

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Petra Jenšíková

Spokojenost pacientů se zubní péčí v České republice a ve Velké Británii
(srovnání dvou ordinací)

Výzkumná sonda do oblasti spokojenosti pacientů
se zubní péčí v ordinaci TA Dent a Oakdale Dental Practice

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Helena Hnilicová, PhD.

Praha 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou prací vypracovala samostatně a použila v ní pouze literaturu, jiné prameny a zdroje, které jsem uvedla. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 6. května 2013

Petra Jenšíková

Poděkování

Děkuji PhDr. Heleně Hnilicové, PhD. vedoucí diplomové práce, za odborné rady, velmi cenné připomínky a také za její podporu při zpracování této diplomové práce. Rovněž děkuji PhDr. Jiřímu Šafrovi, PhD. za jeho ochotu a čas, který mi věnoval při statistickém zpracování dat v empirické části diplomové práce.

OBSAH

ABSTRAKT.....	7
I. ÚVOD.....	9
II. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
<u>2.1 Zdravotnický systém v České republice.....</u>	<u>11</u>
2.1.1 Semaškův model zdravotnictví - socialistický model.....	12
2.1.2 Ústavy národního zdraví - jejich počáteční stadium.....	13
2.1.2.1 Ústavy národního zdraví v letech 1952-1991 a jejich zánik.....	14
2.1.3 Bismarckův model zdravotnictví - pojišťovací model a jeho podoba v ČR.....	16
2.1.4 Historie zubní péče v ČR.....	18
<u>2.2 Zdravotnický systém ve Velké Británii.....</u>	<u>21</u>
2.2.1 Beveridgeův systém zdravotnictví.....	21
2.2.2 Organizační struktura zdravotnického systému.....	23
2.2.3 Národní zdravotní služba (NHS).....	24
2.2.3.1 “Stará” Národní zdravotní služba (NHS).....	25
2.2.3.2 “Nová” Národní zdravotní služba (NHS).....	27
2.2.4 Zubní péče ve VB	30
<u>2.3 Spokojenost pacientů.....</u>	<u>32</u>
2.3.1 Posuzování kvality péče z pohledu pacienta - proč?.....	32
2.3.2 Spokojenost pacientů vs vstřícnost zdravotnického systému.....	33
2.3.3 Přístupy ke spokojenosti pacientů.....	34
2.3.4 Existující modely spokojenosti.....	37
2.3.5 Determinanty spokojenosti.....	40

III. EMPIRICKÁ ČÁST.....	44
3.1 Výběr dvou zubních ordinací.....	44
3.2 Charakteristika zubních praxí.....	44
3.2.1 Zubní praxe TA Dent.....	44
3.2.2 Zubní praxe Oakdale Dental Practice.....	45
3.3 Cíl výzkumu.....	45
3.4 Metodologie výzkumu.....	45
3.5 Konstrukce, obsah a délka dotazníku.....	46
3.6 Vzorek, distribuce a vyplňování dotazníku, časový plán výzkumu.....	46
3.7 Hodnotící škála.....	47
3.8 Přepis a statistické zpracování dat.....	47
3.9 Výzkumné otázky.....	48
3.10 Obecná hypotéza.....	48
3.11 Pracovní hypotézy.....	48
3.12 Analýza výzkumu.....	48
3.13 Popis vzorku podle pohlaví, věku a vzdělání.....	48
3.14 Oblast interpersonálních vztahů.....	50
3.15 Oblast organizačních a provozních záležitostí.....	61
3.16 Finanční otázka.....	68
3.17 Odborná úroveň.....	76
3.18 Odpovědi na výzkumné otázky a hypotézy.....	86
IV. ZÁVĚR.....	91
LITERATURA.....	93
SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK.....	98
SEZNAM POUŽITÝCH SCHÉMAT.....	99

PŘÍLOHY.....100

ABSTRAKT

Cílem diplomové práce je srovnání spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí ve dvou zubních ordinacích, z nichž jedna je v České republice a druhá v Anglii, a to v kontextu organizace zdravotnictví v obou zemích. První, teoretická část práce se proto zabývá historií a charakteristikou zdravotnických systémů v České republice a ve Velké Británii a popisuje hlavní principy, na kterých dané systémy zdravotnictví stojí. Dále je v teoretické části definován pojem “spokojenost pacienta”, vysvětleny hlavní modely i přístupy ke sledování spokojenosti pacientů a faktory, které spokojenost determinují.

Empirická část diplomové práce představuje kvantitativní výzkum spokojenosti pacientů, který byl realizován na základě dotazníkového šetření, jehož metodologie výzkumu, včetně použitého dotazníku, je popsána a vysvětlena. Výzkum byl zaměřen na čtyři oblasti poskytnuté zubní péče: interpersonální vztahy, provoz ordinace a organizační záležitosti, finanční záležitosti a na odbornou úroveň péče. Podstatnou částí práce je vlastní analýza výsledků výzkumu, která ukázala faktory, které jsou z hlediska spokojenosti pacientů v obou ordinacích, klíčové.

KLÍČOVÁ SLOVA

Spokojenost pacienta, zdravotnický systém, dotazníkové šetření, srovnání dvou zubních ordinací.

ABSTRACT

The main object of this diploma thesis is to compare two dental units from the patient points of view in both countries in the Czech republic and Great Britain. The first part of this thesis is focused on theory, characteristics, structure and history of the health care systems in both countries in the Czech Republic and England. The next part defines the patient satisfaction and determinants of this satisfaction.

The practical part of this thesis is focused on quantitative assessments questionnaire from two dental units. Both dental units are described and the questionnaire structure is defined. The result of this thesis indicates key factors which are important for patients from different cultural and social groups.

KEY WORDS

Patient Satisfaction, Health Care System, Assessment Questionnaire, Comparing Dental Facilities.

I. ÚVOD

Kvalitu zubní péče je možné hodnotit a měřit systémem velmi rozdílných objektivních a subjektivních kritérií. Mezi objektivní kritéria patří plnění standardů zubní péče, plnění tzv. UDA bodů¹ (zejména v případě zubní péče ve Velké Británii) a také zlepšení zdravotního stavu pacienta. Hlavním subjektivním kritériem je spokojenost pacienta. Míra subjektivní spokojenosti může být mnohdy v rozporu s objektivními kritérii hodnocení a bývá hlavním faktorem, který ovlivňuje hodnocení zubní ordinace ze strany pacienta. V rámci subjektivního hodnocení se uplatňuje mnoho rozdílných faktorů. Mezi ty nejdůležitější patří interpersonální vztahy, na jejichž základě má pacient tendence hodnotit kvalitu poskytovaných služeb. Tato oblast zahrnuje přívětivost zdravotnického personálu a způsob komunikace zubního lékaře a zdravotní sestry s pacientem. Kromě interpersonálních vztahů hodnotí pacient subjektivně také odbornou úroveň poskytované péče včetně finanční dostupnosti zubní péče. Celkové hodnocení spokojenosti je tedy jak je vidět především komplexní záležitostí.

Pro zubní ordinaci tak představuje dosažení co nejvyšší úrovně kvality a snaha o její udržení a kontinuální zlepšování primární cíl. Do určité míry hraje také roli také snaha obstát v “konkurenci” s ostatními zubními ordinacemi, což platí zejména ve Velké Británii). Z tohoto hlediska se zdá být jako nejdůležitější aspekt subjektivní spokojenost pacienta s danou zubní ordinací.

Práce sleduje subjektivní spokojenost a kvalitu poskytované zubní péče. K hodnocení kvality poskytnuté zubní péče jsem zvolila metodu kvantitativního výzkumu formou dotazníkového šetření ve dvou zubních ordinacích. Jedná se o českou zubní ordinaci TA Dent a anglickou zubní ordinaci Oakdale Dental Practice. Obě ordinace nabízejí stejnou škálu poskytovaných služeb, ordinace Oakdale Dental Practice se však ve větší míře specializuje na chirurgické výkony. Obě ordinace mají také smlouvu se zdravotními

¹ *Units of Dental Activity* představuje konkrétní skupiny jednotlivých zubních výkonů, které jsou rozděleny do tzv. “bandů”, podle kterých se pacient orientuje. Každý zubní výkon je v příslušné skupině poskytován za danou cenu garantovanou NHS. Ke skupině 1 (Band1) tak například přísluší kontrola, výplň nebo extrakce zubu. Podle UDA bodů se řídí i zubní lékaři, kteří musejí za 1 rok splnit daný počet bodů. Toto nařízení bylo zavedeno od roku 2006 a platí pro všechny anglické zubní lékaře, kteří mají smlouvu s NHS. ([Online] <http://www.jobsfordentists.co.uk/uda.html>)

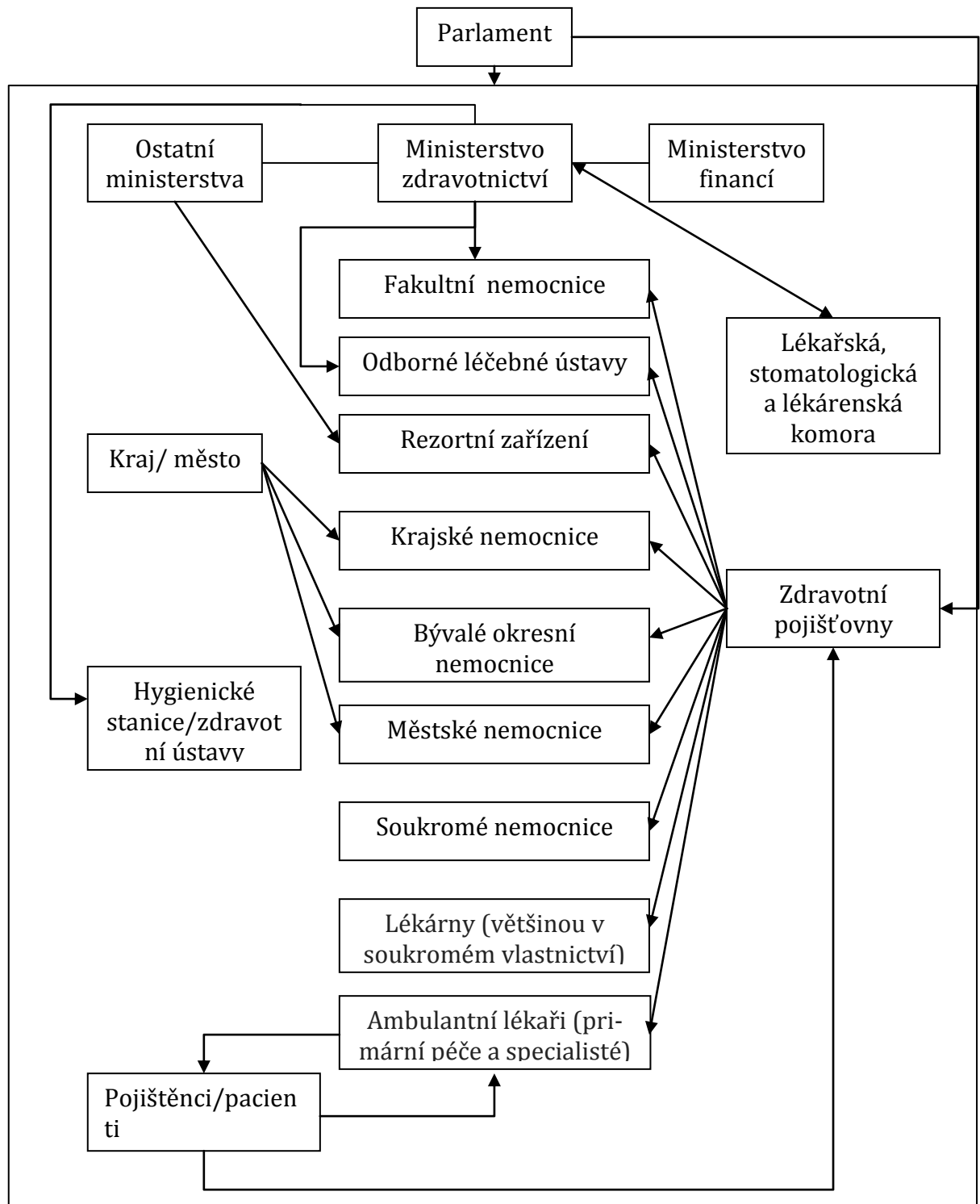
pojišťovny. Práce je zaměřena na srovnání subjektivního hodnocení poskytovaných služeb v již zmíněných ordinacích a na identifikaci a nalezení rozdílů v jejich kvalitě.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část se zabývá charakteristikou zdravotnických systémů v České republice a ve Velké Británii, základními principy těchto systémů s ohledem na organizaci a dostupnost zubní péče v daných zemích a seznamuje s teoretickým rámcem spokojenosti pacientů a hlavními determinantami, které spokojenost pacientů ovlivňují. Empirická část pak představuje popis dotazníku, zpracování a analýzu získaných dat i výsledky a závěry výzkumu.

II. TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Zdravotnický systém v České republice

Schéma č.1: Struktura zdravotnického systému



Zdroj: [Online] www.fbmi.cvut.cz/.../Prednaska_c.1- System_zdravot.

Ministerstvo zdravotnictví představuje centrální úroveň řízení, vytváří strategické záměry, koncepce a zákony, koordinuje celou síť zdravotnických zařízení, léčiva a prostředky zdravotnické techniky (Státní ústav pro kontrolu léčiv), včetně zdravotnického školství a částečně systému dalšího vzdělávání prostřednictvím dvou přímořízených institucí IPVZ v Praze a Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů Brně.

Regionální úroveň řízení a státní správy reprezentují zdravotní referáty krajských úřadů, které zodpovídají zejména za naplňování cílů státní zdravotní politiky, dohlíží na regionální síť zdravotnických zařízení, vytváří koncepce rozvoje a investičního rozvoje v daném regionu, udělují registrace k poskytování zdravotnické péče a zajišťují zdravotní péče ve veřejném zájmu, zejména pak zdravotnickou záchrannou službu.

2.1.1 Semaškův model zdravotnictví

Zdravotnický systém Československa a od roku 1992 českého státu prošel v poválečné době několikrát zásadní reformou, která vždy znamenala výraznou změnu oproti stavu, který existoval předtím. S jistým zjednodušením lze uzavřít, že současná podoba českého zdravotnictví tak stojí na základech dvou velmi odlišných modelů zdravotnictví. Po roce 1948 se v bývalém Československu postupně prosadil tzv. Semaškův model státního (socialistického) zdravotnictví, který byl po politických změnách v devadesátých letech dvacátého století nahrazen tzv. Bismarckovým modelem veřejného zdravotního pojištění, fungujícím až do dnešní doby. Nicméně, stávající struktura českého zdravotnictví, zejména její lůžková část je i přes tuto rozsáhlou a principiální reformu, stále do jisté míry ovlivněna zdravotnickou infrastrukturou vybudovanou během 40ti let státního zdravotnictví.

Tvůrcem Semaškova modelu zdravotnictví byl první lidový komisař pro zdravotnictví v sovětském Rusku po roce 1917 N.A. Semaško. Jeho model státního zdravotnictví fungoval už před II. světovou válkou. Semaško se stal spolutvůrcem jednotného a centrálně řízeného státního zdravotnictví, které bylo po II. světové válce postupně zavedeno ve všech zemích střední a východní Evropy a také v Československu, kde přetrvával až do počátku 90. let 20. století. Po rozpadu SSSR došlo postupně ve všech zemích bývalého “sovětského bloku” k reformám v oblasti zdravotnictví, což znamenalo současně také konec centrálně řízeného státního zdravotnictví ve střední a východní Evropě.

Charakteristickými znaky Semaškova modelu, tak jak byl uplatňován v Československu, bylo:

- a) všechna zdravotnická zařízení byla majetkem státu;
- b) zdravotnictví bylo financováno z příjmu státu prostřednictvím státního rozpočtu;
- c) zdravotnictví se považovalo za odvětví národního hospodářství a bylo centrálně plánováno;
- d) zdravotnické služby byly poskytovány „bezplatně“ s výjimkou poplatku za recept ve výši 1 Kčs a spoluúčasti na určitou část zubní péče;
- e) zdravotničtí pracovníci byli státní zaměstnanci a byli placeni formou mzdy;
- f) zdravotnictví bylo pokládáno za neproduktivní odvětví, následkem toho pak byla nízká ekonomická priorita;
- g) bylo typické pro bývalé socialistické země.

(*Semaškův model zdravotnictví* [Online] http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf)

2.1.2 Ústavy národního zdraví – jejich počáteční stadium

Ústavy národního zdraví představovaly v systému československé veřejné správy instituce, které byly zřízeny na úseku zdravotnictví národními výbory. Tato zařízení poskytovala zpočátku pouze poradenskou zdravotní péči a poté se jejich charakter přeměnil na instituce, která sdružovala zdravotnická zařízení v daném správním obvodu (okrese, kraji).

Prvotním úkolem Ústavů národního zdraví bylo poskytování poradenské zdravotní péče. Jejich cílem bylo odborné vyšetřování a sledování zdravotního stavu občanů a sociálně zdravotních podmínek jejich života. Další důležitou oblastí byl pro Ústavy národního zdraví boj proti vzniku, rozšiřování a následkům chorob. Ústavy národního zdraví se dále dělily na ústředí, pobočky a místní poradny. Ústředí a pobočky se pak ještě dělily na zdravotní poradny a oddělení.

