

Magdalena Brzozowska–Woś

Politechnika Gdańska

Elektroniczne instrumenty komunikacji marketingowej w marketingu usług medycznych

Electronic marketing communication tools in the marketing of medical services

Abstract: There is no doubt that many polish healthcare providers use the Internet to communicate with patients. At the same time they want to create a brand image as being more modern and attractive. The electronic marketing communication (especially information websites, social websites, blogs, forums, microblogs, search engines, mobile marketing) is increasingly important in marketing of medical services is because patients are increasingly proactive about their healthcare. The use of electronic marketing communication tools aimed at attracting more patients is limited by the Polish law. The article describes a part of results of the qualitative research. Focus groups interviews conducted to assist with evaluation inter alia the promotion tools of healthcare services.

Key words: electronic marketing communication tools, marketing of medical services, brand image

Wprowadzenie

Działania z zakresu komunikacji z rynkiem od lat wykorzystywane są przez działających na polskim rynku producentów sprzętu medycznego, farmaceutyków czy też artykułów medycznych. Jednak podmioty świadczące usługi zdrowotne zmagają się z poważnymi ograniczeniami prawnymi w obszarze komunikacji z klientami. Obowiązujące w Polsce ustawodawstwo oraz uchwały podjęte przez Naczelną Radę Lekarską uniemożliwiają podmiotom oferującym świadczenia zdrowotne wykorzystanie pełnego wachlarza działań promocyjnych. Placówki medyczne muszą dopasowywać się do konkurencyjnego otoczenia, dlatego

coraz częściej stawiają na jakość usług, chcąc, by w konsekwencji przełożyła się ona na satysfakcję klientów, a w rezultacie na ich lojalność. Podobnie jak w innych sektorach na rynku usług medycznych coraz bardziej liczy się wizerunek marki placówki, kształtowany w dużym stopniu przez doświadczenia pacjentów oraz skuteczność przyjętej polityki komunikacji z rynkiem.

Celem opracowania jest ukazanie specyfiki kształtowania polityki komunikacji rynkowej dla usług medycznych ze szczególnym uwzględnieniem możliwości, jakie daje wykorzystanie narzędzi komunikacji elektronicznej.

Marketing usług medycznych

Stosowanie marketingu w obszarze usług medycznych nie jest w Polsce czymś nowym, jednak nadal można odnieść wrażenie, iż w wielu wypadkach decydenci w placówkach oferujących świadczenia zdrowotne nie zdają sobie w pełni sprawy z roli, jaką odgrywają pacjenci (klienci), i nie wykorzystują w działaniach placówek orientacji marketingowej, nie wspominając o orientacji holiptycznej. Szczególnie w wypadku podmiotów publicznych rzadko stosowane jest podejście zmierzające do budowania kompleksowego zadowolenia pacjentów. Często wynika to z mniejszej rywalizacji między podmiotami publicznymi niż w przypadku prywatnych placówek, których konkurencja o pacjentów jest znacznie bardziej widoczna.

W teorii marketingu pojęcie usługi jest różnie definiowane, jednak większość autorów podkreśla jej niematerialny charakter, brak transferu własności, nierozdzielność produkcji i konsumpcji oraz trudności standaryzacji. A. Payne określił ją jako produkt niematerialny, oddziałujący bezpośrednio na klienta, ale niepowodujący przeniesienia prawa własności [1997, s. 20]. Większość usług, w tym również usługi medyczne, jest w mniejszym lub większym stopniu wspierana przez przedmioty umożliwiające ich realizację, czyli świadczenie. Świadczeniodawcami usług medycznych są: zakłady opieki zdrowotnej, osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej lub specjalistycznej praktyki, osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej [Opolski 2003, s. 21]. Usługi opieki zdrowotnej służą „zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innym działaniom medycznym wynikającym z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania” [Dz. U. Nr 112, 2011, poz. 654, art. 2, pkt. 10]. Mogą one być świadczone zarówno odbiorcom indywidualnym, jak i grupowym, a ich cechy – niematerialność, nierozłączność, zróżnicowanie i nietrwałość – w istotnym stopniu wpływają na kształtowanie polityki komunikacji z rynkiem.

