

Tomasz Holecki

Michał Skrzypek

Monika Szlapa

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

KSZTAŁTOWANIE WIZERUNKU PLACÓWKI PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KONTEKŚCIE ROLI LEKARZA RODZINNEGO

Słowa kluczowe: usługi medyczne, public relations, podstawowa opieka zdrowotna, rynek usług zdrowotnych

Wprowadzenie

Placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) cechuje jeden z najwyższych wskaźników konkurencyjności na całym rynku usług medycznych, zarówno po stronie świadczeniodawców zabiegających o pacjenta, jak również pacjentów preferujących dostęp do renomowanych ośrodków. Motywator działań jest silnie finansowy, ze względu na formułę wynagradzania opartą na tzw. stawce kapitałowej, przekazywanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia wybranej przychodni, w połączeniu z praktycznie nieskrępowanym prawem pacjenta do wyboru lekarza POZ¹. Ponadto usługi medyczne wymagają wysokiego profesjonalizmu świadczeniodawców, co generuje trudny do zniwelowania stopień asymetrii wiedzy pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą. Pacjenci, dokonując wyboru, szczególnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, kierują się nie tylko gwarancją najwyższej jakości usług, ale również rozproszonymi wyróżni-

¹ M. Syrkiwicz-Światała, Funkcjonowanie placówek opieki zdrowotnej w kontekście konkurencyjności, w: Zarządzanie konkurencyjnością przedsiębiorstwa. Wybrane aspekty, red. A. Lipowski, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2008.

kami tożsamości przedsiębiorstwa medycznego². W związku z tym dla placówek medycznych, ze względu na obostrzenia dotyczące reklamy, użyteczne jest wykorzystywanie narzędzi *public relations*, które jeśli są odpowiednio dobrane, wpływają nie tylko na zainteresowanie daną placówką, ale również na jej wizerunek.

Celem artykułu było ustalenie, jakie formy relacji interpersonalnych są stosowane w praktyce działań lekarza POZ oraz jaki stosunek do nich przejawiają pacjenci w kontekście wiedzy z zakresu *public relations*.

1. PR w placówkach ochrony zdrowia

Jednym z kluczowych czynników zapewniających osiągnięcie przez organizację odpowiedniej pozycji na rynku jest jej wizerunek, który stanowi odbicie ukształtowanego w świadomości usługobiorców obrazu przedsiębiorstwa. Pojęcie wizerunku firmy jest dość trudne do zdefiniowania, obejmuje bowiem wszystkie procesy i zjawiska wiążące się z firmą. Często utożsamiane jest z osobowością firmy rozumianą jako zbiór atrybutów kształtujących opinię o organizacji. Sam wizerunek zaś jest określany jako „(...) zbiór przekonań, koncepcji i wrażeń, jakie dana osoba ma w stosunku do danego przedmiotu (...)”³. Zgodnie z tą definicją wizerunek firmy oparty jest na przekonaniach i doświadczeniach klientów, zarówno tych prawdziwych, jak i fałszywych, a także na porównywaniu jej z innymi organizacjami na rynku⁴.

Usługi medyczne natomiast można określić jako „działanie służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz (...) wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych dotyczących ich udzielania”. Usługą medyczną można zatem nazwać „szereg czynności o charakterze niematerialnym – począwszy od pierwszego kontaktu chorego z placówką opieki zdrowotnej, aż do jej opuszczenia – podejmowanych na zlecenie w celu zapewnienia zdrowia lub wzbogacania walorów osobistych⁵.

² A. Dolczewska-Samela, Znaczenie relacji personel medyczny – pacjent dla przebiegu procesu leczenia, w: Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne, red. H.D. Głowacka, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008, s. 80-83.

³ J. Szocki, Wizerunek firmy w mediach. Wydawnictwo Forum Naukowe, Poznań-Wrocław 2008, s. 13; Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego t. 3: Marketing i negocjacje na rynku usług medycznych, red. J. Drobnik, P. Nowicki, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2008, s. 69.

⁴ J. Szocki, op. cit.