Poradenskou zdravotní péči organizovala a prováděla státní zdravotní správa, spolu s nositeli sociálního pojištění a za pomoci okresních a zemských koordinačních orgánů. Poradenská péče byla poskytována na základě jednotného plánu zdravotní péče, který vydávalo ministerstvem zdravotnictví v dohodě s ministerstvem sociální péče a vypracovaného zvláštním koordinačním orgánem při ministerstvu zdravotnictví. Tyto koordinační orgány byly zřízeny vládním nařízením.

(*Ústavy národního zdraví* [Online] [://cs.wikipedia.org/wiki/Ústavy](https://cs.wikipedia.org/wiki/Ústavy))

Je pozoruhodné (a dnes již zapomenuto), že ve svém počátečním stadiu byly Ústavy národního zdraví koncepčně zaměřeny především na sledování sociálně ekonomických a behaviorálních determinant zdraví a jejich ovlivňování, což je zcela v souladu se současnými trendy v péči o zdraví, zdůrazňující význam celospolečensky pojaté podpory zdraví.

2.1.2.1 Ústavy národního zdraví v letech 1952 – 1991 a jejich zánik

Novou úlohu získaly Ústavy národního zdraví v roce 1951, kdy se staly výkonnými orgány národních výborů. Jejich úkolem bylo plánování, organizování a řízení jednotné preventivní a léčebné péče v daném správním obvodě.

Stát měl za úkol poskytovat zdravotní preventivní a léčebnou péči jednotně tak, aby zabezpečil soustavnou a kvalitní péči o člověka. Tato péče byla zaměřena zejména na pracující obyvatelstvo a na zajištění zdravého rozvoje nové generace. Jednotná preventivní a léčebná péče zahrnovala preventivní péči, ošetřování v nemoci a při úrazu, pomoc v mateřství, zubní péči, pomoc při zmrzačení, zohyždění a tělesných vadách, pomoc při neplodnosti a rehabilitaci. Součástí preventivní a léčebné péče bylo poskytování léků a léčebných a ortopedických pomůcek. V rámci preventivní a léčebné péče se také rozhodovalo o pracovní schopnosti. Jednotnou léčebnou a preventivní péči plánovalo, organizovalo, řídilo a kontrolovalo ministerstvo zdravotnictví a výkonné orgány národních výborů ("orgány státní zdravotní správy"). Významnou roli zejména v kontrolní činnosti hrály tehdejší odbory (ROH - Revoluční odborové hnutí) jakožto představitelé pracující veřejnosti.

Orgány státní zdravotní správy a zaměstnanci v zařízeních preventivní a léčebné péče měli za úkol zvyšovat zdravotní úroveň obyvatelstva v souladu s poznatky vědy. Představitelé státní správy disponovali rozsáhlými pravomocemi a byli oprávněni činit všechna potřebná zdravotní opatření. Mohli zejména nařídit:

- a) povinné zdravotní prohlídky obyvatelstva a diagnostické zkoušky;
- b) povinné hlášení určitých nemocí nebo jiných skutečností významných z hlediska

zajištění preventivní a léčebné péče;

c) provádění hromadných preventivních a léčebných opatření spolu s protiepidemickými opatřeními;

d) povinné léčení určitých nemocí.

Stát poskytoval bezplatnou preventivní a léčebnou péči těmto skupinám obyvatelstva:

a) zaměstnancům a jejich rodinným příslušníkům;

b) členům výrobních družstev a jejich rodinným příslušníkům;

c) důchodcům a jejich rodinným příslušníkům;

d) všem dětem ve věku do 15 let;

e) všem ženám, pokud šlo o péči poskytovanou v souvislosti s porodem;

f) členům jednotných zemědělských družstev a jejich rodinným příslušníkům;

g) členům jednotných zemědělských družstev a jejich rodinným příslušníkům, pokud tato družstva neuzavřela smlouvu o nemocenském pojištění, a jednotlivě hospodařícím rolníkům, spolupracujícím členům jejich rodin a rodinným příslušníkům, a pracovníkům, kteří vykonávali jen příležitostné zaměstnání, při pracovním úrazu (nemoci z povolání);

h) všem občanům, pokud šlo o preventivní péči, o léčení aktivní tuberkulózy a pohlavních nemocí a o určité služby při ostatních přenosných nemocech.

Ministerstvo zdravotnictví pak mohlo v dohodě se zúčastněnými ústředními orgány rozšířit rozsah preventivní a léčebné péče a okruh osob, jimž se tato péče poskytovala bezplatně, a mohlo také upravit způsob řízení ve věcech preventivní a léčebné péče a stanovit, kdy se poskytuje náhrada cestovních a jiných výdajů vzniklých při poskytování této péče a kdy a v jaké výši se na určité služby připlácí.

Poskytování základní preventivní a léčebné péče bylo organizováno podle zdravotních obvodů, jejichž vymezení prováděly národní výbory podle směrnic ministerstva zdravotnictví. Neexistovala svobodná volba lékařů ani nemocnic. Občané museli čerpat zdravotní péči ve svých obvodech a v místně příslušných spádových nemocnicích. Centrálně řízené a výhradně státní zdravotnictví fungovalo podle uvedených principů čtyři desetiletí.

Až nové společenské poměry po sametové revoluci otevřely dveře vzniku samostatných zdravotnických zařízení s právní subjektivitou a ukončení činnosti Ústavů národního zdraví. Roku 1990 se Ústavy národního zdraví staly nejdříve organizacemi okresních úřadů. Vyhláška ministerstva zdravotnictví České republiky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi, s účinností od 1991 stanovila, že právní subjektivita u vyjmenovaných zdravotnických zařízení bude napříště pravidlem. Ústavy národního zdraví zanikly dovršením delimitace, která se uskutečnila v druhém pololetí roku 1991; delimitovali se jak zaměstnanci, tak majetek spravovaný Ústavy národního zdraví.

(Ústavy národního zdraví [Online]://cs.wikipedia.org/wiki/Ústavy)

Mezi výhody centralizovaného zdravotnického systému patřila velmi dobrá dostupnost zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo. Zdravotnické služby byly poskytovány “bezplatně”, avšak jejich úroveň dosahovala diskutabilních výsledků a s postupem času měla degresivní charakter, který způsobilo neefektivní čerpání prostředků, jejich neprůhledným rozdělováním a v neposlední řadě vznikem značné byrokracie. Zdravotnictví bylo celkově pokládáno za neproduktivní odvětví, což mělo za následek jeho nízkou prioritu a nedostatek financí. Celkové náklady na zdravotnictví byly nízké a dosahovaly okolo 3 - 4% HDP.

2.1.3 Bismarckův model zdravotnictví - pojišťovací model a jeho podoba v ČR

Bismarckův model zdravotnictví byl vytvořen a realizován v průmyslovém Prusku a následně pak i v zemích Rakouska - Uherska v letech 1883 - 1889 tehdejším kancléřem Otto von Bismarckem. Do období II. světové války fungoval prakticky ve všech vyspělejších západoevropských zemích. Bismarckův model zdravotnictví je v současnosti uplatňován například v německy mluvících zemích, Francii, Beneluxu, Polsku nebo Slovensku.

Tento model zdravotnictví je založen na povinném zákonném veřejném pojištění, což znamená, že obyvatelé vytvářejí na základě zákonně stanovených pravidel veřejné fondy, do kterých odvádějí příspěvky, které jsou určeny na sociální a zdravotní potřeby. Tyto fondy jsou spravovány zdravotními pojišťovnami. Veřejné zdravotní pojištění vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení zdravotního rizika všemi občany. Každý

občan platí zdravotní pojištění v závislosti na výši svého příjmu a dostává se mu tak zdravotní péče podle jeho potřeb.

Charakteristickými znaky Bismarckova modelu je:

a) zdravotní péče je hrazena z fondů zdravotního pojištění, což jsou příspěvky zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu (stát platí za ty, kteří nemohou platit, těmi jsou důchodci, studenti a ženy na mateřské dovolené);

b) obyvatelé jsou pojištěni u některé z pojišťoven, u které se registrují, pojišťovny představují nestátní organizace, které spravují pojišťovací fondy;

c) ambulantní zdravotnické služby vykonávají soukromí lékaři na základě smluv se zdravotními pojišťovnami, ambulantní lékaři jsou následně ohodnocováni kapítací nebo podle provedeného výkonů;

d) nemocnice jsou v převážné míře veřejné nebo soukromé a jsou založené na neziskovém principu, pouze menší část nemocnic má komerční charakter, fakultní nemocnice zřizuje stát;

e) přímé platby obyvatel nepřekračují 15%, jedná se o příplatky za léky, stomatologické služby, pomůcky nebo pobyt v nemocnici;

f) účast státu je legislativní v rámci finančního usměrňování zdravotní pojišťovny, při kontrole a dalších veřejně zdravotnických činnostech;

g) konkrétní formy tohoto systému jsou v různých státech odlišné.

Mezi hlavní výhody zdravotního systému založeného na veřejném zdravotním pojištění patří vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele (a to i pro nemajetné). Systém současně představuje dostatečnou nabídku zdravotních služeb. Do tohoto systému také proudí značné množství finančních prostředků, což umožňuje financovat nákladnější projekty. Dalším pozitivem je relativně hustá síť zdravotnických zařízení a dobrá návaznost zdravotních služeb. Výhodou je také to, že je kladen velký důraz na preventivní péči. Mezi nevýhody lze naopak počítat vysokou nákladnost na

administrativní činnosti a značnou spotřebu prostředků zdravotními pojišťovny.
(Suchánková, 2012; Eim, 2008)

2.1.4 Historie zubní péče v ČR

Tak jako veškerá zdravotnická péče, probíhala zpočátku i zubní péče v souladu s vývojem společenského zřízení na soukromopodnikatelské bázi. Zubní péče byla věcí jednotlivce nebo jeho rodiny. Zubní péči zajišťovali lékaři a zubní technici v soukromých ordinacích.

Teprve po roce 1918 začaly některé nemocenské pojišťovny budovat síť stomatologických zařízení pro ošetřování zubů pojištěnců. Tato zdravotnická zařízení měla převážně léčebný charakter, přesto však představovala alespoň o něco lepší dostupnost pro určité skupiny pracujících, i když větší část zubní péče byla stále zajišťována v soukromých ordinacích. K většímu nárůstu sítě zubních zařízení nemocenských pojišťoven docházelo po roce 1945.

Zásadní změnu v péči o zdraví obyvatelstva přinesl rok 1948, kdy bylo zakotveno v ústavě právo občanů na ochranu a zdraví a současně byl schválen a vydán zákon o národním pojištění, které garantovalo všemu pojištěnému obyvatelstvu jednotnou zubní péči.

Další rozvoj zubní péče umožnil zákon o jednotné preventivní a léčebné péči roku 1951. Základním článkem zdravotnické péče se stal zdravotnický obvod s obvodním způsobem práce. Sjednotila se také ambulantní a lůžková, preventivní i léčebná péče a vznikla jednotná soustava zdravotnických zařízení, která garantovala většině obyvatel bezplatnou zubní péči.

Významnou roli ve vývoji zubní péče sehrálo v 50. letech Usnesení o opatřeních k dalšímu rozvoji československého zdravotnictví, které zdůraznilo nutnost preventivního zameření a tím nastartovalo zaměření zubní péče na prevenci a systematické ošetřování zubů u mladé generace. V roce 1956 se stala zubní péče povinná pro děti a dorost na základě opatření “O prohloubení péče a chrup dětí”.

V rámci rozvoje zubní péče bylo důležité usnesení vlády z roku 1964 “O situaci v péči o chrup a opatřeních k jejímu zlepšení”. Toto usnesení řešilo komplexně celou stomatologickou problematiku včetně organizačního, personálního i materiálně

technického zabezpečení celého oboru. Ve stejném roce bylo vydáno další usnesení vlády, které bylo základnou pro rozvoj stomatologie jako samostatného oboru. Důraz byl kladen mimojiné na rozšiřování preventivních opatření, zavádění léčebných metod v souladu s výsledky vědy a výzkumu, zdůrazňoval péči o mladou generaci a stanovoval zásady bezplatné péče.

Právo na péči o zdraví patřilo k základním občanským právům zaručeným ústavou ČSSR. Zdravotnictví bylo řízeno a organizováno orgány státní moci a správy. Stát tedy zajišťoval i veškerý rozsah potřebné zubní péče. Ze státního charakteru zdravotnictví vyplývalo i plánování zubní péče. Plánoval se počet stomatologických pracovišť a to na úrovni krajů, okresů i jednotlivých zdravotnických zařízení. (Mareš, 1986)

Schéma č. 2: Přehled vývoje zubní péče

Období	Finanční úhrada	Rozsah péče	Hlavní zaměření léčby
do konce min. st.	zcela pacienti	prakticky zanedbatelný	ojedinělé extrakce
do roku 1912	a) zcela pacienti (v soukromých ordinacích) b) v rámci nemocenského pojištění (v omezeném rozsahu)	velmi omezený	extrakce
do roku 1948	a) zcela pacienti (v soukromých ordinacích) b) v rámci nemocenského pojištění v různém rozsahu podle typu pojišťoven (nižší pro méně placené zaměstnance, vyšší pro výše placené zaměstnance)	ve městě větší rozsah, na venkově menší rozsah (záleželo na síti soukromých ordinací a ambulatorií nemocenských pojišťoven)	extrakce, výplně, protetické náhrady (provedení podle typu pojišťoven)
1948	a) větší část národním pojištěním, vydání zákona o národním pojištění vedlo ke sjednocení různých typů pojišťoven, úhrady a nárok na ně se staly stejné pro všechno pojištěné obyvatelstvo (cca 50% obyvatel)	dtto- síť ambulatorií začala vzrústat	všechny léčebné výkony včetně protetiky a ortodontie

	b) část služeb placena ještě zcela pacienti v rámci soukromých ordinací		
do roku 1953	a) v rámci národního pojištění (počet pojištěných obyvatel cca 75%) b) zcela pacienti – v malém rozsahu (v rámci soukromých ordinací)	- stoupající rozsah zejména na venkově (podstatné rozšíření sítě ambulatorií) - péče o chrup dětí organizována jako kolektivní systematická péče s povinnými zubními prohlídkami 2krát ve školním roce a následným ošetřením dítěte bez přítomnosti rodičů (od roku 1953)	všechny stomatologické výkony ambulantní a začátky ošetřování stomatologických pacientů v lůžkových stomatologických zařízeních
do roku 1966	a) v rámci národního pojištění (cca 95% obyvatel) b) vyjimečně zcela pacienti (v rámci soukromých ordinací)	a) zhruba 35-40% veškerého obyvatelstva ročně vyžaduje stomatologickou pomoc b) všechny děti 5-15 let (systematicky 1/3 dorostu do 18 let)	veškeré stomatologické výkony ambulantní a lůžkové, důraz na prevenci, dispenzární péče o mladou generaci v plném rozsahu.
1966	bezplatně pro veškeré občany podle zákona č. 20/1966 Sb.		
Po roce 1989	a) plná privatizace ambulantní sféry v terénu se zrušením aktivní dispenzarizace obyvatelstva	- každý pacient je sám zodpovědný za stav svého chrupu, v	

	b) zubní ošetření a vyšetření jsou hrazeny částečně z všeobecného pojištění obyvatelstva	souvislosti se zrušením dispenzarizace obyvatelstva nastává eliminace preventivních prohlídek - zrušeny povinné zubní prohlídky pro děti	
--	--	---	--

Zdroj: *Sociální lékařství a organizace zdravotnictví pro studující stomatologie, 1986, s. 53.*

2.2 Zdravotnický systém ve Velké Británii

Spojené království Velké Británie a Severního Irska se skládá ze zemí Anglie, Skotska, Walesu a Severního Irska. Zdravotnický systém není v rámci Spojeného království zcela jednotný, i když má mnoho společných prvků a základů, na kterých stojí a funguje. Následující kapitoly se týkají převážně systému zdravotnictví ve Velké Británii (i když tím mám na mysli oblast celého Spojeného království) s ohledem na zdravotnické služby v Anglii, které mne zajímají především z toho důvodu, že zde provádím svůj výzkum.

2.2.1 Beveridgeův model zdravotnictví

Beveridgeův model zdravotnictví představuje další z historických základů moderních zdravotnických systémů. Reprezentantem tohoto modelu zdravotnictví je ve Velké Británii Národní zdravotní služba (*National Health System*, dále NHS). Tento model byl postupně rozpracováván po II. světové válce a jeho základy položil lord Beveridge tzv. zprávou *The Beveridge Report*, která byla publikována v roce 1942. Podle této zprávy měl být vybudován systém komplexní zdravotní péče, která by byla dostupná pro veškeré obyvatelstvo.

Zpráva formulovala tři hlavní cíle:

- 1) garance každému občanovi rovných příležitostí v oblasti lékařské péče nehledě na věk, pohlaví, zaměstnání a finanční prostředky;
- 2) poskytování komplexní péče, která by v sobě zahrnovala všechny aspekty preventivní a léčebné péče
- 3) a oddělit od sebe poskytování zdravotní péče a otázku finančních prostředků.

System byl založen na odvádění části finančních příjmů obyvatel státu do státního rozpočtu na financování zdravotní péče v rámci daňového zatížení. Ze státního rozpočtu je pak v systému státní Národní zdravotní služby financována zdravotní péče.

