

Katarzyna Krot
Politechnika Białostocka

Iga Rudawska
Uniwersytet Szczeciński

Budowanie satysfakcji pacjenta na podstawie zaufania – studium empiryczne rynku usług medycznych

Streszczenie

Zaufanie pacjenta do lekarza, oprócz możliwości modelowania zachowań obu stron, może mieć również wartość marketingową. Stąd celem rozważań jest ukazanie roli zaufania do lekarzy w kreowaniu satysfakcji pacjenta, przy czym zaufanie to analizowane jest w trzech wymiarach: kompetencji, uczciwości i życzliwości lekarzy. Badanie metodą CAWI zostało przeprowadzone na ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie liczącej 982 osoby. W badaniu zastosowano metodę regresji wielorakiej. Z analizy danych wynika, że wszystkie wymiary zaufania są ważnymi i istotnymi statystycznie determinantami poziomu zadowolenia z opieki lekarskiej. Jest ono jednak silniej uzależnione od zaufania do kompetencji lekarzy niż przekonania o ich uczciwości czy życzliwości. Uzyskane wyniki mają zarówno walor poznawczy, jak i użytkowy. Pozwalają bowiem na zrozumienie źródeł erozji satysfakcji w relacji pacjent-lekarz w polskim systemie ochrony zdrowia oraz na skuteczne im przeciwdziałanie. Artykuł ma charakter badawczy i powstał w ramach grantu naukowego (nr DEC-2011/01/D/HS4/05664) finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

Słowa kluczowe: zaufanie do lekarzy, wymiary zaufania, relacja lekarz-pacjent, satysfakcja pacjenta.

Kody JEL: I12

Wstęp

Usługi zdrowotne należą do grupy usług profesjonalnych. Mianem tym określamy zespół usług złożonych („*complex services*”), które wymagają maksymalnego dopasowania do indywidualnych potrzeb klientów i dostarczania w ciągłym strumieniu transakcji (Lovelock 1984). Złożoność usług medycznych, charakterystyczna dla całej grupy usług profesjonalnych, wynika z wielości zawiłych etapów realizowanych podczas usługowego spotkania. Niemniej jednak, to co odróżnia usługi zdrowotne od innych usług profesjonalnych to waga konsekwencji, które mogą stać się udziałem pacjenta w przypadku nieudanego rezultatu procesu usługowego (niepełnosprawność, uszczerbek na zdrowiu i spadek jakości życia, a nawet jego utrata). Co więcej, natura usług zdrowotnych jest silnie interpersonalna, a związki pacjent-lekarz towarzyszy zjawisko asymetrii informacji i relacji agencji. Zjawiska te były wielokrotnie przedmiotem dociekań wielu badaczy, począwszy od Arrowa (1979), poprzez Sloana (2001, s. 899-912), aż po autorów polskich (Krot, Rudawska 2010, s. 9-26).

Z kolei badania wiążące fundamentalny konstrukt relacji, tj. zaufania ze zjawiskiem satysfakcji klienta były wielokrotnie obiektem badań autorów zajmujących się rynkami usługowymi (Doney, Cannon 1997, s. 35-51; Lovelock, Wirtz 2004). Rzadziej jednak odnosiły się one bezpośrednio do rynku usług medycznych (Hall i in. 2001, s. 613-639; Thom 2001, s. 323-328). Prezentowane w niniejszym artykule wyniki badań dotyczą rynku polskiego i mają charakter reprezentatywny. Celem pracy jest analiza roli zaufania do lekarzy w budowaniu satysfakcji pacjenta, przy czym zaufanie to analizowane jest w trzech kluczowych wymiarach: kompetencji, uczciwości i życzliwości lekarzy.

