decyzję.
4. Wspólnego naradzania się: lekarz i pacjent prowadzą dialog w przyjemnej atmosferze, podejmując decyzję o sposobach leczenia – typ związany z jasną i klarowną komunikacją [Barański, Piątkowski, 2002, s. 161].

Współcześnie zalecanym modelem jest model oparty na obustronnej skutecznej komunikacji pomiędzy pacjentem a personelem medycznym. Charakteryzuje się otwartym, dwukierunkowym kontaktem opierającym się na wzajemnej zależności, szacunku i zaufaniu oraz na obustronnym rozwiązywaniu problemów. Lekarz jako specjalista dodatkowo pełni funkcję edukacyjno-doradcą, troszczy się o pacjenta i jego autonomię, posiada umiejętności skutecznego komunikowania się i potrafi słuchać pacjenta [Kowalska, i inni, 2010, s. 428].

4. Rola komunikacji interpersonalnej personel medyczny–pacjent w komunikacji marketingowej

Przedstawiony model komunikacji personel medyczny–pacjent zawiera wiele cech wspólnych z modelami skutecznej komunikacji marketingowej [Wiktor, 2002, s. 115], co pozwala postawić pytanie o możliwość stworzenia hybrydy. Byłaby ona projekcją [Topp, 2005, s. 2001] komunikacji marketingowej na płaszczyznę komunikacji medycznej.

Analizując części wspólne obu perspektyw, uwidaczniają się poszczególne analogie. W omawianych przypadkach, zarówno w perspek-

tywie marketingowej, jak i medycznej, podstawę zaistnienia stanowi interakcja. Za każdym razem jest wymuszona, od strony marketingu jako komunikat o interesującej użytkownika zawartości, od strony medycznej jako wynik choroby.

Za podobieństwo można uznać też przestrzeń komunikacji. Przedsiębiorstwa komunikują się z uczestnikami określonych rynków jasno zdefiniowanymi grupami docelowymi [Hague i inni, 2003, s. 30]. Odpowiada im system leczenia, który automatycznie klasyfikuje pacjentów według typu wymaganej diagnostyki, opieki, rodzajów schorzeń i stopnia ich zaawansowania. Tym samym do potencjalnego nadawcy komunikatu medycznego przyporządkowany zostaje jasno sklasyfikowany odbiorca. Poziom dokładności takiej segmentacji medycznej można swobodnie uznać za zbliżony do najnowszych technologii dostarczania zindywidualizowanych treści reklamowych [Rura, 2013, s. 32].

Bezpośrednio z segmentacją wiążą się potrzeby klientów. Nerozpoznane od strony marketingowej, z perspektywy medycznej są jasno określone. Poza oczekiwaniem powrotu do zdrowia pacjenci oczekują przede wszystkim satysfakcjonującego ich poziomu uwagi ze strony personelu medycznego, a w indywidualnym kontakcie poczucia empatii ze strony lekarza [Czerw i inni, 2012, s. 248].

Z badań literaturowych i przeprowadzonej analizy wynika, że personel medyczny w kontakcie z pacjentem jest w stanie przekazać komunikat marketingowy o bardzo wysokim wpływie na potencjalnych klientów [Tkaczyk, 2007, s. 77], jednocześnie docierając do o wiele szerszego grona adresatów.

Do analitycznego potwierdzenia przedstawionych założeń można wykorzystać metody ewaluacji znane z marketingu wirusowego [Reichheld, 2003, s. 7]. Biorąc za przykład lekarza rodzinnego pracującego w przychodni oferującej podstawową opiekę zdrowotną i przyjmującego dziennie 15 pacjentów (we współczesnych realiach można uznać tę wartość za zaniżoną), w ciągu miesiąca ma miejsce 300 kontaktów. Zasięg propagowanej przez niego informacji można wyliczyć według następującego wzoru:

$$n = \frac{pN}{(1 - R)} \quad (1)$$

gdzie:

n – zasięg informacji,

p – prawdopodobieństwo pozytywnej reakcji

N – liczba zaangażowanych w kampanię (jako pokolenie „0”),

R – stopa reprodukcji (wielkość populacji $n+1$, ilość osób, którym pacjent przekazuje pozyskaną informację).

