

UNIVERSITATEA BABEȘ - BOLYAI CLUJ NAPOCA
FACULTATEA DE ȘTIINȚE ECONOMICE ȘI GESTIUNEA AFACERILOR
ȘCOALA DOCTORALĂ - ȘTIINȚE ECONOMICE ȘI GESTIUNEA
AFACERILOR
DOMENIUL MARKETING

TEZĂ DE DOCTORAT

-REZUMAT-

**STUDIU PRIVIND MĂSURAREA SATISFACȚIEI
CONSUMATORILOR DE SERVICII MEDICALE**

**Coordonator științific:
Prof.univ.dr. PLĂIAȘ Ioan**

**Doctorand:
RADOVICIU (LAZEA) Ruxandra**

**Cluj Napoca
2015**

	Pag.
CUPRINS REZUMAT	
CUPRINS TEZĂ	2-3
CUVINTE CHEIE	3
Introducere	4-5
CAPITOLUL 1. Legislația din România și drepturile consumatorilor de servicii medicale	5
1.1. Prezentarea sistemului medical românesc	5
1.1.1. Principiile sistemului medical din România	5
1.1.2. Formele sistemului medical de stat	6
1.1.3. Finanțarea spitalelor de stat	7
1.2. Drepturile pacienților din România	8
1.3. Responsabilitățile și obligațiile consumatorilor de servicii medicale	8
CAPITOLUL 2. Comportamentul consumatorului de servicii medicale	9
2.1. Comportamentul consumatorului de servicii medicale – noțiuni și concepte de bază	9
2.2. Principalii factori de influență asupra comportamentului consumatorului de servicii medicale	10
2.2.1. Influențe externe asupra comportamentului consumatorului de servicii medicale	10
2.2.1.1. Influențe de natură internă asupra comportamentului consumatorului	11
CAPITOLUL 3. Satisfacția consumatorilor de servicii medicale	13
3.1. Definirea noțiunii de satisfacție	13
3.2. Motivele studierii satisfacției consumatorilor de servicii medicale	13
3.3. Factorii care influențează satisfacția consumatorilor de servicii medicale	14
3.4. Modele de măsurare a satisfacției consumatorilor de servicii medicale	14
CAPITOLUL 4. Studiu privind satisfacția consumatorilor de servicii medicale	15
4.1. Metodologia cercetării științifice	15
4.2. Metoda de cercetare	15
4.3. Modelul de cercetare	16
4.4. Populația țintă, eșantionarea și colectarea datelor	16
4.5. Ipotezele cercetării	16
4.6. Sinteza principalelor rezultate obținute	17
4.7. Implicații	20
4.8. Referințe bibliografice	21

CUPRINS	PAG.
INTRODUCERE	1-2
LISTA ABREVIERILOR	3
LISTA FIGURILOR	4-6
LISTA TABELELOR	7-8
CAPITOLUL 1. Legislația din România și drepturile consumatorilor de servicii medicale	9
1.1. Prezentarea sistemului medical românesc	9
1.1.1. Principiile sistemului medical din România	11
1.1.2. Formele sistemului medical de stat	17
1.1.3. Finanțarea spitalelor de stat	21
1.2. Drepturile pacienților din România	24
1.3. Responsabilitățile și obligațiile consumatorilor de servicii medicale	30
CAPITOLUL 2. Comportamentul consumatorului de servicii medicale	32
2.1. Comportamentul consumatorului de servicii medicale – noțiuni și concepte de bază	32
2.2. Principalii factori de influență asupra comportamentului consumatorului	36
2.2.1. Influențe externe asupra comportamentului consumatorului	37
2.2.2. Influențe de natură internă asupra comportamentului consumatorului	45
2.2.2.1. Influența percepției asupra comportamentului consumatorului	46
2.2.2.2. Influența învățării asupra comportamentului consumatorului	51
2.2.2.3. Influența motivației asupra comportamentului consumatorului	53
2.2.2.4. Influența atitudinii asupra comportamentului consumatorului	55
2.2.2.5. Influența personalității asupra comportamentului consumatorului	60
CAPITOLUL 3. Satisfacția consumatorilor de servicii medicale	63
3.1. Definirea noțiunii de satisfacție	63
3.2. Motivele studierii satisfacției consumatorilor	66
3.3. Factorii care influențează satisfacția consumatorilor de servicii medicale	69
3.4. Modele de măsurare a satisfacției consumatorilor de servicii medicale	73
CAPITOLUL 4. Studiu privind satisfacția consumatorilor de servicii medicale	89
4.1. Metodologia cercetării științifice	89
4.2. Metoda de cercetare	91
4.3. Modelul de cercetare	94
4.4. Populația țintă, eșantionarea și colectarea datelor	98
4.5. Ipotezele cercetării	98
4.6. Rezultatele obținute	101
4.6.1. Analiza întrebărilor de deschidere/introducere	101
4.6.2. Analiza dimensiunilor modelului	109
4.6.2.1. Dimensiunea „eficiență”	109
4.6.2.2. Dimensiunea „capacitatea de reacție”	113
4.6.2.3. Dimensiunea „empatie”	123
4.6.2.4. Dimensiunea „siguranță”	127
4.6.2.5. Dimensiunea „tangibilitate”	134
4.6.3. Date socio-demografice	138
4.6.4. Analiza corelațiilor dintre dimensiunile modelului	140

4.6.4.1. Dimensiunea „eficiență” corelată cu dimensiunea „capacitate de reacție”	140
4.6.4.2. Dimensiunea „capacitatea de reacție” corelată cu dimensiunea „empatie”	143
4.6.4.3. Dimensiunea „empatie” corelată cu dimensiunea „eficiență”	144
4.6.5. Analiza fidelității scalelor modelului de măsurare	146
4.6.5.1. Analiza fidelității dimensiunii „eficiență”	146
4.6.5.2. Analiza fidelității dimensiunii „capacitatea de reacție”	147
4.6.5.3. Analiza fidelității dimensiunii „empatie”	149
4.6.5.4. Analiza fidelității dimensiunii „siguranță”	150
4.6.5.5. Analiza fidelității dimensiunii „tangibilitate”	151
4.6.6. Analiza factorială exploratorie a dimensiunilor modelului	152
4.6.7. Analiza confirmatorie a modelului de cercetare	156
CONCLUZII	162
IMPLICAȚII	174
REFERINȚE BIBLIOGRAFICE	178
ANEXA NR.1	191

CUVINTE CHEIE

Consumator, satisfacție, pacient, model de măsurare, corelații, comportamentul consumatorului, drepturile pacienților, principiile sistemului medical;

Introducere

În contextul în care tehnologia digitală ne permite accesul la o multitudine de informații medicale nu este de mirare faptul că gradul de informare al consumatorilor de servicii medicale este mult mai complex și implicit așteptările acestora cu privire la serviciile medicale accesate sunt mai ridicate.

Motivația alegerii temei a fost bazată pe constatarea faptului că, în prezent, satisfacțiile/insatisfacțiile consumatorilor de servicii medicale reprezintă un punct important de plecare pentru dezvoltarea/îmbunătățirea sistemului medical de stat. Astfel în lucrarea „Studiu privind măsurarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale” este prezentat un model de cercetare multidimensional utilizat în măsurarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale, rezultat în urma recenziei literaturii de specialitate și care a fost aplicat în trei unități medicale de stat. Studiul a fost aplicat doar în unități medicale de stat deoarece, în cadrul acestora, se constată o insuficientă utilizare a metodelor și tehnicilor de marketing. Deși aceste metode și tehnici sunt considerate ca fiind utile în studiul comportamentului consumatorului de servicii medicale, ele sunt aplicate cu preponderență de unitățile medicale private, datorită concurenței manifestate între acestea.

Prezenta teză a avut ca scop principal măsurarea gradului de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale în spitalele de stat din România. Pentru a putea realiza acest lucru teza a fost structurată în patru capitole.

În primul capitol este prezentată legislația din România și drepturile consumatorilor de servicii medicale. În acest capitol am prezentat sistemul medical românesc, drepturile pacienților din România și responsabilitățile și obligațiile consumatorilor de servicii medicale.

Al doilea capitol este alocat comportamentului consumatorului de servicii medicale. În cadrul acestui capitol am prezentat considerații teoretice cu privire la noțiunile și conceptele de bază ce definesc comportamentul consumatorului, și principalii factori de influență asupra acestuia.

Factorii de influență analizați în capitolul doi sunt structurați în factori de influență externi și factori de influență interni. Factorii de influență externă ai comportamentului consumatorului, se regăsesc prezentați în cadrul acestui capitol sub forma grupurilor de apartenență și a grupurilor de referință. Factorii de influență internă ai comportamentului consumatorului, tratați în acest capitol, sunt: percepția, învățarea, motivația, atitudinea și personalitatea.

Capitolul trei prezintă o recenzie a literaturii în domeniul satisfacției consumatorilor, și implicit a consumatorilor de servicii medicale. Astfel în cadrul acestui capitol am prezentat definițiile noțiunii de satisfacție; motivele studierii satisfacției consumatorilor de servicii medicale; factorii ce influențează satisfacția consumatorilor de servicii medicale și modelele identificate, cu ajutorul cărora se poate realiza studiul satisfacției consumatorilor de servicii medicale.

Capitolul patru prezintă studiul practic cu privire la măsurarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale. În cadrul acestui capitol am prezentat noțiunea de metodologie a cercetării științifice, metodologia de cercetare utilizată în realizarea cercetării, modelul de cercetare propus, metoda de eșantionare, populația țintă și colectarea datelor, obiectivele și ipoteze cercetării.

Capitolul conține prezentarea rezultatelor obținute în urma analizării întrebărilor de deschidere a chestionarului; analiza dimensiunilor modelului de cercetare; rezultatele obținute în urma corelării diferitelor dimensiuni ale modelului de cercetare; analiza fidelității scalelor;

analiza factorială exploratorie a modelului de cercetare; analiza confirmatorie. Analiza confirmatorie a demonstrat faptul că modelul de cercetare realizat pentru măsurarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale este unul valid. Ultima parte a capitolului patru este alocată prezentării concluziilor, a implicațiilor, a limitelor cercetării și a direcțiilor viitoare de cercetare.

CAPITOLUL 1. LEGISLAȚIA DIN ROMÂNIA ȘI DREPTURILE CONSUMATORILOR DE SERVICII MEDICALE

„Sistemul medical este constituit din ansamblul organizațiilor de sănătate care îl compun. Acestea sunt diferite din punctul de vedere al structurilor organizatorice, al logisticii, al scopului propus, al culturii organizaționale, însă numitorul lor comun este reprezentat de pacient” (Popa F. et al, 2007, p. 54).

