

IGA RUDAWSKA

## KONCEPCJA MARKETINGU RELACJI W SEKTORZE USŁUG ZDROWOTNYCH\*

### I. WPROWADZENIE

Reformy polskiego systemu ochrony zdrowia trwające nieprzerwanie od 1991 r.<sup>1</sup>, prócz oczywistego wymiaru społecznego, implikują zmiany w mechanizmach ekonomiczno-finansowych sektora usług zdrowotnych. W ich wyniku pojawiają się dotychczas niewystępujące relacje, jak na przykład zakład opieki zdrowotnej –płatnik trzeciej strony, publiczny zakład opieki zdrowotnej – „komercyjny” pacjent. Relacje te z kolei wymuszają nowe zachowania zaangażowanych uczestników, takie jak negocjowanie kontraktów na świadczenia zdrowotne czy zdobywanie akredytacji dokumentującej wysoką jakość usług. Nowe relacje o charakterze konkurencyjnym powstają również pomiędzy publicznymi i niepublicznymi zakładami opieki zdrowotnej. Świadczeniodawcy, niejednokrotnie pozbawieni możliwości miękkiego budżetowania, muszą dążyć do racjonalizacji swych działań i wpisania sfery usług medycznych w kontekst ekonomiczny, który w systemie zaopatrzeniowym był nieznanym. Wielu z nich, niejako instynktownie, skupia się na podejściu kosztowym, w którym prym wiedzie rygorystyczna redukcja kosztów i ich rachunek. Z taką orientacją koresponduje z reguły narzędziowe, kliniczne podejście do zagadnień jakości, wobec którego pojawiają się coraz częściej krytyczne uwagi<sup>2</sup>.

Według klasycznej już koncepcji A. Donabediana, jakość można rozpatrywać w kontekście struktury, procesu i wyniku<sup>3</sup>. Aspekt strukturalny jakości odnosi się do dostępności odpowiednich zasobów (technologia, personel<sup>4</sup>). Aspekt procesowy dotyczy wszelkich procedur medycznych związanych z leczeniem danego przypadku chorobowego, a także czynności stricte wystandaryzowanych (szczepienia ochronne, profilaktyka zakażeń wewnątrzszpitalnych), co do których zakłada się, że mają wpływ na wynik końcowy procesu usługowego. Ten ostatni mierzony jest najczęściej za pomocą wskaźników zachorowalności, chorobowości i śmiertelności. Przyjęcie takiego schematu

\* Praca naukowa finansowana ze środków Komitetu Badań Naukowych w latach 2003-2005 jako projekt badawczy.

<sup>1</sup> Datę tę umownie wyznacza ustawa z 30 sierpnia 1991 r. roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. RP z 14 października 1991 r., Nr 91, poz. 408, art. 3).

<sup>2</sup> D. W. Young, D. Barrett, J. W. Kenagy, D. C. Pinakiewicz, S. M. McCarthy, *Value-based partnering in healthcare: a framework for analysis*, „Journal of Healthcare Management”, vol. 46, 2001, nr 2, s. 56.

myślenia o jakości stwarza zagrożenie postrzegania jej tylko i wyłącznie jako składnika kosztów związanych ze stosowaniem ekspertyzy technicznej i z dążeniem do sprostania obowiązującym standardom. Owa wewnętrzna optyka – niezależnie od przyjętego narzędzia pomiaru – wymaga wzbogacenia o zewnętrzną perspektywę oceny jakości w kategoriach oczekiwań i postrzeganego przez pacjenta oraz osoby mu towarzyszące wykonania usługi. To bowiem satysfakcja usługobiorcy w dużej mierze oddziałuje na intencje i faktyczne zachowania konsumpcyjne pacjenta w sytuacji zaistnienia kolejnej potrzeby zdrowotnej. Zatem spojrzenie na relację usługodawca–pacjent oczyma klienta, w kontekście niedosytu badań w tej dziedzinie wydaje się potrzebne.