Zaufanie jako nośnik satysfakcji w usługach zdrowotnych

Choroba i budząca się w jej konsekwencji potrzeba zdrowotna ma zwykle charakter losowy, trudny (poza świadomą ekspozycją na czynniki ryzyka i skłonnością genetyczną uchwytą w testach) do przewidzenia. Niepewność, prócz samej potrzeby zdrowotnej, dotyczy również wymaganych form terapii, ich dostępności oraz - najczęściej probabilistycznego – ich rezultatu. W momencie zaistnienia potrzeby zdrowotnej sytuacja pacjenta jest całkiem inna niż te, w których jako klient ocenia on alternatywnych oferentów rynkowych. Biorąc pod uwagę przedmiotowe zróżnicowanie opieki zdrowotnej należy stwierdzić, że powyższe konstatacje odnoszą się przede wszystkim do profilaktyki drugiej i trzeciej fazy, a więc do tych sytuacji zdrowotnych pacjenta, które wymagają interwencji leczniczej lub rehabilitacyjnej ze względu na rozpoczęty już proces chorobowy. Im bardziej złożony jest problem medyczny pacjenta, tym większe istnieje prawdopodobieństwo luki informacyjnej między stronami procesu usługowego.

Konsekwencją relatywnie wysokiej niekompetencji pacjenta w sprawach własnego zdrowia jest konieczność polegania na opinii usługodawcy (reprezentowanego przez personel medyczny), co w znaczny sposób ogranicza suwerenność podejmowania decyzji o nabyciu danej usługi, jej rodzaju i strukturze. W rezultacie owej asymetrii informacyjnej pacjent nie pojawia się w systemie zdrowia z jasno sformułowanymi preferencjami, co do technicznej strony usługi, lecz ceduje podjęcie decyzji na usługodawcę. W tych okolicznościach przekonanie o zdolnościach lekarza staje się dla pacjenta surogatem bezpośrednich obserwacji pozwalających ocenić jakość usługi (Arrow 1979). W obliczu niedoskonałości informacji rynkowej o usługach zdrowotnych (ich parametrach, skuteczności) naturalną rzeczą jest poszukiwanie przez pacjenta jej substytutów. Poza doświadczeniem innych pacjentów jest nim reputacja usługodawcy, która, stając się publiczną informacją, może skutecznie chronić przed erozją jakości (Hass-Wilson 2001, s. 1031-1044). Co więcej, sytuacja niemożności oceny przez pacjenta (technicznej) jakości produktu wymiany przed, w trakcie, a nawet po akcie konsumpcji, potęgowana dodatkowo wysoką rangą zdrowia w hierarchii wartości, sprawia, że usługodawcy są niejako społecznie zobligowani do świadczenia usług na najwyższym z możliwych poziomów. To społeczne uwikłanie, jak nazywa tę sytuację wielu badawczy sektora zdrowia (Moore i in. 2012, s. 253-264; Kang, James 2004, s. 266-277), sprawia, iż kluczowego znaczenia nabiera zaufanie instytucjonalne.

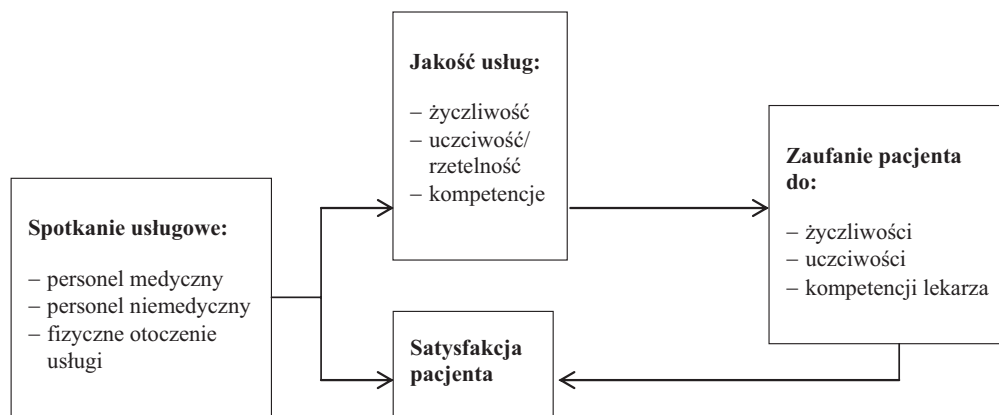
Tak więc, zarówno w przestrzeni interpersonalnej (osobowej relacji pacjent-lekarz), jak i w przestrzeni publicznej (relacji pacjenta do systemu zdrowia jako całości) na plan pierwszy wysuwa się kwestia zaufania jako spoiwa relacji. Pokładanie zaufania w lekarzu przez pacjenta oznacza akceptację działań podejmowanych przez usługodawcę na rzecz usługobiorcy. Akceptacja ta oparta jest na oczekiwaniach pacjenta, co do pozytywnych intencji lekarza oraz jego spodziewanym zachowaniu, cechującym się życzliwością, uczciwością i profesjonalnymi kompetencjami (Hall 2006, s. 456-461).