1.1. Prezentarea sistemului medical românesc

„Sistemul de sănătate din România are în multe privințe aceleași modalități de funcționare neschimbate în ultimii 30 de ani. În primul rând, sistemul este construit în jurul administrației centrale și în subsidiar, în jurul personalului medical, pacientul sau reprezentanții acestuia fiind practic lipsiți de orice putere de a influența sistemul pe care ei îl finanțează și îl accesează. Singura modificare majoră a fost introducerea sistemului de asigurări de sănătate, care avea ca scop organizațional clarificarea și întărirea responsabilității principalului cumpărător de servicii de sănătate – Casa Națională pentru Asigurări de Sănătate (CNAS), prin alegerea directă la nivel local a structurilor de conducere. Astfel structurile locale, beneficiind de o largă autonomie în colectarea și gestionarea fondurilor de asigurări de sănătate ar fi avut atât legitimitate, cât și responsabilitate directă în fața populației. Această paradigmă nu a fost însă acceptată politic și, ulterior aprobării în Parlament, legea a fost modificată semnificativ, ajungându-se și în cazul CNAS la un sistem centralizat, controlat practic de către Ministerul Sănătății Publice și Ministerul Finanțelor Publice, cu un grad redus de autonomie, și cu neclarități și suprapuneri de roluri cu alte instituții” (http://www.presidency.ro/static/ordine/COMISIASANATATE/UN_SISTEM_SANITAR_CEN TRAT_PE_NEVOILE_CETATEANULUI.pdf).

1.1.1 Principiile sistemului medical din România

Principiile după care se guvernează sistemul medical din România sunt reglementate prin intermediul legii numărul 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cap.2, art.7 și sunt următoarele (http://www.ms.ro/documente/Legea%2095%202006_12548_11878.pdf):

- a) „responsabilitatea societății pentru sănătatea publică”;
- b) „focalizarea pe grupurile populaționale și prevenirea primară”;
- c) „preocuparea pentru determinanții stării de sănătate: sociali, de mediu, comportamentali și servicii de sănătate”;
- d) „abordarea multidisciplinară și intersectorială”;
- e) „parteneriat activ cu populația și cu autoritățile publice centrale și locale”;

- f) „decizii bazate pe cele mai bune dovezi științifice existente la momentul respectiv (sănătate publică bazată pe dovezi)”;
- g) „în condiții specifice, decizii fundamentate conform principiului precauției”;
- h) „descentralizarea sistemului de sănătate publică”;
- i) „existența unui sistem informațional și informatic integrat pentru managementul sănătății publice”.

1.1.2. Formele sistemului medical de stat

Sistemul medical de stat este prezent în România prin următoarele forme conform Ordinului nr. 1764 din 22/12/2006, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 63 din 26/01/2007 (<http://www.smurd.ro/multimedia/pdf/legislatie/31-03-2010-ordin-1764-2006.pdf>):

- „spital regional de urgență cu nivel de competență I A - spitalul clinic (universitar) care asigură primirea, investigarea și tratamentul definitiv tuturor categoriilor de urgențe critice traumatice, chirurgicale, cardiovasculare, neurologice și neonatologice, inclusiv în cazul arsurilor. Pe lângă asigurarea asistenței de urgență la nivel regional, acest tip de spital are rolul unui spital clinic județean de urgență în județul în care se află, iar în municipiul București un astfel de spital are rolul unui spital municipal de urgență. Spitalele din această categorie sunt de regulă spitale primitoare de pacienți aflați în stare critică, în mod excepțional fiind necesar transferul unor pacienți către o altă unitate sanitară pentru efectuarea tratamentului definitiv”;

- „spital regional de urgență cu nivel de competență I B - spitalul clinic, institutul/centrul sau spitalul clinic de specialitate care asigură primirea, investigarea și tratamentul definitiv uneia ori mai multor categorii de urgențe critice, neputând acoperi integral toate categoriile, fiind de regulă necesar transferul unor pacienți la alte spitale regionale sau nefiind posibilă primirea unor categorii de urgențe din cauza lipsei de resurse umane ori materiale necesare. Pe lângă asigurarea asistenței de urgență la nivel regional, un astfel de spital clinic, institut sau centru poate îndeplini rolul unui spital clinic județean de urgență ori al unei secții clinice de urgență, în domeniul său de competență, în județul în care se află. În municipiul București, un astfel de spital clinic, institut sau centru poate avea rolul unui spital municipal de urgență sau al unei secții clinice de urgență în domeniul său de competență”;

- „spital de urgență cu nivel de competență II A - spitalul județean sau municipal care poate asigura primirea, investigarea și tratamentul definitiv pentru majoritatea cazurilor critice de urgență. În cazul acestor spitale este necesar transferul de urgență al unor categorii de cazuri spitalelor cu nivel de competență superior, de regulă după acordarea asistenței de urgență sau, după caz, în urma investigării adecvate fără întârziere și a stabilirii, în limita posibilităților, a unui diagnostic în regim de urgență. Acest transfer este necesar din cauza lipsei unor resurse materiale sau a unor resurse umane cu nivel adecvat de experiență în îngrijirea definitivă a pacienților respectivi”;

- „spital de specialitate de urgență cu nivel de competență II B - spitalul județean sau municipal de specialitate care poate asigura primirea, investigarea și tratamentul definitiv al unor categorii de cazuri critice, altele decât trauma, în funcție de specialitate. Anumite cazuri din aceste categorii pot necesita transferul de urgență la spitale clinice regionale, de regulă după acordarea asistenței de urgență sau, după caz, în urma investigării adecvate fără întârziere și a stabilirii, în limita posibilităților, a unui diagnostic în regim de urgență. Acest transfer este

necesar din cauza lipsei unor resurse materiale sau a unor resurse umane cu nivel adecvat de experiență în îngrijirea definitivă a pacienților respectivi”;

- „spital de urgență cu nivel de competență III - spitalul de nivel județean, municipal sau orășenesc care poate asigura primirea, investigarea și tratamentul definitiv unor categorii limitate de cazuri critice de urgență. În cazul acestor spitale este necesar transferul majorității categoriilor de cazuri critice la spitale regionale de urgență cu nivel de competență I sau II, de regulă după acordarea asistenței de urgență, cu sau fără investigarea și stabilirea unui diagnostic în regim de urgență. Acest transfer este necesar din cauza lipsei unor resurse materiale sau a unor resurse umane cu nivel adecvat de experiență în îngrijirea definitivă a pacienților respectivi”;

- „spital de urgență cu nivel de competență IV - spitalul de nivel municipal sau orășenesc care poate asigura asistență de urgență, stabilizând cazurile critice în vederea transferului. În cazul acestor spitale este obligatoriu transferul cazurilor critice la un spital cu nivel de competență superior, de regulă regional sau cel puțin cu nivel de competență II”;

- „specialitate de bază - specialitatea fără existența căreia o anumită unitate sanitară nu poate fi clasificată la un anumit nivel de competență. O astfel de specialitate trebuie să fie reprezentată în unitatea sanitară respectivă 24 de ore din 24, 7 zile din 7, pe tot parcursul anului, asigurând asistența de urgență în domeniul respectiv, în cel mai scurt timp posibil, având la dispoziție toate resursele umane și materiale necesare tratamentului unui pacient în conformitate cu nivelul de competență al instituției în care funcționează. Prin aceasta se asigură tratamentul definitiv sau cel puțin investigațiile și tratamentul de urgență până la transferul pacientului la o altă unitate sanitară de nivel de competență superior”;

- „specialitate de sprijin - specialitatea fără existența căreia o anumită unitate sanitară nu poate fi clasificată la un anumit nivel de competență, astfel de specialitate trebuie să fie reprezentată în unitatea sanitară respectivă cel puțin printr-un sistem de gardă la domiciliu 24 de ore din 24, 7 zile din 7, asigurând asistența de urgență în domeniul respectiv în cel mai scurt timp posibil, nedepășind 30 de minute de la chemare, având la dispoziție toate resursele umane și materiale necesare tratamentului unui pacient în conformitate cu nivelul instituției în care funcționează, asigurând astfel tratamentul definitiv sau cel puțin investigațiile și tratamentul de urgență până la transferul pacientului la o altă unitate sanitară cu nivel de competență superior”;

- „specialitate consultativă - specialitatea care nu trebuie în mod obligatoriu să fie reprezentată în structura de gardă a unității respective în vederea clasificării la un anumit nivel de competență, dar care trebuie să fie abordabil, la nevoie, de către specialitățile aflate de gardă. Reprezentanții specialităților consultative vor asigura consultațiile în timpul programului normal de lucru sau, dacă situația impune, vor asigura consultanța telefonic, prin sistem telemedical, sau consultații fizice, după caz”.

1.1.3. Finanțarea spitalelor de stat

Conform Notei de Fundamentare, HG nr. 303/23.03.2011, „referitor la finanțarea sistemului sanitar, sectorul spitalicesc din România consumă în mod constant peste 50% din bugetul FNUASS (Fondul Național Unic De Asigurări Sociale De Sănătate), la care se adaugă fondurile alocate din bugetul Ministerului Sănătății pentru investiții în infrastructură, dotări cu echipamente medicale, programe naționale de sănătate. Toate aceste fonduri duc la un procent cu mult peste media de 40% din cheltuielile de sănătate alocată pentru spitale în UE. Pentru marea

majoritate a spitalelor, FNUASS continuă să reprezinte o sursă unică sau preponderentă de finanțare, deși încă din anul 2002 s-a creat baza legală prin care autoritățile publice locale puteau contribui la susținerea unor cheltuieli materiale și servicii și de capital” (http://arhiva.gov.ro/nota-de-fundamentare-hg-nr-303-23-03-2011__11a112929.html).

1.2. Drepturile pacienților din România

Conform Legii nr. 46/2003, Legea drepturilor pacientului, principiile de bază ale drepturilor pacienților sunt următoarele (<http://www.ms.ro/?pag=19&id=9398>):

- „dreptul de a fi respectat ca persoană umană, fără nicio discriminare, drept care a fost reluat practic din Declarația universală a drepturilor omului (1948)”;
- „dreptul la informația medicală”;
- „confidențialitatea informațiilor este garantată prin obligația furnizorilor de servicii medicale de a păstra secretul profesional”;
- „consimțământul asupra intervenției medicale”. Acesta are următoarele forme: „consimțământul implicit, rezultat din prezența implicită a consumatorului de servicii medicale”; „consimțământul exprimat, obligatoriu, prin care pacientul își exprimă permisiunea de a fi tratat; acest consimțământ este exprimat în scris înainte de orice act medical”; „consimțământul pe deplin informat, presupune informarea pacientului asupra tuturor aspectelor medicale/chirurgicale, care vor fi efectuate în timpul intervenției și în același timp a tuturor complicațiilor care pot să apară, precum și a modului lor de soluționare. Acest tip de consimțământ este scris și poate fi transferat către o altă persoană dacă bolnavul este minor, inconștient, bolnav psihic, sau se află în situații în care capacitatea, dar și judecata rațională a pacientului sunt afectate”;
- „dreptul la îngrijiri medicale de cea mai înaltă calitate”;
- „drepturile pacientului în domeniul reproducerii – dreptul femeii la viață prevalează în cazul în care sarcina reprezintă un risc major pentru viața mamei”;
- „drepturile pacientului la tratament și îngrijiri medicale – intervențiile medicale asupra pacientului se pot efectua doar dacă există dotările necesare și personal acreditat”. Aceste criterii medicale sunt elaborate de către Ministerul Sănătății și Familiei.