⁵ K. Krot, Jakość i marketing usług medycznych, ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008, s. 13-14; M. Dobska, K. Rogoziński, Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, WN PWN, Warszawa 2008, s. 408.

Wzrost konkurencyjności na rynku usług medycznych sprawił, że również placówki ochrony zdrowia muszą zabiegać o klienta/pacjenta aktywniej niż do tej pory, gdyż to właśnie odbiorca usług decyduje o wyborze miejsca, w którym będzie się leczył, naturalnie z wyłączeniem sytuacji nagłych. Zatem zakłady opieki zdrowotnej, tak jak inne podmioty działające na wolnym rynku, muszą dbać o dobre relacje z obecnymi, jak i potencjalnymi klientami⁶. Ponadto placówki medyczne stosują narzędzia *public relations* również dlatego, że w przeciwieństwie do reklamy nie są obarczone wieloma ograniczeniami natury prawnej. Warto podkreślić, że pacjenci oczekują od lekarzy nie tylko pełnego profesjonalizmu podczas wykonywanych czynności, ale również zaangażowania, troski oraz rzetelnych informacji o stanie ich zdrowia oraz poświęcenia odpowiednio dużej ilości czasu⁷.

1.1. Rola lekarza POZ w komunikacji interpersonalnej

Tradycyjna medycyna, skupiająca się na leczeniu, jest obecnie zastępowana podejściem salutogenetycznym, w którym kluczowe znaczenie przypisuje się czynnikom prozdrowotnym. Człowieka postrzega jako całość zarówno pod względem objawów somatycznych, jak i jego kondycji psychicznej⁸. Wielu specjalistów uważa, że podstawą sukcesu terapeutycznego jest prawidłowa, a zarazem skuteczna komunikacja interpersonalna, zarówno werbalna, jak i niewerbalna, pomiędzy pacjentem a pracownikami ochrony zdrowia, zwłaszcza lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, którzy stanowią fundament polskiego systemu ochrony zdrowia. Aktualnie bowiem lekarz POZ jest pierwszym profesjonalistą medycznym, do którego trafia pacjent, decydując o dalszym skierowaniu do leczenia specjalistycznego⁹.

Warto podkreślić, iż w procesie leczenia ogromną rolę odgrywają również regulacje prawne, które nakazują lekarzowi postępować zgodnie z aktualną wiedzą w jego dziedzinie, uzyskać zgodę pacjenta na świadczenie usług medycznych, ale także zobowiązują go do przestrzegania tajemnicy lekarskiej. W prak-

⁶ M. Rzemienia, *Public relations*, w: *Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody*, red. B. Szymoniuk, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006, s. 116-118; K. Wroński, J. Okraszewski, R. Bocian, *Public relations jako narzędzie komunikacji między placówkami służby zdrowia a pacjentami*, „Współczesna Onkologia” 2008, nr 12, s. 30.

⁷ P.T. Nerlewski, *Opinie o reformie służby zdrowia*, „Przewodnik Lekarza” 2001, nr 9, s. 6-10.

⁸ A. Dolczewska-Samela, *op. cit.*, s. 80-83.

⁹ S. Golinowska, Z. Rutkowska-Czepulis, M. Sitek, A. Sowa, Ch. Sowada, C. Włodarczyk, *Opieka zdrowotna w Polsce po reformie*, CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002, s. 126; C. Włodarczyk, *Podstawowa opieka zdrowotna jako kategoria polityki zdrowotnej*, w: A. Czupryna, S. Poździuch, A. Ryś, W.C. Włodarczyk, *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, Vesalius, Kraków 2000, s. 213-214.

tyce można zaobserwować tendencję do ograniczania relacji z pacjentem do niezbędnego minimum, co stanowi zagrożenie dla poprawnego przekazywania informacji. Kodeks etyki lekarskiej reguluje w pewien sposób tę kwestię, określając wymogi odnośnie do komunikacji z pacjentem. Mowa tu przede wszystkim o życzliwym i kulturalnym traktowaniu pacjenta oraz utrzymywaniu z nim relacji opartych na obustronnym zaufaniu, ale również o stosowaniu zrozumiałego dla niego języka¹⁰.