Wielość badań dokumentujących zależność między występowaniem zaufania w relacjach usługowych a satysfakcją klienta z usług jest nie do przecenienia. Większość z tych studiów koncentruje się na badaniu korelacji między zaufaniem a satysfakcją jako elementem podnoszącym wartość dla klienta (Reinartz, Kumar 2000, s. 17-35; Reinartz, Kumar 2002, s. 86-94), zaufaniu jako fundamencie budowania długofalowych, satysfakcjonujących relacji z klientem (Doney, Cannon 1997; Lovelock, Wirtz 2004) oraz zdolności relacji opartej na zaufaniu do obniżania kosztów i podnoszeniu jakości usług (Chowdhury 2005, s. 310-327). Podobne rezultaty, dokumentujące zależność między poziomem zaufania a satysfakcją pacjenta (Hall i in. 2001; Thom 2001), poziomem zaufania a jakością komunikacji w relacji lekarz-pacjent (Boehm 2003, s. 12-18) oraz postrzeganą jakością opieki a zaufaniem (Pearson, Raeke 2000, s. 509-513) dostarcza także literatura dotycząca bezpośrednio relacji w sektorze zdrowia.

Jak dowodzą badacze systemów zdrowia oparcie relacji pacjent-lekarz na zaufaniu niesie ze sobą wiele korzyści. Po pierwsze zachowanie pacjenta staje się w takich okolicznościach bardziej przewidywalne, a wyniki leczenia poprawiają się (co można wiązać z akceptacją przez pacjenta reżimu leczenia oraz jego skłonnością do szybszego reagowania na symptomy choro-

Schemat 1

Zależności pomiędzy fundamentalnymi kategoriami w relacji pacjent-lekarz



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Mandlik (2014, s. 19-34); Lee, Lin (2011, s. 406-412); Chang, Chen, Lan (2013, s. 13-22); Chu-Weininger, Balkrishnan (2006, s. 1-13).

bowe (Thom i in. 2002, s. 473-483). Co więcej, zaufanie pomaga pacjentowi obniżyć poziom jego niepewności i podnieść poczucie kontroli nad sytuacją, w której się znalazł. Wpływa zatem na poczucie sprawstwa i ocenę własnej skuteczności w procesie terapeutycznym (Lee, Lin 2009, s. 1060-1068). Jeśli zatem wzmocniona zostaje autopercepcja pacjenta jako chorego, to lepiej dostosowuje się on do tej roli, deklarując zwykle wyższy status zdrowotny (Hall 2005, s. 156-167). Relacja pacjent-lekarz oparta na zaufaniu sprzyja również poprawie komunikacji między stronami procesu usługowego, podnosi skuteczność starań na rzecz profilaktyki i promocji zdrowia oraz obniża koszty transakcyjne (Mainous i in. 2004, s. 35-39).

Przegląd literatury poświęcony związkom między takimi kategoriami jak zaufanie, jakość, satysfakcja i spotkanie usługowe w usługach medycznych pozwala na schematyczną prezentację występujących między nimi zależności (por. schemat 1).

Metodyka badania

Satysfakcja będąca efektem spotkania pacjenta i lekarza jest niewątpliwie stanem pożądanym, bowiem generuje szereg dodatkowych korzyści dla obu stron relacji, a nawet całego systemu opieki zdrowotnej (Elleuch 2008, s. 692-705). Jak wskazują wyniki badań, jednym z czynników wpływających na poziom satysfakcji jest zaufanie do lekarzy (Bigne, Blesa 2003, s. 574-590). Zaufanie, w tym do lekarzy, jest jednak konstruktem wielowymiarowym

