

Sabina Ostrowska

SPMZPOZ w Sanoku

KSZTAŁTOWANIE WIZERUNKU PODMIOTU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Wprowadzenie

Zbudowanie akceptowanego przez otoczenie wizerunku organizacji publicznej, zwłaszcza działającej w sektorze ochrony zdrowia, jest procesem długotrwałym i kosztownym, wymaga czasu, konsekwencji i zaangażowania pracowników, ale porównanie nakładów i korzyści uzasadnia podejmowanie takich działań. Rzeczywisty pogląd np. o publicznych podmiotach ochrony zdrowia, wytworzony w świadomości odbiorców, znacznie odbiega od oczekiwań, czy idealnych cech tożsamości organizacji publicznej. Budowanie wizerunku, oprócz typowych elementów (logo, grafika), w dużej mierze opiera się na zwyczajach komunikacyjnych i relacjach, które w niej panują, gdzie rzeczywisty wizerunek kształtuje się u pacjenta dopiero w trakcie bezpośredniej konfrontacji z diagnozą, usługą medyczną czy białym personelem medycznym. Osiągnięcie przewagi konkurencyjnej związane z posiadaniem pozytywnego wizerunku jest możliwe do uzyskania poprzez: wzmacnianie go, jeżeli jego potencjał był dotąd niewykorzystany, lub budowanie od początku wizerunku, jeżeli poprzedni nie przyniósł zamierzonych efektów. Wizerunek stanowi z jednej strony swoisty niematerialny zasób organizacji, a z drugiej strony przysparza nowego kapitału.

Celem niniejszej publikacji jest syntetyczna prezentacja zagadnień dotyczących komunikowania się z otoczeniem w kontekście skutecznego budowania relacji oraz pozytywnego wizerunku podmiotu działalności leczniczej.

1. Działania z zakresu public relations na rynku usług zdrowotnych

Każda organizacja, bez względu na charakter prowadzonej przez nią działalności, która chce zająć silną pozycję rynkową musi posiadać indywidualną i odróżniającą się od konkurencji tożsamość. Na tożsamość organizacji składa

się jej zachowanie, obraz i komunikacja. Elementy te kształtują wizerunek przedsiębiorstwa, czyli jego postrzeganie przez klientów, partnerów czy pozostałych interesariuszy – jak jest zarządzana (styl kierowania), jaki ma potencjał intelektualny, jakie sposoby komunikowania, kulturę organizacyjną, ofertę usług/produktów, cele działania oraz elementy identyfikacji wizualnej. Tożsamość jest więc jedną z determinant konstruowania wizerunku organizacji, tym cenniejsze jest więc jej poznawanie. Jest bowiem elementem, na który w dużej mierze może wpływać sama organizacja. To ona kształtuje ową tożsamość. W takim ujęciu tożsamość można zdefiniować jako postępowe i aktywne zarządzanie wszystkimi aktywami firmy, tworzenie informacji na temat tego, czym jest firma, jak się zmienia i dokąd zmierza oraz co odróżnia ją od innych o podobnym profilu działalności¹. Budowanie pozytywnego wizerunku przedsiębiorstwa nie może opierać się tylko na wizualizacji, ujednoczonym logo, grafice, liternictwie, kolorze, stylu wyposażenia wnętrz. Pozostałe czynniki mają również duże, a może nawet ważniejsze znaczenie w procesie kształtowania wizerunku. Koncentrowanie się tylko na obrazie organizacji prowadzi do zjawiska fasadowości. Uzupełnieniem obrazu organizacji są zwyczajne komunikacyjne i relacje, które w niej panują, gdyż rzeczywisty wizerunek kształtuje się u odbiorcy dopiero w trakcie bezpośredniej konfrontacji z produktem, usługą czy pracownikami organizacji².

W opiece zdrowotnej ofertą usługową jest deklaracja (identyfikowana z konkretną osobą wykonawcy) gotowości i chęci redukcji poczucia niepewności pacjenta w obszarze jego zdrowia³. Oprócz wymienionych wcześniej cech usług, realizowanym świadczeniem zdrowotnym można przypisać również pewne specyficzne atrybuty. Wśród najbardziej charakterystycznych cech usługi zdrowotnej, rzutujących na kształtowanie działań marketingowych w odniesieniu do tego sektora, można wymienić:

- niematerialność usług zdrowotnych⁴, która implikuje dla pacjentów następujące konsekwencje: trudności w ocenie wartości, a w efekcie ceny usługi; wysokie

¹ T. Świąder: Precyzja w zarządzaniu wizerunkiem. „Manager” 2004, nr 3.