## II. MARKETINGOWE PODEJŚCIE DO RELACJI PACJENT-USŁUGODAWCA

Przyjmując za punkt wyjścia do rozważań optykę zewnętrzną, jakość usług zdrowotnych staje się funkcją zrozumienia i spełnienia oczekiwań pacjenta co do proponowanej przez usługodawcę oferty. W sposób niejako naturalny nasuwa się tu koncepcja marketingu<sup>5</sup>. Przedsięwzięciom marketingowym towarzyszy ponoszenie kosztów, w tym kosztów jakości, które mają przyczynić się do osiągnięcia bardziej satysfakcjonującego dla obu stron wymiany rezultatu. W długiej perspektywie koszty jakości wykazują jednak tendencję spadkową. Dla klienta utrzymywanie satysfakcjonującego związku z usługodawcą oznacza z kolei eliminację kosztów transakcji, które towarzyszą każdej zmianie dostawcy usług<sup>6</sup>. Celem działań marketingowych jest zysk, którego realizacja przesądza o istnieniu każdego przedsiębiorstwa. Jeżeli zatem cały biznes widziany jest z perspektywy klienta, to o jego powodzeniu decyduje nie producent, lecz właśnie klient<sup>7</sup>. Kwestią do rozstrzygnięcia pozostaje więc to, na ile pacjent może być klientem i na ile świadczenie usług zdrowotnych może być biznesem. W tym kontekście zasadnicze staje się pytanie o istotę wartości kreowanej w procesie usługowym między jego uczestnikami.

Specyfika środowiska powstawania związku pacjent – usługodawca przejawiająca się przede wszystkim w asymetrii informacyjnej oraz w relacji ustanowionego pełnomocnictwa upoważnia do stwierdzenia, iż bezkrytyczne przyjęcie aksjomatów klasycznego marketingu do opisu zjawisk zachodzących pomiędzy pacjentem a usługodawcą nie jest właściwe. Niewła-

<sup>3</sup> Por. M. Lisiecka-Bielanowicz, *Jakość usług zdrowotnych determinantą sprawnego systemu ochrony zdrowia*, „Problemy Jakości” 1999, nr 12, s. 35; K. Burda, *Analiza problematyki satysfakcji pacjenta w powiązaniu z zagadnieniami dotyczącymi jakości opieki zdrowotnej*, „Antidotum” 2003, nr 1, s. 64.

<sup>4</sup> Wymiar ten koresponduje z definicją jakości opieki zdrowotnej w ujęciu dynamicznym J. Palmersa. Zob. S. Mlekodaj, *Jakość i skuteczność w publicznej ochronie zdrowia*, „Służba Zdrowia” 1996, nr 41, s. 6.

<sup>5</sup> Ciągłe udoskonalana realizacja potrzeb klienta w długim okresie uznawana jest przez autorytety (P. Kotler, P. Drucker, T. Levitt) za cel działań marketingowych.

<sup>6</sup> Pojęcia kosztów transakcji i kosztów jakości mają swe źródło w teorii kosztów relacji. Zob. C. Gronroos, *From marketing mix to relationship marketing: towards a paradigm shift in marketing*, „Management Decision”, vol. 32, 1994, nr 2, s. 8.

<sup>7</sup> P. Drucker, *The Practice of Management*, Harper, New York 1959, s. 1.

ściwe jest z tego względu również przenoszenie znanych treści z teorii marketingu dóbr i usług konsumpcyjnych w sferę usług związanych ze zdrowiem.

Oś konstrukcyjną prezentowanych rozważań stanowi paradygmat marketingu relacji. Przyjęcie za podstawę formułowania ogólnych ocen i wniosków podejścia relacyjnego ma swoje uzasadnienie w przedstawionych poniżej argumentach, osadzonych zarówno w usługach zdrowotnych *tout court*, jak i w szerszym kontekście zmian systemowych dotyczących sektora zdrowia.

### III. ARGUMENT 1 NA RZECZ MARKETINGU RELACJI – RÓWNOWAGA MARKETINGOWA

Tym, co stanowi o sensie istnienia marketingu i kreuje warunki jego nieustannego rozwoju, jest konkurencja<sup>8</sup>. Rynkowe bądź quasi-rynkowe jej pobudzanie w sektorze ochrony zdrowia uznać należy za przyczynek do dyskusji nad adaptacją marketingu w sferze usług zdrowotnych i możliwością uzyskiwania dzięki niemu przewagi przez przedmioty je świadczące. Podczas gdy klasyczna teoria marketingu uznaje konkurencję za siłę napędzającą gospodarkę, paradygmat marketingu relacji wysuwa na plan pierwszy współpracę. W sektorze usług zdrowotnych koordynacja działań na poszczególnych szczeblach opieki, jak i między różnymi uczestnikami tego samego poziomu, jest istotna przy osiąganiu pożądanego wyniku, szczególnie jeśli formułowany jest on w kategoriach medycznych (np. wskaźnik zachorowalności, współczynnik żywych urodzeń na 1000 urodzeń), czy też medyczno-społecznych, np. oczekiwane lata życia bez niepełnosprawności. Konkurencję uznać należy za mechanizm wymuszający reorientację zachowań usługodawców w kierunku proklienckim, lecz w procesie kreacji relacji pacjent–usługodawca istotne znaczenie należałoby przypisywać współpracy. W omawianej kwestii oznacza to, że wszyscy uczestnicy procesu usługowego przyjmują na siebie odpowiedzialność za satysfakcjonujący rozwój relacji.