Beveridgeův model zdravotnictví má tedy několik hlavních principů:

- a) zajišťuje zdravotní pojištění pro všechny obyvatele bez ohledu na jejich platební možnosti;
- b) zdravotní pojištění je financováno z převážné části z daní;
- c) hraje zde významnou roli stát;
- d) součástí nemocnic je většina ambulantních specializovaných zařízení, laboratoří a RTG pracovišť;
- e) součástí Národní zdravotní služby je také většina nemocnic;
- f) do soukromé sféry spadají ordinace praktických lékařů, zubařů, lékarny, ordinace specialistů a zařízení ošetrovatelské péče;
- g) lékaři v nemocnicích jsou odměňováni platem, primární zdravotní služby kapitací za registrovaného občana nebo platbou za výkon
- h) a více než 90% výdajů na zdravotní péči je hrazeno z veřejných prostředků.

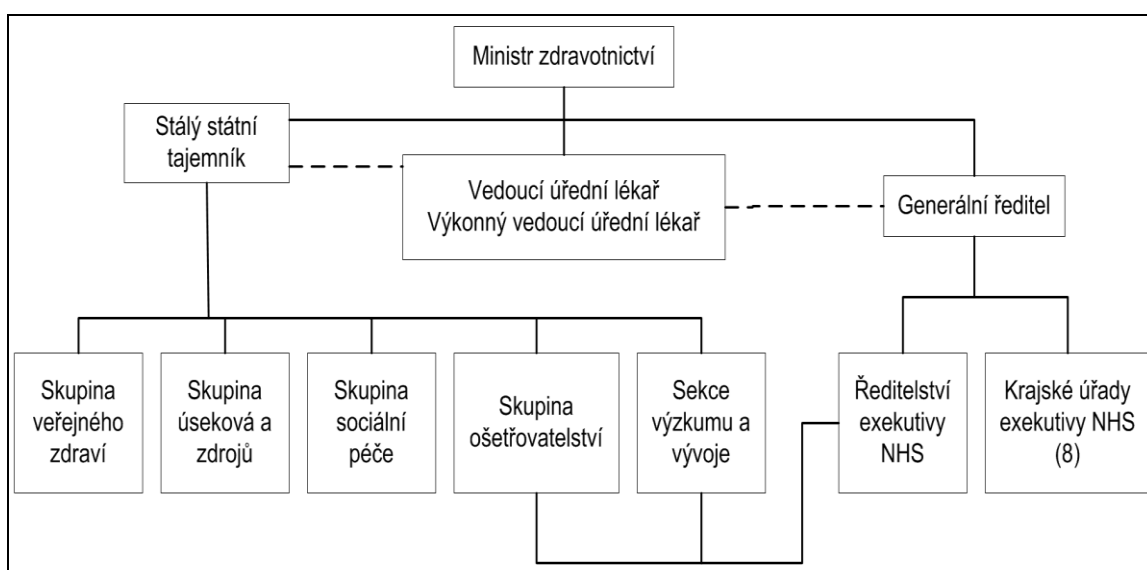
Národní zdravotní služba začala fungovat v roce 1948 přijetím konečné verze reformy v roce 1946 v Zákoně o Národní zdravotní službě. Velká Británie tak v rámci západní Evropy byla první zemí, která umožnila všem lidem bezplatný přístup k celkové zdravotní péči.

2.2.2 Organizační struktura zdravotnického systému

Struktura zdravotnického systému prochází ve Velké Británii organizačními změnami od roku 1997, kdy byla zvolena labouristická vláda. Labouristé představili své plány s NHS v tzv. Bílé knize pojmenované *Nová NHS, moderní, spolehlivá*.

Cílem tohoto plánu bylo stavět na některých úspěšných krocích reformního programu předešlé konzervativní vlády a současně nahradit některé jeho důležité prvky.

Schéma č. 3: Struktura ministerstva zdravotnictví



Zdroj: *Health Care Systems in Transitions Velká Británie 1999*.

Převzato z: *Department of Health (1998) The Government Expenditure Plans 1998 – 1999. Departmental Report. Cm 3912. London. The Stationery Office p102.*

Poznámka: Agentury ministerstva a neministerské veřejné instituce nejsou vyobrazeny.

Za zdravotnické a sociální osobní služby je odpovědné ministerstvo zdravotnictví pod vedením ministra zdravotnictví ve spolupráci s týmem pěti ministerských spolupracovníků. Státní tajemníci pro jednotlivé země Spojeného království mají vlastní oddělené odpovědnosti. Hlavní odpovědnost za NHS nese také ministerstvo zdravotnictví, které také současně určuje celkovou orientaci zdravotní politiky spolu s politikou veřejného zdraví, a politik týkajících se vlivu životního prostředí a stravování na zdraví.

Úřad Hlavního úředního lékaře nese odpovědnost za podávání informací celému úřadu. Jednotlivé skupiny a sekce úřadu jako je Skupina veřejného zdraví, Skupina sociální péče, Skupina ošetřovatelství a Sekce výzkumu a vývoje mají specifickou profesní odpovědnost. Představitelem NHS (*NHS Executive*) je výkonný ředitel nesoucí odpovědnost za řídicí funkce v rámci NHS. Výkonné složky NHS podporují ministry v oblasti rozvoje zdravotních politik a odpovídají za efektivní řízení a využívání zdrojů. Specifickou odpovědnost za veřejné zdraví nese státní tajemník, jehož oblastí je monitoring a strategie veřejného zdraví, podpora zdraví, nakažlivých nemocí (které spadají do ohlašovací povinnosti), plánování rodiny a bezpečnosti potravy. Sekce výzkumu a vývoje ministerstva zdravotnictví má na starosti výzkumné a vývojové programy mající vliv na NHS. (IZPE, 2004)

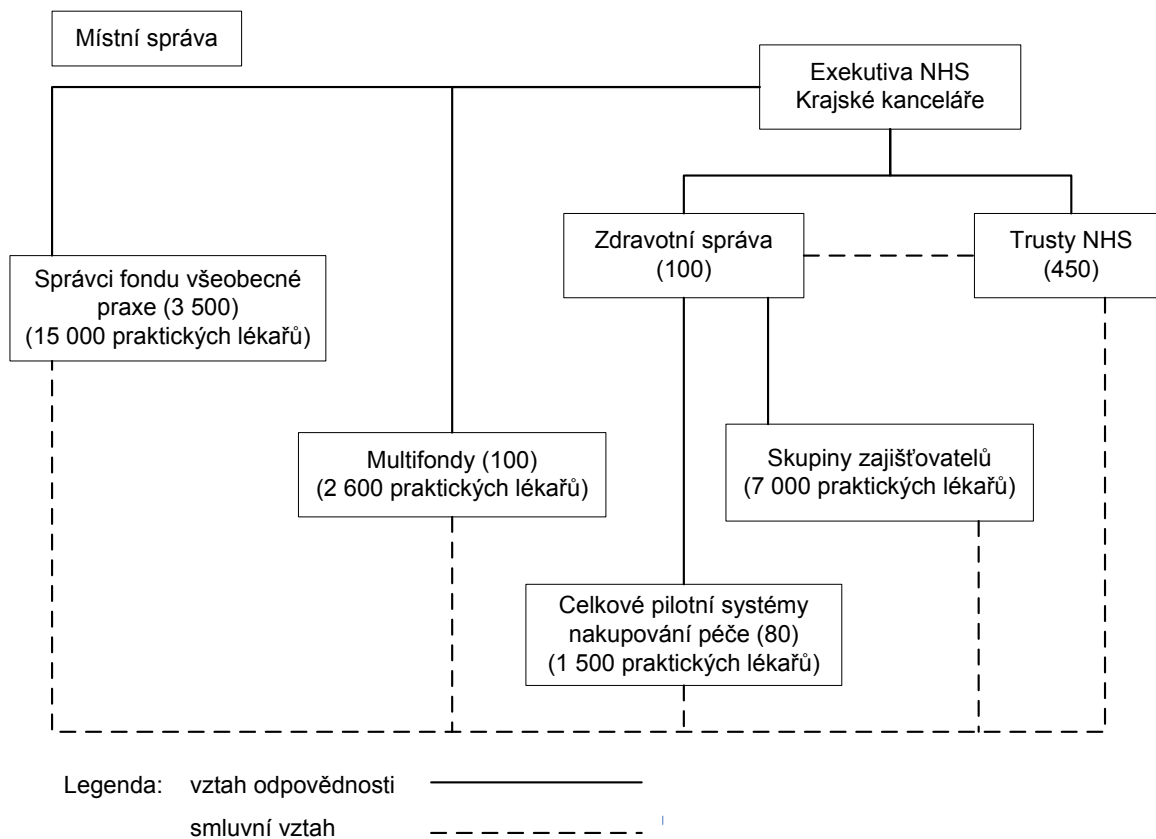
2.2.3 Národní zdravotní služba (NHS)

Zdravotnický systém ve Velké Británii patří mezi jeden z nejvíce demokratizovaných a socializovaných systémů, které se vyvinuly v kapitalistické zemi a udržely se až do dnešní doby (viz dále výzkum). Jak bylo zmíněno již výše, Britská Národní zdravotní služba začala fungovat v roce 1948 a postupně se stala modelem organizace a financování zdravotní péče pro mnohé země (částečně Československo, severské země, Kanada). Za období své existence prodělala NHS několik významných reforem. (Křížová, 1998)

Robinson a kol. rozdělují strukturu Národní zdravotní služby na “starou” NHS a “novou” NHS.

2.2.3.1 “Stará” Národní zdravotní služba (NHS)

Schéma č.4: Struktura “staré” NHS



Zdroj: *Health Care Systems in Transitions. United Kingdom. 1999. s16.*

Převzato z: *Department of Health (1998) The Government Expenditure Plans 1998 – 1999. Departmental Report. Cm 3912. London. The Stationery Office p103.*

Podoba struktury staré NHS je z období po reformách z roku 1991. Účelem souvisejících opatření bylo zvýšení výkonnosti, kvality a umožnění volby prostřednictvím decentralizovaných mechanismů založených na volném trhu. Opatření znamenala posun od hierarchicky, nebo vertikálně integrovaných forem organizace k modelům založeným na oddělení nákupčího a poskytovatele a na smluvním vztahu. Stupeň autonomie vztahů byl přísně omezený, protože nákupčí a poskytovatelé byli zodpovědni místním pobočkám vedení NHS (*NHS Executive*), jejichž úřady fungovaly na tvrdém řídicím systému.

Tuto strukturu představují čtyři hlavní prvky, kterými jsou krajská zdravotní správa, obvodní zdravotní správa, Správci fondů všeobecné praxe a Trusty NHS.

V době reformy v roce 1991 existovalo 14 krajských zdravotních správ (*Regional Health Authorities*). Jejich úkolem bylo plnit celou škálu monitorovacích a výkonných organizačních funkcí pro vedení NHS (*NHS Executive*). Každá okresní zdravotní správa pak měla smlouvu s krajským úřadem o úkolech, které měly být v následujícím roce splněny, a zároveň odpovídala kraji za obsah své aktuální činnosti. Trusty NHS odpovídaly za své fungování podobným způsobem úředníkům v daném kraji.

Roku 1990 byly odděleny odpovědnost za poskytování zdravotnických služeb v NHS a odpovědnost za jejich nákup nebo zajišťování. Hlavní nákupčí funkci měly v této oblasti právě okresní zdravotní správy, které představovaly korporativní organizace fungující pod vedením předsedy jmenovaného ministrem a výborem sestávajícího z výkonných a nevýkonných ředitelů. Každá zdravotní okresní správa měla za úkol ohodnotit potřeby zdravotní péče místního obyvatelstva a zajistit od poskytovatelů odpovídající rozsah služeb. Každá okresní zdravotní správa měla oddělení veřejného zdraví, které provádělo ohodnocení potřeb. Od roku 1991 navíc okresní zdravotní správy odpovídají za nemocniční služby (zde je třeba rozlišovat mezi primární péčí a nemocničními službami).

V roce 1991 zastávaly okresní zdravotní správy nákupčí funkci a bylo zavedeno 294 schémat správy fondů všeobecné praxe. V rámci schématu byl vybrán praxím praktických lékařů přidělen rozpočet, ze kterého mohli nakoupit u sebe registrovaných pacientů celou škálu diagnostických a volitelných zákroků. Zákroky, které byly kryté tímto schématem následně narůstaly a správy fondů tak postupně narůstaly. Multifondy pak představují konkrétní variantu správních fondů, které se sloučily do konsorcií několika praxí za účelem snížení nákladů na řízení. Pilotní místa nakupování péče pak představovala místa, kde sídlili praktičtí lékaři a která pokrývala určité množství populace. Pro registrované pacienty zde byla možnost nakupovat potenciálně všechny nemocniční a komunitní služby.

Skupiny zjišťovatelů tvořili lékaři, kteří nesouhlasili v zásadě s nárůstem správy fondů všeobecné praxe, multifondů a pilotních míst nakupování péče. Tyto skupiny praktických lékařů nespravovaly žádné fondy. Trusty NHS byly složeny z výkonných a nevýkonných členů a očekávalo se od nich, že budou soupeřit o smlouvy na poskytování zdravotnických služeb od zdravotních správ a praktických lékařů. Statut trustu měly do roku 1998 všechny

akutní nemocnice, poskytovatelé komunitních zdravotnických služeb a ambulantní služby. (Haubertová, IZPE, 2004)

2.2.3.2 “Nová” Národní zdravotní služba (NHS)

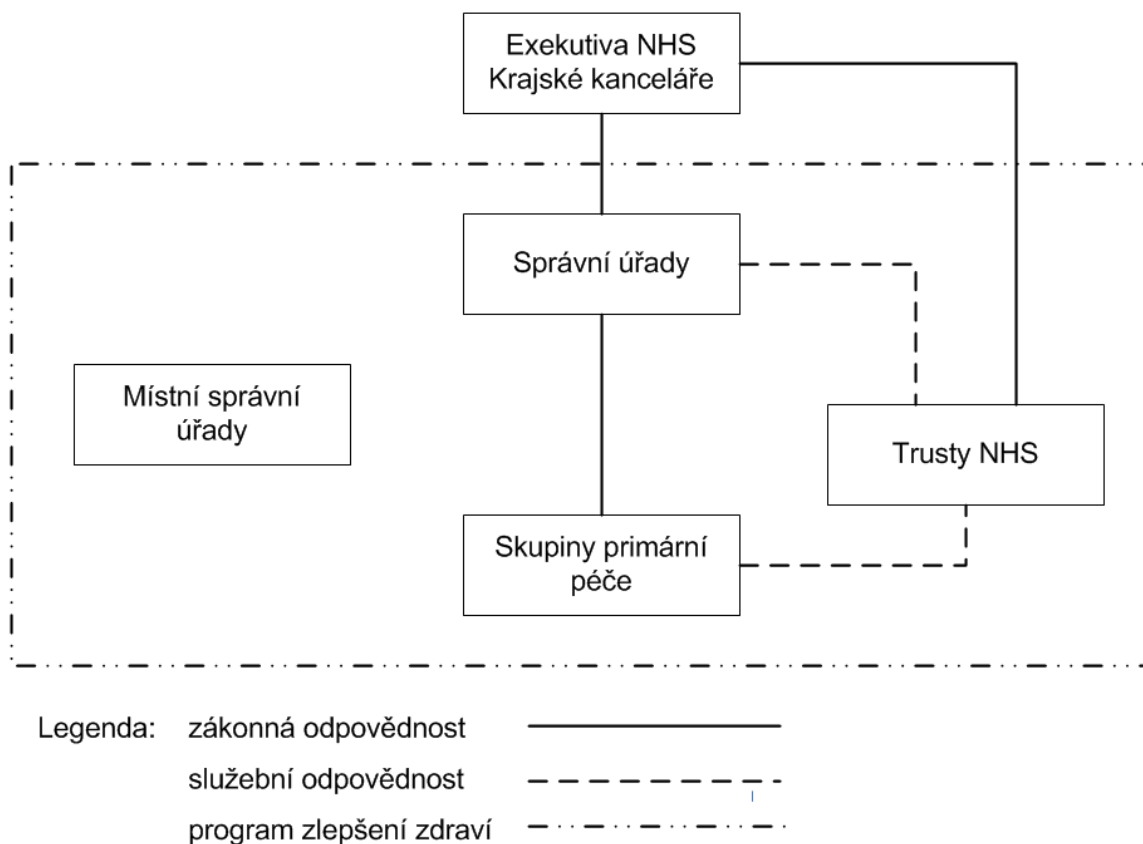
Struktura zdravotnického systému ve Velké Británii prodělala od roku 1997 určité organizační změny, které byly představeny v tzv. Bílé knize pod názvem *Nová NHS, moderní, spolehlivá*.

Novým plánem bylo nahradit konkurenci v rámci vnitřního trhu systémem, který by byl založený na spolupráci a partnerství mezi agenturami odpovědnými za zdravotnictví a sociální péči.