Niematerialność usług opieki zdrowotnej wyraża się nie tylko w tym, że trudno je przed zakupem dotknąć i odczuć. Aby zmniejszyć niepewność,



klienci szukają wszelkiego rodzaju dowodów potwierdzających wysoką jakość usług. Mogą nimi być zachowanie, wygląd oraz doświadczenie personelu, wygląd placówki i jej pomieszczeń, wykorzystywanego sprzętu, materiałów informacyjnych, symboli oraz ceny [Kotler 2011, ss. 369–371]. Dowody fizyczne odgrywają istotną rolę w procesie przekształcania niematerialnych usług w konkretne korzyści postrzegane przez klientów usług medycznych.

Nierozdzielność usługi odnosi się do jednoczesności jej świadczenia przez świadczeniodawcę i konsumowania przez klienta. Postęp technologiczny wyeliminował konieczność przebywania w jednym miejscu usługodawcy i usługobiorcy [Kotler 2011, ss. 371–372]. Coraz częściej przeprowadza się konsultacje medyczne przez Internet lub telefonicznie, rzadkością nie jest już także przeprowadzanie zabiegów operacyjnych na odległość. Niekiedy dochodzi też do współtworzenia usługi przez pacjenta. Przykładem może być funkcja pacjenta w rozpoznaniu choroby i przebiegu terapii. W procesie realizacji usługi medycznej istotną rolę mogą odgrywać także inni usługobiorcy – pacjenci posiadający doświadczenie w przebiegu tej samej choroby.

Usługi charakteryzują się również zróżnicowaniem, gdyż są realizowane przez różnych świadczeniodawców, w różnych miejscach i czasie. Ich różnorodność przekłada się na trudność w utrzymaniu jednakowych standardów jakości oraz odmiennosc poziomu realizowanych transakcji w ramach świadczonych usług. Szczególnie w usługach zdrowotnych ważne jest, by ograniczyć ewentualne błędy [Kotler 2011, s. 372].

Nietrwałość usługi będącej procesem dotyczy niemożliwości jej magazynowania. Świadczenie zdrowotne jest realizowane w momencie, gdy występuje na nie zapotrzebowanie [Kotler 2011, s. 372].

Amerykańskie Stowarzyszenie Marketingu [2007] zdefiniowało marketing jako działalność, zbiór instytucji oraz procesów tworzenia, komunikowania, dostarczania i wymiany ofert mających wartość dla klientów, kontrahentów, partnerów oraz ogółu społeczeństwa. Ta definicja uwypukla znaczenie marketingu dla ogółu społeczeństwa jako szerszej działalności i jednocześnie procesu edukacyjnego, a nie – jak uważano do niedawna – jedynie funkcji systemu zarządzania. Co więcej, są w niej wyodrębnione cztery komponenty (tworzenie, komunikowanie, dostarczanie oraz wymiana), które wpływają na postrzeganie wartości produktu, niezależnie od tego, czy mamy do czynienia z dobrem materialnym, czy z usługą.

Można założyć, że pierwszy z tych komponentów – tworzenie – polega na nawiązywaniu współpracy korzystnej dla wszystkich podmiotów sieci relacji (m.in. klientów, pracowników, udziałowców/akcjonariuszy, pośredników, szeroko pojętych dostawców i partnerów), by stworzyć ofertę postrzeganą jako wartościowa. Istotne jest funkcjonowanie na rynku na podstawie orientacji



holistycznej opierającej się na rozwijaniu, projektowaniu i wdrażaniu programów marketingowych, procesów i działań uwzględniających szerokie ujęcie i występujące wewnątrz organizacji i poza nią wzajemne zależności. Istotne jest również działanie zgodne z zasadą, że w marketingu wszystko ma znaczenie [Kotler, Keller 2012, ss. 20–26].

Komunikowanie z kolei ma na celu opisywanie oferty, przekazywanie informacji, ułatwienie procesu uczenia się obecnym i potencjalnym konsumentom. Dzięki niemu klienci potrafią nazwać wcześniej nie do końca sprecyzowane potrzeby i pragnienia, dowiadują się, gdzie mogą znaleźć interesującą ich ofertę. Jednak komunikowanie to również umożliwienie klientom wyrażenia opinii na temat podmiotu i jego oferty. Funkcjonując w burzliwym otoczeniu, organizacje muszą wchodzić w interakcje ze swoimi klientami. Angażując konsumentów w proces komunikacji, korzystają one z szerokiej gamy środków komunikacji marketingowej, w tym z mediów społecznościowych. Te wszystkie elementy wpływają na określenie wartości marki, a zarazem oferty danej organizacji.