Ze względu na dość istotne „wady rynku” (*market failures*) sfera ochrony zdrowia należy do tych dziedzin ludzkiej aktywności, która musi być poddana pewnym regulacjom. W retoryce prorynkowej pojęcie regulacji z nieco pejoratywnym zabarwieniem postrzegane jest niekiedy jako siła hamująca konkurencję i pozbawiająca rynek właściwej mu dynamiki. W praktyce sektora zdrowia działalność regulacyjna jest nie tylko wszechobecna, ale i niezbędna do prawidłowego zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Uzasadnienie znajduje więc teza noblisty z dziedziny ekonomii D. Northa, że regulacja – na równi z konkurencją i współpracą – jest elementem dynamicznym, współtworzącym współczesne rynki<sup>9</sup>. Kwestią priorytetową w tym świetle staje się znalezienie równowagi pomiędzy wymienionymi trzema siłami. Zaproponowany przez E. Gummessona termin równowagi marketingo-

<sup>8</sup> J. Otto, *Marketing relacji. Koncepcja i stosowanie*, Wyd. C. H. Beck, Warszawa 2001, s. 277.

<sup>9</sup> E. Gummesson, *Making relationship marketing operational*, „International Journal of Service Industry Management”, vol. 5, 1994, nr 5, s. 34.

wej wydaje się bardzo trafny do opisu relacji zachodzących w sferze zdrowia, w tym w związku pacjent–usługodawca (rys. 1).

Rysunek 1



Źródło: E. Gummesson, *Making relationship marketing operational*, „International Journal of Service Industry Management” Vol. 5, 1994, No. 5, s. 34.

#### IV. ARGUMENT 2 – INTENSYWNOŚĆ RELACJI MIĘDZY STRONAMI

Drugim argumentem predysponującym marketing relacji jako wykładnię do opisu zjawisk i zależności zachodzących między usługodawcą a pacjentem jest spełniony w usługach medycznych wymóg dużej intensywności interakcji między uczestnikami wymiany<sup>10</sup>. Intensywność kontaktu opisywana jest tu z jednej strony poprzez stosunek czasu spędzanego przez klienta w środowisku usługodawcy do czasu faktycznej realizacji wymiany, a z drugiej – stopniem zaangażowania obu stron w wymianę. U podstaw usług zdrowotnych leży nawiązywanie kontaktu z pacjentem, co stanowi idealną platformę formowania relacji<sup>11</sup>. Tradycyjny paradygmat marketingu kładzie nacisk na transakcję będącą jednostką wymiany towarowo-pieniężnej. W sferze usług związanych ze zdrowiem – uwzględniając również fakt pojawienia się płatnika trzeciej strony jako kolejnego uczestnika wymiany – do czynienia mamy z sytuacją zgoła odmienną. Pacjent stając się klientem usługodawcy, jak i usługodawca, wchodząc w interakcję z pacjentem, wykazują *ex definitione* gotowość do zaangażowania się w relację. Po stronie usługodawcy owe zobowiązanie leży u podstaw deontologii lekarskiej, po stronie pacjenta natomiast – zawierzenie własnego zdrowia usługodawcy

<sup>10</sup> L. Bove, L. Johnson, *A customer-service worker relationship model*, „International Journal of Service Industry Management”, vol. 11, 2000, nr 5, s. 492.

<sup>11</sup> Istotą większości usług jest „żywy” kontakt usługodawcy z klientem. Prawdopodobnie właśnie dlatego koncepcja marketingu relacji pojawiła się jako pierwsza w odniesieniu do usług, za jej prekursora uważany jest L. Berry.

wymaga obdarzenia go dużą dozą zaufania. Brak tego komponentu wyklucza aktywną rolę klienta w procesie usługowym i zarazem ogranicza jego zdolności do współtworzenia wartości relacji. Zaangażowanie usługodawcy z kolei zwiększa jego zdolność do pomnażania wartości oferowanej klientowi. Pod pojęciem wartości kryje się zarówno osiąganie celów związanych z procesem leczenia (wartość wymierna), jak i wartość postrzegana przez pacjenta, będąca wypadkową atrybutów, jakie posiada usługodawca, i jakie kreuje on w kontaktach z pacjentem. Egzemplifikacją tej ostatniej są: odpowiedzialność, zdolność empatii, unikatowe kompetencje czy ciągła gotowość do świadczenia usługi.