Tabela 1

Struktura próby badawczej

Wyszczególnienie			Wyszczególnienie		
Dochody	Liczba	%	Płeć	Liczba	%
do 1000 zł	84	8,6	kobieta	572	58,2
1001 zł do 1400 zł	95	9,6	mężczyzna	411	41,8
1401 zł do 1800 zł	108	11,0	wiek		
1801 zł do 2000 zł	113	11,5	18-24	103	10,5
2001 zł do 2500 zł	76	7,7	25-34	182	18,5
2501 zł do 3000 zł	120	12,2	35-44	163	16,6
3001 zł do 5000 zł	139	14,1	45-59	252	25,7
powyżej 5000 zł	118	12,0	Powyżej 60	283	28,8
Trudno powiedzieć	49	5,0			
Miejsce zamieszkania			Poziom wykształcenia		
wieś	356	36,2	podstawowe	148	15,0
do 100 tys.	335	34,1	zawodowe	213	21,7
100 - 499 tys.	164	16,7	średnie	345	35,2
500+ tys.	127	13,0	wyższe	276	28,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

i w taki sposób należałoby je badać (Svensson 2005, s. 411-427). Natomiast wpływ poszczególnych wymiarów zaufania nie został do tej pory wystarczająco zbadany i zaprezentowany w literaturze (Leisen, Hyman, 2004, s. 990-999). Stąd celem niniejszego artykułu jest określenie wpływu zaufania w wymiarze kompetencji, życzliwości i uczciwości na poziom satysfakcji pacjentów. Ze względu na fakt iż zadowolenie i zaufanie pacjenta są postawami dość złożonymi, zależnymi również od zmiennych społeczno-demograficznych m.in. stanu zdrowia, poziomu wykształcenia, płci czy wieku (Mechanic 1998, s. 661-686) zdecydowano się zmienić te dodatkowo uwzględnić w modelu badawczym. Badanie przeprowadzono w ramach realizacji grantu NCN (nr 2011/01/D/HS4/05664).

Badanie zostało przeprowadzone w 2015 roku metodą CAWI na ogólnopolskiej, reprezentatywnej próbie 982 respondentów, którzy deklarowali korzystanie z opieki zdrowotnej w ciągu ostatniego półroczia. W tabelach 1 i 2 przedstawiono charakterystykę próby badawczej.

Tabela 2

Miejsce zamieszkania respondentów według województw

Wyszczególnienie	Liczba	%
Dolnośląskie	73	7,4
Kujawsko-pomorskie	47	4,8
Lubelskie	51	5,2
Lubuskie	27	2,8
Łódzkie	68	6,9
Małopolskie	76	7,8
Mazowieckie	143	14,6
Opolskie	27	2,7
Podkarpackie	58	5,9
Podlaskie	34	3,5
Pomorskie	61	6,2
Śląskie	132	13,4
Świętokrzyskie	31	3,1
Warmińsko-mazurskie	30	3,0
Wielkopolskie	80	8,2
Zachodniopomorskie	43	4,4
Ogółem	982	100,0

Źródło: jak w tabeli 1.

Wyniki badania

Jak już wspomniano, zaufanie do lekarzy jest wielowymiarowym konstruktem. W związku z tym, w niniejszym opracowaniu uwzględnione zostały trzy najczęściej proponowane

przez autorów wymiary zaufania do lekarzy: zaufanie do kompetencji, uczciwości i życzliwości (Svensson 2005).

Wyniki badania wskazują, że respondenci deklarują ograniczony poziom zaufania do lekarzy, przy czym najwyższy do kompetencji (średnia 2,94), natomiast najniższy do uczciwości lekarzy (średnia 2,908).

Tabela 3
Statystyki opisowe zmiennych

Wyszczególnienie	N ważnych	Średnia	Minimum	Maksimum	Odchylenie standardowe
Zaufanie do kompetencji	987	2,940	1,00	4,00	0,72
Zaufanie do życzliwości	987	2,913	1,00	4,00	0,77
Zaufanie w uczciwość	976	2,908	1,00	4,00	0,75
Zadowolenie	992	3,086	1,00	4,00	0,76

Źródło: jak w tabeli 1.

Ponad 80% badanych raczej lub zdecydowanie ufa kompetencjom lekarskim, prawie 75% jest przekonanych o życzliwości lekarzy i tyle samo o ich uczciwości (por. tabela 4).