1.3. Responsabilitățile și obligațiile consumatorilor de servicii medicale

- să adopte obiceiuri sănătoase precum gimnastica și renunțarea la fumat și alcool;
- să devină implicați în deciziile cu privire la sănătatea lor prin dezvăluirea informațiilor relevante și să solicite informații, cât mai clare, asupra metodelor de tratament și a regimului pe care trebuie să îl respecte;
- să recunoască realitatea, riscurilor și limitelor științei medicale în momentul în care pacientul beneficiază de îngrijirii medicale;
- să fie conștienți de obligațiile medicilor de a fi rezonabili, eficienți și echitabili în furnizarea serviciilor medicale și altor pacienți și să adopte o conduită civilizată față de personalul medical;

- să anunțe de urgență dacă boala lor reprezintă un pericol pentru restul cetățenilor;
- să comunice toate informațiile importante referitoare la starea de sănătate medicilor curanți pentru a scuti consumul de resurse financiare și medicale prin efectuarea unor analize inutile;
- să comunice corect cauzele care au dus la manifestarea unei anumite afecțiuni medicale pentru a putea beneficia în cel mai scurt timp de tratamentul optim;
- trebuie să respecte cadrele medicale și pe ceilalți pacienți;
- trebuie să-și îndeplinească obligațiile financiare către instituțiile acreditate și să verifice periodic dacă angajatorul efectuează aceste plăți;
- să raporteze o culpă medicală către autoritățile legale abilitate în rezolvarea acestora;
- să aparțină unui medic de familie, prin înscrierea în listele acestuia pentru monitorizarea stării de sănătate;
- să comunice medicului de familie orice modificare a stării de sănătate;
- să prezinte, la solicitarea personalului medical, fie la internare/externare, sau la accesarea oricărui serviciu medical, adeverința prin care se face dovada faptului că pacientul este asigurat medical;
- să respecte programul spitalului, liniștea și curățenia, să manifeste grijă față de bunurile aflate în dotarea acestuia;
- să respecte regulile de igienă personală și colectivă.

CAPITOLUL 2. COMPORTAMENTUL CONSUMATORULUI DE SERVICII MEDICALE

2.1. Comportamentul consumatorului de servicii medicale – noțiuni și concepte de bază

„Comportamentul consumatorului poate fi definit, într-o abordare de ansamblu, ca reprezentând totalitatea actelor decizionale realizate la nivel individual sau de grup, legate direct de obținerea și utilizarea de bunuri și servicii, în vederea satisfacerii nevoilor actuale și viitoare, incluzând procesele decizionale care preced și determină aceste acte” (Cătoi, Teodorescu, 1997, p.15).

Ca termen folosit în serviciile medicale, „consumatorul se referă la acea categorie de persoane care ar putea consuma un serviciu medical” (Thomas, 2005, p.167).

Conform autorului Thomas R. K. (2005) consumatorii de servicii medicale sunt definiți după cum urmează (Thomas, 2005, pp. 87-88):

„Consumatorii potențiali – se referă la orice individ sau organizație care este un potențial cumpărător al unui serviciu medical. Teoretic, oricine este un potențial consumator de servicii medicale, iar cercetările în domeniul medical, de exemplu, sunt adresate publicului larg, în general”;

„Clientul – este considerat, în sistemul medical, ca fiind cumpărătorul unui produs sau serviciu. În timp ce un pacient poate fi clientul unui anumit produs sau serviciu, este des întâlnit cazul în care consumatorul final nu este clientul. Spre exemplu, altcineva poate alege

schema de tratament în numele pacientului (aceste situații pot fi întâlnite în cazul în care pacienții sunt minori, sunt în comă sau nu sunt în deplinătatea facultăților mintale). Identificarea clientului în sistemul medical este un proces mult mai complicat decât în alte domenii”;

„Consumatorii – sunt acel tip de „clienți” care mai degrabă consumă servicii decât bunuri. Relația cu consumatorul este una care implică o interacțiune personală și o relație continuă. Consumatorii au o relație mai simetrică cu furnizorul de servicii decât pacientul care este dependent și lipsit de putere în fața furnizorului. Mulți consideră că termenul de „client” insinuează mai mult respect decât termenul „pacient””;

„Pacientul – deși termenul este rar folosit în discuții informale, un pacient este persoana care a fost diagnosticată ca fiind bolnavă de către un doctor. Persoana rămâne pacient până când nu se mai află sub îngrijire medicală”.

2.2. Principalii factori de influență asupra comportamentului consumatorului de servicii medicale

În prezenta teză factorii de influență interni și externi asupra comportamentului consumatorului de servicii medicale sunt următorii:

- factorii externi de influență: cultura, grupurile de referință;
- factorii interni de influență: percepția, învățarea, motivația, atitudinea, personalitatea.

2.2.1. Influențe externe asupra comportamentului consumatorului de servicii medicale

Cultura – factor de influență asupra comportamentului consumatorului de servicii medicale

„Cultura este un model unic de înțelesuri comune ce caracterizează o societate și o distinge de alte societăți” (Plăiaș, 1997, p.111). Cultura este în general transmisă din generație în generație și păstrează normele și valorile care guvernează o țară.

Conform Arnolds, Thompson, (2005) “Cultura este constituită dintr-un set comun de modele comportamentale care sunt transmise și întreținute de către membrii unei anumite societăți, prin diferite mijloace”.

Cultura unui anumit popor influențează și percepția asupra calității și diferențierii produselor/serviciilor medicale în percepția consumatorului de servicii medicale și vizează în primul rând atitudinea față de medic, evaluarea calitativă a condițiilor în care se desfășoară procesul medical, comportamentul și atitudinea cadrelor medicale participante la acest serviciu. Modul de percepție a calității serviciului medical este subiectiv, deoarece comportamentul consumatorului de servicii medicale este deseori influențat de mentalitatea acestuia: „medicul s-a ridicat la nivelul așteptărilor mele” sau „medic bun, dar aparatura la clinica cealaltă e mai performantă”. Tot ca o percepție calitativă asupra serviciilor de sănătate este considerată posibilitatea efectuării tratamentului prescris de medic în urma consultației, în același loc sau chiar la domiciliul pacientului, dar și efectuarea altor investigații/analize cerute de medic. Cu

siguranță, la calitatea serviciului medical contribuie și comportamentul personalului medical sau nemedical (infirmierele, personalul de întreținere).

Influența grupurilor de referință asupra comportamentului consumatorului

Grupurile de referință reprezintă „o componentă importantă în studiul comportamentului consumatorului” (Schulz, 2015). „Grupul de referință este un grup real sau imaginar, care influențează în mod semnificativ comportamentul unei persoane” (Beordon, Etzel, 1982).

„Grupurile de referință furnizează modele pentru motivațiile percepțiile, învățarea, formarea atitudinilor, și pregătirea deciziilor consumatorilor și influențează pașii folosiți de consumator pentru a realiza procesul cumpărării prin oferirea de aluzii despre modul în care să aplice procesul comportamental la aceste activități” (Plăiaș I, 1997, p. 147).

„Grupurile de referință sunt entitățile pe care consumatorul le consideră ca puncte de reper, ca standarde pentru autoevaluare în procesul de formare a opiniilor, atitudinilor, normelor și a comportamentului manifestat” (Cătoiu, Teodorescu, 2004, p. 82).

Un rol aparte în cadrul grupurilor de referință îl au grupurile de apartenență.

Grupurile de apartenență sunt grupurile la care indivizii aparțin datorită unor caracteristici comune, de exemplu prietenii, colegii, grupuri etnice etc. Grupul de apartenență influențează în mod direct comportamentul consumatorului și își poate pune amprenta asupra stilului de viață al acestuia (Kotler, Armstrong, 2008).

„Orice grup de apartenență are anumite caracteristici care influențează comportamentul social, economic, obiceiurile de consum ale membrilor săi” (Rădulescu, 2008).

Cel mai important grup de apartenență îl constituie familia. „Familia este cel mai important influențator al comportamentului consumatorului în modul în care modelează comportamentul membrilor ei” (Plăiaș I., 1997, p. 165).

2.2.2. Influențe de natură internă asupra comportamentului consumatorului

Deciziile și acțiunile consumatorilor de servicii de sănătate sunt corelate cu nevoile, cu percepțiile/experiențele dobândite precum și cu atitudinea și personalitatea acestora. Deci, comportamentul consumatorilor de servicii medicale poate fi explicat și cu ajutorul studierii influenței diferitelor variabile de natură psihologică ce definesc consumatorul. Aceste variabile mai sunt cunoscute și sub denumirea de variabile endogene. În literatura de specialitate sunt cel mai frecvent tratate următoarele: percepția, învățarea, motivația, atitudinea și personalitatea (Plăiaș, 1997, Cătoiu, Teodorescu, 2004, Hawkins, Mothersbaugh, 2010).

2.2.2.1. Influența percepției asupra comportamentului consumatorului

Percepția este definită astfel: „ceea ce noi percepem la un moment dat va depinde de natura stimulului real și de fundalul sau cadrul în care acesta există – de experiențele noastre senzoriale anterioare, de sentimentele noastre în acel moment, în general de prejudecățile, dorințele, atitudinile și țelurile noastre” (Baker, 1997).

Chahal și Kumari (2010) sugerează că pacienții își formează percepția asupra calității serviciilor medicale în funcție de trei dimensiuni: mediul fizic (care cuprinde starea mediului

ambiant, factorul social și elementele tangibile), interacțiunea calitativă (cuprinzând atitudinea și comportamentul, diagnosticarea și calitatea procesului medical), și calitatea rezultatelor (cuprinzând timpul de așteptare, satisfacția pacientului și loialitatea).

2.2.2.2. Influența învățării asupra comportamentului consumatorului

O serie de definiții cu privire la conceptul de învățare au fost formulate de către specialiștii în domeniu. Astfel, putem evidenția următoarele definiții:

- „învățarea este procesul prin care indivizii își însușesc cunoștințele despre cumpărare și consum și experiența pe care ei o aplică în comportamentul viitor” (Plăiaș, 1997, p. 211);
- „învățarea reprezintă o schimbare observabilă sau neobservabilă în comportamentul unui consumator, datorată efectelor experienței, care conduce la creșterea probabilității ca un act comportamental să fie repetat” (Cătoi, Teodorescu, 2004, p. 69);
- „învățarea, într-un sens larg, reprezintă procesul de dobândire a experienței individuale de cumpărare, fie în mod direct, din experiență proprie, fie prin observarea și asimilarea experienței altor persoane” (Rădulescu, 2008, p. 106);
- „învățarea reprezintă procesul prin care indivizii învață un comportament, o informație cu scopul de a deveni mai eficienți” (Hawkins, Mothersbaugh, 2010, p. 335);

2.2.2.3. Influența motivației asupra comportamentului consumatorului

Motivele care stau la baza manifestării unui anumit comportament sunt determinate de un complex de factori de natură biologică, socială și fizică și stau la baza comportamentului de cumpărare și de consum a unui serviciu (Cătoi, Teodorescu, 2004).