Zadaniem dostarczania jest zoptymalizowanie postrzegania wartości oferty dzięki skróceniu czasu i wysiłków klienta, aby uzyskać dostęp do wybranej oferty i z powodzeniem z niej korzystać. Szczególnego znaczenia nabiera proces tworzenia przez daną organizację łańcucha wartości. Obejmuje on ogniwa i funkcje tworzące wartości dla klienta, kształtowanie produkcji, określenie technologii, materialne i logistyczne procesy transformacji, aż po serwis posprzedażny [Romanowska, Trocki 2004, s. 53].

Ostatnim komponentem jest wymiana ofert mających wartość dla klientów, kontrahentów, partnerów oraz ogółu społeczeństwa. Wymiana obejmuje nie tylko zamianę gotówki na towar bądź usługę. Jest szerszym pojęciem, gdyż w swoim zakresie obejmuje również transakcje związane na przykład z wymianą punktów zbieranych w ramach programów lojalnościowych na jakiś produkt (np. w gabinecie stomatologicznym) lub pomoc w pozbyciu się starego, już nieużywanego produktu (utyliczacja leków lub recycling akcesoriów i urządzeń medycznych).

Ustawa o działalności leczniczej określa, jakie podmioty mogą udzielać świadczeń zdrowotnych [Dz. U. Nr 112, poz. 654, 2011, art. 2, ust. 1, pkt 5, art. 4 oraz art. 5]: przedsiębiorcy, SPZOZ, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, Kościoły i związki wyznaniowe oraz prywatne praktyki zawodowe lekarzy, pielęgniarek i położnych (indywidualne oraz grupowe).

Obserwując działanie świadczeniodawców na polskim rynku usług medycznych, można wyróżnić dwa poglądy dotyczące prowadzenia działalności podmiotów oferujących usługi zdrowotne [Krzyżowski 2010]:



- pełna komercjalizacja usług medycznych i traktowanie ich na równi z produktami z innych sektorów usługowych,
- zachowanie wyjątkowości służby zdrowia, hołdujące traktowaniu zdrowia i życia pacjenta jako nadrzędnej zasady prowadzenia działalności.

Pierwsze podejście jest stosowane przez zwolenników pełnej komercjalizacji usług medycznych. Traktują oni świadczenia zdrowotne tak jak inne usługi. Uważają, że pełne podporządkowanie sektora usług medycznych mechanizmom wolnego rynku obniży koszty opieki zdrowotnej i jednocześnie podniesie jakość świadczonych usług. Uważają, iż konkurencja i współzawodnictwo między podmiotami zwiększy dostęp do opieki zdrowotnej i pozwoli obniżyć marnotrawstwo środków. Może pomóc też w obniżeniu wskaźnika błędów popełnianych przez lekarzy, gdyż lekarze – będąc jednocześnie właścicielami prywatnych podmiotów i dbając o swoje zyski – będą bardziej dbać o jakość świadczeń.

Zwolennikami drugiego podejścia są natomiast osoby, które postrzegają służbę zdrowia jako wyjątkowy sektor rynku. W swoich poglądach opierają się na nadrzędnej zasadzie działania przede wszystkim dla dobra pacjenta. Zdaniem przedstawicieli tego podejścia dobro pacjenta winno być priorytetowe, stawiane ponad korzyści lekarza i sektora medycznego. W tym ujęciu zdrowie i życie pacjenta jest warunkiem koniecznym dobra wspólnego.

Jednak nic nie stoi na przeszkodzie, by oba poglądy połączyć. Przykładem mogą być prywatne podmioty, które w swoich działaniach coraz częściej są nastawione na satysfakcję klientów i utrzymywanie z nimi długoterminowych relacji. Z roku na rok Polacy wydają coraz więcej na usługi medyczne. W 2005 r. wydatki te wynosiły 19 mln zł, natomiast sześć lat później suma ta wzrosła do 30,8 mln zł. Jak wynika z szacunków firmy badawczej PRP, w 2014 r. wartość rynku prywatnej opieki zdrowotnej zbliży się do 36 mld zł [Baranowska-Skimina 2012]. W kolejnych latach pacjenci będą mieć coraz większy wybór placówek ochrony zdrowia. Już teraz ich zachowania rynkowe w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych w dużej części można porównać do typowych zachowań konsumenckich. Istotną rolę odgrywa odpowiedni dobór źródeł informacji, z jakich pacjenci mogą korzystać w procesie wyboru tych usług.