² M. Kozłowski: Employer branding budowanie wizerunku pracodawcy krok po kroku. Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.

³ A. Styś, J. Olearnik: Usługi w rozwoju społeczno-gospodarczym. PWE, Warszawa 1989, s. 131.

⁴ W przypadku usług medycznych opinie dotyczące stopnia ich materialności czy niematerialności są podzielone. Niektórzy uważają, że usługi medyczne są najbardziej nienamacalnymi z usług, inni zaś podkreślają elementy materialnego charakteru usług medycznych. Takie traktowanie usług medycznych wynika z ich dużej różnorodności, dlatego też abstrahując od sporów, należy stwierdzić, że różnorodność produktów opieki zdrowotnej nie pozwala na uogólnienia dotyczące stopnia ich materialności w stosunku do ogółu, a każda analiza specyfiki konkretnych usług wymaga odrębnych badań i oceny. Por. F.K. Russo, G. Rajiv: What is The Health Care Product. „Journal of Health Care Marketing” 1992, No. 12; Współczesna ekonomika usług. Red. S. Flejtarski, A. Parnasiuk, J. Perenc, G. Rosa. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005, s. 417.

- ryzyko zakupu (chodzi o zdrowie i życie); trudności w ocenie jakości zarówno przed, jak i po konsumpcji; trudność porównania i oceny, a w efekcie poszukiwanie przez pacjentów parametrów porównań i kryteriów wyboru,
- niemożność znalezienia substytutów – gdy na problematykę substytucyjności produktów opieki zdrowotnej spojrzy się wąsko, to wówczas należy stwierdzić, że nie mają substytutów – przecież bolącego zęba raczej nie wyleczy się u okulisty; ale gdy spojrzy się na nią szeroko, okaże się, że zamiast udać się do lekarza, chory leczy infekcję górnych dróg oddechowych sam – lekami reklamowanymi w TV. Farmaceutyki mogą stanowić nie tylko produkt substytucyjny dla produktów opieki zdrowotnej, ale również komplementarny – po wizycie u internisty najczęściej pacjent udaje się do apteki, by zrealizować receptę,
 - niejednorodność – dotyczy różnych sytuacji wyjściowych w zakresie stanu zdrowia pacjenta, np. ten sam chirurg operujący tarczycę u dwóch pacjentów może m.in. poświęcić na wykonanie usługi różną ilość czasu, wykorzystać inną ilość środków opatrunkowych, zaobserwować w przyszłości różne rezultaty swojej pracy,
 - nieuchwytność połączona z brakiem gwarancji ich skuteczności – pacjent nie ma pewności, że po uzyskaniu pomocy ze strony lekarza będzie wyleczony, a z drugiej strony często nie jest również świadomy skutków zaniechania leczenia,
 - złożony pod względem psychologicznym proces, który odbywa się na oczach nabywców usługi,
 - towarzyszący pacjentom stres,
 - fachową wiedzę usługodawcy, która warunkuje profesjonalne wykonanie usługi; implikuje ona konieczność dobrej komunikacji lekarza z pacjentem, by budować jego zaufanie nie tylko do specjalisty, ale również do placówki, którą on reprezentuje. Jest to szczególnie istotna cecha, gdyż pacjenci – w większości przypadków – nie znają medycznego języka, przeznaczenia specjalistycznego sprzętu i wręcz oczekują wytłumaczenia „po ludzku” celowości i przebiegu procesu leczenia,
 - niemożność pełnego usatysfakcjonowania pacjentów przez lekarza-usługodawcę,
 - jakość usługi zdrowotnej nie zawsze zależy od samego lekarza, ale również od wyjściowego stanu zdrowia pacjenta (np. wykrywalność raka w jego wczesnym stadium daje zdecydowanie większe szanse wyleczenia niż w przypadku, gdy pacjent ma już przerzuty)⁵.