2.2.2.4. Influența atitudinii asupra comportamentului consumatorului

Atitudinile reprezintă „predispozițiile învățate de a reacționa cu consecvență față de un obiect sau o clasă de obiecte într-un mod favorabil sau nefavorabil, Allport G.W., (1935)” citat de Cătoi, Teodorescu, (2004, pp. 74-75). Astfel, putem afirma că, atunci când atitudinile consumatorilor sunt luate în considerare în cadrul serviciilor medicale, de obicei se referă la atitudinile care influențează preferințele, așteptările și comportamentele consumatorilor de servicii medicale. Astfel, atitudinile consumatorilor cu privire la sistemul de sănătate în general, la medici, la facilități, posibilitatea urmării anumitor tratamente, sunt considerate importante în procesul de luare a deciziilor cu privire la unitatea medicală respectivă.

2.2.2.5. Influența personalității asupra comportamentului consumatorului

În opinia autorului Plăiaș I. (1997), „personalitatea este definită ca fiind conturată de acele trăsături psihologice innăscute ce determină și reflectă modul în care o persoană răspunde la mediul său”.

Conform autorilor Hawkins D.I., Mothersbaugh D.L. (2010, p. 360), „personalitatea reflectă tendințele comportamentale relativ stabile pe care persoanele le afișează într-o varietate

de situații. Aceasta ajută să se răspundă la întrebarea "ce fel de" comportamente aleg consumatorii pentru a atinge obiectivele propuse”.

Personalitatea este manifestată sub diferite forme, prezentate de Zlate M. (2004, pp. 51-56) după cum urmează:

- „Personalitatea reală – totalitatea elementelor, biologice, sociale relaționate și integrate între ele”;
- „Personalitatea autoevaluată – totalitatea ideilor, credințelor individului despre propria personalitate”;
- „Personalitatea ideală – este cea pe care individul dorește să o obțină”;
- „Personalitatea percepută – ansamblul reprezentărilor ideilor, aprecierilor, cu privire la alții”;
- „Personalitatea proiectată – gândurile, sentimentele, aprecierile pe care crede un individ că le au ceilalți asupra sa;”
- „Personalitatea manifestată – modalitățile de exteriorizare ale individului”.

CAPITOLUL 3. SATISFAȚIA – FACTOR IMPORTANT ÎN COMPORTAMENTUL CONSUMATORULUI DE SERVICII MEDICALE

3.1. Definirea noțiunii de satisfacție

Ca și concept, satisfacția a fost definită ca fiind „sentimentele consumatorilor cu privire la experiențele acumulate în urma consumului” (Oliver, 1997; Spreng et al, 1996). Astfel „satisfacția este o reacție afectivă la o experiență dobândită în urma consumării unui serviciu, fiind o consecință a unui proces de evaluare” (Choi, et al, 2005). În cazul serviciilor medicale procesul de evaluare a satisfacției pornește din momentul în care consumatorul accesează serviciile medicale și include modalitatea în care este abordat de către cadrele medicale, schema de tratament, confortul fizic resimțit pe durata tratamentului și până în momentul în care procesul medical s-a finalizat.

Satisfacția consumatorilor, „conform unei ample revizuirii realizate de Yi, (1993), citat de Vavra (1997, p. 4), a fost definită în două direcții de bază, și anume: fie ca un *rezultat*, fie ca un *proces*. Definițiile axate pe *rezultat* caracterizează satisfacția ca fiind finalizarea procesului bazat pe experiența consumatorului. Ca și proces, satisfacția subliniază procesele perceptuale, psihologice și de evaluare realizate de consumator, care contribuie la realizarea satisfacției” (Vavra, 1997, p. 4).

3.2. Motivele studierii satisfacției consumatorilor de servicii medicale

Satisfacția pacientului constituie un aspect crucial în îmbunătățirea calității procesului medical. Cele mai vechi studii realizate pe satisfacția pacienților datează de la mijlocul anilor 1950, realizate de: Souelem (1955 citat de Alrubaiee, Alkaa'ida, 2011) și Klopfer (1956 citat de Alrubaiee, Alkaa'ida, 2011). Satisfacția poate fi considerată ca fiind unul dintre rezultatele dorite în urma procesului medical. Obținerea de informații privind satisfacția pacientului ar trebui să fie indispensabilă pentru evaluări calitative și pentru proiectarea, îmbunătățirea și gestionarea procesului medical (Turner, Pol, 1995 citat de Naidu, 2009).

Studierea satisfacției consumatorilor reprezintă un obiectiv important pentru furnizorii de servicii medicale. În plus, studierea motivelor care generează satisfacție față de un furnizor de servicii medicale duce la reducerea reținerilor și temerilor pacienților și la crearea de modalități de fidelizare a acestora, satisfacția pacienților influențând respectarea într-o mai mare măsură a sfatului medicului, a schemei de tratament (Calnan, 1988; Roter et al, 1987 citați de Choi et al, 2005).

3.3. Factorii care influențează satisfacția consumatorilor de servicii medicale

Un factor important ce influențează satisfacția consumatorilor de servicii medicale este legat de personalul medical. Influența personalului medical poate fi grupată în trei categorii: prima se referă la gradul de informare al acestuia cu privire la noile scheme de tratament, noile apariții în cadrul tehnologiilor medicale de investigare și diagnosticare, fapt ce duce la eficientizarea procesului medical, făcându-l mai rapid generând astfel și un nivel de satisfacție mai ridicat pentru consumatorul de servicii medicale.

A doua categorie se referă la comportamentul și atitudinea personalului medical, care ar putea fi considerată foarte importantă în procesul de comunicare și de stabilire a unui diagnostic cât mai repede și cât mai exact.

A treia categorie ce ar putea influența gradul de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale ar putea fi procesul de comunicare realizat de către personalul medical.

Conform lui Andaleeb Syed Saad (1998), factorii prin care se studiază satisfacția consumatorilor de servicii medicale sunt: comunicarea cu pacienții, competențele personalului medical și modul lor de comportare, calitatea facilităților, costurile percepute (Andaleeb, 1998).

3.4. Modele de măsurare a satisfacției consumatorilor de servicii medicale

O sarcină importantă pentru cercetători este aceea de a măsura cu exactitate satisfacția consumatorilor, în scopul de a îmbunătăți experiența viitorilor consumatori de servicii medicale. Aceasta este de multe ori realizată prin utilizarea studiilor de satisfacție; cu toate acestea, utilizarea acestor studii de satisfacție asupra consumatorului nu sunt benefice pentru o organizație în cazul în care ele nu produc rezultate precise (Powers, Valentine, 2009). Pentru a putea măsura cu exactitate un fenomen studiat, cercetătorii trebuie să reducă rata non-răspunsurilor, deoarece atunci când indivizii din eșantion nu răspund la toate întrebările din sondaj, sau nu răspund la elementele-cheie vizate, rezultatele înregistrează o marjă de eroare ridicată (Olson, 2006).

Autorii Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1985) au elaborat modelul GAP (modelul discrepanțelor) care poate fi utilizat în studiarea satisfacției consumatorilor.

Un alt model posibil a fi utilizat în studiarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale este modelul SERVQUAL realizat de Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. (1988).

Modelul SERVPERF, elaborat de Cronin și Taylor (1992), are la bază măsurarea satisfacției pornind de la performanțele produsului, și nu de la așteptările clienților.

Zeithaml et al. (1993) au evidențiat un model constituit din influența zonelor de toleranță asupra factorilor luați în evaluarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale.

Conform autorului Vavra G.T. (1997), un model reprezintă modalitatea ideală pentru studierea satisfacției consumatorilor.

Conway și Wilcocks (1997) propun un model care a încercat să clarifice relațiile dintre calitatea percepută cu privire la serviciile medicale și așteptările pacientului, experiența consumatorilor de servicii medicale și satisfacția resimțită.

Modelul Indicelui European de Studiere a Satisfacției (ECSI) este un alt model utilizat pentru măsurarea gradului de satisfacție al consumatorilor.

CAPITOLUL 4. STUDIU PRIVIND SATISFAȚIA CONSUMATORILOR DE SERVICII MEDICALE

4.1. Metodologia cercetării științifice

Metodologia este definită ca fiind „analiza sistematică, teoretică a metodelor aplicate la un domeniu de studiu, sau analiza teoretică a corpului de metode și principii asociate cu o ramură a cunoașterii. Ea, de obicei, include concepte precum paradigmă, model teoretic, fazele și tehnici cantitative sau calitative” (Irny, Rose, 2005).

„Opțiunea metodologică se concretizează într-o strategie de cercetare care se dorește a fi potrivită problemei propuse spre rezolvare, scopului și obiectivelor fixate sau asumate în respectiva cercetare” (Zaiț D., Zaiț A., 2009, p. 2).

Obiectivul principal al tezei constă în identificarea și măsurarea gradului de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale care au accesat aceste servicii oferite de spitalele de stat.

Obiectivele secundare ale cercetării:

1. Identificarea importanței fiecărui element luat în analiză (medici, asistente, ambianță, dotări) în stabilirea gradului de satisfacție perceput de către consumatorii de servicii medicale.
2. Stabilirea gradului în care respondenții consideră că un grad înalt de satisfacție atrage după sine și o imagine mai bună a unităților medicale.
3. Identificarea gradului de satisfacție resimțit cu privire la serviciile medicale accesate.
4. Identificarea gradului de satisfacție resimțit pentru fiecare dimensiune a modelului de cercetare.
5. Identificarea influenței asupra gradului de satisfacție resimțit în urma corelării diferitelor dimensiuni ale modelului.
6. Validarea modelului de cercetare cu ajutorul căruia se măsoară satisfacția consumatorilor de servicii medicale.

4.2. Metoda de cercetare

Scopul principal al procesului de cercetare este acela de a produce informații importante cu privire la tema cercetată. „Alegerea celei mai potrivite metode de cercetare ce urmează să fie folosită pentru atingerea scopului propus este dependentă de obiectivele stabilite, metoda de cercetare nefiind altceva decât modul de acțiune prin care se caută răspunsuri la întrebările ce ne frământă în legătură cu subiectul cercetat” (Plăiaș et al., 2008, p. 130).

În urma analizării metodelor de cercetare, am concluzionat că prezentul studiu se încadrează în cadrul cercetărilor de tip concluziv.

Din punctul de vedere al realizării în timp, prezenta cercetare se încadrează ca fiind cercetare de tip descriptiv.

În funcție de tipul de informații rezultate în urma cercetării, metodele de cercetare se împart în două categorii: cantitative și calitative. În cazul prezentului este o cercetare de tip cantitativ.

4.3. Modelul de cercetare

Pentru măsurarea gradului de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale se va folosi modelul creat de Parasuraman (Parasuraman et al. 1988). În acest model este dezvoltat un multi-element de măsurare a dimensiunilor calității serviciilor (SERVQUAL). Aceste dimensiuni sunt tangibilitatea, fiabilitatea, capacitatea de reacție, de asigurare, și empatie.