Z badań wynika, że większość wizyt u lekarza POZ ma charakter oficjalny, a okazywanie różnych form grzecznościowych, wyjaśnianie przyczyn choroby oraz rozmowa na temat prawidłowego postępowania w leczeniu jest rzadkością. Ponadto negatywne stosunki, do których zaliczyć można: unikanie kontaktu wzrokowego, ograniczanie informacji, posługiwanie się niezrozumiałym językiem, krytyka pacjenta, brak życzliwości i uśmiechu, okazywanie przez lekarza swojej wyższości czy skracanie czasu wizyty wpływają na wzrost niezadowolenia pacjentów, co w skrajnych przypadkach przekłada się na liczbę oskarżeń o błędy w sztuce. Natomiast pozytywne relacje skutkują znacznie mniejszą ich liczbą. Badacze wysunęli wręcz wniosek, że lekarze mający dobre kontakty interpersonalne ze swoimi pacjentami mogą uchronić się przed ewentualnymi procesami, nawet w przypadku ewidentnych zaniedbań¹¹.

2. Materiał i metoda

Badanie miało charakter całkowicie anonimowy i zostało zrealizowane w kwietniu 2010 roku z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety zawierającego łącznie 28 pytań oraz metryczkę. Próbę stanowiło 140 pacjentów wybranych przychodni województwa śląskiego, w tym 80 kobiet (57,1%) i 60 mężczyzn (42,9%). Mediana wieku wyniosła 40,5 roku (rozstęp międzykwartylowy: 25,5-60 lat; zakres: 16-79 lat), przy czym mediana wieku kobiet wyniosła 39,5 roku (rozstęp międzykwartylowy: 25-59,5 roku; zakres: 16-79 lat), natomiast mężczyzn 42 lata (rozstęp międzykwartylowy: 26-62 lata; zakres: 20-73 lata). Obserwowana różnica wieku pomiędzy kobietami i mężczyznami nie była statystycznie znamienna ($p = 0,16$).

Analizę statystyczną zgromadzonego materiału badawczego przeprowadzono przy użyciu programu SAS wersja 9.2 (SAS Institute Inc., Gary, NC). Zmienne jakościowe opisano poprzez podanie częstości bezwzględnych i względnych ich

¹⁰ T. Jurek, B. Świątek, Prawne aspekty relacji lekarz – pacjent w praktyce lekarza rodzinnego, „Przewodnik Lekarza” 2008, nr 1, s. 261-264.

¹¹ T. Gordon, W.S. Edwards, Pacjent jako partner, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2000, s. 24-26.

poszczególnych kategorii. Ocenę zgodności z rozkładem normalnym zmiennej „wiek”, jako jedynej zmiennej ilościowej w niniejszym badaniu, wykonano przy użyciu testu Shapiro-Wilka. Ze względu na odstępstwo od rozkładu normalnego w przypadku tej zmiennej, jej rozkład scharakteryzowano poprzez podanie mediany, rozstępu międzykwartylowego oraz zakresu jej wartości.

Ocenę statystycznej istotności różnic zmiennych jakościowych prowadzono w oparciu o test χ^2 lub χ^2 z poprawką Yatesa, natomiast do analizy siły zależności wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana. Różnicę w rozkładach zmiennej ilościowej, przy podziale na dwie grupy, oceniono przy użyciu testu U. Manna-Whitneya. Podsumowaniem analiz prostych była wieloczynnikowa analiza regresji logistycznej z wykorzystaniem procedury krokowej w celu doboru zmiennych objaśniających. W prowadzonych analizach statystycznych przyjęto poziom statystycznej znamienności $\alpha = 0,05$.

3. Wyniki

Zadowolenie z wizyty jest podstawowym miernikiem skuteczności stosowanych narzędzi *public relations*, jak również jedną z głównych przesłanek decydujących o pozostaniu pod opieką konkretnego lekarza w przychodni POZ.