Tabela 4
Poziom zaufania do lekarzy

Wyszczególnienie	Zaufanie do kompetencji		Zaufanie do życzliwości		Zaufanie w uczciwość	
	Liczba	%	Liczba	%	Liczba	%
Zdecydowanie nie zgadzam się	45	4,56	47	4,76	44	4,51
Raczej nie zgadzam się	149	15,10	200	20,26	191	19,57
Raczej zgadzam się	613	62,11	532	53,90	552	56,56
Zdecydowanie zgadzam się	180	18,24	208	21,07	189	19,36

Źródło: jak w tabeli 1.

Okazało się, że badani dość umiarkowanie oceniają również poziom swojego zadowolenia z opieki lekarskiej (średnia 3,1). Wśród badanych prawie 30% jest zdecydowanie zadowolonych z pomocy udzielonej przez lekarzy, 52,8% raczej zadowolonych i 17,4% raczej i zdecydowanie niezadowolonych (por. tabela 5).

Celem badania było przede wszystkim określenie, w jakim stopniu poszczególne wymiary zaufania do lekarzy wpływają na satysfakcję pacjentów. W studium wykorzystano

model regresji wielorakiej. W modelu badawczym zmienną zależną była „satysfakcja”, natomiast jako zmienne wyjaśniające wykorzystano trzy wymiary zaufania (kompetencje, uczciwość i życzliwość) oraz zmienne społeczno-demograficzne tj. wiek, płeć oraz stan zdrowia. W pierwszym etapie okazało się, że część czynników jest nieistotna statystycznie (płeć), w związku z tym podjęto próbę poprawy modelu. Ostatecznie model zawiera trzy wymiary zaufania (zaufanie do kompetencji uczciwości i życzliwości), wiek oraz stan zdrowia. Współczynnik determinacji wynosi $R^2=0,34$ i $p=0,00$. Szczegółowe parametry modelu zawiera tabela 6.

Tabela 5
Poziom satysfakcji pacjentów

Zadowolenie	Liczba	%
Zdecydowanie nie zgadzam się	37	3,7
Raczej nie zgadzam się	136	13,7
Raczej zgadzam się	524	52,8
Zdecydowanie zgadzam się	295	29,7

Źródło: jak w tabeli 1.

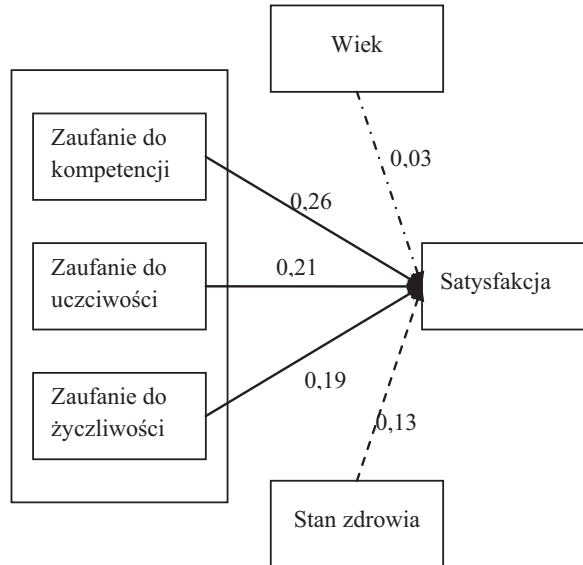
Tabela 6
Czynniki wpływające na satysfakcję pacjenta

Wyszczególnienie	b*	Bł. std. - z b*	b	Bł. std. - z b	t(941)	p
Wyraz wolny			0,67	0,14	4,67	0,00
Zaufanie w uczciwość	0,20	0,04	0,21	0,04	5,36	0,00
Zaufanie do kompetencji	0,25	0,03	0,26	0,03	7,31	0,00
Zaufanie do życzliwości	0,19	0,04	0,19	0,03	5,29	0,00
Stan zdrowia	0,11	0,03	0,13	0,03	3,72	0,00
Wiek	0,06	0,03	0,03	0,01	2,07	0,03

Źródło: jak w tabeli 1.

Z analizy danych wynika, że wszystkie wymiary zaufania są ważnymi i istotnymi statystycznie determinantami poziomu zadowolenia z opieki lekarskiej (por. schemat 2).