Możliwości stosowania elektronicznej komunikacji marketingowej przez podmioty świadczące usługi zdrowotne

Aspekty prawne promowania usług medycznych

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej [Dz. U. Nr 112, 2011, poz. 654] podmiot wykonujący działalność leczniczą może podawać do wiadomości publicznej jedynie informacje dotyczące zakresu oraz rodzajów udzielanych świadczeń medycznych. Zarówno treść, jak i forma tych informacji nie mogą posiadać znamion reklamy. Jednak przepisy nie zawierają definicji reklamy ani delegacji ustawowej do jakiegokolwiek aktu, który stanowiłby regulację tej kwestii. W tej sytuacji podmioty świadczące usługi zdrowotne w ustalaniu treści przekazu zgodnej z prawem zmuszeni są posilkować się słownikowymi definicjami pojęcia reklamy.

Lekarze, w tym też lekarze dentyści, prowadzący praktykę zawodową mogą informować o udzielaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach zgodnych z Uchwałą Nr 29/11/VI Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 16 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentyistów świadczeń zdrowotnych. Informacje powinny zawierać: tytuł zawodowy, imię i nazwisko, miejsce, dni oraz godziny przyjęć. Dodatkowo mogą również obejmować [Uchwała Nr 29/11/VI, 2011, par. 3]: „rodzaj wykonywanej praktyki zawodowej, stopień naukowy, tytuł naukowy, specjalizację, umiejętności z zakresu węższych dziedzin medycyny lub udzielania określonych świadczeń zdrowotnych, szczególne uprawnienia, numer telefonu, określenie cen i sposobu płatności w wypadku przekazywania tych informacji poprzez zamieszczenie ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne”.

Uchwała zawiera także obostrzenia dotyczące sposobu udostępniania tych informacji. Dopuszcza się stosowanie tablic ogłoszeniowych (pod pewnymi warunkami), ogłoszeń prasowych, informacji zawartych w katalogach teleadresowych i informatorach o usługach medycznych (dział usług lekarskich), zamieszczanie informacji na stronach internetowych, wykorzystywanie telefonów informacyjnych [Uchwała Nr 29/11/VI, 2011, par. 4]. Informacje nie mogą nosić cech reklamy, a w szczególności zawierać [Uchwała Nr 29/11/VI, 2011, par. 5]:

- zachęty i próby nakłonienia do korzystania z usług medycznych,
- informacji o metodach, ich skuteczności i jakości sprzętu medycznego lub o czasie leczenia oraz obietnic i określeń potocznych,



- określenia cen i sposobu płatności w wypadku przekazywania tych informacji poprzez zamieszczenie ich na stronie internetowej praktyki zawodowej lub poprzez specjalne telefony informacyjne.

Również Kodeks Etyki Lekarskiej ogranicza swobodę reklamowania usług medycznych, zobowiązuje ponadto lekarzy i lekarzy dentyistów do niewyrażania zgody na użycie ich nazwisk lub wizerunku w celach komercyjnych [Kodeks Etyki Lekarskiej 2003, art. 63].

Przekroczenie uprawnień w kwestii przekazywania informacji na temat podmiotu oraz świadczonych przez niego usług podlega odpowiedzialności zawodowej na zasadach przewidzianych w ustawie o izbach lekarskich. W określonych wypadkach podmiot może też podlegać sankcjom z tytułu naruszenia kodeksu wykroczeń, przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, ustawy o przeciwdziałaniu nieuczciwym praktykom rynkowym, ustawy o radiofonii i telewizji czy też ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Elektroniczne instrumenty komunikacji marketingowej wspierające wizerunek marki¹

W języku potocznym pojęcie wizerunku oznacza obraz, odzwierciedlenie, wyobrażenie na temat czegoś. Odnosi się on również do marki. W wypadku podmiotów realizujących usługi zdrowotne mamy do czynienia przeważnie z kształtowaniem wizerunku podmiotu. Oferta usługowa sprzedawana jest pod marką danego podmiotu [Budzyński 2003, s. 15].