⁵ Por. H. Stewart, H. Hope, A. Muhlemann: Professional Service Quality. „Journal of Retailing and Consumer Services” 1998, Vol. 5, No. 4; K. Rogoziński: Nowy marketing usług. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2000; J. Hołub: Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych. „Przegląd Organizacji” 2001, nr 6; A. Bukowska-Piastryńska: Marketing usług zdrowotnych – od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów. CeDeWu, Warszawa 2007; K. Krot: Jakość i marketing usług medycznych. ABC – Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.

Od jakiegoś już czasu zaistniała możliwość wyboru: leczenia się w prywatnych poradniach lekarskich lub dowolnej publicznej instytucji medycznej, mającej podpisaną umowę na świadczenia usług medycznych z płatnikiem publicznym (NFZ) – dobra reputacja i wysoki poziom zaufania pacjentów stają się niezbędne dla utrzymania swojej pozycji na rynku. Pacjenci, wybierając instytucję medyczną, z reguły starają się zasięgnąć informacji u osób, które znają daną jednostkę i są postrzegane jako obiektywne. Kierują się zatem przede wszystkim: opinią swoich znajomych i rodziny, opinią znanych sobie pracowników instytucji, swoim zdaniem o pracownikach placówki, z którymi się zetknęli lub informacjami pozyskanymi z mediów.

Umiejętnie tworzony wizerunek instytucji sprawia, że staje się ona atrakcyjna na rynku usług medycznych. Aby było to możliwe, konieczne jest prowadzenie w tym kierunku stałych i planowych działań z zakresu public relations.

W sytuacji ochrony zdrowia na świecie doskonale funkcjonuje pojęcie *healthcare marketing*⁶, czyli marketingu medycznego, którego prekursorem są Stany Zjednoczone, szczególnie ze względu na specyfikę finansowania tamtejszej ochrony zdrowia. W Polsce zastosowanie *healthcare marketing* jest stosunkowo nowym zagadnieniem – pojawiło się w ramach zmian strukturalnych w ochronie zdrowia, jak również w sytuacji rozwoju coraz liczniej powstających placówek prywatnych. Również w tych ostatnich planowanie oraz realizacja działań marketingowych nabiera szczególnego wymiaru i znaczenia. Wspieranie sprzedaży usług medycznych bywa jednak bardzo odmienne od powszechnie postrzeganych i dotyczących podmiotów nastawionych na osiągnięcie zysku.

Celem nadrzędnym każdej jednostki medycznej – bez względu czy jest to szpital, przychodnia czy klinika prywatna, jest działanie na rzecz pacjenta. Duża ilość informacji, niezliczona ilość bodźców atakujących zmysły i rozumy ludzi oraz ogromna ilość odbieranych codziennie wrażeń zmuszają jednostkę do uruchomienia mechanizmów pozwalających jej odnaleźć się z jednej strony w tym gąszczu doznań, z drugiej wyłuszczeniu informacji kluczowych i niezbędnych do podjęcia decyzji o miejscu leczenia, zwłaszcza w przypadku procedur planowanych. Poznanie społeczne to proces, na który składają się elementy selekcji, interpretacji, zapamiętywania i wykorzystywania informacji w wydawaniu sądów i podejmowaniu decyzji.

Jednostka buduje swój wizerunek w bezpośredniej lub pośredniej konfrontacji z przedmiotem przy jednoczesnym uruchomieniu schematów myślowych, ekonomizujących wysiłek poznawczy oraz ułatwiających uporządkowanie od-

⁶ <http://www.cdc.gov/healthcommunication/> [17.08.2014].

bieranych impresji w kategorii. Każdy człowiek dąży do zbudowania pewnego obrazu danego przedmiotu, który ułatwia mu dokonywanie właściwych wyborów i podejmowanie decyzji zgodnych z jego wartościami.

2. Podstawy wdrożenia działań z zakresu public relations w podmiotach działalności leczniczej

Wraz ze zmianami ustrojowymi w Polsce podmioty działalności leczniczej (PDL), które przeszły zmianę systemową od zakładów budżetowych, dostrzegły istotną rolę działań w zakresie marketingu i public relations (PR). Aktualnie działania promocyjne placówek medycznych w większości nie są już jednorazowymi akcjami, lecz wynikają z realizacji określonej strategii promocji, która znajduje odzwierciedlenie w planach rozwoju danej jednostki⁷.