Mezi hlavní změny patřilo:

- 1) Správy fondů všeobecné praxe a jeho varianty byly zrušeny, vystřídaly je skupiny primární péče (*Primary Care Groups*), které představovaly seskupení praxí praktických lékařů v rámci geograficky vymezené oblasti, pod kterou spadali všichni praktičtí lékaři. Tyto modely primární péče jsou mnohem větší než předcházející modely primární péče.
- 2) Trusty NHS jsou sice i nadále odpovědné za poskytování služeb, avšak jejich krátkodobé smluvní vztahy s nákupčími byly nahrazeny dlouhodobým zajištěním služeb. Dále byl kladen větší důraz na spolupráci mezi zajišťovateli a poskytovateli, oproti tržní konkurenci, která byla uplatňována v předchozím systému.
- 3) Okresní zdravotní správy jsou nazývány zdravotní správy (*Health Authorities*). Jejich úkolem je strategické plánování v souvislosti s tím, jak skupiny primární péče přebírají větší odpovědnost za zajišťování služeb. Zdravotní správy jsou také odpovědné za návrh plánů pro zlepšení zdravotní péče ve své lokalitě ve spolupráci se skupinami primární péče, trusty a místními správními úřady.

Schéma č.5: Struktura “nové” NHS



Zdroj: Haubertová, IZPE, 2004.

Ministerstvo zdravotnictví představuje nejvyšší vládní orgán v celé struktuře. Ministerstvo zdravotnictví je současně přímo odpovědné za utváření zdravotní politiky, přípravu legislativy a zajištění chodu celé NHS. Prostředky na financování NHS pocházejí z rozpočtu vlády a jsou přerozdělovány váženou kapítací do nižších správních úrovní (regionu a okresu) na základě demografických ukazatelů (počet a věková struktura obyvatel) a míry sociální deprivace. Deprivované oblasti představují okresy, které mají vyšší míru nezaměstnanosti, nižší úroveň vzdělání a které jsou etnicky nehomogenní a také mnohonárodnostní lokality.

Faktická odpovědnost je decentralizována na okresní a krajské zdravotní úřady, které mají spravovat přidělené finanční prostředky a garantovat dostatečnou nabídku zdravotní péče. Od 70. let 20. století probíhají uvnitř NHS reorganizace, které mají zeštíhlit byrokratické uspořádání a zvýšit efektivnost řízení.

V roce 1983 došlo ke zvýšení kompetencí a odpovědnosti na každém stupni. Generální manažeři převzali osobní odpovědnost za výkon každé složky. Tito manažeři jsou zaměstnání na termínovaný pracovní poměr a odměňováni podle výkonu.

Nová struktura NHS v Anglii má od roku 1996 opět zjednodušenou podobu, přičemž dalším řídicím stupněm pod ministerstvem zdravotnictví je krajská úroveň. Krajské zdravotní úřady (*Regional Health Authorities*) mají ve své kompetenci realizaci úkolů zdravotní politiky týkající se vyšších územních celků (např. záchranné služby, transfúzní stanice).

Okresní zdravotní úřady jsou plně odpovědné za financování zdravotní péče v okrese, odpovídají za zajištění nemocniční a komunitní péče a za alokaci zdrojů v síti zdravotnických zařízení. Po sloučení s místními úřady primární péče se starají také o zajištění a financování primární péče na okresní úrovni, což zahrnuje péči praktických lékařů, stomatologů i farmaceutů.

Veřejné nemocnice, budované podle spádových oblastí, získaly v 90. letech 20. století autonomní postavení samosprávné organizace (*NHS Trusts*) a jsou organizačně a správně závislé na okresních zdravotních úřadech s tím, že v konečné platnosti podléhají přímo krajské zdravotní správě a ministerstvu zdravotnictví. Samosprávné nemocnice kontrahují objemy péče a výše úhrad s okresními zdravotními úřady a vztahy mezi nimi jsou smluvní. Nemocnice přímo řízené okresními zdravotními úřady jsou v současné době naprostou výjimkou. (Haubertová, IZPE, 2004)

Co se týká zubní péče, ne všechny úkony, které nabízí zubní lékař v rámci NHS jsou vždy pacientům k dispozici bezplatně. Některé nadstandardní úkony jsou obvykle placené přímou platbou od pacienta nebo ze soukromého (při)pojištění. Je také možné, aby úkony, které uzná zubní lékař za vhodné a efektivní, hradil zubní lékař z veřejného fondu.

V rámci zubní péče jsou v současnosti jednotlivé zubní výkony rozděleny do tzv. "bandů", tedy skupin, podle kterých se pacienti orientují. Tyto skupiny zubních výkonů jsou pro pacienty k dispozici buď na webových stránkách NHS nebo na letácích na recepcích v jednotlivých zubních praxích. Každý zubní výkon v daném bandu je poskytován za konkrétní cenu garantovanou NHS. Například band 1 je hodnocen 17,50 librami a zahrnuje

například RTG nebo stanovení diagnózy a naplánování následné zubní péče. Jako nadstandardní služby, které si pacient hradí v plné výši, patří především estetická stomatologie nebo implantologie. *NHS Treatment* [Online]

<http://www.nhs.uk/chq/Pages/1781.aspx?CategoryID=74&SubCategoryID=742>

Britské zdravotnictví nemá v primární sféře s výjimkou optika a zubaře lékaře specializované v jednotlivých oborech. Ostatní specialisté (*junior a senior consultants*) pracují v rámci NHS pouze v nemocnicích a na ambulancích. Soukromé ordinace specialistů existují pouze mimo veřejný sektor, obvykle ve velkých městech s větší poptávkou po péči, většími nároky na kvalitu a vyšší platební schopností. Privátní činnost lékařů také podléhá veřejnému dohledu.

V současnosti má lékař a zubní lékař na vybranou tři možnosti:

- a) výhradně veřejnou zakázku;
- b) zcela privátní praxi;
- c) souběh praxe pro NHS se soukromou praxí.

Soukromý sektor poskytovatelů zubní péče a pojišťoven doplňuje efektivně to, co státnímu zdravotnictví chybí. Náročnějším pacientům může nabídnout větší nabídku zdravotních služeb, větší volbu, kratší čekací lhůty a nadstandardní úroveň. Soukromý sektor tak pomohl zmírnit nejzávažnější nedostatky NHS tím, že umožňuje vyšší standard kvality péče zejména těm, kteří si jí platí přímo a zároveň tak představuje pozitivní stránku bezplatného zdravotnictví pro pacienty, kteří mají méně finančních prostředků. (Křížová, 1998)

2.2.4 Zubní péče ve Velké Británii

Zdravotnické služby včetně zubní péče jsou ve Velké Británii od roku 1948 zajišťovány Národní zdravotní službou (viz výše). Jsou financovány z větší části z všeobecných daní. Zdravotní politika je řízena ministerstvem zdravotnictví a výborem zvaným *NHS Executive* prostřednictvím místních úřadů (*Local Health Authorities*). Veškeré formy neambulantní zdravotní péče jsou bezplatné v rámci NHS. Všichni občané jsou registrováni u svých praktických lékařů, kde jsou služby také bezplatné.

Péči o chrup zajišťují jako součást NHS nezávislí praktičtí zubní lékaři, kteří mají dohodu o službách s místními zdravotními správami. Zubní lékaři mohou kromě činnosti u NHS pracovat také soukromě. Za práci pro NHS jsou odměňováni platbou za objem odvedené práce nasmlouvané za rok měřeno podle UDA bodů (*Unit of Dental Activity*).

Zubní péče je zajišťována třemi různými způsoby. Stejně jako v ostatních evropských zemích většinu péče zajišťují praktičtí zubní lékaři v privátních praxích. Privátní lékaři (*GDPs, General Dental Practitioners*), kteří podepíší smlouvu s NHS, jsou pak součástí *General Dental Services*, tedy veřejných služeb, které jsou koordinovány a řízeny místními úřady.

Další variantu představují obecní zubní služby, do jejichž péče spadá školní mládež, zdravotně postižení, lidé vyžadující speciální péči, ale také pacienti v některých oblastech, kde chybí praktičtí zubní lékaři. Třetí formou je ošetření ve všeobecných nemocnicích, které poskytují navíc vysoce specializované služby. Do nich se pacient ale dostane pouze na doporučení praktického lékaře.

Všechny tři typy zmíněných služeb jsou zřizovány na základě geografické situace místními úřady. V současné době má smlouvu s NHS asi 95% zubních lékařů a zbylých 5% pracuje za přímou platbu. Každý občan se může kdekoliv registrovat, zubní lékař ho však může odmítnout. NHS hradí celé ošetření mládeži do 18ti let, těhotným ženám, sociálně slabým a nezaměstnaným. Veškeré ošetření v nemocnicích a v rámci veřejných služeb je zdarma. Smlouvu s NHS mají téměř všechny zubní praxe. Soukromých, tedy nezávislých praxí je poměrně málo. (Cimbura, 1999)

Podle Poledny se NHS vyvinula z původně dobrého úmyslu do nereformovatelné podoby, která živí mnoho lidí, firem, institucí, organizací a úřadů. Dále tvrdí, že systém zubní péče v rámci NHS ve Velké Británii již dnes prakticky nefunguje. Je to převážně z toho důvodu, že neplní jednu ze základních zásad, které si jeho tvůrci kdysi předsevzali, a to poskytovat co nejširšímu okruhu obyvatel kvalitní a dostupnou zubní péči. (Poledna, 2006)

2.3 Spokojenost pacientů

S pojmem spokojenost pacientů se ve zdravotnictví pracuje v mnoha souvislostech, s mnoha významy a na mnoha rovinách. Tento pojem není často vůbec definován a tak se předpokládá, že je všem intuitivně a po obsahové stránce jasný. Ukazuje se ale, že tomu tak není. Ke spokojenosti pacientů však existuje několik přístupů, několik definic a především mnoho faktorů, které ji ovlivňují. V následující části se pokusím představit několik variant a pohledů na spokojenost pacientů. Nejdříve však zmíním několik důvodů, proč je spokojenost pacientů vůbec zjišťována.

2.3.1 Posuzování kvality péče a spokojenosti z pohledu pacienta - proč?

Hodnocení spokojenosti pacientů se zdravotní péčí se používá pro určení kvality zdravotnických služeb. Hnilica dělí výsledky zdravotní péče na objektivní a subjektivní, přičemž k objektivním výsledkům řadí zdravotní stav jednotlivce po léčebných zákrocích i zdravotní stav celé poluace, a k subjektivním výsledkům zdravotní péče řadí spokojenost pacientů s péčí. Zatímco spokojenost pacientů se vztahuje k bezprostředně konzumované zdravotní péči, kterou pacienti hodnotí na základě vlastní zkušenosti, do spokojenosti občanů se zdravotnictvím spadá nejen vlastní zkušenost, ale také zprostředkovaná zkušenost příbuzných či známých. (Hnilica, 1999)

Spokojenost pacientů je v současné době chápána také jako jeden z velmi důležitých výstupů zdravotní péče a představuje tak jeden z hlavních cílů, o který se v oblasti zdravotnictví usiluje. Podle Hnilicové má pak dosažení co nejvyšší míry spokojenosti pacientů význam sám o sobě. Míra spokojenosti pacientů je důležitou informací o kvalitě zdravotní péče z hlediska subjektivní skutečnosti pacienta. Důležité je však nezaměňovat spokojenost s tzv. klinickou kvalitou, která je definována podle objektivně měřitelných klinických ukazatelů. Spokojenost pacienta s poskytovanou péčí může navíc také ovlivnit klinický efekt léčby. (Hnilicová, 2003)

Na spokojenost pacientů se zdravotnickými službami může být pohlíženo i jako na určitý druh zpětné vazby. Spokojenost se službami zde může představovat jedno ze základních kritérií při výběru zubní ordinace či jiného zdravotnického zařízení. V případě, že chce

(zubní) lékař naplňovat požadavky, potřeby a kritéria svých pacientů, je důležité, aby informace od pacientů získal. Informace od pacientů o tom, zda jsou či nejsou spokojeni jsou tedy cennou zpětnou vazbou, která umožňuje cílené zkvalitňování péče a odstraňování nežádoucích nedostatků. (Jánská, 2011)

Sitzia a Wood uvádějí tři důvody, proč je důležité zjišťovat spokojenost pacientů a k čemu získané údaje slouží. Zaprvé je podle nich důležité vědět, jak vnímají, prožívají a hodnotí zdravotní péči sami pacienti. Nestačí tedy pouze pohled lékaře nebo vnějších nezávislých posuzovatelů. Dalším důvodem je to, že je zapotřebí zhodnotit průběh péče v čase, tedy zhodnotit celý proces poskytování zdravotní péče, abychom pak mohli včas identifikovat případné problémy a mohli je řešit. A nakonec je nezbytné zhodnotit poskytovanou zdravotní péči jako celek a její kvalitu. (Sitzia, Wood; 1997)

2.3.2 Spokojenost pacientů vs vstřícnost zdravotnického systému

V rámci této kapitoly je třeba také zmínit vstřícnost zdravotnického systému (*responsiveness*) a hlavní rysy, ve kterých se od spokojenosti pacientů odlišuje. Je důležité zmíněné termíny nezaměňovat, neboť se tyto koncepty obsahově odlišují.

Na sledování vstřícnosti je v současné době kladen velký důraz a její zlepšování si také klade za cíl WHO (World Health Organisation - Světová zdravotnická organizace), která ji definovala v nové struktuře pro hodnocení fungování zdravotnických systémů. *Při sledování vstřícnosti se zjišťuje, co se děje, když jsou ve vzájemném kontaktu zdravotnický systém s pacientem, přičemž zdravotnický systém zde představuje poskytovatelé zdravotní péče, tedy libovolná zdravotnická zařízení, resp. jejich pracovníci. Snahou je eliminovat vliv subjektivních očekávání pacienta a dozvědět se, do jaké míry jedná zdravotnický systém s lidmi s úctou a zaměřuje se na jejich potřeby. (Vstřícnost [Online] www.uzis.cz/cz/archiv01/53_01.htm)*

Vstřícnost se vztahuje na nemedicínské aspekty léčení a zdravotnické péče a představuje to, jakým způsobem zdravotnický systém naplňuje nebo naopak nenaplňuje nezdravotnické potřeby a očekávání pacientů ve vztahu k péči, prevenci, kvalitě péče a různým službám neosobního charakteru. (Žáček, 2001)

Hlavními atributy vstřícnosti zdravotnického systému je důstojnost (důstojné zacházení), důvěrnost (důvěrnost osobních údajů), dostupnost péče (včasná dostupnost a krátké čekací doby), volba (výběr poskytovatele zdravotní péče), samostatnost a autonomie (zapojení pacienta do rozhodování o léčbě), prostředí (kvality prostředí a základního vybavení), (kontakt s okolím ve zdravotnickém zařízení) a nakonec komunikace (srozumitelná komunikace). (*Vstřícnost* [Online] <http://www.uzis.cz/en/node/1431>)

Existuje však rozdíl mezi měřením spokojenosti pacienta a vstřícnosti zdravotnického systému. Silva rozlišuje tři hlavní rozdíly (Silva b.r):

1. sféra působnosti - spokojenost pacienta se vztahuje na specifickou oblast zdravotní péče, vstřícnost naopak hodnotí zdravotnický systém jako celek;
2. rozsah - spokojenost pacienta se týká jak medicínských, tak i nemedicínských aspektů péče, zatímco vstřícnost se týká pouze nemedicínských aspektů péče;
3. princip / racionalita - spokojenost se skládá z pacientových individuálních potřeb, očekávání a zkušeností s péčí, vstřícnost však hodnotí zdravotnický systém oproti skutečným univerzálním očekáváním.

2.3.3 Přístupy ke spokojenosti pacientů

Teoretické přístupy a modely spokojenosti rozpracoval velmi podrobně Mareš, který definuje čtyři hlavní přístupy ke spokojenosti (Mareš, 2009):

1. První přístup ke spokojenosti je definován rozdílnou šíří chápání rozsahu pojmu - obsahuje v sobě pozitivní, neutrální i negativní dimenzi pojmu.

Spokojenost může být chápána jako jeden z výstupů zdravotní péče, a míra spokojenosti pacienta je pak odrazem a důležitou informací vztahující se *ke kvalitě zdravotní péče z hlediska subjektivní zkušenosti pacienta*. (Hnilicová, 1994)

Český Psychologický slovník například definuje spokojenost jako *příjemný pocit z dobrých vztahů a dobře vykonané činnosti*. (Hartl, Hartlová, 2000)

Medicínský slovník pojímá pacientovu spokojenost jako *odstupňované stanovisko, které jedinec zaujímá vůči zdravotní péči, přičemž způsob poskytování služeb nebo produktů zdravotníkem vnímá pacient jako užitečný, účelný a prospěšný*. [Online] <http://www.uzis.cz/en/node/1431> (přelož. z org.: *The degree to which the individual regards the Health care service or product or the manner in which it is delivered by the provider as useful, effective, or beneficial*).

Spokojenost pacientů se zdravotní péčí lze také definovat jako *konzumentovo hodnocení přiměřenosti, účinnosti a přijatelnosti (hodnoty) poskytovaných zdravotnických služeb ve srovnání s jeho představami, zkušenostmi a očekáváními*. (Vokurka, Hugo; 2008)

Uvedené pohledy se tedy zaměřují převážně na pozitivní dimenzi pojmu spokojenost pacienta. Existuje však také pojetí, které chápe spokojenost jako hodnotově neutrální pojem, pojímající celé spektrum jevů od pozitivních až po negativní (zde tedy nespokojenost). Otázky v dotazníku se spíše přiklánějí k širšímu pojetí, protože v praxi potřebují identifikovat také negativní aspekty poskytování zubní péče.