Zatem zakładając prawdopodobieństwo pozytywnej reakcji na 50%, a stopę reprodukcji na poziomie 0,75 (czyli 75% osób z populacji „0” prześle informację dalej), otrzymujemy zasięg na poziomie 500 osób wygenerowany tylko przez jednego lekarza. W stosunku do tradycyjnego marketingu jest to wzrost o ponad 60%, dla którego to $n = N$.

Co więcej, wykorzystanie komunikacji pacjent–lekarz w marketingu wiąże się z minimalnymi nakładami finansowymi. Nie są wymagane do tego ani nowe pomieszczenia, ani specjalistyczne wyposażenie. Jedynym potencjalnym kosztem może być szkolenie – przygotowanie personelu medycznego.

5. Celowość wykorzystania komunikacji marketingowej w relacji personel medyczny–pacjent w budowaniu percepcji zakładów opieki zdrowotnej

Analitycznie potwierdzoną wartość komunikacji marketingowej należy wykorzystać w sposób efektywny. Zgodnie z dobrymi praktykami komunikacji marketingowej powinna ona realizować konkretny cel [Zięba, 2010, s. 278]. Personel biorący udział w komunikacji powinien wiedzieć, iż celem jest przykładowo informowanie o dostępności usług dietetycznych w celu poprawy świadomości odżywiania pacjentów i ograniczenia potencjalnych pacjentów zmagających się z otyłością, bądź możliwość rehabilitacji osób starszych, by mogli zostać aktywni fizycznie. Jednocześnie komunikat marketingowy powinien być określony na tyle zwięźle, by mógł być zapamiętany przez odbiorcę i w odpowiednim momencie przekazany dalej.

Menedżerowie placówek ochrony zdrowia, szczególnie w początkowych fazach wprowadzania komunikacji marketingowej w interakcję personel medyczny–pacjent, powinni kontrolować wysyłane komunikaty, a przynajmniej przypominać personelowi o założonych celach owych komunikacji. Pozwoli to wyeliminować ryzyko wysyłania błędnych informacji bądź wykorzystywania jej do promocji własnej lekarzy lub konkurencyjnych placówek, z którymi może być związany personel. Jest to kluczowe, biorąc pod uwagę, że komunikat negatywny ma o wiele większą siłę oddziaływania niż pozytywny [Tkaczyk, 2007, s. 77].

Zakończenie

Wykorzystanie relacji pacjent–personel medyczny jest najskuteczniejszym środkiem informowania pacjentów o oferowanych usługach medycznych, umożliwiającym jednocześnie rozpoznanie ich potrzeb, zwłaszcza gdy możliwość reklamy usług medycznych jest prawnie zakazana [ustawa o działalności leczniczej, 2011, art. 14]. Bezsprzecznie takie informacje w okresie zwiększającej się konkurencji mogą być kluczowe dla przedsiębiorstw świadczących usługi na rynku medycznym.

Literatura

1. Barański J., Piątkowski W. (2002), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wydawnictwo Atut, Wrocław.
2. Bukowska-Piastrzyńska A. (2012), *System obsługi klienta jako czynnik przewagi konkurencyjnej (na przykładzie gabinetu stomatologicznego)*, Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, nr 262.
3. Chawla M., Berman P., Windak A., Kulis M. (2004), *Provision of ambulatory health services in Poland: a case study from Krakow*, „Social science & medicine”, Vol. 58.
4. Czerw A., Religioni U., Matuszyna A., Lesiak K., Olejnik A., Śniadała D. (2012), *Zasady skutecznej komunikacji w placówkach medycznych*, „Hygeia Public Health”, Vol. 47 (3).
5. Drożdżowicz L. (2007), *Lekarz a rodzina chorego*, w: *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*, Bętkowska-Korpala B., Gierowski J.K. (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
6. Ferguson W., Candib L. (2002), *Culture, language, and the doctor-patient relationship*, „Family Medicine”, Vol. 34.
7. Fong Ha J., Anat D.S., Longnecker N. (2010), *Doctor – patient communication: A Review*, „The Ochsner Journal”, Vol. 10.
8. Hague P.N., Hague N., Morgan, C.A. (2005). *Badania rynkowe w praktyce*, Helion, Gliwice.
9. Jopkiewicz S. (2011), *Funkcja wizerunku i tożsamości placówki w komunikacji marketingowej*, *Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae*, nr 2.
10. Kaźmierczak A. (2011), *Wpływ komunikacji z personelem medycznym na doświadczenie choroby przez pacjentów*, „Homo Communicativus”, Vol. 1 (6).
11. Kowalska A., Jarosz M., Sak J., Pawlikowski J., Patryń R., Pacian A., Włoszczak-Szubzda A. (2010), *Etyczne aspekty komunikacji pacjent – lekarz*, „Medycyna Ogólna”, Vol. 16.