Promocja w sektorze ochrony zdrowia powinna być ustawicznie ulepszana, dostosowana do nowych potrzeb i oczekiwań pacjentów, pamiętając jednak o zakazie reklamowania się zarówno podmiotów działalności leczniczej, jak i praktyk lekarskich⁹, niemniej jednak właściwie przygotowana powinna stanowić jeden z kluczowych elementów zarządzania PDL¹⁰.

Promocja i zewnętrzny PR powinny być ukierunkowane na pozyskiwanie nowych pacjentów, odbiorców usług czy potencjalnych kontrahentów chętnych do podejmowania współpracy¹¹. Właściwe informacyjne sprzężenie zwrotne,

⁷ C. Ham: Does the District General Have a Future? „BMJ”, 2005, 331, 7528, s. 1331-3.

⁸ www.piar.pl.

⁹ Przepisy obowiązującej od 1 lipca 2011 r. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011r. Nr 112 poz. 654 – dalej: ustawa o działalności leczniczej) utrzymały zakaz reklamy świadczeń zdrowotnych, który obowiązywał na podstawie uchylonej Ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007r. Nr 14. poz. 89 z późn. zm.), a także uchylonego art. 56 Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136 poz. 857 z późn. zm.)¹. Na podstawie tego przepisu Naczelna Rada Lekarska w podjętej uchwale ustanowiła szczegółowe zasady podawania do publicznej wiadomości informacji o udzielaniu przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej². Przepisy tejsze uchwały szczegółowo i w sposób wyczerpujący wyznaczały zakres i formę informacji o udzielanych świadczeniach zdrowotnych. Regulacja taka pozwalała zarazem na łatwe określenie sytuacji, w której w wyniku przekroczenia formy i treści tych informacji mamy do czynienia z reklamą świadczeń zdrowotnych przez lekarzy wykonujących indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską oraz grupową praktykę lekarską, czego nie zawierały z kolei przepisy uchylonej Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Tym samym zakłady opieki zdrowotnej (publiczne, jak i niepubliczne) działające na podstawie tej ustawy, były traktowane w identycznych warunkach znacznie korzystniej, ponieważ w stosunku do nich ta uchwała nie miała zastosowania.

¹⁰ R.B. Vukmir: Customer Satisfaction. „Int. J. Health Care Qual Assur. Inc. Leadersh Health Serv.” 2006, 19, 1, s. 8-31.

¹¹ P. Andrzejewski, W. Kot: Media Relations. Poltext, Warszawa 2003, s. 19-25.

przy właściwości komunikacyjnej pozostałych elementów przyjętej strategii, jest efektywne wyłącznie wtedy, gdy będzie wsparte dobrze zaplanowanymi działaniami promocyjnymi¹². Istotnym narzędziem promocyjnym, w przypadku PDL, jest zespół celowo zorganizowanych działań zapewniających systematyczne komunikowanie się ze środowiskiem. Nie bez znaczenia jest efekt „publicity”, nastawiony na wywołanie rozgłosu w środowisku. Niewątpliwie, istotne jest także kształtowanie pozytywnego wizerunku danego PDL, zapobieganie negatywnemu rozgłosowi, wzmocnienie motywacji personelu (lekarzy, pielęgniarzek, ratowników medycznych czy personelu pomocniczego) oraz zwiększenie skuteczności pozostałych narzędzi promocji PDL. Działania przewidziane do realizacji powinny być możliwe do realizowania¹³. Efektywność działań w zakresie public relations jest uzależniona w głównej mierze od fachowości i kompetencji menedżerów, lekarzy czy pielęgniarzek¹⁴, czyli systematycznego planowania i właściwego zarządzania zarówno w obszarze strategicznym, jak i operacyjnym. Przyjęta strategia promocyjna powinna być odpowiednio zakomunikowana, czyli zrozumiała dla każdego, wiarygodna i wzbudzająca zainteresowanie, dostosowana do kultury odbiorców i ich zwyczajów. Aby PDL miał pozytywny wizerunek powinien słuchać pacjentów, odpowiadać na ich potrzeby i zapytania¹⁵. Ważnym elementem na etapie planowania strategii public relations jest analiza poszczególnych instrumentów i ich możliwości oddziaływania. Jedynie na tej podstawie można mówić o ich właściwym wykorzystaniu.