2. Druhý přístup ke spokojenosti je dán rozdílnou šíří chápání obsahu pojmu - v tomto pojetí je spokojenost často ztotožňována s postojem člověka.

Je-li zdůrazněn sociálně-psychologický základ spokojenosti, je možné ji definovat jako *tendenci člověka reagovat na určité situace, věci, lidi, skupiny osob, na určité činnosti poměrně ustáleným způsobem*.

Postoj pacienta a tedy i jeho spokojenost se v obecné rovině vyznačuje:

- a) *výběrovostí* (s různými objekty je člověk různě spokojen);
- b) *orientovaností* (člověk zaujímá buď kladné, neutrální nebo záporné stanovisko);
- c) *intenzitou* (nekritické nadšení, neutrální názor, naprosté odmítání);
- d) *zobecněností* (spokojenost v sobě zahrnuje odpovědi stejného typu);
- e) *přenosností* (spokojenost se přenáší na jiné situace nebo osoby, které vnímá člověk jako obdobné);

f) relativní stálostí (jednou vytvořená spokojenost / nespokojenost se obtížně mění, přičemž změna k horšímu probíhá zpravidla rychleji, změna k lepšímu naopak pomaleji).
(Mareš, 2009)

Také Baker nahlíží na spokojenost jako na multidimenzionální pojem a říká, že spokojenost má mnoho dimenzí stejně tak jako i poskytovaná zdravotní péče, která má mnoho podob. Pacientova spokojenost / nespokojenost je pak výsledkem složité interakce. Pacientova spokojenost zahrnuje mj. pacientovy potřeby a očekávání, dostupnost péče, vlastní podobu poskytnuté péče, včasnost péče, pacientovy vztahy s lékařem a jiným zdravotnickým personálem, pacientovu ochotu řídit se doporučeními lékaře nebo samotné výsledky poskytované péče. (Baker, 1997)

3. Třetí přístup je dán rozdílnou časovou šíří pojmu spokojenost – spojenost lze chápat buď jako momentální a krátkodobý jev, nebo šířeji jako jev dlouhodobý.

Krátkodobá spokojenost se vztahuje na konkrétní návštěvu u lékaře, přičemž spokojenost zde představuje spokojenost s aktuálně provedeným výkonem, s dnešním jednáním a chováním lékaře a s uspokojením, popř. nespokojením okamžitých pacientových potřeb.

Dlouhodobá spokojenost v sobě zahrnuje celkovou spokojenost pacienta s daným lékařem jako odborníkem i člověkem, s lékařovým způsobem jednání s pacienty, a s dlouhodobým poskytováním zdravotní péče a s jejími výsledky.

Výsledky pacientovy návštěvy u lékaře lze rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Mezi krátkodobé výsledky řadíme pacientovu spokojenost, shodu v názorech mezi lékařem a pacientem, snahu dodržovat léčebný režim a také zájem na vyřešení problémů. Do dlouhodobé spokojenosti patří například vyřešení symptomů nebo změna zdravotního stavu.
(Mareš, 2009)

4. Čtvrtý přístup je dán rozdílnou podobou a genezí spokojenosti.

Obvykle se hovoří o spokojenosti pacienta, tedy jedince. V praxi se však setkáváme se (ne)spokojeností pacientů, tedy skupiny osob, kterou má lékař ve své péči.

Pokud zkoumáme spokojenost mnoha různých pacientů s odlišnými názory a postoji, můžeme dospět k souhrnnému pohledu na poskytovanou péči dvěma způsoby:

a) ustálené vnímání, prožívání a hodnocení lékařovy péče - tato úvaha odkazuje k pacientovým osobnostním zvláštnostem a předpokádá, že si spokojenost nebo nespokojenost vytváří pacient převážně sám. Můžeme pak hledat skupiny pacientů, jejichž vnímání a hodnocení péče je alespoň svou strukturou přibližně stejné. Dále je pak možné vytvářet určité “typy” pacientů a sledovat, jak jsou v populaci zastoupeny;

b) spokojenost / nespokojenost pacientů není pouze individuální záležitost – pacient mluví o svém lékaři a o zkušenostech s ním se svými blízkými nebo spolupacienty, a ti pak všichni svými stanovisky ovlivňují jeho původní názor. Této spokojenosti se říká sdílená spokojenost pacienty, kteří péči přímo zažívají nebo s ní přicházejí nějakým jiným způsobem do styku. (Mareš, 2009)

Otázka tohoto typu je zařazena v mém dotazníku pod zněním: “*Doporučil byste svého zubního lékaře svým příbuzným či známým*”?).

2.3.4 Existující modely spokojenosti

V odborné literatuře existuje několik modelů a výkladů spokojenosti pacientů. Na tuto otázku však nenacházíme jednoznačnou odpověď, a proto si zde představíme základní myšlenkové rámce některých modelů spokojenosti pacientů. Následující výklady modelů spokojenosti pacientů mohou být navíc inspirující pro ucelený pohled na pacientovu spokojenost. (Hnilicová, 2000)

1. Model postavený na dosažení spokojenosti v definovaných dimenzích péče

I v této oblasti se autoři a výzkumníci liší v tom, jaké dimenze považují za podstatné.

Ware uvádí, že pacientova spokojenost má osm dimenzí péče (Ware et al., 1984):

1. interpersonální chování lékaře – způsob, jakým se lékař chová ke svému pacientovi, jak s pacientem jedná (zdvořilost, ochota naslouchat, vstřícnost);

2. technická kvalita poskytované péče – odborná úroveň poskytované péče, dodržování standardů péče, pečlivost při ošetření);
3. dostupnost péče pro pacienta – snadnost objednání, délka čekací doby;
4. finanční dostupnost péče pro pacienta – zda je cena poskytovaného výkonu pro pacienta přijatelná;
5. účinnost / efektivita, výsledky poskytnuté péče – zlepšení zdravotního stavu, nezhoršování stavu;
6. kontinuita péče – zda se jedná o stejného lékaře nebo stejné zdravotnické zařízení;
7. prostředí zdravotnického zařízení a jeho vybavenost – čistota a hygiena ordinace, čekárny, příjemné prostředí;
8. dosažitelnost péče v době, kdy je potřebná – ordinační hodiny, dostatek personálu, telefonická dostupnost ordinace.

Tyto dimenze byly však následně zredukovány, neboť se zjistilo, že *pacienti mezi některými dimenzemi nedefinovanými odborníky, nerozlišují. Je tomu tak například v případě dimenzí “umění pečovat” a “technické kvality péče”. Rovněž mezi “dostupností péče” a její “přiměřeností” není podle velké části pacientů žádný rozdíl.* (Bártlová, Hnilicová; 2000)

V mém výzkumu jsou stanoveny čtyři dimenze spokojenosti pacienta, a to *“interpersonální vztahy”, “organizační a provozní záležitosti”, “finanční otázka” a “odborná úroveň”.*

2. Model postavený na splnění přání pacienta (fulfilment model)

V tomto modelu hraje nejdůležitější roli očekávání pacienta. Ne míře spokojenosti se pak odráží, do jaké míry byla očekávání a přání pacientů splněna. Spokojenost pacienta lze v tomto případě definovat jako vztah mezi tím, co pacient očekával a tím, co si myslí, že

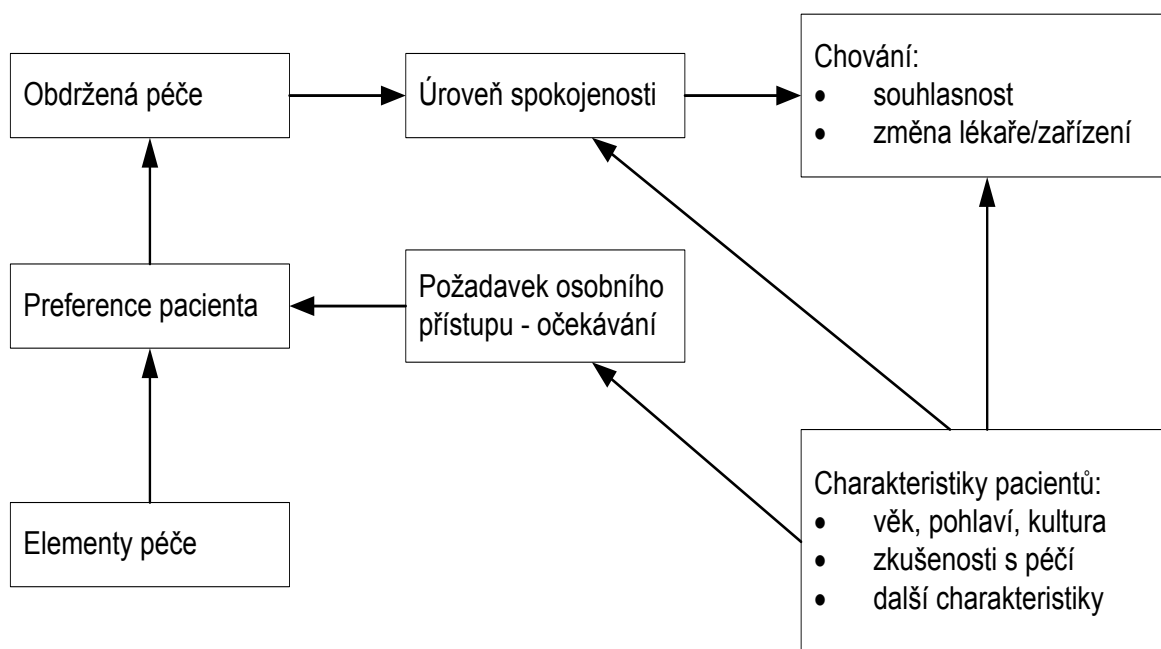
obdržel. Reálné zkušenosti s péčí mají až druhotný význam, rozhodující jsou však charakteristiky pacientů, jako je pohlaví, vzdělání a věk pacienta. (Bártlová, Hnilicová; 2000)

Tzv. *diskrepanční model* popisuje obrácenou situaci, kdy jsou u pacienta v rámci spokojenosti s poskytovanou péčí důležitější *reálné zkušenosti* více než očekávání. Diskrepanční teorie životní spokojenosti je založena na tom, že lidé sami sebe porovnávají se standardy zahrnující jiné lidi, minulé podmínky a události, aspirace, ideální úroveň životní spokojenosti, potřeby a cíle. Posuzování a hodnocení vlastní životní spokojenosti je tedy založeno na diskrepanci mezi stávajícími a aktuálními podmínkami a těmito standardy. Plyne z toho, že pokud člověk (popř. pacient) srovnává s něčím lepším a tedy i vyšším standardem, vede to u něj k nižší míře spokojenosti, pokud jsou však lepší současné podmínky a srovnává se s někým nebo něčím horším, vede to zákonitě ke zvýšené míře spokojenosti. (Binarová, 2007)

3. Pragmatický model spokojenosti

Tento model spokojenosti představil Baker, který v něm shrnuje všechny podstatné faktory, jež ovlivňují pacientovu spokojenost. Bakerův model je důkladně propracovaný, neboť propojuje uvnitř zdravotnického systému téměř všechny vzájemné vztahy faktorů.

Schéma č. 6: Pragmatický model spokojenosti pacientů



Zdroj: Hnilicová H.: *Zjišťování spokojenosti pacientů*. In: Bártlová, S., Hnilicová, H., *Vybrané metody a techniky výzkumu*. 2000, s.70.

Převzato z: Barker, R.: *Pragmatic of Patient Satisfaction*. In *Quality in HealthCare 1997/6*

2.3.5 Determinanty spokojenosti

Spokojenost nebo nespokojenost pacientů s poskytovanou péčí ovlivňuje mnoho různých faktorů. Tyto faktory je možné shrnout do několika skupin - souvisejí s lékařem, zdravotní sestrou, pacientem, poskytovanou zdravotní péčí, prostředím v němž se péče odehrává a samotným zdravotnickým systémem a jeho nastavenými pravidly.

1) Faktory související s lékařem

Je dokázáno, že kvalita komunikace mezi lékařem a pacientem se často vztahuje k pacientovu pocitu spokojenosti s poskytovanou zdravotní péčí. Jasná a příjemná komunikace pak může vést k vyšší spokojenosti pacientů. Kim také uvádí, že *pacienti, kteří kladou lékaři přímé otázky jsou spokojenější než ti, kteří se ptají lékaře nepřímě. Tato souvislost existuje také mezi schopností lékaře naslouchat.* (Kim, 2000)

Často jsou uváděny sociodemografické proměnné typu věk lékaře a pohlaví, ale patří sem také medicínské proměnné typu dalšího vzdělávání lékaře, rozsah služeb poskytovaných pacientům a doba, po kterou se lékař pacientovi věnuje.

Spokojenější pacienti jsou u zkušenějších lékařů, stejně jako i lékařů, kteří se dále vzdělávají, poskytují široké spektrum služeb a věnují pacientovi dostatek času (viz otázka v dotazníku: “*Věnuje Vám zubní lékař dostatek času?*”). Některé zdroje uvádějí i obecnější proměnné, např. snahu lékaře se pacientovi důkladně věnovat. To zahrnuje zejména čas věnovaný pacientovi, důkladnost dotazování a pečlivé vyšetření pacienta.

Platí, že čím je lékař důkladnější, tím je pacient spokojenější. Pro pacienta jsou hodně důležité psychosociální charakteristiky lékaře: vstřícnost, laskavost, dovednost vysvětlit problém, povzbudit pacienta a dovednost vysvětlit problém nebo zdravotní komplikace.

2) Faktory související se sestrou

Pacienti si všímají interpersonálních dovedností sestry. Pokud s nimi jedná direktivně nebo neosobně, často je kárá či jim něco přikazuje, narůstá pacientova nespokojenost. Naopak platí, že pokud je sestra trpělivá, empatická, přátelská, ochotná poradit, je-li technicky zdatná a rychlá, stoupá pacientova spokojenost.

3) Faktory související s pacientem

Zde se nejčastěji sledují sociodemografické proměnné typu věk pacienta, pohlaví, vzdělání, socioekonomické postavení, příslušnost k majoritě či minoritě. Zdá se, že spokojenost úzce souvisí s věkem pacienta (starší pacienti jsou tolerantnější). Některé výzkumy dokládají, že spokojenost záleží i na tom, zda se jedná o pacienta, který je v lékařově péči delší dobu, nebo jde o nově zaregistrovaného pacienta, jak lékaře často navštěvuje a zda dodržuje lékařova doporučení. Nelze pominout ani osobnostní předpoklady a celkové naladění pacienta. Méně spokojení bývají např. pacienti úzkostní nebo cholericí.

4) Faktory související s poskytovanou zdravotní péčí

Pacientova spokojenost úzce souvisí s tím, s jakým typem problému či onemocnění se léčí, jaká je povaha onemocnění (akutní nebo chronické), jaké jsou výsledky poskytované péče / ošetření. Spokojenost v tomto významu souvisí i s organizací poskytované péče: s objednáváním se k lékaři, s délkou čekací doby, s dostupností péče mimo ordinanční hodiny.

Toto potvrzuje i skutečnost, že pacient, který dlouho čeká na nějaký výkon, ať už je to specializované vyšetření nebo akutní zákrok, a toto čekání na něj působí negativně, může reagovat na lékaře podrážděně, a to i v mnoha případech, kdy lékař danou situaci nemůže ovlivnit. Na pacienta může mít vliv to, jak dlouho čeká v čekárně před samotným vyšetřením a návštěvou ordinace. Krtička uvádí, že *pacient je spokojen, když vidí, že se šetří jeho čas, protože nerad čeká.* (Krtička, 2002)

5) Faktory související s prostředím, kde se zdravotní péče odehrává

Spokojenost pacientů souvisí s dostupností ordinace, např. telefonická a dopravní dostupnost, dále pak s vybavením čekárny a vybavením ordinace.

Skutečností je, že pacient zpravidla není schopen objektivně posoudit úroveň a kvalitu poskytované péče, následkem toho je, že hodnotí kvalitu prostředí a pohodlnost vybavení. V rámci zubní péče platí toto pravidlo dvojnásob, pacient dává přednost ordinaci, ve které se cítí dobře a komfortně. Navíc představuje propracovaný interiér daného zařízení konkurenční výhodu. (Jánská, 2011)

Pod označením hezké prostředí a komfort lze rozumět následující faktory (Křečková Tůmová, 2002):

- a) uspořádání zdravotnického zařízení, tedy přehlednost, dobré a snadné značení ordinace, snadná orientace obecně;
- b) prostředí čekárny a ordinace, jako je výzdoba, barevnost, materiály a letáky ke čtení, dostatek židlí, uspořádání nábytku a čistota;

- c) Jánská (Jánská, 2011) i tzv. institucionální identitu, do které začleňuje symboliku zařízení. Symbolikou zařízení pak může být pro pacienta jednotné oblečení zdravotnického zařízení, barvy, čistota interiéru nebo srozumitelné písemné nebo vizuální materiály;
- d) fyzický přístup do ordinace (zda se v ordinaci či celé budově vyskytuje bezbariérový přístup);
- e) dostupnost péče (vzdálenost od bydliště nebo pracoviště pacienta, zda se vyskytuje v blízkosti dopravní spojení, možnost telefonického spojení);
- f) rozsah služeb a jejich uspořádání (jednoduchost objednání se);
- g) ordinační hodiny.