## V. ARGUMENT 3 – OBOPÓLNA SATYSFAKCJA STRON WYMIANY

Istotnym założeniem marketingu relacji, które *pirma facie* znajduje spełnienie w obszarze będącym przedmiotem badania, jest interpretacja relacji jako obopólnie satysfakcjonującego związku pomiędzy usługodawcą a klientem. Oznacza to, iż obie strony spodziewają się odnieść korzyści z nawiązanego kontaktu<sup>12</sup>. Korzyścią dla pacjenta jest realizacja jego potrzeb zdrowotnych i psychologicznych, a dla usługodawcy – realizacja jego misji, dla której został powołany (organizacje typu non-profit) i osiąganie zysku (organizacje o statucie komercyjnym). Osia konstrukcyjną marketingu relacji jest koncepcja obietnicy. Gdyby traktować ją jedynie w odniesieniu do wyniku procesu usługowego, to w obszarze usług zdrowotnych nie wytrzymałaby ona krytycznej oceny. Pacjent nie może bowiem uzyskać zapewnienia, że po otrzymaniu najbardziej fachowej, nawet najdroższej, usługi będzie wyleczony. W tej sytuacji – w przeciwieństwie do wielu innych usług dostępnych na rynku – nie można spisać umowy między stronami procesu usługowego gwarantującej pacjentowi zabezpieczenie go przed złą jakością. Nawet odszkodowania za błędy w sztuce lekarskiej nie mogą spełniać owej funkcji, gdyż natura zdrowia – „obiektem”, któremu służą usługi zdrowotne uniemożliwia jego wymianę, a często nawet naprawę. Nikt racjonalnie myślący nie będzie przecież twierdzić, iż pieniądze mogą w jakikolwiek sposób zrekompensować poszkodowanemu uszczerbek na zdrowiu, czy rodzinie zmarłego – utratę bliskiej osoby. Usługa zdrowotna może być więc traktowana tylko jako zespół profesjonalnych działań przy wykorzystaniu dostępnej wiedzy medycznej i fachowej aparatury<sup>13</sup>.

Jeśli jednak – zgodnie z interpretacją C. Grönroosa – koncepcję obietnicy potraktujemy w szerszym kontekście, to okazuje się, że również na płaszczyźnie usług zdrowotnych możliwa jest realizacja trzech zasadniczych aktywności. Pierwsza z nich dotyczy czynienia realistycznych obietnic, które operacjonalizują się w przesłaniach marketingu zewnętrznego. Drugi obszar odnosi się do stwarzania personelowi sprzyjających warunków do dotrzymywania obietnic (domena marketingu wewnętrznego), a trzeci – do samego

<sup>12</sup> T. Takala, O. Uscitalo, *An alternative view of relationship marketing: a framework for ethical analysis*, „European Journal of Marketing” vol. 30, 1996, nr 2, s. 48.

<sup>13</sup> I. Rudawska, *Pacjent – klient na rynku usług medycznych*, „Marketing i Rynek” 2003, nr 1, s. 4.

procesu wypełniania poczynionych deklaracji (marketing interaktywny). Owa triada aktywności uwypukla znaczenie właściwego procesu usługowego oraz skoordynowanych wysiłków pracowników i klientów. Wymieniony w niej marketing interaktywny (lub jak proponuje C. Grönroos – interaktywna funkcja marketingu) realizowany jest w sytuacjach, w których klient zwykle wchodzi w interakcję z systemem danej organizacji usługowej, jej fizycznym otoczeniem i personelem. Interakcje te leżą w sferze wpływu marketingu, mimo że zaangażowani w nie pracownicy nie rekrutują się z działów marketingu. Chodzi tu o liczną grupę personelu kontaktowego, który jako bezpośredni wykonawca usługi zawsze realizuje jakieś funkcje marketingowe. Sfera usług zdrowotnych bardzo dobrze odpowiada więc koncepcji *part-time marketers*. Lekarze, personel średniego i niższego szczebla, na co dzień realizują funkcje marketingowe w postaci pozyskiwania informacji, organizacji i aktywizacji procesu wymiany. Ich szczególna rola wynika nie z faktu przypisanej odpowiedzialności za marketing-mix, ale z charakteru ich pracy, będącej w istocie ciągiem kontaktów z pacjentami. Można zatem powiedzieć, iż instytucje opieki zdrowotnej są niejako „skazane” na tworzenie relacji z pacjentami<sup>14</sup>, co predysponuje je do aplikacji marketingu relacji.