Większość badanych wyraziła zadowolenie z ostatniej wizyty lekarskiej (77,1%; 108 spośród 140 badanych). Częściej zadowolone z wizyty były kobiety (81,3%; 65 spośród 80) w porównaniu z mężczyznami (71,7%; 43 spośród 60), jednak różnica ta nie osiągnęła poziomu statystycznej istotności ($p = 0,18$). Najczęściej z wizyty w przychodni POZ zadowolone były osoby z wykształceniem podstawowym, ale i tutaj zróżnicowanie nie było statystycznie istotne ($p = 0,34$). Szczegóły prezentuje tabela 1.

Tabela 1

Zadowolenie z wizyty lekarskiej w zależności od wykształcenia

Wykształcenie	Podstawowe N = 16	Zawodowe N = 37	Średnie N = 53	Wyższe N = 34
Zadowolenie N (%)	14 (87,5%)	25 (67,6%)	43 (81,1%)	26 (76,5%)

W szczególności badaniem objęto zachowania lekarza rodzinnego wyrażone przejawem szacunku wobec pacjenta, w oparciu o takie profesjonalne cechy jak: nieobwinianie pacjenta za stan jego zdrowia, punktualność, stosowanie zrozumiałego dla odbiorcy języka, udzielenie wyraźnych wskazań leczniczych i określenie przyczyn choroby, uprzedzenie o możliwości konkretnych powikłań,

ale również emocjonalne i czysto subiektywne czynniki jak: właściwe wobec każdej osoby przywitanie, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, poczucie osobistego szacunku, nieokazywanie wyższości zawodowej i intelektualnej oraz schludność ubioru czy epatowanie przyjaznym uśmiechem.

Jak wynika z przeprowadzonego sondażu diagnostycznego, pacjenci pozostają bardzo czuli na drobne, jak by się mogło wydawać, czynniki, które mają wpływ na całościową ocenę profesjonalisty medycznego, a pośrednio zatrudniającej go placówki. W zdecydowany sposób różnicują i określają swoje odczucia, wyobrażenia i oczekiwania, a zaniedbania w tym obszarze komunikacji interpersonalnej przekładają się na skuteczność diagnostyki i procesu leczenia.

Nadal niezwykle słabo wypadają relacje lekarz – pacjent w obszarze kultury osobistej, przejawiające się nieposzanowaniem czasu pacjenta, brakiem stosownego powitania czy utrzymywania kontaktu wzrokowego z rozmówcą, ale również w zakresie sztuki medycznej związanej z opisem możliwych powikłań zdrowotnych będących konsekwencją procesu leczenia czy wyjaśnienia przyczyn choroby. Naturalnie stosunki te są poprawne, ale poprawność w tym przypadku jest miarą średniego lub niskiego zaangażowania lekarza w proces indywidualizacji leczenia. Nie próbując ocenić przyczyn zdiagnozowanych zachowań, można w przeważającej liczbie przypadków zaobserwować dominację modelu relacyjnego nad partycypacyjnym, nawet w sytuacji, gdy udział i zaangażowanie pacjenta w procesie terapeutycznym jest w oczywisty sposób niezbędny. Szczegóły przedstawiono w tabeli 2.

Tabela 2

Zadowolenie z wizyty lekarskiej w zależności od wagi opisywanego czynnika
(5 – bardzo wysokie, 1 – bardzo niskie)