Sukces marketingowy PDL niejednokrotnie jest uzależniony od podejmowania nietypowych akcji mających na celu szerzenie profilaktyki zdrowotnej, np. białe niedziele, objętym patronatem medialnych lokalnych czasopism czy portali internetowych. Niewątpliwie dużą szansą, jak również wyzwaniem dla PDL były i są fundusze pomocowe Unii Europejskiej (głównie w ramach RPO, Funduszy Szwajcarskich czy Norweskich), które wymagają obligatoryjnie działań promocyjnych i komunikacyjnych z otoczeniem. Bez starań w tym obszarze, żaden projekt nie mógłby być uznany za całkowicie zrealizowany, przez co podmioty działalności leczniczej, sięgające po środki pomocowe są zmuszone do podejmowania działań w zakresie strategii PR. Przy planowaniu i realizacji strategii public relations w PDL należy przyjąć, iż podejmowane działania

¹² Komunikowanie się w marketingu. Red. H. Mruk. PWE, Warszawa 2004.

¹³ www.piar.pl

¹⁴ L.E. Ballen, A.J. Fulcher: Nurses and Doulas: Complementary Roles to Provide Optimal Maternity Care. „J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.” 2006, Vol. 35, No. 2, s. 304-311; Strategie, koszty, finanse szpitala. Red. J. Stepniowski. Wolters Kluwer, Warszawa 2012, s. 23.

¹⁵ L. Marcinowicz, R. Grebowski: Patient's Satisfaction in the Light of the Polish Empirical Studies – An Attempt to Elucidate a Secret of High Satisfaction with Care. „Merk. Lek.” 2005, Vol. 18, No. 108, s. 663-666.

w tym zakresie nie przynoszą natychmiastowych efektów, a rezultaty są widoczne po jakimś czasie. Istotnym jest więc, aby tego rodzaju akcje były prowadzone systematycznie. Komunikaty informujące o prowadzonych akcjach powinny być wielokrotnie powtarzane, aby dotarły do jak najszerszego grona odbiorców. Reasumując, priorytetami prozdrowotnego PR, budującymi tożsamość PDL, są:

- kreowanie pozytywnego wizerunku,
- integrowanie pracowników,
- podnoszenie poziomu lojalności pracowników,
- zapewnienie właściwej komunikacji wewnętrznej z pracownikami, jak i zewnętrznej z interesariuszami.

Tożsamość organizacji to jej złożona osobowość, na którą składają się misja, kultura, historia, styl zarządzania, zachowania pracowników. Zespół tych cech tworzy tzw. tożsamość organizacji, czyli poczucia inności, tego, co organizację wyróżnia. Taki projekt musi być zgodny z całościową strategią komunikacyjną organizacji. Na przykład, jeżeli szpital pragnie uchodzić za przyjazny, ciepły i rodzinny, to należy tej koncepcji podporządkować wszystkie elementy, które ten wizerunek wzmocnią.

Wśród wielu wymienionych powyżej elementów na czoło wysuwa się rola zawodu lekarza, sprowadzona do niesienia pacjentom pomocy medycznej oraz znaczenie ścisłej więzi lekarza z pacjentem. Pacjent powinien identyfikować system opieki zdrowotnej nie z podmiotami działalności leczniczej, ani tym bardziej z NFZ, ale przede wszystkim ze swoim lekarzem, którego obdarza zaufaniem jako osobę bezpośrednio udzielającą mu pomocy. Wiążąc pacjenta z lekarzem na poziomie podstawowym, zarówno w sferze terapeutycznej, jak i organizacyjnej, powinna zwiększyć nie tylko wydolność systemu, ale podnieść także prestiż i szacunek zarówno dla zawodu lekarza, jak i dla poszczególnych lekarzy. Warte uwagi jest zadanie dla zarządzających PDL, która nie powinna ograniczać się tylko do spełniania funkcji administracyjno-ekonomicznej i reprezentowania podmiotu na zewnątrz, lecz również ściśle współpracować z „białym personelem”, szczególnie z lekarzami, poprzez dopuszczenie ich do udziału w kreowaniu wizerunku organizacji. Bez lekarza bowiem przychodnia/szpital nie ma racji bytu.