Markę można zdefiniować jako nazwę, określenie, design, symbol lub też inne właściwości stworzone w celu zidentyfikowania i wyróżnienia spośród konkurencji sprzedawcy (bądź grupy sprzedawców) towarów, usług, idei itp. Wizerunek marki wiąże się z postrzeganiem marki przez pracowników, klientów, konkurentów, dostawców i inne podmioty związane z otoczeniem bliższym organizacji. Ten obraz pozostaje w umysłach pojedynczych osób obcujących z marką. Wizerunek marki jest niemal lustrzanym odbiciem osobowości marki oraz samopoczucia jej użytkownika. Jest tym, co ludzie myślą o marce, czują w odniesieniu do marki oraz tym, czego od niej oczekują [American Marketing Association 2013].

¹ Przedstawione w tym podrozdziale wnioski stanowią część wyników uzyskanych w autorskim badaniu jakościowym, w którym wykorzystano metodę zogniskowanych wywiadów grupowych. W badaniach wzięły udział kobiety i mężczyźni bezdzietni oraz posiadający dzieci, korzystający z usług publicznej i prywatnej służby zdrowia oraz z Internetu. Podstawowym celem przeprowadzonego badania było uzyskanie informacji w zakresie preferencji obywateli w odniesieniu do korzystania z usług medycznych.



Uzyskanie pożądanego wizerunku marki jednostka realizująca usługi medyczne w dużej mierze może kształtować poprzez działania z zakresu komunikacji marketingowej. Jednakże może do tego dążyć, wykorzystując inne czynniki: wdrażaną strategię, pracowników, innowacje procesowe i usługowe, jakość usług, politykę cenową, a nawet działania proekologiczne czy relacje z lokalną społecznością.

Według polskiego prawa informacje o świadczeniach zdrowotnych, nawet jeśli zawierają zabronione elementy, takie jak informacje o rabatach czy możliwości przystąpienia do programów lojalnościowych, nie będą traktowane jako reklama, w sytuacji gdy adresat uprzednio wyraził zgodę na otrzymywanie od danego podmiotu informacji na temat jego oferty. Przydatne mogą się okazać działania z zakresu marketingu bezpośredniego, polegające na wysyłaniu informacji za pośrednictwem poczty elektronicznej lub SMS z aktualną ofertą lub przypominających o terminie kolejnej wizyty.

Coraz większym powodzeniem cieszą się też aplikacje mobilne, które mogą być przygotowywane specjalnie dla pacjentów niektórych placówek. Jako przykład można podać sieć LUX MED. Korzystając z aplikacji, można zamówić wizytę u wybranego specjalisty, przeglądać profile lekarzy oraz sprawdzić lokalizację placówek.

Na uwagę zasługują także niektóre działania z zakresu public relations oraz techniki przekazu nieformalnego (m.in. marketingu szeptanego).

Internet może pomóc w kształtowaniu wizerunku marki, jednak stanowi on uzupełnienie działań tradycyjnych. Punktem wyjścia jest stworzenie witryny internetowej skojarzonej z marką oraz jej zindeksowanie w najpopularniejszych wśród internautów wyszukiwarkach (zwłaszcza w Google, Bing czy Babylon). Istotne jest również właściwe pozycjonowanie witryny w naturalnych wynikach wyszukiwania (szczególnie wśród pierwszych dziesięciu wyników). Równie ważne jest dodanie nazwy domenowej witryny oraz opisu działalności podmiotu do katalogów stron WWW, katalogów teadresowych oraz branżowych katalogów firm. Ponieważ głównym celem witryny ma być informowanie, należy zadbać, by użytkownicy na jej stronach mogli znaleźć aktualne informacje, artykuły zawierające porady w kwestiach zdrowotnych czy też filmy instruktażowe. Strona powinna stać się miejscem, do którego pacjenci będą zaglądać, chcąc zdobyć odpowiedzi na nurtujące ich pytania lub skontaktować się z pracownikami placówki poprzez usługę chatu lub komunikator internetowy.

Istotne znaczenie w kształtowaniu wizerunku marki mają także internetowe serwisy informacyjne lub blogi o tematyce zdrowotnej. Obecność na tego typu stronach poprzez publikowanie artykułów, studiów przypadków, umieszczanie komentarzy buduje zaufanie do marki. W ten sposób pracownicy danej placówki mogą sprawić, że zyska ona status eksperta.