Prostředí, ve kterém se pacient pohybuje, hraje velmi důležitou roli pro jeho spokojenost, neboť je to právě prostředí, co pacient vnímá dříve, než začne komunikovat s lékařem nebo jiným zdravotnickým personálem. Na pacienty působí při vstupu do budovy všechny aspekty a hned od počátku vstupu zapojuje všechny smysly. Hodnotí vstup čekárny i ordinace, velikost prostoru, ne/dostatek světla v prostorách, zvuky, barvy a také osoby, se kterými se potká. Pacient podvědomě vnímá i to, *jak snadno se dostane do čekárny, je-li plná, existuje-li pevné a dodržované pořadí vstupu jednotlivých pacientů. Pacient samozřejmě také vnímá to, jakým způsobem se k němu chová nelékařský personál.* (Kapr, Koukola; 1998)

Gaba navíc tvrdí, že to, jak lékař vyzdobí svou ordinaci, může být odrazem jeho stylu vedení praxe, preferencí nebo kultury. (Gaba, 2002)

6) Faktory související se zdravotnickým systémem

Otázka, zda může být spokojenost pacientů ovlivněna zdravotnickým makrosystémem a zda rozdílné systémy zdravotní péče, které v jednotlivých zemích existují, jsou další proměnnou, která determinuje spokojenost pacientů s lékaři.

III. EMPIRICKÁ ČÁST

3.1 Výběr dvou zubních ordinací

Průzkumná sonda v rámci magisterské práce byla realizována ve dvou zubních ordinacích. První ordinace TA Dent se nachází v Praze v České republice, druhá ordinace Oakdale Dental Practice (dále jen Oakdale DP) nabízí své služby ve Velké Británii nedaleko Londýna. Při výběru zubních ordinací jsem se inspirovala vlastní zkušeností a působením v anglické zubní praxi nejdříve jako zdravotní sestra, nyní jako manažerka celého zubního zařízení. Z mého pohledu bylo zajímavé vybrat a porovnat českou a anglickou zubní ordinaci, respektive porovnat kvalitu poskytované péče z pohledu uživatelů na dvou konkrétních pracovištích ve dvou různých zemích, ve kterých funguje odlišný model zdravotnického systému. Zajímavé je proto srovnání dvou rozdílných prostředí, která se liší nejenom přístupem k pacientům a jejich hodnocením, ale i organizací a strukturou zdravotnických systémů. Aby srovnání bylo konkrétní, vybírala jsem ordinaci v České republice tak, aby spektrum poskytované zubní péče odpovídalo spektru nabízených služeb ordinace Oakdale DP ve Velké Británii.

Na obou zmíněných pracovištích jsem po vzájemné dohodě dostala povolení od vedení a managementu k provedení dotazníkového šetření.

3.2 Charakteristika zubních praxí

3.2.1 Zubní praxe TA Dent

Zubní praxe TA Dent je soukromým zdravotnickým zařízením, které nabízí služby zubních lékařů a dentální hygienistky. Jedná se o zařízení, které má uzavřenou smlouvu s Veřejnou zdravotní pojišťovnou ČR. Znamená to, že zubní lékaři zde poskytují zubní péči jednak hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, jednak poskytují své služby mimo rámec veřejného pojištění, tj. zcela privátně, kdy pacienti provedené výkony hradí ze svých vlastních prostředků, a to většinou v hotovosti. V celé zubní praxi se nachází tři zubní ordinace, v každé z nich pracuje jeden zubní lékař a dvě zdravotní sestry, které se v ordinaci střídají. Zdravotní sestry mají na starosti také některé provozní a organizační záležitosti vztahující se k ordinaci (např. objednávky pacientů). Zubní praxe funguje od

roku 1998 a nabízí širokou škálu zubní péče: praktické zubní výkony, estetickou stomatologii, endodoncii, paradentologii, protetiku, některé chirurgické výkony a implantologii. Zubní praxe TA Dent realizovala v roce 2011 průzkum spokojenosti pacientů.

Název ordinace TA Dent je anonymní a byl pozměněn, management praxe spolu se zdravotníky vyslovil nesouhlas s uvedením pravého jména zubní ordinace.

3.2.2 Zubní praxe *Oakdale Dental Practice*

Zubní praxe Oakdale DP je zdravotnickým zařízením, které má čtyři zubní ordinace. Zubní lékaři zde nabízejí nejen privátní služby, ale praxe má navíc smlouvu s NHS a velká část výkonů je tedy prováděna “bezplatně”. Každá ordinace má jednoho zubního lékaře a dvě zdravotní sestry, které se v ordinaci střídají. Praxe nabízí stejně jako TA Dent služby dentální hygienistky a navíc ještě recepční služby, jako jsou například objednávky pacientů nebo zařizování provozních záležitostí celé zubní praxe. Praxe má dlouholetou tradici a funguje již přes 25 let. Pacienti si zde mají možnost vybrat ze široké škály poskytovaných služeb: praktické zubní výkony, estetickou stomatologii, endodoncii, paradentologii, protetiku, chirurgické výkony (ve větší míře než ordinace TA Dent) a implantologii. Zubní praxe Oakdale DP realizuje pravidelné průzkumy spokojenosti pacientů, poslední průzkum byl realizován v červnu v roce 2012.

3.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, jaká je úroveň spokojenosti pacientů s poskytovanou zubní péčí ve dvou srovnatelných zubních ordinacích v ČR a ve VB a zjistit názory respondentů na to, ve které oblasti by se poskytované služby mohly zlepšit. Tento cíl byl dále operacionalizován do následujících výzkumných otázek (viz dále). Práce dále sleduje to, do jaké míry se promítá historický vývoj jednotlivých zdravotnických systémů do postojů, očekávání a spokojenosti pacientů se zubní péčí v současnosti.

3.4 Metodologie výzkumu

Jedná se o kvantitativní výzkumnou sondu založenou na dotazníkovém šetření. Pro zmapování spokojenosti, resp. nespokojenosti pacientů s poskytovanými zubními službami

byla tedy použita metoda dotazování pomocí dotazníku, který byl pro tento účel vytvořen. Dotazník byl sestaven tak, aby postihl specifický charakter zubní péče a umožnil validní srovnání dvou zubních praxí ve dvou různých zemích. Nejednalo se tedy o standardizovaný výzkumný nástroj.

3.5 Konstrukce, obsah a délka dotazníku

Dotazník byl anonymní a obsahoval celkem 28 otázek, které byly podle jejich zaměření rozděleny do 4 částí. Jednalo se o interpersonální vztahy (1- 5), organizační a provozní záležitosti praxe (6 -11), finanční otázky (14 -15) a odbornou úroveň poskytovaných služeb (16 - 22). Vedle toho obsahoval dotazník identifikační údaje respondentů, a to věk, pohlaví a vzdělání. Dvacetšest (26) položek mělo charakter uzavřených otázek, jedna otázka byla polouzavřená, kde respondent mohl dále specifikovat svou odpověď. Jedna otázka byla otevřená, kde respondent mohl sám volně vyjádřit svoji odpověď. Respondenti měli na závěr možnost dle vlastního uvážení ještě něco dodat. Své odpovědi respondenti označovali na posuzovací škále, která byla čtyřstupňová (podrobněji viz dále).

3.6 Vzorek, distribuce a vyplňování dotazníku, časový plán výzkumu

Zkoumanou populací byli pacienti, kteří navštívili v období od srpna do října 2012 zubní ordinace v zubních praxích TA Dent a Oakdal Dental Practice. Dotazování pacienti byli při návštěvě zubního lékaře náhodně vybírání.

V zubní ordinaci Oakdale DP jsem výzkum prováděla sama, distribuovala jsem pacientům dotazníky a následně vybírala box v prostorách čekárny, kam pacienti vyplněné dotazníky při odchodu odevzdávali a kde je také měli možnost vyplňovat. Pacienty jsem sama oslovovala a vysvětlila jim význam a cíl dotazníkového šetření. Osobně jsem je informovala o tom, že dotazník je anonymní a že sleduje jejich spokojenost s poskytovanou zubní péčí. Po odchodu z ordinace dotazování pacienti vyplnili dotazník a poté ho vhodili do připraveného boxu v čekárně. Pacientům byla zdůrazněna anonymita dotazníku, přičemž žádný z dotazníků nebyl označen jménem pacienta. Vyplnění dotazníku zabralo jednomu pacientovi zhruba pět minut. Žádný z oslovených pacientů neodmítl vyplnit dotazník. Pacienti odpovídali na všechny typy otázek.

V zubní ordinaci TA Dent jsem oslovila a pověřila distribucí dotazníků zdravotní sestru, kterou jsem poučila o cílech, podmínkách a zásadách dotazníkového šetření. S oslovováním pacientů a prosbou o vyplnění dotazníku mi tedy v zubní ordinaci TA Dent pomáhala mnou pověřená zdravotní sestra, která dotazníky pacientům distribuovala a také vybírala box v prostorách čekárny. I zde byli pacienti obeznámeni s anonymitou dotazníků. Pacienti byli velmi ochotní dotazníky vyplňovat a žádný z oslovených pacientů neodmítl dotazník vyplnit. Mnou pověřená zdravotní sestra mi poté vyplněné dotazníky předala.

Počet distribuovaných dotazníků v každé zubní ordinaci byl 33, celkem tedy 66 dotazníků. Celková návratnost v obou ordinacích byla 100%.

3.7 Hodnotící škála

K měření postojů a spokojenosti pacientů byla v dotazníku nejčastěji použita 4 bodová hodnotící škála. Tato škála obsahovala výroky: *rozhodně ano, spíše ano, spíše ne, rozhodně ne*.

Otázky, které se ptaly na chování zdravotnického personálu, obsahovaly výroky: *výborné, velmi dobré, špatné, velmi špatné*.

Otázky ptající se na hygienu a čistotu zubní ordinace a prostor čekárny nabízely odpovědi: *mělo by se mírně zlepšit, mělo by zůstat stejné/vyhovuje, mělo by se hodně zlepšit*.

3.8 Přepis dotazníků a statistické zpracování dat

Zpracování získaných dat proběhlo pomocí programu PSPP a bylo realizováno třídění druhého stupně. Výsledky dotazníků a jejich přepis do programu PSPP jsem prováděla sama. Všechny vyplněné dotazníky byly použitelné pro statistické zpracování a žádný dotazník tak nemusel být pro svoji neúplnost vyloučen. Přestože byly výsledky třídění druhého stupně u otázek velmi zajímavé, nelze z těchto výsledků vyvozovat významné závěry v interpretacích. Také nelze výsledky zobecňovat na větší část populace pacientů a už vůbec ne na populaci pacientů náležejících k dané zemi.

Vzhledem k nižšímu počtu dotazovaných byly varianty odpovědí zredukovány na *spokojen* (z původních kategorií *spíše ano* a *rozhodně ano*) a na *nespokojen* (z původních kategorií *spíše ne* a *rozhodně ne*). Další odpovědi byly zredukovány na *spokojen* (z původních

kategorií *velmi dobré* a *výborné*) a na *nespokojen* (z původních kategorií *špatné* a *velmi špatné*). Původní kategorie *mělo by se mírně zlepšit* a *vyhovuje* byly zredukovány na *spokojen* a kategorie *mělo by se hodně zlepšit* na *nespokojen*.

3.9 Výzkumné otázky

1) Bude kvalita z pohledu uživatelů poskytované zubní péče lepší v anglické zubní ordinaci *Oakdale Dental Practice* než v české zubní praxi *TA Dent*?

2) Ve kterých oblastech poskytovaných služeb zubní péče se sledované ordinace nejvíce liší z pohledu pacienta?

3) Na kterou oblast by se měl management a zdravotnický personál jednotlivých ordinací (praxí) zaměřit, aby zlepšil poskytované služby a tím i zvýšil spokojenost pacientů?

3.10 Obecná hypotéza

1) Pacienti v zubní ordinaci *TA Dent* budou lépe hodnotit organizační a provozní záležitosti (např. čistota, hygiena a celkový vzhled čekárny a ordinace).

2) Pacienti v zubní ordinaci *Oakdale Dental Practice* budou lépe hodnotit oblast interpersonálních vztahů.

3.11 Pracovní hypotézy

Pracovní hypotézy jsou pro lepší přehlednost dále rozpracovány v jednotlivých oblastech poskytované péče v následující části analýzy výzkumné sondy.

3.12 Analýza výzkumu

3.13 Popis vzorku podle pohlaví, věku a vzdělání pacientů

Skladba pacientů se v době dotazníkového šetření lišila v obou ordinacích pohlavím, věkem a vzděláním. V ordinaci *TA Dent* bylo celkem 33 pacientů, z toho 12 žen a 21 mužů. V anglické zubní ordinaci bylo z 33 pacientů o 14 mužů méně a 14 žen více. Pokud jde o věk pacientů, tak byly věkové kategorie v obou ordinacích poměrně vyrovnány. V

TA Dent bylo v nižší věkové kategorii do 49 let 21 pacientů oproti Oakdale DP 18 pacientům, a ve vyšší věkové kategorii nad 49 let 12 pacientů oproti Oakdale DP 15 pacientů. Zatímco v TA Dent bylo mezi pacienty 15 pacientů se základním vzděláním a 14 se středoškolským vzděláním, v zubní ordinaci Oakdale DP bylo 13 pacientů se základním a 12 středoškolsky vzdělaných. Největší rozdíl vykazovali vysokoškolsky vzdělaní pacienti, v české ordinaci 4 pacienti, v anglické ordinaci 8 pacientů.

Tab. 1. Podíl pacientů podle pohlaví

Pohlaví	TA Dent	Oakdale DP
Muž	21 (64%)	7 (21%)
Žena	12 (36%)	26 (79%)
Celkem	33 (100%)	33 (100%)

N=66, N (validní) =66

Tab. 2. Podíl pacientů podle věku

Věk	TA Dent	Oakdale DP
do 35 let	12 (36%)	7 (21%)
36-49	9 (28%)	11 (34%)
50-65	6 (18%)	9 (27%)
nad 65	6 (18%)	6 (18%)
Celkem	33 (100%)	33 (100%)

N=66, N (validní)=66

Tab. 3. Podíl pacientů podle vzdělání

Vzdělání	TA Dent	Oakdale DP
Základní	15 (45%)	13 (39%)
SŠ	14 (43%)	12 (37%)
VŠ	4 (12%)	8 (24%)
Celkem	33 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

3.14 Oblast interpersonálních vztahů

H(1): *Předpokládám, že pacienti v ordinaci Oakdale DP budou hodnotit přístup a chování zdravotnického personálu pozitivněji než pacienti TA Dent.*

H(2): *Předpokládám, že pacienti v ordinaci Oakdale DP budou spokojenější v oblasti komunikace se zubním lékařem než pacienti v ordinaci TA Dent.*

H(3): *Předpokládám, že pacienti v ordinaci TA Dent budou méně spokojeni s přístupem a chováním zdravotní sestry než pacienti v Oakdale DP.*

Spokojenost v oblasti interpersonálních vztahů hodnotili pacienti na základě následujících otázek:

- komunikace pacienta se zubním lékařem;
- zda se zdravotní sestra dostatečně věnuje pacientovi během návštěvy ordinace;
- zda dává zubní lékař pacientovi dostatečný prostor vyjádřit se k zubnímu výkonu či k následné léčbě;
- zda pacient rozumí všem informacím, které mu zubní lékař poskytuje;
- celkové ohodnocení chování a přístupu zdravotnického personálu, tedy zubního lékaře a zdravotní sestry;
- zda zubní lékař věnuje pacientovi dostatek času.

Spokojenost s celkovým přístupem a chováním zubního lékaře

Spokojenost pacienta s celkovým přístupem a chováním zdravotnického personálu je jeden z nejdůležitějších aspektů při výběru lékaře. Při výběru zubního lékaře platí toto pravidlo tím spíše, pacienti se návštěvy často obávají a pro některé pacienty představuje návštěva zubního lékaře dokonce traumatizující zkušenost. Jak bylo řečeno již výše, pacienti mnohdy posuzují a hodnotí kvalitu poskytované péče na základě dobrého či špatného vztahu se zubním lékařem nebo jiným zdravotnickým personálem. Proto je důležité, aby pacienti cítili ze strany zubního lékaře a zdravotní sestry podporu a porozumění, zejména ve chvílích, kdy se v ordinaci během výkonu necítí dobře.

Na otázku, zda zubní lékař věnuje pacientům při návštěvě tolik času, kolik bylo podle nich potřeba, zvolila většina dotazovaných variantu “rozhodně ano” nebo “spíše ano”. Abych se v analýze vyhla nulovým odpovědím, spojila jsem tyto dvě varianty odpovědí do kategorie “spokojen” a varianty odpovědí “spíše ne” a “rozhodně ne” do kategorie “nespokojen”. Nespokojení pacienti volili v tomto případě odpověď “spíše ne”.

V zubní ordinaci Oakdale DP je 88% spokojených pacientů s celkovým přístupem a chováním zubního lékaře. (Tab. 4) V české zubní ordinaci je spokojenost pacientů o něco nižší, i když rozdíl 6% není velký. Přesto se zdá velmi pravděpodobné, že pacienti v Oakdale DP hodnotí chování svého zubního lékaře o něco lépe než pacienti v TA Dent (H1, H2).