Podsumowanie

Podsumowując, należy stwierdzić, że dzięki pozytywnemu wizerunkowi organizacja może uzyskać przewagę konkurencyjną. Dobry wizerunek wpływa na zaufanie pacjentów w stosunku do PDL, tworzy pozytywne skojarzenia klientów i dostawców, wzmacnia pozycję organizacji na rynku z dużymi barierami

wejścia, wpływa na jakość obsługi, dokonuje zróżnicowania produktów i marek, tworzy tożsamość i osobowość. Źródłem przewagi konkurencyjnej może być tylko wizerunek pozytywny. Osiągnięcie przewagi konkurencyjnej związane z posiadaniem pozytywnego wizerunku można uzyskać poprzez: wzmocnienie go, jeżeli jego potencjał był dotąd niewykorzystany lub budowanie od początku nowego pozytywnego wizerunku, jeżeli poprzedni nie przyniósł zamierzonych efektów. Finansowym skutkiem aktywnego budowania wizerunku bywa m.in. dowartościowanie go przez organ założycielski/beneficjentów, co ma swój wyraz w kreacji dodatniej wartości organizacji. Stanowi ona z jednej strony swoisty zasób organizacji – wartości niematerialne i prawne, a z drugiej strony przysparza nowego kapitału. Konkludując, sukces osiąga się wówczas, gdy lepiej przewiduje się przyszłość i dokonuje trwałych wyborów strategicznych, a dzięki sprzyjającym okolicznościom pokona się konkurentów. Wiąże się to jednak z ryzykiem poniesienia porażki.

Literatura

- Andrzejewski P., Kot W.: *Media Relations*. Poltext, Warszawa 2003.
- Ballen L.E., Fulcher A.J.: *Nurses and Doulas: Complementary Roles to Provide Optimal Maternity Care*. „J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.,” 2006, 35, 2.
- Bukowska-Piastrzyńska A.: *Marketing usług zdrowotnych – od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*. CeDeWu, Warszawa 2007,
- Ham C.: *Does the District General have a Future?* „BMJ” 2005, 331, 7528.
- Hołub J.: *Kierunki rozwoju marketingu na rynku usług medycznych*. „Przegląd Organizacji” 2001, nr 6.
- <http://www.cdc.gov/healthcommunication/> [17.08.2014].
- Kozłowski M.: *Employer branding budowanie wizerunku pracodawcy krok po kroku*. Wolters Kluwer business, Warszawa 2012.
- Krot K.: *Jakość i marketing usług medycznych*. ABC-Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.
- Komunikowanie się w marketingu*. Red. H. Mruk. PWE, Warszawa 2004.
- Marcinowicz L., Grebowski R.: *Patient’s Satisfaction in the Light of the Polish Empirical Studies – An Attempt to Elucidate a Secret of High Satisfaction with „Care*. *Por. Merk. Lek.*” 2005, Vol. 18, No. 108.
- Rogoziński K.: *Nowy marketing usług*. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej, Poznań 2000.

- Russo F.K., Rajiv G.: What is The Health Care Product. „Journal of Health Care Marketing” 1992, No. 12; Współczesna ekonomika usług. Red. S. Flejtarski, A. Panasiuk, J. Perenc, G. Rosa. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005.
- Stewart H., Hope H., A. Muhlemann: Professional Service Quality. „Journal of Retailing and Consumer Services” 1998, Vol. 5, No. 4.
- Strategie, koszty, finanse szpitala. Red. J. Stepniewski. Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Świąder T.: Precyzja w zarządzaniu wizerunkiem. „Manage” 2004, nr 3.
- Styś A., Olearnik J.: Usługi w rozwoju społeczno-gospodarczym. PWE, Warszawa 1989.
- Vukmir R.B.: Customer Satisfaction. „Int. J. Health Care Qual Assur. Inc. Leadersh Health Serv.” 2006, 19, 1.
- www.piar.pl [17.08.2014].

SHAPING THE IMAGE OF THE ENTITY MEDICAL ACTIVITY

Summary

The public relations strategy should make the element of the long-term strategy of the institution's development. By design it serves for establishing and for holding correct relationships of the given individual with surroundings (the patients). Appropriate preventing contingencies are also not without meaning in the health care. Precise determination of purposes, results and the correct assortment of PR tools serve for creating the craved image. Long-term purposes should be possible to modify with respect to changes which occur in surroundings of the individual. The systematic completion of planned action is possible when appropriate financial resources will be secured for its realization in budget of the institution (unit). The purpose of this article is a synthetic presentation of the issues relating to communication with the environment in the context of effective relationship building and positive image of the company medical activity.