Z badań wynika, iż satysfakcja jest silniej uzależniona od zaufania do kompetencji lekarzy ($b=0,26$; $p=0,00$), niż przekonania o ich uczciwości ($b=0,21$; $p=0,00$), czy życzliwości ($b=0,19$; $p=0,00$). Zmienne społeczno-demograficzne tj. samoocena stanu zdrowia i wiek w mniejszym stopniu wpływają na poziom satysfakcji badanych. Stan zdrowia badanych silniej decyduje o poziomie zadowolenia niż kategoria wiekowa.

Schemat 2**Modelowe ujęcie wpływu zaufania na satysfakcję pacjenta**

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania.

Podsumowanie

Dotychczasowe badania nad zależnością między zaufaniem a satysfakcją miały raczej charakter ogólny, bez wskazania na konkretny sektor czy kategorię produktową (Doney, Cannon 1997; Reinartz, Kumar 2000; Reinartz, Kumar 2002). Zdecydowanie rzadziej publikowane były opracowania dotyczące usług medycznych (Pearson, Raeke 2000; Hall i in. 2001; Thom 2001), w których dodatkowo zaufanie było traktowane jako konstrukt jednowymiarowy. Badania nad zaufaniem wyraźnie wskazują jednak, że jest ono zjawiskiem złożonym i wymagającym bardziej pogłębionego podejścia badawczego. Stąd w niniejszej publikacji w analizie uwzględniono trzy wymiary zaufania instytucjonalnego do lekarzy: zaufanie do kompetencji, uczciwości i życzliwości. Jednocześnie założono, że wpływ poszczególnych wymiarów zaufania do lekarza na poziom zadowolenia pacjenta nie jest równoważny. Wyniki badania potwierdziły to przypuszczenie, wskazując, że najistotniejszym wymiarem decydującym o zadowoleniu pacjenta jest zaufanie do kompetencji lekarskich, natomiast mniej istotne jest przekonanie o uczciwości i życzliwości lekarza. Korzystanie z usług medycznych zazwyczaj wiąże się z dużym poziomem niepewności, a często i strachu. Zaufanie, zwłaszcza do kompetencji, może ten strach i niepewność obniżyć.

Postrzeżenie i ocena kompetencji może być oparta na klinicznych parametrach, takich jak: stan zdrowia pacjenta, wyniki leczenia czy poziom kontroli czynników ryzyka (Robb,

Greenhalgh 2006, s. 434-455). Jednak, ze względu na niski poziom wiedzy medycznej wśród pacjentów, większość z nich nie jest w stanie dokonać rzeczywistej i bezpośredniej oceny kompetencji lekarzy, stosuje więc jedynie pośrednie, dostrzegalne, a tym samym możliwe do oceny, a nie faktyczne wskaźniki skuteczności działania lekarza. Należą do nich: sposób informowania o stanie zdrowia, sprawność posługiwania się aparaturą medyczną, wskaźniki reputacji i statusu społecznego lekarza oraz rytuały wykonywane podczas konsultacji lekarskich (Robb, Greenhalgh 2006).

Warto zauważyć, że znaczenie poszczególnych wymiarów zaufania w kreowaniu zadowolenia z usług medycznych może zmieniać się w czasie wraz z rozwojem interakcji oraz przeobrażeniami w całym systemie opieki zdrowotnej. Ganesan i Hess (1997, s. 439-448) sugerują, że zaufanie oparte na kompetencjach, czyli bazujące na przesłankach racjonalnych jest szczególnie istotne w początkowych etapach budowania relacji z lekarzem (Kayaniyil i in. 2009, s. 634-640). Walorem przeprowadzonego badania jest zatem empiryczna weryfikacja wpływu poszczególnych komponentów zaufania na budowanie satysfakcji pacjenta z usług medycznych. Uzyskane wyniki mają zarówno walor poznawczy (określenie znaczenia trzech wymiarów zaufania), jak i użyteczny (rozumiany jako identyfikacja źródeł erozji satysfakcji w relacji pacjent-lekarz w polskim systemie ochrony zdrowia).