Jako vysvětlení v případě nespokojených pacientů v obou ordinacích lze uvést, že si pacienti u dané otázky vybavili u zubního lékaře lépe konkrétní situaci, která jim při návštěvě lékaře nebyla v danou chvíli příjemná a vyhodnotili tak situaci celkově negativně. Nespokojení pacienti uváděli v dodatku dotazníku, že nebyli se zubním lékařem spokojeni při akutním zákroku a že měli nepříjemný pocit, že zubní lékař pospíchá a nevěnuje jim dostatek času. Je tedy možné, že si nespokojení pacienti při odpovídání na otázku na chování lékaře vzpomněli na konkrétní situaci a vztáhli tento postoj na celkový přístup a chování zubního lékaře.

Tab. 4. Spokojenost s celkovým přístupem a chováním zubního lékaře faktor ordinace

Spokojenost s celkovým přístupem a chováním zubního lékaře	TA Dent	Oakdale DP
Spokojen	27 (82%)	29 (88%)
Nespokojen	6 (18%)	4 (12%)
Celkem	33 (100%)	33 (100%)

N = 66, N (validní) = 66

Dále se podíváme, jaký faktor v této oblasti ovlivňuje spokojenost pacientů. Jedním z faktorů by mohl být věk pacienta. Na základě minulých průzkumů spokojenosti pacientů a vlastní zkušenosti na pozici zdravotní sestry v ordinaci Oakdale DP předpokládám, že čím je pacient starší, tím hodnotí chování zubního lékaře více kriticky a má na komunikační schopnosti lékaře vyšší nároky.

Vidíme, že nespokojeni s chováním zubního lékaře jsou opravdu pacienti ve vyšší věkové kategorii (nad 50 let). Tuto nespokojenost vykazují jak pacienti v TA Dent, tak i pacienti Oakdale DP. Naopak nejspokojenější pacient je ve věkové kategorii do 49 let. Faktor věku tedy opravdu ovlivňuje míru spokojenosti pacienta s celkovým chováním zubního lékaře. (Tab. 5)

Tab. 5. Spokojenost se zubním lékařem faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	11 (92%)	9 (100%)	3 (50%)	4 (66%)	27 (82%)
Nespokojen	1 (8%)	0 (0%)	3 (50%)	2 (34%)	6 (18%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	7 (100%)	10 (90%)	6 (67%)	6 (100%)	29 (88%)
Nespokojen	0 (0%)	1 (10%)	3 (33%)	0 (0%)	4 (12%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Spokojenost s celkovým přístupem a chováním zdravotní sestry

Práce a služby zdravotní sestry v zubní ordinaci se zdá být pro většinu respondentů velice důležitá a přikládají k jejímu hodnocení velkou váhu, o čemž svědčí i poznámky v dodatcích dotazníku, kde pacienti hodnotili zejména negativní aspekty přístupu zdravotní sestry. Zdravotní sestra plní v zubní ordinaci velmi důležitou roli. Měla by to být osobnost, která dbá na svou profesionální image. Kromě toho, že asistuje při odborných činnostech, je pro pacienta důležitým prostředníkem mezi ním a zubním lékařem. Pacienti mají potřebu důvěřovat jí a mít pocit, že se na ní mohou spolehnout a svěřit jí své zdravotní komplikace. Proto by zdravotní sestra měla být schopna pracovat samostatně a zorganizovat si svůj čas a povinnosti tak, aby pro to vytvářela prostor a zbytečně nezatěžovala zubního lékaře. Je tedy velmi důležité, jak se chová, jak komunikuje s pacienty, ale také se zubním lékařem a kolegy. Pacienti pak vnímají nejen verbální projevy, ale také ty neverbální. Nevhodné jednání a chování zdravotní sestry, neosobní či neadekvátní komunikace, nepříjemné vystupování a neprofesionalita může snižovat v očích pacienta pohled na celkovou kvalitu zubní ordinace.

Pacienti v ordinaci Oakdale DP jsou podstatně spokojenější s celkovým přístupem a chováním zdravotní sestry. Rozdíl oproti spokojenosti pacientů v TA Dent je evidentní, téměř 30%. (Tab. 6)

V náplni práce zdravotní sestry v Oakdale DP nejsou organizační záležitosti týkající se chodu celé ordinace, jako je například registrace a zápis pacientů, objednávky nových pacientů, vyřizování úkolů vztahujících se k laboratoři nebo zajišťování dostatečného množství zubního materiálu. Tyto činnosti mají na starosti manažerka praxe spolu s recepčními. Zdravotní sestra tak může všeskerý čas plně věnovat pouze pacientům a zubnímu lékaři. Domnívám se, že to je důvodem toho, že komunikace s pacienty a pozornost, která jim je věnována během návštěvy ordinace je na lepší úrovni než v TA Dent, kde zdravotní sestra zařizuje i jiné záležitosti (např. kontrola dostatečného množství materiálu a komunikace s laboratoří). Tuto domněnku lze podepřít informacemi získanými z dodatku dotazníku, kde pět pacientů TA Dent navíc uvedlo, že zdravotní sestra:

- *“je často nepříjemná”*
- *“odsekává do telefonu”*

- *“není vstřícná”*
- *“nekomunikuje s pacienty”*
- *“nevychází pacientům vstříc co se týká objednání se na vyšetření nebo kontrolu”*
- *“neposkytuje informace o prevenci zubního kazu”*
- *“nevidí z její strany příliš zájmu”*

(Zdroj: viz. dotazník)

Tab. 6. Spokojenost s chováním zdravotní sestry faktor ordinace

Přístup a chování zdravotní sestry	TA Dent	Oakdale DP
Spokojen	19 (58%)	29 (88%)
Nespokojen	14 (42%)	4 (12%)
Celkem	33 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Následující tabulka ukazuje, že v zubní ordinaci TA Dent hodnotí celkový přístup a chování zdravotní sestry pozitivně zejména pacienti v nižší věkové kategorii. Pacienti ve vyšší věkové kategorii jsou naopak nespokojeni s přístupem sestry. Domnívám se, že vysvětlením je zde nespokojenost s finanční otázkou. Starší pacienti jsou více nespokojeni s finančními obnosy za poskytnutý výkon a vykazují menší ochotu za tento výkon platit nebo připlácet. Zdravotní sestra je v české zubní ordinaci pověřena vybíráním některých poplatků a tak starší pacienti tuto nespokojenost vztahují na celkový přístup a chování zdravotní sestry. V anglické zubní praxi je tato skutečnost vyřešena tak, že poplatky či platby od pacientů jsou vybírány pouze na recepci recepčními, nikoli v ordinaci zdravotní sestrou.

V zubní ordinaci Oakdale DP hodnotí přístup zdravotní sestry pozitivně většina pacientů, spokojeni jsou téměř všechny věkové kategorie pacientů. U této praxe tedy nebyla prokázána souvislost mezi spokojeností s chováním zdravotní sestry a věkem pacienta. (Tab. 7)

Výsledky tedy potvrzují hypotézu, že pacienti v ordinaci Oakdale DP budou hodnotit přístup a chování zdravotnického personálu lépe, než pacienti v ordinaci TA Dent.

Tab. 7. Spokojenost s chováním zdravotní sestry faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	9 (75%)	6 (67%)	1 (17%)	3 (50%)	19 (58%)
Nespokojen	3 (25%)	3 (33%)	5 (83%)	3 (50%)	14 (42%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	6 (86%)	9 (90%)	9 (100%)	5 (83%)	29 (91%)
Nespokojen	1 (14%)	1 (10%)	0 (0%)	1 (17%)	3 (9%)
Celkem	7 (100%)	10 (100%)	9 (100%)	100% (6)	32 (100%)

N=66, N(validní)=66

Spokojenost s péčí zdravotní sestry

Péče zdravotní sestry je velmi důležitým aspektem pro všechny dotazované. Asi nejvíce pacienti zdůrazňují důvěru ke zdravotní sestře. Mezi základní projevy důvěryhodnosti patří především:

- vztah zdravotní sestry k její práci, vnitřní image a její celkový pohled na svou práci;
- kultivovanost projevu a to, jakým způsobem se chová a vystupuje, také verbální a neverbální komunikace;
- odborné znalosti a dovednosti;
- vnější image, tedy to, jak pacienti vnímají zevnějšek zdravotní sestry (např. Zda je upravená).

Image zdravotní sestry se mění s časem a je také závislá na místní kultuře. Celkový vzhled zdravotní sestry, to jak vypadá a jakým způsobem se k pacientovi chová, vypovídá mnohé o tom, jaká je, což ovlivňuje očekávání pacientů. Na základě těchto aspektů si o ní pacient vytvoří určitou představu, skrze kterou pak hodnotí celkovou spokojenost s péčí, kterou mu zdravotní sestra poskytuje. Také ze strany pacientů existuje několik významných faktorů, které spokojenost ovlivňují. Následující tabulka ilustruje, jaký vliv má na spokojenost věk pacienta. (Tab. 8)

Je evidentní, že i přes vysokou míru nespokojenosti pacientů v ordinaci TA Dent, hodnotí pozitivně péči zdravotní sestry převážně pacienti v nejvyšší věkové kategorii (nad 65 let). Spokojených pacientů je 83%, zatímco ve věkové kategorii do 35 let je spokojených pouze 67%. Domnívám se, že vyšší spokojenost nejstarších pacientů může být do jisté míry ovlivněna tzv. ageizmem², tedy marginalizací a diskriminací starých lidí, kteří díky tomu snižují své nároky. To lze doložit také výsledky výzkumu spokojenosti pacientů s nemocniční péčí, který realizovala Hnilicová ve své dizertační práci (2003). Průzkum prokázal, že věk pacienta nejprůkazněji determinuje spokojenost pacienta. Starší pacienti vyjadřují významně vyšší míru spokojenosti s různými druhy zdravotní péče. Jejich náročnost a požadavky s věkem klesají a narůstá u nich pocit vděčnosti, což se projevuje i při hodnocení zdravotní péče, a to výraznou tendencí být pokud možno se vším spokojen. (Hnilicová, 2003)

V ordinaci Oakdale DP jsou spokojeny s péčí zdravotní sestry téměř všechny věkové kategorie, nejvíce však pacienti do 35 let, kterých bylo 100%. Nejméně spokojená byla věková skupina od 36-49 let, kterých bylo 18%. Nicméně, v tomto případě neplatí souvislost mezi spokojeností s péčí sestry a věkem pacienta.

Je možné, že v Anglii neexistuje tolik diskriminace a negativní vnímání starých lidí jako v českém prostředí a tak starší lidé tolik nepocitují rozdíly v komunikaci se zdravotnickým personálem, neboť zdravotníci se staršími lidmi zacházejí stejně jako s mladými lidmi.

Tab. 8. Spokojenost s péčí zdravotní sestry faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	8 (67%)	7 (78%)	2 (33%)	5 (83%)	22 (67%)
Nespokojen	4 (33%)	2 (22%)	4 (67%)	1 (17%)	11 (33%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

² Ageismus představuje věkovou diskriminaci, která postihuje především staré lidi. Ageismus může vést k věkové segregaci a vyčleňování ze společnosti, často je podporován ekonomicko - sociálními problémy a společenskými představami, které podceňují stáří. (Tošnerová, 2002)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	7 (100%)	9 (82%)	8 (90%)	5 (83%)	29 (88%)
Nespokojen	0 (0%)	2 (18%)	1 (10%)	1 (17%)	4 (12%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Spokojenost s poskytovanými informacemi

Lepší informovanost pacientů souvisí s množstvím informací poskytovaných pacientovi zubním lékařem. Do oblasti poskytovaných informací pacienti nejčastěji řadí následující:

- informace o aktuálním stavu chrupu;
- informace o prevenci a předcházení rizik zubního kazu;
- informace o průběhu zákroku, popřípadě následné rekonvalescenci (například v případě zavádění implantátů);
- informace o jiných variantách zubního ošetření.

Schopnost porozumět poskytovaným informacím nezáleží pouze na odborných a komunikačních dovednostech zubního lékaře, ale také na schopnostech a ochotě pacienta zubnímu lékaři porozumět. Lze se domnívat, že významným faktorem by mohlo být v tomto případě vzdělání pacienta.

Výsledky výzkumné sondy ukázaly, že celková spokojenost s poskytovanými informacemi je v obou ordinacích vyrovnaná, zatímco v ordinaci TA Dent je to 73% pacientů, v Oakdale DP o 8% více. Zásadní rozdíl je však v hodnocení podle kategorie vzdělání pacienta. V ordinaci TA Dent rozumí nejlépe poskytovaným informacím středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní pacienti, nejméně jsou schopni porozumět pacienti se základním vzděláním, a to až 40% pacientů.

Opačně je tomu v případě ordinace Oakdale DP, kde nejlépe rozumí poskytovaným informacím pacienti se základním a středoškolským vzděláním a nejméně vysokoškolsky vzdělaní pacienti. Je tedy možné zde vyloučit souvislost mezi schopností pacienta rozumět poskytovaným informacím a jeho vzděláním. Spíše zde záleží na osobnosti daného zubního lékaře a na tom, do jaké míry se pacientovi věnuje, zda je schopen mu informace efektivně předat a jaké má komunikační schopnosti. (Tab. 9)

Výsledky výzkumné sondy lze také vysvětlit tím, že zubní lékaři informují všechny pacienty stejným způsobem a měrou, přičemž k tomu mají vytvořený určitý algoritmus, který je zaměřen na “průměrného” pacienta. Vysokoškolsky vzdělaným pacientům však míra poskytovaných informací nestačí a vyžadují po zubním lékaři sofistikovanější přístup, protože základní informace týkající se zubní péče či ošetření znají a mohou si je lehce zjistit a dohledat.

Tab. 9. Schopnost porozumět poskytovaným informacím faktor vzdělání

TA Dent	Vzdělání			
	základní	SŠ	VŠ	Celkem
Rozhodně ano/spíše ano	9 (60%)	11 (79%)	4 (100%)	24 (73%)
Rozhodně ne/spíše ne	6 (40%)	3 (21%)	0 (0%)	9 (27%)
Celkem	15 (100%)	14 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Vzdělání			
	základní	SŠ	VŠ	Celkem
Rozhodně ano/spíše ne	12 (92%)	11 (92%)	5 (63%)	28 (85%)
Rozhodně ne/spíše ne	1 (8%)	1 (8%)	3 (37%)	5 (15%)
Celkem	13 (100%)	12 (100%)	8 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Spokojenost s participací na léčbě

Jedním ze znaků zapojení pacienta do rozhodování o léčbě nebo o léčebných úkonech, které u zubního lékaře pacient podstupuje, je prezentace několika možností léčby a vyžadování souhlasu pacienta s poskytovanou péčí (zejména jedná-li se o zákroky, které nemají preventivní charakter). Zároveň představuje v tomto směru participace pacienta jeden ze základních ukazatelů toho, na jaké úrovni je vztah mezi ním a zubním lékařem a do jaké míry zubní lékař umožňuje pacientovi, aby se ve vztahu lékař - pacient angažoval.

Bylo zajímavé zjistit, jaká je souvislost mezi participací na léčbě nebo prováděním zákroku a tím, jaký druh zákroku či výkonu zubní lékař pacientovi poskytuje. Bylo totiž zjištěno, že zubní lékař dává nejčastěji pacientovi dostatečný prostor se vyjádřit v případě,

že se jedná o výkon, kde není rozhodujícím faktorem čas a kde je dostatečný prostor se pacientovi plně věnovat a komunikovat s ním.

V TA Dent dává nejvíce prostoru se vyjádřit k zákroku či léčbě zubní lékař v rámci preventivní prohlídky a běžného zákroku. Pacienti se zde vyjadřují k preventivní prohlídce až ze 82%. Oproti tomu se zde projevuje nízká míra vyjádřit se k akutnímu zákroku, 67% pacientů nemá dostatečný prostor jakýmkoli způsobem participovat na akutním výkonu. Možným vysvětlením by mohlo být to, že výsledky ukazují na přežívání paternalistického³ modelu, kdy si zubní lékař osobuje právo o pacientovi rozhodovat sám. Lze soudit, že zubní lékař se pravděpodobně domnívá, že v danou chvíli musí jednat neodkladně rychle, a proto není nutné dávat pacientovi prostor vyjádřit se k výkonu.