Jednak najważniejszym szczeblem rozwoju marki w Internecie jest umiejętność zbudowania wokół niej społeczności. W tych działaniach kluczową rolę będą odgrywać media społecznościowe (m.in. serwisy społecznościowe, fora dyskusyjne, mikroblogi), a przede wszystkim pacjenci. To oni muszą uzmysłowić sobie korzyści, jakie wynikają z korzystania z usług świadczeniodawcy. W takim wypadku dzielą się swoimi opiniami z innymi. Prowadzenie dialogu z uczestnikami społeczności może w dłuższym okresie stanowić podwalinę do nawiązania trwałej relacji i zyskania sympatyków marki. Tacy pacjenci starają się rekomendować świadczeniodawcę nie tylko wśród swoich znajomych, ale również wpisując komentarze i oceniając jakość świadczonych usług zdrowotnych.

Użytkownicy, z którymi nawiązano trwałe relacje, stanowią kluczowe ogniwo, bo to właśnie oni mogą przekazać innym rzetelną ocenę marki. Trzeba jednak pamiętać, iż nawet mały błąd może wywołać strumień negatywnych reakcji internautów, a w konsekwencji doprowadzić do zerwania relacji z marką. Pracownicy mają ogromny wpływ na reputację placówki medycznej – są wykonawcami usług, a jednocześnie podmiotami przekazującymi informacje i wchodzącymi w interakcje z pacjentami. Gdy zawiedzie czynnik ludzki (m.in. niedostateczne kwalifikacje wykonawcy usługi i doświadczenie, małe zaangażowanie w pracę), próba odzyskania utraconych sympatyków i dobrej reputacji może się nie udać.

Zakończenie

Jednostki świadczące usługi zdrowotne przez wszystkie stosowane działania starają się komunikować z potencjalnymi i obecnymi klientami, tworzyć pozytywny, spójny i silny wizerunek marki po to, by doprowadzić do wzrostu jej wartości w oczach potencjalnych klientów, pracowników i kooperantów. W interesie świadczeniodawców usług zdrowotnych leży, by byli postrzegani w jak najlepszym świetle, by potrafili zdobyć zaufanie pacjentów i przekonać ich o swojej trwałości w działaniach. Do wspomaganiania realizacji tego celu z powodzeniem mogą wykorzystać instrumenty elektronicznej komunikacji marketingowej.

Bibliografia

- Hołub-Iwan J. (2005), *Usługi medyczne*, [w:] S. Flejterski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa (red.), *Współczesna ekonomika usług*, PWN, Warszawa, s. 419.
- Kotler Ph. (2011), *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Oficyna Wolters Kluwer, Warszawa.
- Kotler Ph., Keller K.L. (2012), *Marketing management 14th edition*, Prentice Hall, New Jersey.



Opolski K. (2003), *Zarządzanie przez jakość w usługach zdrowotnych. Teoria i praktyka*, CeDeWu, Warszawa.

Payne A. (1997), *Marketing usług*, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa.

Romanowska M., Trocki M. (2004), *Podejście procesowe w zarządzaniu*, Szkoła Główna Handlowa, Warszawa.

Bibliografia elektroniczna

American Marketing Association (2007), *Definition of Marketing*, www.marketingpower.com/AboutAMA/Pages/DefinitionofMarketing.aspx, dostęp: 14 stycznia 2008.

American Marketing Association (2013), *Dictionary*, www.marketingpower.com/_layouts/Dictionary.aspx?source=footer, dostęp 2 kwietnia 2013.

Baranowska-Skimina A. (2012), *Rynek prywatnej opieki zdrowotnej 2012*, „eGospodarka.pl”, [online], www.egospodarka.pl/82086,Rynek-prywatnej-opieki-zdrowotnej-2012,1,39,1.html, data dostępu: 19 czerwca 2012.

Krzyżowski P. (2010), *Marketing w Służbie Zdrowia*, „Nowoczesna klinika. Magazyn Prywatnej Ochrony Zdrowia”, [online], www.nowoczesna-klinika.pl/pl/artykuly/15/Zarzadzanie/1/293/Marketing_w_Sluzbie_Zdrowia, dostęp: 19 sierpnia 2010.

Naczelna Izba Lekarska (2003), *Kodeks Etyki Lekarskiej*, http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf.

Naczelna Rada Lekarska (2011), *Uchwała nr 29/11/VI w sprawie szczegółowych zasad podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy i lekarzy dentyków świadczeń zdrowotnych*, www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0013/32053/ru029-11-VI.pdf, [16 grudnia 2011].

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, (Dz. U. z 2011r. Nr 112, poz. 654), isap.sejm.gov.pl/Download?id=WDU20111120654&type=1.