Bibliografia

- Arrow K.J. (1979), *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa.
- Bigne E., Blesa A. (2003), *Market orientation, trust and satisfaction in dyadic relationships: a manufacturer-retailer analysis*, "International Journal of Retail & Distribution Management", Vol. 31, Iss. 11.
- Boehm F.H. (2003), *Building trust*, "Family Practice News", Vol. 33.
- Chang C-S., Chen S-Y., Lan Y-T. (2013), *Service quality, trust, and patient satisfaction in interpersonal-based medical service encounters*, "BMC Health Service Research", Vol. 33, No. 22.
- Chowdhury S. (2005), *The role of affect- and cognition-based trust in complex knowledge sharing*, "Journal of Managerial Issues", Vol. 17.
- Chu-Weininger M.Y., Balkrishnan R. (2006), *Consumer satisfaction with primary care provider choice and associated trust*, "BMC Health Service Research", Vol. 6, No. 139.
- Doney P.M., Cannon J.P. (1997), *An examination of the nature of trust in buyer-seller relationships*, "Journal of Marketing", Vol. 61.
- Elleuch A. (2008), *Patient satisfaction in Japan*, "International Journal of Health Care Quality Assurance", Vol. 21 Iss. 7.
- Ganesan S., Hess R. (1997), *Dimensions and levels of trust: implications for commitment to a relationship*, "Marketing Letters", Vol. 8, No. 4.
- Hall M.A., Dugan E., Zheng B.Y., Mishra A.K.. (2001), *Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?*, "Milbank Quarterly", Vol. 79.
- Hall M.A. (2005), *The importance of trust for ethics, law, and public policy. Cambridge quarterly of healthcare ethics: CQ*, "International Journal of Healthcare Ethics Committees", Vol. 14.
- Hall M.A. (2006), *Researching medical trust in the United States*, "Journal of Health Organization Management", Vol. 20.

- Hass-Wilson D. (2001), *Arrow and the information market failure in health care: the changing content and sources of health care information*, "Journal of Health Politics, Policy and Law", Vol. 26, No. 5.
- Kang G.D., James, J. (2004), *Service quality dimensions: an examination of Grönroos's service quality model*, "Managing Service Quality", Vol. 14, No. 4.
- Kayaniyil S., Gravely-Witte S., Stewart D. E., Higginson L., Suskin N., Alter D., Grace Sh. L. (2009), *Degree and correlates of patient trust in their cardiologist*, "Journal of Evaluation in Clinical Practice", Vol. 15.
- Krot K., Rudawska I. (2010), *Obsługa pacjenta w usługach medycznych – podejście relacyjne*, (w:) Brzozowska-Woś M. (red.), *Marketing – ujęcie relacyjne*, Politechnika Gdańska, Gdańsk.
- Lee Y.Y, Lin J.L. (2009), *The effects of trust in physician on self-efficacy, adherence and diabetes outcomes*, "Social Science & Medicine", Vol. 68.
- Lee Y-Y., Lin J.L. (2011), *How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust and decision-making preferences on diabetic patient outcomes*, "Patient Education and Counseling", Vol. 85.
- Leisen B., Hyman M. R. (2004), *Antecedents and consequences of trust in a service provider. The case of primary care physicians*, "Journal of Business Research", Vol. 57.
- Lovelock C., Wirtz J. (2004), *Services marketing: people, technology, strategy*, Prentice Hall, New Jersey.
- Lovelock, C. (1984), *Services marketing*, Prentice-Hall Englewood Cliffs, New Jersey.
- Mainous III A.G., Kern D., Hainer B., Kneuper-Hall R., Stephens J., Geesey M.E. (2004), *The relationship between continuity of care and trust with stage of cancer at diagnosis*, "Family Medicine", Vol. 36.
- Mandlik M.A., Glynn M., Hyde K. (2014), *Client contribution to professional service delivery: implications for relationship quality*, "New Zealand Journal of Applied Business Research", Vol. 12, No. 1.
- Mechanic D. (1998), *The functions and limitations of trust in the provision of medical care*, "Journal of Health Politics, Policy and Law", Vol. 23, No 4.
- Moore, M.L., Ratneshwar, S., Moore, R.S., (2012), *Understanding loyalty bonds and their impact on relationship strength: a service firm perspective*, "Journal of Services Marketing", Vol. 26, No. 4.
- Pearson S.D., Raeke L.H. (2000), *Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data*, "Journal of General Internal Medicine", Vol. 15.
- Reinartz W.J., Kumar V. (2000), *On the profitability of long-life customers in a no contractual setting: an empirical investigation and implications for marketing*, "Journal of Marketing", Vol. 64.
- Reinartz W.J., Kumar V. (2002), *The mismanagement of customer loyalty*, "Harvard Business Review", No. 80.
- Robb N., Greenhalgh T. (2006), *You have to cover up the words of the doctor. The mediation of trust in interpreted consultations in primary care*, "Journal of Health Organization and Management", Vol. 20, No. 5.
- Sloan F.A. (2001), *Arrow's concept of the health care consumer: a forty-year retrospective*, "Journal of Health Politics, Policy and Law", Vol. 26, No. 5.
- Svensson G. (2005), *Mutual and interactive trust in business dyads: condition and process*, "European Business Review", Vol. 17, No. 5.
- Thom D.H., Kravitz R.L., Bell R.A., Krupat E., Azari R. (2002), *Patient trust in the physician: relationship to patient requests*, "The Journal of Family Practice", Vol. 19.
- Thom D.H. (2001), *Physician behaviors that predict patient trust*, "The Journal of Family Practice", Vol. 50.