Skala	Zadowolenie N (%)						
	0	1	2	3	4	5	<i>p</i>
Stan zdrowia	-	-	13 (72,2%)	33 (78,6%)	42 (77,8%)	20 (76,9%)	0,96
Punktualność	5 (62,5%)	7 (53,9%)	14 (87,5%)	16 (72,7%)	31 (77,5%)	35 (85,4%)	0,17
Powitanie	24 (75%)	17 (81%)	13 (76,5%)	19 (70,4%)	22 (81,5%)	13 (81,3%)	0,92
Zrozumiały język	5 (62,5%)	6 (66,7%)	7 (70%)	16 (66,7%)	37 (82,2%)	37 (84,1%)	0,39
Kontakt wzrokowy	7 (77,8%)	11 (68,8%)	6 (37,5%)	23 (82,1%)	31 (81,6%)	30 (90,9%)	<0,01
Szacunek	4 (80%)	5 (62,5%)	4 (44,4%)	15 (71,4%)	28 (71,8%)	52 (89,7%)	0,03
Uśmiech	11 (64,7%)	5 (55,6%)	11 (78,6%)	29 (76,3%)	26 (78,8%)	26 (89,7%)	0,26
Nieobwinianie	6 (54,6%)	7 (63,6%)	4 (50%)	18 (81,8%)	34 (85%)	39 (81,3%)	0,08
Wyższość	7 (58,3%)	4 (66,7%)	5 (41,7%)	14 (73,7%)	28 (82,4%)	50 (87,7%)	0,01
Wskazania lecznicze	7 (63,6%)	8 (66,7%)	6 (50%)	17 (85%)	26 (72,2%)	44 (89,8%)	0,03
Powikłania	10 (83,3%)	8 (72,7%)	15 (65,2%)	22 (78,6%)	33 (78,6%)	20 (83,3%)	0,72
Przyczyny choroby	8 (80%)	7 (58,3%)	12 (57,1%)	24 (77,4%)	32 (82,1%)	25 (92,6%)	0,04
Schludne ubranie	7 (77,8%)	8 (66,7%)	5 (45,5%)	15 (62,5%)	34 (85%)	39 (88,6%)	0,01

Dodać należy, że wraz z wiekiem nasila się korelacja z czynnikiem określonym jako nieobwinianie za powstanie choroby, wrażliwość pacjentów w tym przypadku wzrasta liniowo, aby dla pacjentów po 40. roku życia stać się jednym z najistotniejszych kryteriów ($p < 0,01$, V-Cramer = 0,39), wzrasta również siła wpływu poczucia wysłuchania przez lekarza ($p < 0,01$, V-Cramer = 0,34) oraz uzyskanie wyczerpującej informacji o przyczynach choroby ($p < 0,01$, V-Cramer = 0,4), a także możliwości powikłaniach ($p < 0,01$, V-Cramer = 0,34).

Stwierdzono również zależność pomiędzy płcią a czynnikami wpływającymi na decyzję o wyborze lekarza, do których należą: utrzymywanie kontaktu wzrokowego przez lekarza z pacjentem ($p = 0,05$ z uwzględnieniem poprawki Yatesa $p = 0,02$; V-Cramera = 0,31) oraz natychmiastowe wyznaczenie kolejnego terminu wizyty ($p = 0,01$; V-Cramer = 0,3).

Osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym znacznie częściej wskazywały jako przyczynę zadowolenia z wyboru lekarza zwracanie się do pacjenta w sposób grzeczny i miły ($p = 0,01$; V-Cramer = 0,25), stosowanie zrozumiałego języka ($p = 0,17$, V-Cramer = 0,24), niedemonstrowanie wyższości przez lekarza (test chi kwadrat z poprawką Yatesa $p = 0,01$, V-Cramer = 0,23), a także poczucie wysłuchania ($p = 0,02$, V-Cramer = 0,23) i zlecenie dodatkowych badań ($p = 0,01$, V-Cramer = 0,23).

Ustalono również, że opinia rodziny, przyjaciół oraz znajomych jest kluczowym czynnikiem podczas dokonywania wyboru lekarza POZ, zwłaszcza dla respondentów w wieku 25-55 lat oraz posiadających wykształcenie średnie i wyższe. Ostatecznie w kontekście analizowanych subiektywnych i emocjonalnych czynników ponad 82% ankietowanych wybierze po raz kolejny tego samego lekarza POZ.