Pentru a putea măsura satisfacția consumatorilor de servicii medicale se vor folosi dimensiunile modelului SERVQUAL adaptate la măsurarea gradului de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale furnizate de către spitalele de stat pentru a oferi un grad de acuratețe cât mai ridicat.

4.4. Populația țintă, eșantionarea și colectarea datelor

În cadrul studiului, populația țintă a vizat persoanele care au accesat serviciile medicale oferite de unitățile medicale luate în analiză în perioada 2012-2015. Această populație a fost aleasă deoarece era cea mai adecvată să ofere răspunsuri cu privire la gradul de satisfacție resimțit în urma accesării serviciilor oferite de aceste unități.

Datorită faptului că autorul nu a avut acces la o listă cu datele personale ale pacienților, nu s-a putut folosi o metodă de eșantionare probabilistică, folosindu-se în schimb o metodă de eșantionare neprobabilistică, respectiv metoda selecției raționale. Aceasta este o metodă de eșantionare prin intermediul căreia „populația este intenționat selectată în baza judecății cercetătorului” (Malhotra, Birks, 2006, p. 364).

4.5. Ipotezele cercetării

Pornind de la scopul și obiectivele cercetării am formulat următoarele ipoteze ce urmează să fie testate în cercetarea de față.

H1. Majoritatea respondenților consideră că medicii sunt elementul cel mai important în stabilirea gradului de satisfacție.

H2. Peste 80% din totalul respondenților afirmă că gradul de satisfacție resimțit în urma accesării serviciului medical influențează în mod direct și favorabil imaginea unității medicale.

H3. Peste 50% din totalul respondenților sunt satisfăcuți cu privire la serviciul de urgență.

H4. Majoritatea respondenților sunt satisfăcuți de serviciul de preluare de analize.

H5. Majoritatea respondenților sunt satisfăcuți de serviciul de internare.

H6. Peste 40% din totalul respondenților se declară cel puțin satisfăcuți de serviciul de specialitate.

H7. Majoritatea respondenților consideră că există o legătură directă între dimensiunea „eficiență” și gradul de satisfacție.

H8. Majoritatea respondenților consideră că între dimensiunea „capacitatea de reacție” și gradul de satisfacție există o legătură directă și puternică.

H9. Peste 40% din totalul respondenților consideră că dimensiunea „empatie” a avut o influență puternică asupra gradului de satisfacție resimțit;

H10. Majoritatea respondenților consideră că dimensiunea „siguranță” nu le influențează gradul de satisfacție;

H11. Peste 40% din totalul respondenților consideră că dimensiunea „tangibilitate” a înregistrat o influență puternică asupra gradului de satisfacție.

H12. Corelațiile dimensiunilor modelului exercită o influență cel puțin de nivel mediu asupra gradului de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale.

H13 Toate dimensiunile modelul prin care se studiază gradul de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale sunt valide.

4.6. Sinteza principalelor rezultate obținute

Medicii sunt considerați cea mai importantă categorie în stabilirea gradului de satisfacție cu un procent obținut de 65,5%, urmași de asistente cu un procent obținut de 64,5%, de dotările spitalului cu un procent de 56,5%, iar pe ultimul loc se regăsește ambianța spitalului cu un procent de 51,5%.

În urma analizării nivelului de satisfacție resimțit de către consumatorii de servicii medicale prin intermediul variabilelor ce alcătuiesc dimensiunea „eficiență” putem concluziona faptul că rezultatul obținut de majoritatea variabilelor a dus la obținerea unui grad de satisfacție mulțumitor, excepție făcând variabila timpul de așteptare ca a atras o insatisfacție resimțită de consumatorii de servicii medicale.

Din analiza corelațiilor dintre dimensiunile modelului putem concluziona următoarele:

Dimensiunea „eficiență” corelată cu dimensiunea „capacitate de reacție” influențează semnificativ nivelul de satisfacție resimțit de consumatorii de servicii medicale.

Dimensiunea „capacitatea de reacție” corelată cu dimensiunea „empatie” a înregistrat o influență semnificativă asupra gradului de satisfacție resimțit.

Dimensiunea „empatie” corelată cu dimensiunea „eficiență” are o influență medie asupra gradului de satisfacție resimțit de către consumatorii de servicii medicale.

Rezultatele obținute în urma realizării fidelității scalelor sunt următoarele:

- indicele Cronbach's Alpha obținut de elementele componente ale dimensiunii „eficiență” a obținut un scor de fidelitate de 0,859 ceea ce demonstrează că scala măsoară cu precizie gradul de satisfacție resimțit de consumatorii de servicii medicale.

- indicele Cronbach's Alpha obținut de elementele componente ale dimensiunii „capacitatea de reacție” are un scor de fidelitate de 0,938 ceea ce demonstrează că scala are un nivel foarte bun de fidelitate, aceasta măsurând cu exactitate gradul de satisfacție resimțit de consumatorii de servicii medicale.

- indicele Cronbach's Alpha obținut de elementele componente ale subdimensiunii „eficiența doctorilor” are un scor de fidelitate de 0,921 ceea ce demonstrează că scala are un nivel foarte bun de fidelitate.

- indicele Cronbach's Alpha obținut de elementele componente ale subdimensiunii „eficiența asistentelor” are un scor de fidelitate de 0,931 ceea ce demonstrează că scala măsoară corespunzător gradul de satisfacție.

- indicele Cronbach's Alpha obținut de elementele componente ale subdimensiunii „eficiența personalului auxiliar” are un scor de fidelitate de 0,905 ceea ce demonstrează că scala are măsura într-un mod adecvat gradul de satisfacție resimțit de către consumatorii de servicii medicale.

- indicele Cronbach's Alpha obținut de elementele componente ale dimensiunii „empatie” are un scor de fidelitate de 0,948 ceea ce demonstrează că scala are un nivel foarte bun de fidelitate, măsurând în mod adecvat gradul de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale.

- indicele Cronbach's Alpha obținut de elementele componente ale dimensiunii „siguranță” are un scor de fidelitate de 0,823 ceea ce demonstrează că scala are un nivel bun de fidelitate.

- indicele Cronbach's Alpha obținut de elementele componente ale dimensiunii „tangibilitate” are un scor de fidelitate de 0,891 ceea ce demonstrează că scala are un nivel bun de fidelitate.

Analiza factorială exploratorie realizată în prezenta cercetare a fost realizată a urmărit analizarea componentelor principale ale modelului. Astfel, primul rezultat obținut este acela al testului „KMO and Bartlett's Test”. În urma analizării rezultatelor acestui test, observăm faptul că indexul „KMO” are o valoare de 0,894 ce ne arată că setul de variabile este foarte bun pentru analiza factorială. De asemenea indicele Sig. a obținut o valoare de 0,001 ceea ce ne arată că există o semnificație statistică a variabilelor cu ajutorul cărora se măsoară gradul de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale.

Următorul rezultat obținut în cadrul analizei exploratorii se referă la „comunalities” (comunalități). Variabilele au înregistrat o comunalitate ridicată, cea mai mică valoare fiind deținută de variabila „eficiența doctorilor - comportamentul medicului în momentul comunicării diagnosticului”, aceasta fiind de 0,68 iar cea mai mare valoare o are variabila „limbajul utilizat de medic în momentul comunicării diagnosticului a fost clar”, aceasta fiind de 0,88.

Rezultatele obținute de analiza „total variance explained” (varianța totală explicată) arată că șase dintre factorii extrași sunt importanți și exercită o influență asupra modelului prin care se măsoară satisfacția consumatorilor de servicii medicale. Importanța acestora este observată prin faptul că acestea au înregistrate valori peste „1”.

Următorul rezultat obținut în cadrul analizei factoriale se referă la „Rotated component matrix”. Din rezultatele obținute se extrag doar acele variabile care au valori apropiate și duc la formarea unui anumit factor. Astfel putem observa următoarele:

- variabilele: eficiența infirmierelor, comportamentul asistentelor medicale pe toată durata administrării tratamentului medicamentos; comportamentul asistentelor medicale în momentul prelevării probelor pentru analize; eficiența personalului de curățenie; limbajul utilizat de asistentele medicale, au ca rezultat formarea factorului 1;

- variabilele: claritatea limbajului utilizat de medic în momentul comunicării tratamentului; tonalitatea vocii a fost calmă în momentul comunicării diagnosticului; limbajul utilizat de medic în momentul comunicării diagnosticului a fost clar; comunicarea a fost clară și nu a ridicat temeri suplimentare, au ca rezultat formarea factorului 2;

- variabilele: dotarea cu aparatură medicală fixă; dotarea cu aparatură medicală portabilă; dotarea cu aparatură nemedicală pentru confortul fizic; mobilierul spitalului, au ca rezultat formarea factorului 3;

- variabilele: competențele personalului medical; timpul de așteptare din momentul ajungerii în unitatea medicală până în momentul preluării spre consultare; durata consultației până în momentul comunicării unui diagnostic, au ca rezultat formarea factorului 4;
- variabilele: nivelul de sterilitate al instrumentelor medicale din unitatea medicală unde ați beneficiat de serviciul medical; nivelul de curățenie din spitalul în care ați beneficiat de serviciul medical, au ca rezultat formarea factorului 5;
- variabila influența eficienței personalului medical asupra gradului de satisfacție cu privire la serviciile medicale are ca rezultat formarea factorului 6.

În urma analizării rezultatelor obținute în urma rulării analizei factoriale exploratorii, putem concluziona faptul că variabilele modelului prin care se măsoară gradul de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale sunt adecvate și astfel putem realiza analiza factorială confirmatorie asupra modelului de cercetare.

Analiza confirmatorie a modelului de cercetare propus pentru măsurarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale a arătat următoarele:

În procesul de confirmare a modelului realizat pentru studierea satisfacției consumatorilor de servicii medicale au fost utilizați indicatorii de bonitate. Din cadrul acestui tabel putem observa faptul că doi dintre indicatorii luați în analiză nu se încadrează în cadrul limitelor acceptate, respectiv RMSEA și AGFI. Întrucât valoarea maximă admisă a indicatorului RMSEA este de 0,08 iar rezultatul obținut este de 0,09 putem spune că deviația este una minimă iar indicatorul nu trebuie îmbunătățit. Rezultatul înregistrat de indicatorul AGFI de 0,72, valoare foarte aproape de pragul de acceptabilitate, acesta fiind „ $\geq 0,8$ ”, astfel putem afirma faptul nu mai este necesară o îmbunătățire a indicatorului. Restul indicatorilor luați în analiză respectiv, GFI, χ^2/df , NFI, TLI, CFI se încadrează în partea superioară a limitelor de exigență ceea ce arată faptul că modelul realizat pentru măsurarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale este unul bun.

În urma analizării tuturor valorilor obținute de către indicatorii luați în analiză putem concluziona faptul că modelul de măsurare a satisfacției consumatorilor de servicii medicale este validat.