## VI. ARGUMENT 4 – WIĘZI JAKO BARIERY WYJŚCIA

Istotę relacji najlepiej oddaje ich opis jako tworzenie więzi pomiędzy organizacją a klientem, przy czym te ostatnie należy interpretować jako bariery wyjścia „wiązące” klienta z usługodawcą i podtrzymujące wzajemne relacje. Kluczowe ich typy to więzi prawne, ekonomiczne, technologiczne, geograficzne, socjalne, kulturowe, ideologiczne, psychologiczne, a także te związane z czasem i wiedzą. Na gruncie usług zdrowotnych mogą wystąpić wszystkie z wymienionych, choć z reguły do czynienia mamy z tymi opartymi na wiedzy, psychice, czasie, a coraz częściej również i na pieniądzu. Ich występowanie oraz siła sprawiają, że pomiędzy pojedynczymi zdarzeniami (epizodami) pojawia się współzależność, będąca pierwszym przyczynkiem do zaistnienia relacji pacjent–usługodawca. Drugim z nich jest natomiast powtarzalność transakcji, która w usługach zdrowotnych – ze względu na losowy charakter występowania większości epizodów chorobowych – jest szczególnie trudna do przewidzenia (rys. 2).

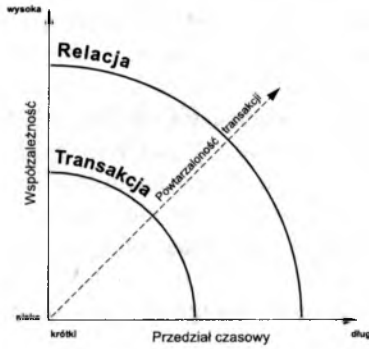
Długi przedział czasowy niezbędny do formowania relacji oznacza zaistnienie pewnego *continuum* interakcji pacjent – usługodawca, w którym strony doświadczają obopólnej wymiany wartości. Wymiana ta obejmuje zarówno stronę realizacyjną usługi, jaki i nośniki symboliczne, będące efektem subiektywnego postrzegania relacji. Dla usługodawcy może być nim przykładowo wzrost reputacji w lokalnym środowisku, a dla usługobiorcy – pokonanie bariery psychologicznej i zwiększenie przez to komfortu kolejnych kontaktów.

Współzależność między stronami procesu usługowego może być natomiast realizowana na kilku płaszczyznach: płaszczyźnie ekonomicznej (kon-

<sup>14</sup> I. H. Gordon mówi o takiej sytuacji jako o opcji zerowej. Zob. I. H. Gordon, *Relacje z klientem. Marketing partnerski*, PWE, Warszawa 2001, s. 154.

**Rysunek 2**

Proces kształtowania się relacji w usługach zdrowotnych



Źródło: Adaptacja za: U. Jüttner, H.P. Wehrli, *Relationship marketing form a value system perspective*, „Journal of Service Industry Management” Vol. 5, 1994, No. 5, s. 62.

dycja ekonomiczna usługodawcy uzależniona zostaje od liczby świadczonych usług będących konsekwencjami wyborów pacjentów i postrzeganej przez nich jakości usług), płaszczyźnie psychologicznej (reputacja usługodawcy kształtowana jest przez pozytywne opinie wygłaszane przez pacjentów, zobowiązuje zarazem od dotrzymywania obietnic danych klientom) oraz płaszczyźnie etycznej (obie strony wyrażają zgodność, co do sposobu postępowania i moralnych uzasadnień podejmowanych wyborów).