Building Patient's Satisfaction upon Trust – Empirical Study of the Market for Healthcare Services

Summary

Trust between the doctor and the patient, in addition to the ability to model the behaviour of both sides, may also have a marketing value. Hence, the purpose of this paper is to show the role of trust in doctors in creation of patient's satisfaction, whereas trust is analysed in the three dimensions: competence, honesty and kindness of doctors. A CAWI survey was conducted on a nationwide, representative sample of 982 people. The study applied the multiple regression method. The analysis of data proves that all dimensions of trust are important and statistically significant determinants of patient's satisfaction with healthcare. However, it is more dependent on confidence in the competence of doctors than on belief in their honesty and kindness. The results bring both a cognitive value and utilitarian one. It permits to understand the sources of erosion of satisfaction in patient-doctor relationship in the Polish healthcare system and to effectively counteract them. It is the research paper, developed within the project (No DEC-2011/01/D/HS4/05664), funded by the National Science Centre.

Key words: trust towards doctors, trust dimensions, doctor-patient relationship, patient's satisfaction.

JEL codes: I12

Формирование удовлетворения пациента на основе доверия – эмпирическое исследование рынка медицинских услуг

Резюме

Доверие пациента к врачу, кроме возможности моделировать поведение обеих сторон, может тоже иметь маркетинговую ценность. И потому цель рассуждений – указать роль доверия к врачу в формировании удовлетворения пациента, причем это доверие анализируется в трех плоскостях: компетентности, честности и благожелательности врачей. Исследование по методу CAWI провели на общепольской, представительной выборке в 982 лица. В исследовании применили метод множественной регрессии. Анализ данных показывает, что все меры доверия – важные и статистически существенные детерминанты уровня удовлетворения от врачебной помощи. Однако оно сильнее зависит от доверия к компетентности врачей, нежели от убежденности об их честности или доброжелательности. Полученные результаты имеют как познавательную, так и утилитарную ценность, ибо они позволяют понять источники эрозии удовлетворения в отношениях пациент-врач в польской системе здравоохранения, а также эффективно противодействовать им. Статья имеет исследовательский характер и она возникла в результате научного гранта (№ DEC-2011/01/D/HS4/05664), финансируемого Национальным центром науки.

Ключевые слова: доверие к врачам, меры доверия, отношение врач-пациент, удовлетворение пациента.

Коды JEL: I12

Artykuł nadesłany do redakcji w lutym 2016 roku

© All rights reserved

Afiliacje:

dr Katarzyna Krot
Politechnika Białostocka
Wydział Zarządzania
Katedra Marketingu i Przedsiębiorczości
ul. Ojca Tarasiuka 2
16-001 Kleosin
tel.: 85 746 98 02
e-mail: katarzynakrot@gmail.com

prof. dr hab. Iga Rudawska
Uniwersytet Szczeciński
Wydział Nauk Ekonomicznych i Zarządzania
Instytut Ekonomii
ul. Mickiewicza 64
71-101 Szczecin
tel.: 91 444 20 91
e-mail: igita@wneiz.pl