În baza modelului de măsurare obținut au fost evaluați gradul de încredere compozit, validitatea convergentă și discriminantă a variabilelor de măsurare. Gradul de încredere compozit rezultat de toate dimensiunile modelului a înregistrat valori peste pragul minim de 0,7 pentru gradul de încredere compozit, valorile dimensiunilor încadrându-se între 0,86 pentru dimensiunea „eficiență” și 0,94 pentru dimensiunea „empatie”. De asemenea putem observa și faptul că pentru validitatea convergentă a fost depășit pragul minim de 0,5 de către toate dimensiunile modelului, cea mai mică valoare înregistrată de 0,61 o deține dimensiunea „siguranță” iar cea mai mare valoare 0,81 o deține dimensiunea „empatie”.

În concluzie, în baza informațiilor prezentate anterior, structura fiecărei dimensiuni este una adecvată, stabilă în cadrul modelului de măsurare a satisfacției consumatorilor de servicii medicale.

Pentru a determina relațiile de cauzalitate am determinat coeficienții standardizați de regresie pentru fiecare dintre variabilele modelului, precum și gradul de semnificație înregistrat de acestea. Astfel, patru dimensiuni ale modelului, respectiv, „tangibilitate”, „eficiență”, „siguranță”, „capacitate de reacție” influențează în mod direct satisfacția resimțită de consumatorii de servicii medicale, valorile obținute de aceste dimensiuni fiind unele pozitive. A cincea dimensiune a modelului, respectiv, „empatie” a obținut o valoare negativă, ceea ce

semnifică faptul că satisfacția influențează această dimensiune. Acest lucru poate fi datorat faptului că întrebarea care viza obținerea de răspunsuri cu privire la această dimensiune a urmărit identificarea gradului de satisfacție resimțit în urma procesului de comunicare a diagnosticului și a schemei de tratament realizat de către personalul medical.

Predictorii gradului de satisfacție, adică dimensiunile modelului, explică în proporție de 73% variația modelului de cercetare.

În concluzie putem afirma faptul că modelul prin care se măsoară gradul de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale a fost confirmat și validat.

4.7. Implicații

Implicații teoretice

Prezenta lucrare, prin scopul urmărit și prin rezultatele obținute contribuie la realizarea unei sintetizări a literaturii de specialitate, în domeniul comportamentului consumatorilor de servicii medicale și în domeniul satisfacției consumatorilor de servicii medicale.

În România studiarea satisfacției consumatorului de servicii medicale se află încă în fază incipientă, probabil datorită faptului că acești consumatori nu sunt considerați ca reprezentând o categorie care ar putea fi investigată pentru a oferi o imagine asupra unităților medicale de stat, astfel prezentul studiu este unul dintre puținele care examinează satisfacția consumatorilor de servicii medicale.

Prezenta cercetare confirmă faptul că satisfacția este punctul central în formarea unei imagini asupra unui proces medical. De asemenea rezultatele oferă și informații asupra influenței diverselor dimensiuni în formularea satisfacției percepute.

Prezenta cercetare oferă un model adaptat pentru studiarea satisfacției consumatorilor de servicii medicale. Acest model este bazat pe modelul SERVQUAL realizat de Parasuraman (Parasuraman et al. 1988).

Luând în considerare rezultatele obținute de prezenta cercetare putem afirma faptul că aceasta oferă un model adecvat și valid, care poate fi utilizat pentru studiarea gradului de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale.

Implicații manageriale

Rezultatele obținute de prezenta cercetare oferă un suport important pentru managerii spitalelor în luarea deciziilor manageriale. Este foarte important ca managerii spitalelor de stat să conștientizeze faptul că un grad înalt de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale atrage după sine și un grad de accesare a serviciilor medicale mai ridicat. De asemenea un grad ridicat de accesare a serviciilor medicale atrage după sine și un plus de resurse bănești ce ar putea fi utilizate pentru îmbunătățirea imaginii spitalului prin realizarea unor acțiuni de renovare (interioară și exterioară), achiziționarea de aparatură medicală performantă, schimbarea mobilierului spitalului, dotarea saloanelor cu aparatură de climă și televizor.

Rezultatele acestei cercetări arată care sunt factorii cheie în stabilirea gradului de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale. Având în vedere faptul că în prezent viteza cu care circulă informațiile este foarte rapidă iar sursele de informații care pot fi accesate de consumatorii de servicii medicale sunt foarte variate, aceștia putând compara diverse unități medicale, managerii unităților medicale ar trebui să se orienteze în oferirea unui grad de

satisfacție ridicat investigând în mod continuu așteptările consumatorilor de servicii medicale și standardele de calitate care trebuie atinse pentru oferirea acestui grad.

Cunoașterea nemulțumirilor pacienților, a modului în care medicii și asistentele comunică cu pacienții, modul în care pacienții sunt satisfăcuți de serviciile medicale furnizate sunt informații vitale pentru managerii spitalelor și pot conta foarte mult în formarea și menținerea imaginii unității medicale pe piață.

Cu ajutorul modelului de cercetare a satisfacției consumatorilor de servicii medicale, validat în prezenta cercetare, managerii unităților medicale pot cunoaște nivelul de satisfacție perceput de consumatorii de servicii medicale în urma analizării procesului medical, a dotărilor unității medicale, a curățeniei unității medicale și pot reduce astfel discrepanța dintre așteptările consumatorilor cu privire la serviciul medical și serviciul medical furnizat.

Limite ale cercetării

Pot fi considerate ca limite ale prezentei cercetări următoarele aspecte:

- o primă limită a cercetării este legată de modalitatea de eșantionare. Datorită lipsei unor liste cu datele pacienților nu s-a putut utiliza o metodă de eșantionare probabilistică, utilizându-se în schimb o metodă neprobabilistică de eșantionare, respectiv metoda selecției raționale.

- o a doua limită a cercetării este datorată faptului că analizând doar trei unități medicale putem spune că gradul de satisfacție identificat este la fel pentru toate unitățile medicale de stat din România.

- O altă limită este datorată faptului că în prezent acest studiu nu împarte dimensiunile modelului cercetat în alte subdimensiuni mai detaliate.

Direcții viitoare de cercetare

Pornind de la cercetarea prezentă am identificat următoarele direcții de cercetare:

- studiul se dorește a fi extins pe mai multe unități medicale de stat.
- realizarea unei cercetări comparative a satisfacției consumatorilor de servicii medicale de stat și a satisfacției consumatorilor de servicii medicale private.
- realizarea unei aprofundări a subdimensiunilor modelului.
- identificarea consecințelor pe care le are un grad de satisfacție redus asupra consumatorilor de servicii medicale.

- realizarea unei cercetări calitative pentru a vedea dacă sunt propuse îmbunătățiri asupra modelului care măsoară gradul de satisfacție al consumatorilor de servicii medicale.

4.8. Referințe bibliografice

1. Aiken L. H., Sloan D. M. e, Clarke S., Poghosyan L., Cho E., You L., Finlayson M., Kanai-Pak M., Aunguroch Y. (2011), *Importance of work environments on hospital outcomes in nine countries*, International Journal for Quality in Health Care, nr. 23 pp. 357–364;

2. Alhashem A. M., Alquraini H., Chowdhury R. I.(2011), *Factors influencing patient satisfaction in primary healthcare clinics in Kuwait*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 24 No. 3, pp. 249-262, Emerald Group Publishing Limited 0952-6862, DOI 10.1108/09526861111116688

3. Alrubaiee L., Alkaa'ida F. , (2011), *The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship*, International Journal of Marketing Studies, Vol. 3, No. 1; February 2011,
4. Amin M., Nasharuddin S. Z., (2013) "*Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioural intention*", Clinical Governance: An International Journal, Vol. 18 Iss: 3, pp.238 – 254
5. Andaleeb S.S. (1998), "*Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model*", International Journal of Healthcare Quality Assurance, Vol. 11, pp. 181-7.
6. Anderleeb S.S., Conway C. (2006), "*Customer satisfaction in the restaurant in the industry: an examination of the transaction specific model*", Journal of Services Marketing, Vol. 20 No. 1, pp. 59-72.
7. Arnold E. J., Thompson C. J. (2005). *Consumer Culture Theory (CCT): Twenty Years of Research*. Journal of Consumer Research, nr. 31, pp. 193-219.
8. Attali J., Guillaume M. (1974), *L'Anti-economique*, Presses universitaires de France, Paris.
9. Averill J.R. (1968), "Grief – its nature and significance", Psychological Bulletin, Vol. 70 No. 6P1, pp. 721-48.
10. Badri M. A., Attia S., Ustadi A. M., (2009), *Healthcare quality and moderators of patient satisfaction: testing for causality*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 22 No. 4, 2009 pp. 382-410, Emerald Group Publishing Limited 0952-6862 DOI 10.1108/09526860910964843
11. Badri M. A., Abdulla M., Al-Madani A.(2005), *Information technology center service quality Assessment and application of SERVQUAL*, International Journal of Quality & Reliability Management Vol. 22 No. 8, pp. 819-848
12. Badri M., Dodeen, H., Al Khaili, M., Abdulla, M. (2005), "*Development of the national inpatient satisfaction constructs and items for the United Arab Emirates*", International Journal of Applied Health Studies, Vol. 1 No. 3, pp. 1-22. disponibil la <http://www.managementjournals.com/journals/health/vol1/8-1-3-1.pdf>
13. Baker J.M., (1997), *Marketing*, , Editura S.C. Știință & Tehnică S.A., București
14. Batchelor C., Owens D. J., Read M., Bloor M., (1994), "*Patient Satisfaction Studies: Methodology, Management and Consumer Evaluation*", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 7 Iss: 7 pp. 22 -30
15. Bandura A., 2001, *Social Cognitive Theory of Mass Communication*, Mediapsychology, nr.3, pp. 265–299
16. Băbuț R. (2013), *Consumatorul și publicitatea*, Editura Risoprint, Cluj Napoca;
17. Beard J. R., Tomaska N., Earnest A., Summerhayes R., Morgan G., (2009), *Influence of socioeconomic and cultural factors on rural health*, Australian Journal of Rural Health Vol. 17, Nr 1, pp. 10–15;
18. Beordon W. O., Etzel M. J. (1982), *Reference group influence on product and brand purchase decision*, Journal of Consumer Research, vol. 9, pp.183-194;
19. Blythe J., (1998), *Comportamentul consumatorului*, Editura Teora, București
20. Burger J. M., (2008), *Personality*, Thomson Wadsworth, SUA
21. Bălăceanu C., Nicolau Ed. (1972), *Personalitatea umană – o interpretare cibernetică*, Editura Junimea, Iași,