12. Kristjansson E., Hogg W., Dahrouge S., Tuna M., Mayo-Bruinsma L., Gebremichael G. (2013), *Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors*, „BMC family practice”, Vol. 14.
13. Papastavrou E., Efstathiou G., Charalambous A. (2011), *Nurses' and patients' perceptions of caring behaviours: quantitative systematic review of comparative studies*. „Journal of Advanced Nursing”, Vol. 67.
14. Reichheld F. (2003), *One number you need to grow*, „Harvard Business Review”, Vol. 12.
15. Rura J. (2013), *Dynamiczny remarketing*, „Marketing w praktyce”, nr 9.
16. Stanisław-Busch E. (2010), *Podstawy zarządzania marketingowego w placówce medycznej*, Wolters Kluwer, Poznań.
17. Stewart J. (2010), *Mosty zamiast murów. Podręcznik komunikacji interpersonalnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
18. Syrkiewicz-Światała M., Holecki T., Kotowski P. (2012), *Koncepcja marketingowego zarządzania organizacją świadczącą usługi medyczne*, „Zarządzanie i Edukacja”, Vol. 82.
19. Tkaczyk J. (2007), *Word-of-mouth w służbie marketingu*, Innowacje w marketingu 4.0.
20. Topp J. (2005), *Algebra liniowa*, Wydawnictwo Politechniki Gdańskiej, Gdańsk.
21. Tu H, Lauer J. (2008), *Word of Mouth and Physician Referrals Still Drive Health Care Provider Choice*, Center for Studying Health System Change Research Brief, No. 9.
22. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, t.j. Dz.U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.
23. Wiktor J.W. (2002), *Modele komunikacji marketingowej*, Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie nr 602.
24. Zięba K. (2010), *Skuteczność działań marketingowych*, Zeszyty Naukowe SGGW, Polityki Europejskie, Finanse i Marketing, nr 3.

Streszczenie

W artykule przedstawiono i porównano aspekty komunikacji interpersonalnej w relacji personel medyczny–pacjent oraz komunikacji marketingowej w zakładach opieki zdrowotnej. Poddano analizie interakcje w zależności od miejsca opieki i dokonano przeglądu modeli teoretycznych relacji personel medyczny–pacjent.

Na podstawie badań literaturowych postawiono hipotezę o możliwości wykorzystania komunikacji w zakładach opieki zdrowotnej jako komunikacji marketingowej. Rozważono podobieństwa i analogie, a także wykorzystano me-

tody analityczne z zakresu marketingu wirusowego. Zasadność stosowania komunikacji w perspektywie marketingowej w zakładach opieki zdrowotnej została potwierdzona.

Słowa kluczowe

zarządzanie, relacja lekarz–pacjent, zakłady opieki zdrowotnej, komunikacja marketingowa

Marketing communication in healthcare enterprises (Summary)

The article presents and compares interpersonal communication between medical staff and patient with marketing communication of health care providers. We analyzed interactions in different points-of-care and reviewed theoretical models of relation between patient and care giver.

Literature research allows a hypothesis on utilization of communication in healthcare as marketing communication. Therefore similarities and analogies were considered and analytical methods taken from viral marketing were tested. Finally use of communication in perspective of marketing in health care was validated.

Keywords

management, physician–patient relation, health care, marketing communication