**VII. ARGUMENT 5 – WZRATAJĄCA ROLA CENY NIEPIENIĘŻNEJ**

Nie mniej ważnym argumentem na rzecz marketingu relacji w usługach zdrowotnych jest wzrastająca rola ceny pieniężnej przejawiająca się w wielu formach partycypacji pacjenta w kosztach świadczeń. Satysfakcja z usługi staje się funkcją nie tylko postrzeganej jej jakości, lecz także relacji do ponoszonych kosztów pieniężnych i pozapieniężnych (rys. 3). Te ostatnie wyrażają czas związany z długością oczekiwania na realizację określonej usługi zdrowotnej, a także poświęconą energię i stres, który towarzyszy oczekiwaniu i konsumpcji usługi.

**Rysunek 3**

Równanie wartość postrzeganej przez pacjenta w opiece zdrowotnej

$$\text{Wartość postrzegana przez pacjenta} = \left( \text{Jakość wyniku} + \text{Jakość procesu} + \text{Wartość dodana} \right) \div \text{Cena (pieniężna + niepieniężna)}$$

Źródło: opracowanie własne.

*Ex definitione* zakłada się, że pacjenci mogą odmiennie formułować postrzeganą wartość. Jest to wynikiem przypisywania przez nich różnych wag zarówno korzyściom, jak i kosztom. Uwarunkowań tych rozbieżności należy poszukiwać wśród czynników opisujących pacjenta (takich jak: wcześniejsze do-

świadczanie, cechy psychograficzne, demograficzne, ekonomiczne). Elementem stosunkowo najłatwiej poddającym się pomiarowi jest jakość wyniku. Ustąpienie symptomów chorobowych, operacja zakończona sukcesem, wreszcie poprawa parametrów stanu zdrowia to składniki, które pacjent jest w stanie ocenić poprzez własne odczucia, a także za pomocą instrumentów pomiarowych dostarczonych przez usługodawcę (wyniki badań, epikryza medyczna, orzeczenie lekarskie). Sferą szczególnie podatną na oddziaływanie zróżnicowanych preferencji klientów jest jakość procesu. W zależności od akceptowanej przez pacjenta roli w relacji z wykonawcą usługi formułuje on odmienne priorytety<sup>15</sup>.

Elementem najtrudniej poddającym się standaryzacji jest wartość dodana. Im dalej w swej koncepcji produktu usługodawca przesuwają akcent koncentracji z podstawowych poziomów usługi ku produktowi potencjalnemu, tym większa szansa, że klient zaangażuje się w trwały związek z danym świadczeniodawcą.

## VIII. ZAKOŃCZENIE

Przedstawiona koncepcja wartości ma pewne ograniczenia zarówno, jeśli chodzi o szanse jej oceny przez pacjenta, jak i możliwości jej formowania przez usługodawcę. W pierwszym wypadku granicę tę wytycza dostępność informacji<sup>16</sup>. W drugim natomiast – stanowią ją koszty. Zbyt wysoki ich poziom w stosunku do postrzeganych korzyści poddaje w ekonomiczną wątpliwość wartość postrzeganą przez usługodawcę. Wartość kreowana w relacji pacjent–usługodawca powinna zatem być rozpatrywana dwutorowo: od strony pacjenta oraz z perspektywy świadczeniodawcy. Tylko takie podejście stwarza usługodawcy warunki do poznania i zrozumienia preferencji klienta istotnych dla kształtowania oferty oraz zdobycia przewagi konkurencyjnej. Kwestią do rozstrzygnięcia pozostaje jedynie to, na ile mocny jest wpływ autonomii profesjonalnej oraz etyki altruizmu – sił mogących powodować konflikt pomiędzy tradycyjnymi rozwiązaniami a tymi narzucanymi przez zmieniające się otoczenie.

### THE CONCEPT OF RELATIONSHIP MARKETING IN HEALTH CARE SECTOR

#### Summary

The Polish health care system is going through great changes that stimulate the re-orientation of patient-service organization relationship. The paper argues that relationship marketing concept is the proper one as far as health care organizations are concerned. The principal arguments for this standpoint are as follows: lead of mutual satisfaction, huge intensity of interactions, existence of exit barriers and growing role of non-monetary price.

<sup>15</sup> Psychologia medycyny definiuje wiele różnych modeli relacji lekarz – pacjent, których częścią wspólną jest przeciwstawianie sobie dwóch skrajnych opcji: paternalizmu i partnerstwa. Zob. M. Jarosz, *Psychologia lekarska*, PZWŁ, Warszawa 1988, s. 304.

<sup>16</sup> W. H. Ettinger, Jr., *Consumer perceived value: the key to successful business strategy in the health-care marketplace*, „Journal of the American Geriatrics Society” vol. 46, 1998, Part 1, s. 112.