Podsumowanie

Na specyficznym rynku ochrony zdrowia stosowanie typowo biznesowych narzędzi marketingowych jest trudne lub wprost zabronione, dlatego użycie narzędzi z katalogu *public relations* będzie prawdopodobnie ulegało nasileniu, tym bardziej że nie wymaga wysokich nakładów finansowych, oferując równocześnie duże możliwości kreacji oczekiwanych zachowań. Uświadomienie sobie siły tzw. miękkich form oddziaływania na klienta/pacjenta powinno stanowić przedmiot zainteresowania wszystkich zarządzających placówkami ochrony zdrowia, szczególnie w zakresie medycyny rodzinnej, silnie sprywatyzowanej, o nierozbudowanej formule organizacyjnej, oferującej produkty i usługi w bezpośredniej bliskości świadczeniobiorcy. Ponadto właściwe użycie tzw. miękkich narzędzi *public relations* w stosunkach lekarz – pacjent stanowi niewykorzystany

w pełni rezerwuar poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce, przynajmniej wobec miernika, jakim jest zadowolenie z jakości świadczonych usług medycznych.

Literatura

- Dobska M., Rogoziński K., Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej, WN PWN, Warszawa 2008.
- Dolczewska-Samela A., Znaczenie relacji personel medyczny – pacjent dla przebiegu procesu leczenia, w: Szanse i bariery w ochronie zdrowia. Wybrane aspekty organizacyjne, prawne i psychologiczne, red. H.D. Głowacka, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2008.
- Golinowska S., Rutkowska-Czepulis Z., Sitek M., Sowa A., Sowada Ch., Włodarczyk C., Opieka zdrowotna w Polsce po reformie, CASE – Centrum Analiz Społeczno-Ekonomicznych, Warszawa 2002.
- Gordon T., Edwards W.S., Pacjent jako partner, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa 2000.
- Jurek T., Świątek B., Prawne aspekty relacji lekarz – pacjent w praktyce lekarza rodzinnego, „Przewodnik Lekarza” 2008, nr 1.
- Krot K., Jakość i marketing usług medycznych, ABC Wolters Kluwer Business, Warszawa 2008.
- Nerlewski P.T., Opinie o reformie służby zdrowia, „Przewodnik Lekarza” 2001, nr 9.
- Rzemieniak M., Public relations, w: Komunikacja marketingowa. Instrumenty i metody, red. B. Szymoniuk, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa 2006.
- Syrkiewicz-Świtłała M., Funkcjonowanie placówek opieki zdrowotnej w kontekście konkurencyjności, w: Zarządzanie konkurencyjnością przedsiębiorstwa. Wybrane aspekty, red. A. Lipowski, Wyższa Szkoła Biznesu w Dąbrowie Górniczej, Dąbrowa Górnicza 2008.
- Szocki J., Wizerunek firmy w mediach, Wydawnictwo Forum Naukowe, Poznań-Wrocław 2008.
- Włodarczyk C., Podstawowa opieka zdrowotna jako kategoria polityki zdrowotnej, w: Czupryna A., Poździoch S., Ryś A., Włodarczyk W.C., Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia, t. I, Vesalius, Kraków 2000.
- Wroński K., Okraszewski J., Bocian R.: Public relations jako narzędzie komunikacji między placówkami służby zdrowia a pacjentami, „Współczesna Onkologia” 2008, nr 12.
- Wybrane zagadnienia zdrowia publicznego, t. 3: Marketing i negocjacje na rynku usług medycznych, red. J. Drobnik, P. Nowicki, Continuo, Wrocław 2008.

SHAPING THE IMAGE OF PRIMARY HEALTH CARE CENTERS IN THE CONTEXT OF THE ROLE OF THE FAMILY DOCTOR

Keywords: medical services, public relations, General Practitioner, health care market

Summary

After the reform of health care system the patient was granted a right to choose where and by whom he wants to be treated, especially as far as a General Practitioner (GP) is concerned. All of the above mentioned factors caused that subjects providing medical services started using marketing tools in order to promote these institutions on the market and to create their positive image. Special concern was attached to the way patients were served, which directly influences satisfaction of the patients with the institution they are treated in.

The purpose of this dissertation was to indicate the elements crucial for patients which influence which institution they choose, especially a behavior of a doctor of primary health care. The research took place in 2010 and it included a group of 140 patients in Silesia voivodeship. The stage concerned evaluation of the factors which influenced a decision to be treated by a particular General Practitioner (GP).