22. Camilleri David, Mark O'Callaghan, (1998), "*Comparing public and private hospital care service quality*", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 11 Iss: 4 pp. 127 – 133
23. Catană Al.Gh., (2009), *Marketingul serviciilor de ocrotire a sănătății*, Editura Alma Mater, Cluj Napoca;
24. Cătoiu I., Teodorescu N., (1997), *Comportamentul consumatorului, teorie și practică*, Editura Economică, București
25. Cătoiu I., Teodorescu N., (2004), *Comportamentul consumatorului, ediția a II-a, revizuită și adăugită*, Editura Uranus, București
26. Cătoiu I., Bălan C., Orzan Gh., Popescu I.C., Vegheș C, Dănețiu T., Vrânceanu D.,(2002), *Cercetări de marketing*, Editura Uranus, București.
27. Ciavolino E., Dahlgaard J. J, (2007), *ECSI – Customer Satisfaction Modelling and Analysis: A Case Study*, Total Quality Management & Business Excellence, 18:5, pp. 545-554;
28. Chahal H., Kumari N. (2010), "Development of multidimensional scale for health care service quality (HCSQ) in Indian context". *Journal of Indian Business Research*, Vol. 2 No. 4, pp. 230-255.
29. Cheng H., Kotler Ph., Lee N. R., (2011), *Social marketing for public health, global trends and success stories*, Jones and Bartlet Publishers, Sudbury
30. Choi K. Cho W. Lee S. Lee H., Kim C. (2004), "*The relationship among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: a South Korean study*", Journal of Business Research, Vol. 57, pp. 913-21.
31. Choi K.-S., Lee H., Kim C., Lee S. (2005), *The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service*, Journal of Services Marketing, 19/3 (2005) 140–149, Emerald Group Publishing Limited [ISSN 0887-6045], [DOI 10.1108/08876040510596812]
32. Curry A.C., Sinclair E. (2002), "*Assessing the quality of physiotherapy services using SERVQUAL*", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 15 No. 5, pp. 197-205.
33. Curry A.C., Stark S. (2000), "*Quality of service in nursing homes*", Health Services, Management Research, Vol. 13, pp. 205-15.
34. Conway T. , Wilcocks S. (1997), "*The role of expectations in the perception of health care quality: developing a conceptual model*", International Journal of Health Care Quality, Vol. 10 No. 3, pp. 131-40.
35. Costa P.T. Jr, McCrae R.R. (1992), Revised NEO Personality Inventory and NEO Five-factor Inventory Professional Manual, Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.
36. Coye R.W. (2004), "*Managing customer expectations in the service encounter*", International Journal of Service Industry Management, Vol. 15 No. 1, pp. 54-71.
37. Cronin J.J. Jr., Taylor S.A., (1992), *Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension*, Journal of Marketing, Vol.56, pp.55-68;
38. Cronin J.J. Jr., Taylor S.A., (1994), *SERVPERF Versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus- Expectations Measurement of Service Quality*, Journal of Marketing, Vol 58, pp. 125-131;
39. Daghie V., (2000), *Etică și deontologie medicală*, Editura Național
40. Dimitriu O., (2004), *Tehnici psihoterapeutice*, Editura Victor

41. Duggirala M., Rajendran C., Anantharaman R.N. (2008), *Patient-perceived dimensions of total quality service in healthcare*, Benchmarking: An International Journal Vol. 15 No. 5, 2008 pp. 560-583, Emerald Group Publishing Limited 1463-5771, DOI 10.1108/14635770810903150
42. Dutka A., (1995), *AMA Handbook for customer satisfaction*, NTC Business Books
43. Engel F., Blackwell D., Miniard W. (1986), *Consumer behavior*, Ediția a 5-a, Editura The Dryden Press
44. Evans W. D., (2006), *How social marketing works in health care*, British Medical Journal, 332(7551)
45. Finkelstein B.S., Harper D.L., Rosenthal G.E. (1999), “*Patient assessments of hospital maternity care: a useful tool for consumers?*”, Health Services Research, Vol. 34 No. 2, pp. 623-40.
46. Fornell C.R., Larcker D.F. (1981), *Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error*, Journal of Marketing Research, 18, 39-50
47. Fowdar R., Roshnee R. (2005), “*Identifying health care attributes*”, Journal of Health and Human Services Administration, Vol. 27 No. 4, pp. 428-43.
48. Gill L., White L. (2009), *A critical review of patient satisfaction*, Leadership in Health Services Vol. 22 No. 1, 2009 pp. 8-19, Emerald Group Publishing Limited 1751-1879 DOI 10.1108/17511870910927994;
49. Gabbott M., (1994), *Consumer Behaviour and Services: A Review*. Journal of Marketing Management; Vol. 10 Issue 4, p311-324
50. Gitomer J., *Customer satisfaction is worthless, customer loyalty is priceless*, (1998), A bard press book
51. Golu M., Dicu A. (1972), *Introducere în psihologie*, Editura științifică, București,
52. Hair F.J. Jr., Black W.C.; Babin B.J., Anderson R.E. (2010), *Multivariate data analysis*, 7th edition, Pearson Prentice Hall
53. Hayes B., (1998), *Measuring customer satisfaction, survey design, use and statistical analysis methods, second edition*, ASQ Quality press
54. Hawkins D. I., Best R. J., Coney K. A. (1998), *Consumer behavior: Building Marketing Strategy*, 7th. edition , Editura McGraw Hill, Boston.
55. Hawkins D.I., Mothersbaugh D.L. (2010), *Consumer behavior – building a marketing strategy*, Ediția nr. 11, Editura Irwin McGraw Hill, Boston,
56. Howitt D., Cramer D., (2010), *Introducere în SPSS pentru psihologie*, Editura Polirom;
57. Iryny S.I., Rose A.A. (2005) “*Designing a Strategic Information Systems Planning Methodology for Malaysian Institutes of Higher Learning (isp-ipta)*, Issues in Information System, Volume VI, No. 1, 2005.
58. Izard C.E. (1977), *Human Emotions*, Plenum Press, New York, NY.
59. Izard C.E. (1992), “*Basic emotions, relations among emotions, and emotion-cognition relations*”, Psychological Review, Vol. 99 No. 3, pp. 561-5.
60. Jaba E., Grama A, (2004), *Analiza statistică cu SPSS sub Windows*, Editura Polirom;
61. Kessler S. (1996), *Measuring and managing customer satisfaction, going for the gold*, , ASQ Quality press

62. Klopfer W.G., Hillson J.S., Wylie, A.A.. (1956). *Attitudes toward mental hospitals*. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 12 No. 4, pp. 361-5
63. Kotler Ph., Armstrong G, (2008), *Principiile marketingului* ediția a IV-a, Editura, Teora București
64. Kuhn T. S.(1996), *The Structure of Scientific Revolutions, 3rd edition*. Chicago: University of Chicago Press,
65. Labăr A.V., (2008), SPSS pentru științele educației, Editura Polirom;
66. Ladhari R. (2008), “Alternative measures of service quality: a review”, *Managing Service Quality*, Vol. 18 No. 1, pp. 65-86.
67. Lake T. (2000), “Do HMOs make a difference? Consumer assessments of health care”, *Inquiry*, Vol. 36 No. 4, pp. 411-8.
68. Lanjananda P., Patterson P. G., *Determinants of customer-oriented behavior in a health care context*, *Journal of Service Management* Vol. 20 No. 1, 2009 pp. 5-32
69. Lazea R., *Pilot survey regarding patient satisfaction towards medical services provided by Alba County Emergency Hospital*, 5th Edition, 26-27th October 2012, ISSUE 5/2012, CEEOL
70. Lee P.-M., Khong P.W., Dhanjoo N. G., (2006), *Impact of deficient healthcare service quality*, *The TQM Magazine*, Vol. 18 No. 6, 2006 pp. 563-571 Emerald Group Publishing Limited 0954-478X DOI 10.1108/09544780610707075
71. Li S.-J., Huang Y.-Y., Yang M. M., (2011), "How satisfaction modifies the strength of the influence of perceived service quality on behavioral intentions", *Leadership in Health Services*, Vol. 24 Iss: 2 pp. 91 – 105
72. Lim P. C., Nelson K., H. Tang, (2000), "A study of patients' expectations and satisfaction in Singapore hospitals", *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 13 nr. 7 pp. 290 – 299
73. Lovelock Ch., Wirtz J., (2004), *Services Marketing, people, technology, strategy*, Ediția nr.5, Pearson Prentice Hall;
74. MacNaught H. (2001), *Patient as Consumer: DTC challenges medical marketers*. *International Journal of Medical Marketing*; Vol. 2 Issue 1, p7;
75. Malhotra N.K., Birks D.F., (2006), *Marketing Research, an applied approach* Pearson Education Limited;
76. Mârza-Dănilă D., (2009), *Relația terapeut-pacient(terapia centrată pe client) curs studii de licență în terapie ocupațională*, Editura Alma Mater, Bacău;
77. McCall, N., Khatutsky, G., Smith, K., Pope, G. (2004), “Estimation of non-response bias in the medicare FFS HOS”, *Health Care Financing Review*, Vol. 25 No. 4, pp. 27-42;
78. Mourali, M., Laroche, M., Pons, F. (2005). *Individualistic Orientation and Consumer Susceptibility to Interpersonal Influence*. *Journal of Services Marketing*, 19, 164-173. <http://dx.doi.org/10.1108/08876040510596849>
79. Mourshed M., Zhao Y.(2012), *Healthcare providers' perception of design factors related to physical environments in hospitals*, *Journal of Environmental Psychology*, Vol. 32, nr. 4, pp. 362–370;
80. Naidu A., *Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality*, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 22 No. 4, 2009, pp. 366-381, Emerald Group Publishing Limited, 0952-6862, DOI 10.1108/09526860910964834

81. Nelson E.C., Batalden P.B. (1993), "*Patient-based quality measurement systems*", *Quality Management in Health Care*, Vol. 2 No. 1, pp. 18-30.
82. Oliver R.L., DeSarbo W.S. (1988), "*Response determinants in satisfaction judgments*", *Journal of Consumer Research*, Vol. 14, pp. 495-507
83. Oliver R.L. (1997), *Satisfaction: A Behavioral Perspective on The Consumer*, Irwin-McGraw-Hill, Boston, MA
84. Olson K. (2006), "*Survey participation, nonresponse bias, measurement error bias, and total bias*", *Public Opinion Quarterly*, Vol. 70 No. 5, pp. 737-58
85. Owusu-Frimpong N., Nwankwo S., Dason B., (2010), "*Measuring service quality and patient satisfaction with access to public and private healthcare delivery*", *International Journal of Public Sector Management*, Vol. 23 Iss: 3 pp. 203- 220
86. Papanikoulau V., Spiridoula N., (2008), *Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care*, *International Journal of Health Care, Quality Assurance* Vol. 21 No. 6, pp. 548-561, www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm
87. Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1985), "*A conceptual model of service quality and its implications for future research*", *Journal of Marketing*, Vol. 49 No. 4, pp. 41-50;
88. Parasuraman,A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1988), "*SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality*", *Journal of Retailing*, Vol. 64 No. 10, pp. 12-40;
89. Parasuraman A., Zeithaml V.A., Berry L.L. (1991), Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale, *Journal of Retailing*, Vol 67, No 4, disponibil la ProQuest Central, pp.420-450;
90. Perwin L.A. (1993), *Personality: Theory and Research*, 6th ed., Wiley, New York, NY.
91. Popa F., Purcărea Th., Purcărea V. L., Rațiu M. (2007), *Marketingul serviciilor de îngrijire a sănătății*, Editura Universitară „Carol Davila” București,
92. Powers T. L., Valentine D. B. (2009), *Response quality in consumer satisfaction research*, *Journal of Consumer Marketing* 26/4 232–240
93. Prutianu Șt., Muntean C., Caluschi C., (2004), *Inteligența Marketing Plus*, ediția a doua, Editua Polirom Iași
94. Plăiaș I. , (1997), *Comportamentul consumatorului*, Editura Intelcredo, Deva
95. Plăiaș I., Pop C. M., Mureșan A., Buiga A., Nistor V., Comiati R. (2008), *Cercetări de marketing*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca.
96. Radoviciu R., Stremțan F. (2009), *Promotion strategies for health-care services*, Conferința internațională - "Integrarea Europeana – noi provocări pentru economia României", ediția a V-a, 29-30 mai, 2009, Oradea, România, <http://steconomiceuoradea.ro/anale/volume/2009/v4-management-and-marketing/168.pdf>
97. Radoviciu R.; Stremțan F. (2010), *Improving communication between doctors and patients*, Conferința internațională - "Integrarea Europeana – noi provocări pentru economia României", ediția a VI-a, 28-29 mai, 2010, Oradea, http://econpapers.repec.org/article/orajournal/v_3a1_3ay_3a2010_3ai_3a2_3ap_3a1137-1140.htm
98. Radoviciu R., *The behavior of healthcare services consumer*, Marketing from information to decision, Cluj Napoca, Editia a 4-a 28-29 octombrie 2011,

<http://www.ceeol.com/aspx/issuedetails.aspx?issueid=48bf4bf2-2455-4041-960e-ec129f0c7fb3&articleId=3a7eee5f-3e19-43e9-b8d8-5c66778b5c8c>

99. Rădulescu V., (2008), *Maketingul serviciilor de sănătate*, Editura Uranus, București

100. Reichheld F., (2006), *The Ultimate Question, driving true profits and good growth*, Harward Business School Publishing;

101. Roshnee R., Fowdar R. (2013), *Assessing the influence of switching barriers on patients' expectations and tolerance zone*, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 26 No. 3, 2013, pp. 236-249, Emerald Group Publishing Limited 0952-6862, DOI 10.1108/09526861311311427

102. Ruben D.-H. , (2015), *A conditional theory of trying*, An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition;

103. Solomon M.R., Stuart E.W. (2005), *Marketing*, 3rd ed., Apogeo, Milano;

104. Schmenner R.W. (1986), "How can service business survive and prosper?", Sloan Management Review, Vol. 27 No. 3, pp. 21-32.

105. Schacter D. L., Gilbert D. T, Wegner D. M, (2011). *Psychology*, Macmillan Higher Education;

106. Sharma R., Sharma M., Sharma R.K., (2011), *The patient satisfaction study in a multispecialty tertiary level hospital*, PGIMER, Chandigarh, India

107. Schulz H. M., (2015), "Reference group influence in consumer role rehearsal narratives", Qualitative Market Research: An International Journal, Vol. 18 Nr. 2, pp.210 – 229;

108. Scridon M., A.,(2012), *Studiu privind valoarea percepută în contextul pieței întreprinderilor mici și mijlocii din România – Teză de doctorat*, FSEGA, Cluj Napoca;

109. Shuttleworth M. (2008)., Definition of research . Experiment Resources. Experiment-Research.com. disponibil la: http://encyclopedia.thefreedictionary.com/Research#cite_note-Shuttleworth-5

110. Spreng, R.A., MacKenzie, S.B., Olshavsky, R.W. (1996), „A reexamination of the determinants of consumer satisfaction”, Journal of Marketing, Vol. 60, July, pp. 15-32

111. Souelem O. (1955). *Mental patients' attitudes toward mental hospitals*, Journal of Clinical Psychology, Vol. 11 No. 2, pp. 181-5.

112. Stelfox H., Gandhi T., Orav E., Gustafson M. (2005), "The relationship of patient satisfaction with complaints against physicians and malpractice lawsuits", American Journal of Medicine, Vol. 118 No. 10, pp. 1126-33.

113. Tahmid N., (2012), *Cultural Influences on Consumer Behaviour*, International Journal of Business and Management, 7.21 pp.78-91;

114. Tett R.P., Jackson, D.N. and Rothstein, M. (1991), "Personality measures as predictors of job performance: a META-analytic review", Personnel Psychology, Vol. 44, pp. 703-34.

115. Thomas R.K. (2005), *Marketing health services*, Health Administration Press, Chicago, AUPHA Press, Arlington, VA;

116. Tomkins S.S. (1963), *Affect, Imagery, Consciousness: Vol. 2. The Negative Affects*, Springer, New York, NY;

117. Tucker J. III și Adams, S.R. (2001), "Incorporating patients' assessments of satisfaction and quality: an integrative model of patients' evaluations of their care", Managing Service Quality, Vol. 11 No. 4, pp. 272-86.

118. Tucker J. (2002), *“The moderators of patient satisfaction”*, Journal of Management in Medicine, Vol. 16 No. 1, pp. 48-66.
119. Türkyilmaz A., Özkan C., (2007), *Development of a customer satisfaction index model: An application to the Turkish mobile phone sector*, Industrial Management & Data Systems , vol 107, nr.5, pp.672-687;
120. Triandis, H. C. (1995). *Self Description and Cultural Values Scale*; Individualism and Collectivism. Westview Press, Boulder, CO.
121. Ugolini M., (2009), *“Can quality become tangible for health service users?”*, The TQM Journal, Vol. 2, 1Iss: 4 pp. 400 – 412, www.emeraldinsight.com/1754-2731.htm
122. Vinagre H., Neves J.,(2010), *Emotional predictors of consumer’s satisfaction with healthcare public services*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 23 No. 2, pp. 209-227
123. Vinagre H., Neves J.,(2008), *The influence of service quality and patients’ emotions on satisfaction*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 21 No. 1, pp. 87-103 Emerald Group Publishing Limited 0952-6862 DOI 10.1108/09526860810841183.
124. Vavra G.T., (1997), *Improving your measurement of customer satisfaction: a guide to creating, conducting and analyzing, and reporting customer satisfaction measurement programs*, Editura ASQ Quality press, Milwaukee, Wisconsin
125. Zaiț D., Zaiț A., *Anticiparea cercetării: alegerea metodologică* (pag. 1-10), Management intercultural, Volumul XI, Numărul 20 / 2009 ISSN 1454-9980
126. Zeithaml V.A., Berry, L.L. Parsuraman A. (1993), *“The nature and determinants of customer expectations of service”*, Journal of the Academy of Marketing Science, Vol. 21 No. 1, pp. 1-12
127. Zineldin M. (2006), *The quality of health care and patient satisfaction An exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 19 No. 1, 2006 pp. 60-92 q Emerald Group Publishing Limited 0952-6862 DOI 10.1108/09526860610642609
128. Zlate M., (2004), *Eul și personalitatea*, ediția a treia, București, Editura Trei;
129. Westbrook R.A., Oliver R.L. (1991), *“The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction”*, Journal of Consumer Research, Vol. 18 No. 1, pp. 84-92.
130. Wilkin D., Hallam L., Doggett M.-A. (1992), *Measures of Need and Outcomes for Primary Health Care*, Oxford Medical Publications, New York, NY.
131. Yadin D. (2002), *The International Dictionary of Marketing: Over 100 professional Terms and Techniques*;
132. York A. S., McCarthy K. A, (2011), *Patient, staff and physician satisfaction: a new model, instrument and their implications*, International Journal of Health Care Quality Assurance Vol. 24 No. 2, 2011 pp. 178-191, Emerald Group Publishing Limited 0952-6862, DOI 10.1108/09526861111105121;
133. Ygge B., Arnetz J., (2001), *Quality of paediatric care: application and validation of an instrument for measuring parent satisfaction with hospital care*. International Journal for Quality in Health Care, 13(1), pp. 33-43;
134. Legea Reformei în sănătate numărul 95/2006;
135. Legea drepturilor pacienților numărul 46/2003;
136. Legea sănătății mintale numărul 600/2004 completarea legii 487/2002;
137. Constituția României din 2003, articolul 34

138. Ordinul nr. 1764 din 22/12/2006, publicat în Monitorul Oficial, Partea I nr. 63 din 26/01/2007
139. http://www.sgg.ro/docs/File/UPP/doc/rapoarte-finale-bm/etapaII/MS_RO_FR%20Health%20Sector_ROM.pdf
140. http://www.healthpowerhouse.com/index.php?option=com_content&archive=news&view=article&id=328%3A&itemid=54&menu=yes
141. <http://www.healthpowerhouse.com/files/Report-EHCI-2012.pdf>
142. <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2012-press-romania.pdf>
143. http://www.csa-isc.ro/files/Buletin%202_2012.pdf
144. www.reformasanatate.ro
145. <http://www.ms.ro/documente>
146. <http://www.ms.gov.ro/upload/Raport%20activitate%20Ministerul%20Sanatatii%202012.pdf>
147. http://www.presidency.ro/static/ordine/COMISIASANATATE/UN_SISTEM_SANITAR_CENTRAT_PE_NEVOILE_CETATEANULUI.pdf
148. Nota de Fundamentare - HG nr.303/23.03.2011 disponibil la: http://arhiva.gov.ro/nota-de-fundamentare-hg-nr-303-23-03-2011__11a112929.html
149. <http://www.art-of-patient-care.com>
150. <http://www.medicalmarketing.ro/articole/1-Medici/21-Consumatorii-sistemului-medical->
151. http://www.ehow.com/about_6552138_marketing-healthcare-services-products.html
152. http://www.ms.ro/documente/Legea%2095%202006_12548_11878.pdf
153. <http://www.ms.ro/upload/Lege%2002%2007%202012.pdf>
154. <http://www.smurd.ro/multimedia/pdf/legislatie/31-03-2010-ordin-1764-2006.pdf>
155. http://arhiva.gov.ro/nota-de-fundamentare-hg-nr-303-23-03-2011__11a112929.html
156. http://discutii.mfinante.ro/static/10/Mfp/pdc/Programconvergenta_ro.pdf
157. <http://www.ms.ro/?pag=19&id=9398>
158. <http://www.ms.ro/?pag=19&id=9393>
159. <http://www.merriam-webster.com/dictionary/consumer>
160. Legea cadru a descentralizării nr. 195/2006, disponibil la http://www.dpfbldrap.ro/legislatie/Legea_195_din_2006.pdf;
161. art. 214 Cod penal, <http://www.codpenal.ro/legislatie/document/lege-301-din-2015-codul-penal-titlu-1-crime-si-delicte-contr-persoanei-1260-63234-pagina-5.html>
162. Legea nr. 100/1998, http://www.cdep.ro/pls/legis/legis_pck.htp_act_text?id=17646
163. http://sebastianpopescumd.blogspot.com/2010_04_25_archive.html