Rozdíl je zřejmý u pacientů v Oakdale DP, kde pacienti hodnotí pozitivně u všech druhů zákroků dostatečný prostor k vyjádření vlastního názoru. Nejmarkantnější rozdíl je u akutního zákroku, kde má 75% pacientů možnost vyjádřit se k výkonu. Oproti českým pacientům je to o 42% více. Domnívám se, že to vysvětluje také skutečnost, kdy musejí zubní lékaři v Anglii pacientům předkládat tzv. informované souhlasy⁴, zubní lékař tak musí pro každého pacienta v případě nutnosti připravit konkrétní informace o možných komplikacích, tento souhlas není pouze formálním a univerzálním vyjádřením, ale hraje zde důležitou roli. Z vlastní zkušenosti mohu soudit, že informování pacienta o zákrocích a výkonech a předkládání informovaných souhlasů je ve Velké Británii na celkově vyšší úrovni než v České republice. Dalším vysvětlením by mohl být celkový charakter vztahu mezi lékařem a pacientem. Ve Velké Británii převažuje partnerský vztah nad vztahem paternalistickým. (Tab. 10)

³ *Paternalismus* představuje silně asymetrický vztah lékaře k pacientovi. Lékař zaujímá v tomto vztahu dominantní roli a pacient je tak částečně zbaven právní i praktické odpovědnosti za své zdraví. Tento model vztahu mezi lékařem a pacientem fungoval zejména v minulosti, kdy pacienti nebyli zvyklí prosazovat svůj vlastní názor. (Haškovcová, 2002)

⁴ *Informovaný souhlas* je předpokladem jakéhokoliv zákroku v oblasti péče o zdraví pacienta. Jakýkoliv zdravotní výkon může být proveden pouze za podmínky, že k němu dá pacient svobodný a informovaný souhlas. Lékař tak musí pacienta předem řádně informovat o účelu a povaze zákroku, stejně tak i o jeho důsledcích a rizicích. ([Online] <http://www.dentalcare.cz/..informovany-souhlas/>)

Tab. 10. Dostatečný prostor vyjádřit se k léčbě (zákroku) faktor druh výkonu

TA Dent	Výkon			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Rozhodně ano/spíše ano	14 (82%)	1 (33%)	8 (61%)	23 (70%)
Rozhodně ne/spíše ne	3 (18%)	2 (67%)	5 (39%)	10 (30%)
Celkem	17 (100%)	3 (100%)	13 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Výkon			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Rozhodně ano/spíše ano	15 (100%)	9 (75%)	4 (67%)	28 (85%)
Rozhodně ne/spíše ne	0 (0%)	3 (25%)	2 (33%)	5 (15%)
Celkem	15 (100%)	12 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Výsledky výzkumné sondy ukázaly, že přístup zdravotníků (zejména zdravotní sestry) k pacientům čerpající zubní péči v české zubní ordinaci je předmětem velké kritiky a nespokojenosti v rámci českého systému zdravotnictví. Čeští pacienti zmiňovali jasné paternalistické prvky vztahu a nízkou úroveň vzájemné komunikace. Ještě stále přežívající paternalismus v české zubní ordinaci je projevem modelu nerovného vztahu mezi zdravotníky a pacienty. Tento model byl běžný zejména v období socialistického zdravotnictví v rámci Semaškova modelu zdravotnictví. To potvrzuje také výzkum Křečkové Tůmové, jehož výsledky dokládají, že čeští lékaři mají stále všeobecnou tendenci opomíjet psychickou stránku léčení. (Křečková Tůmová, 2003) Vztah zdravotníků a pacientů byl totalitním režimem v České republice výrazně poznamenán a jeho vývoj se lišil od jiných západoevropských zemí. Vyznačoval se výraznou pasivitou pacienta, která byla zajištěna tím, že byl pacient obvykle postaven před hotovou věc. (Krtička, 1999) Lékaři v zásadě rozhodovali za pacienty, jejichž názor a subjektivní pocity nebyly považovány za důležité. Odborný aspekt péče jednoznačně převažoval nad její interpersonální stránkou. Tento přístup se stal součástí organizační kultury ve zdravotnictví a jeho dědictví je patrné dodnes. Je stále vidět, že současný vztah mezi zdravotníkem a pacientem je do určité míry ovlivněn čtyřicetiletým obdobím komunismu.

Partnerství a komunikace mezi zdravotníky a pacienty se tedy v české ordinaci neprojevilo do takové míry jako u anglických pacientů, kteří v tomto ohledu vykazovali vyšší míru spokojenosti. Tato skutečnost se zdá být vcelku jasná, protože trend, který v Anglii započal již před několika lety, a to vznikem NHS v roce 1948, odstartoval v českém prostředí mnohem později, a to začátkem 90. let nástupem Bismarckovského systému zdravotnictví. Zdá se, že je zde vidět, jakým způsobem se promítá historický vývoj zdravotnictví do spokojenosti pacientů a hodnocení kvality poskytovaných služeb zubního lékaře.

3.15 Oblast organizačních a provozních záležitostí

H(1): Předpokládám, že pacienti ordinace TA Dent budou spokojenější s délkou objednávací doby na kontrolu a vyšetření než pacienti ordinace Oakdale DP.

H(2): Předpokládám, že pacienti ordinace TA Dent budou lépe hodnotit čistotu, hygienu a komfort v čekárně a ordinaci než pacienti ordinace Oakdale DP.

H(3): Předpokládám, že pacienti ordinace Oakdale DP budou lépe hodnotit organizační záležitosti než pacienti ordinace TA Dent.

Pacienti hodnotili svou spokojenost v oblasti organizačních a provozních záležitostí, a to podle následujících kritérií:

- délka objednávací doby na kontrolu / vyšetření;
- délka čekací doby na kontrolu v čekárně;
- zda pacientům vyhovují po časové stránce ordinační hodiny zubního lékaře;
- snadnost dovolat se do zubní ordinace;
- čistota a hygiena v prostorách čekárny a ordinace;
- vybavení a komfortu ordinace.

Spokojenost s délkou objednávací doby

Tabulka 11 dobře ilustruje, že panuje velký rozdíl mezi celkovou spokojeností s délkou objednávací doby u pacientů ve zkoumaných ordinacích. Je zřejmé, že spokojenější jsou pacienti v ordinaci TA Dent, a to o 34% více než pacienti v Oakdale DP. (Tab.11)

Nespokojenost s délkou objednávací doby v Oakdale DP lze dobře doložit i na základě průzkumu spokojenosti pacientů, který zubní praxe realizovala v minulých letech. Za rok 2011 bylo s délkou objednávací doby nespokojeno 83% pacientů (průzkumu se účastnilo 50 pacientů). [Zdroj: *Patient Satisfaction Survey, Oakdale Dental Practice, Farnborough/Hampshire, 2011*]

Zajímavé je zjistit, jaký faktor spokojenost ovlivňuje. Dalo by se předpokládat, že na spokojenost bude mít vliv převážně věk pacienta. Je zřejmé, že čím je pacient starší, tím hůře snáší a je méně ochotný akceptovat dlouhé čekací či objednávací doby na kontrolu nebo vyšetření. Zdá se však, že v ordinaci TA Dent jsou s délkou objednávací doby spokojeny téměř všechny věkové kategorie.

Spíše záleží na tom, jaké množství pacientů má zubní lékař registrováno a do jaké míry je vytížený. Domnívám se, že délku objednávací doby částečně ovlivňují také organizační dovednosti recepční a zdravotní sestry.

V zubní ordinaci Oakdale DP patří mezi nejvíce nespokojené právě pacienti v nejvyšší věkové kategorii. Nejvíce spokojeni s délkou objednávací doby pak byli naopak pacienti ve věkové kategorii do 35 let. V ordinaci TA Dent jsou pacienti spokojeni ve všech věkových kategoriích, nejvíce však nad 50 let věku. Můžeme potvrdit hypotézu, že pacienti ordinace TA Dent jsou výrazně spokojenější s délkou objednávací doby než pacienti ordinace Oakdale DP. (Tab. 12)

Tab. 11. Spokojenost s délkou objednávací doby faktor ordinace

	TA Dent	Oakdale DP
Spokojen	26 (79%)	15 (45%)
Nespokojen	7 (21%)	18 (55%)
Celkem	33 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Tab. 12. Spokojenost s délkou objednávací doby faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	9 (75%)	7 (78%)	5 (83%)	5 (83%)	26 (79%)
Nespokojen	3 (25%)	2 (22%)	1 (17%)	1 (17%)	7 (21%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	5 (71%)	3 (27%)	6 (67%)	1 (17%)	15 (45%)
Nespokojen	2 (29%)	8 (73%)	3 (33%)	5 (83%)	18 (55%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Spokojenost s délkou čekací doby v čekárně

Podíváme se, zda existuje souvislost mezi spokojeností s délkou objednávací doby a spokojeností s délkou čekací doby v čekárně. Dalo by se usuzovat, že pacienti, kteří hodnotí délku objednávací doby negativně, tak budou činit i v případě čekací doby v čekárně. Faktorem, který zde ovlivňuje spokojenost, by mohl být opět věk pacienta. Můžeme předpokládat, že mladší pacienti budou více nespokojeni s čekací dobou, než pacienti ve vyšší věkové kategorii. Mladší pacienti vedou aktivnější styl života a předpokládá se u nich během dne hektičtější tempo než u pacientů v důchodovém věku disponujícími většími časovými rezervami.

V Tabulce 13 vidíme, že s narůstajícím věkem klesá spokojenost pacientů s délkou čekací doby v čekárně. To vyvrací náš původní předpoklad. V ordinaci TA Dent je nejspokojenější pacient ve věkové kategorii do 35 let, nespokojených je 50% ve věkové kategorii 50-65 let. V ordinaci Oakdale DP vykazují pacienti podobný trend. Spokojeno s délkou čekací doby je 100% v kategorii do 35 let, nejméně spokojeni jsou pacienti nad 65 let. Pro relativně malý počet respondentů však nelze z tohoto zjištění činit obecně platné závěry. K tomu by byla potřeba ověřit tato zjištění na reprezentativním vzorku respondentů.

Tab. 13. Spokojenost s délkou čekací doby v čekárně faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	10 (83%)	6 (67%)	3 (50%)	4 (67%)	23 (70%)
Nespokojen	2 (17%)	3 (33%)	3 (50%)	2 (33%)	10 (30%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	7 (100%)	7 (64%)	78% (7)	4 (67%)	25 (76%)
Nespokojen	0 (0%)	4 (36%)	22% (2)	2 (33%)	8 (24%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	100% (9)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Spokojenost s čistotou v prostorách čekárny a ordinace

Spokojenost s čistotou a hygienou v prostorách čekárny je důležitým ukazatelem toho, jak pacienti vnímají zdravotnické zařízení jako celek. Bez nadsázky lze říci, že to, jak se celé zařízení a ordinace prezentuje, je vizitkou zubního lékaře a přispívá výrazně k tomu, jak pacient celkově vnímá poskytované služby. Vzhled a podoba čekárny je to první, co pacienta upoutá při vstupu do zdravotnického zařízení. Je to vnější image celého zdravotnického zařízení.

Na základě empirických zkušeností lze předpokládat, že ženy budou více náročné co se týče hygieny a čistoty prostor. Více si zakládají na pořádku a hodnotí věci podle příjemného vzhledu. Domnívám se tedy, že ženy budou k hodnocení čistoty prostor čekárny a ordinace kritičtější než muži. Zároveň předpokládám, že pacienti ordinace Oakdale DP budou s čistotou a hygienou méně spokojeni než pacienti ordinace TA Dent.

Tabulka 14 ukazuje, že v ordinaci TA Dent je s čistotou a hygienou spokojeno 95% mužů a 100% žen. Muži však mají ve vzorku respondentů větší zastoupení (mužů je mezi dotazovanými pacienty o 30% více než žen). Vysoká míra spokojenosti se odráží od nového, hezkého a moderního vybavení, které dodává celé zubní praxi v rámci hodnocení pacientů body navíc. Domnívám se, že pacienti na základě toho mají tendenci spíše hodnotit líbivý vzhled a moderní styl zařízení než čistotu a hygienu jako takovou.

V ordinaci Oakdale DP je celková spokojenost s čistotou a hygienou podstatně nižší, téměř o 42% než v ordinaci TA Dent. V tomto případě jsou více nespokojeni muži než ženy. Nutno ale dodat, že mezi respondenty je velká převaha žen, což může zkreslovat výsledek výzkumné sondy (ženy představují 79% z celkového počtu respondentů). Nespokojenost pacientů s čistotou a hygienou je jen důkazem skutečnosti, že pacienti mají tendenci při vstupu do zařízení hodnotit spíše vzhled čekárny, nábytku, recepce nebo celkového vybavení místnosti než čistotu a hygienu jako jednotlivý aspekt. Důvodem vysoké míry nespokojenosti pacientů může být zastaralý nábytek a vybavení vstupní místnosti a také zastaralý vzhled recepce, což nepůsobí na pacienty při vstupu do zařízení dobrým dojmem. Domnívám se, že tento rozdíl ve spokojenosti je dán spíše povahou kulturních hodnot a způsobem údržby věcí. Oproti českým pacientům nedbají tolik angličtí pacienti na vzhled a nejsou tolik esteticky založení. Nábytek a vybavení mění až ve chvíli, kdy už dále neslouží.

Ve výzkumu v roce 2001 vyjadřovali angličtí pacienti v rámci otevřených poznámek následující požadavky:

- *“funkční, ale ne moc nové” (practical but in need of modernisation)*
- *“ordinace a praxe jsou čisté, ale potřebovaly by zrenovovat” (the surgery is always clean but very shabby in need of modernisation)*
- *“v čekárně chybí dekorace” (needs decorating in waiting room)*
- *“malba v čekárně nevypadá hezky” (paint work in the waiting area a bit rubbish)*
- *“malba v recepci není hezká” (a coat of paint in the reception area wouldn't go a miss)*
- *“dekorace by chtěla obměnit, praxe je jinak čistá” (the decoration could do with a face lift but the place is very clean)*
- *“v čekárně chybí automat na vodu” (it would be good to have a water machine in waiting area, for a last minute drink)*
- *“chybí hračky pro děti” (toys to keep small children occupied)*

[Patient Satisfaction Survey, Oakdale Dental Practice, 2011, Farnborough/Hampshire, datum zahájení průzkumu: 8.3.2011]

Tab. 14. Spokojenost s čistotou čekárny faktor pohlaví

TA Dent	Pohlaví		
	Muž	Žena	Celkem
Spokojen	20 (95%)	12 (100%)	32 (97%)
Nespokojen	1 (5%)	0 (0%)	1 (3%)
Celkem	21 (100%)	12 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Pohlaví		
	Muž	Žena	Celkem
Spokojen	4 (57%)	14 (54%)	18 (55%)
Nespokojen	3 (43%)	12 (46%)	15 (45%)
Celkem	7 (100%)	26 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Spokojenost s vybavením a komfortem ordinace

Spokojenost s vybavením a komfortem ordinace hodnotili pacienti podle následujících ukazatelů:

- zda je do ordinace dobrý a pohodlný přístup;
- zda se jim dobře a pohodlně sedí v zubařském křesle;
- zda disponuje zubní lékař dostatečným a adekvátním vybavením na práci;
- zda používá nové a moderní zubařské materiály;
- zda se cítí pacient v ordinaci celkově dobře;
- ale i skutečnost, zda je v ordinaci dostatek přirozeného denního světla.

Pacienti v ordinaci TA Dent jsou celkově velmi spokojeni s komfortem a vybavením ordinace. Domnívám se, že vysoká míra spokojenosti je spojena s trendem obměňovat často v českých ordinacích zubařský nábytek včetně výzdoby, vzhledu a designu celkového vzhledu ordinace. Spokojenost s komfortem zde podle výsledků výzkumné sondy nesouvisí s věkem pacienta, nespokojeno je pouhých 16% pacientů v nejnižší věkové kategorii.

Vybavení a komfort ordinace navíc hodnotilo 5 pacientů v dodatku dotazníku velmi kladně:

- *“velmi moderně vybavená zubní ordinace”*
- *“komfort ve formě nového vybavení”*
- *“moderní stomatologická technika”*

- *“krásně zařízená ordinace”*
- *“spokojen s vybavením ordinace”*.

(Zdroj: viz. dotazník)

V ordinaci Oakdale DP je u pacientů celková míra spokojenosti s komfortem ordinace o 6% nižší. Rozdíl oproti ordinaci TA Dent je v tom, že s přibývajícím věkem pacientů se zvyšuje míra spokojenosti s komfortem. Celých 100% pacientů nad 65 let je s komfortem ordinace plně spokojeno. V porovnání s předchozím můžeme vidět, že jsou zde pacienti více spokojeni s komfortem ordinace než s čistotou a hygienou čekárny. Vysvětlením by mohlo být to, že čekárna je společná pro všechny ordinace v praxi a společnost NHS (která zubní praxi vlastní) do takové míry nedbá o její komfort a hezký vzhled. Jinak ani v této ordinaci se neprokázala souvislost mezi spokojeností s komfortem a věkem pacienta. Spokojenost s komfortem ordinace je prakticky vyrovnaná ve všech věkových kategoriích. (Tab. 15)

Tab. 15. Spokojenost s vybavením a komfortem ordinace faktor věku

TA Dent	Věk				
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	Celkem
Spokojen	10 (83%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	31 (94%)
Nespokojen	2 (17%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (6%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	Celkem
Spokojen	6 (86%)	9 (82%)	8 (89%)	6 (100%)	2 (88%)
Nespokojen	1 (14%)	2 (18%)	1 (11%)	0 (0%)	4 (12%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Empirické šetření ukázalo, že čeští pacienti vykazují celkově vyšší míru spokojenosti co se týká čistoty, hygieny, vzhledu a komfortu čekárny a zubní ordinace. Důvodem nespokojenosti anglických pacientů je především nepěkný vzhled zastaralého vybavení a zařízení čekárny, recepce a ordinace. Tento evidentní rozdíl ve spokojenosti je dán jak již bylo uvedeno, nejspíše povahou kulturních hodnot a způsobem údržby věcí, která pramení z historie zdravotnictví. Anglie patří mezi země, která má smysl pro tradice a klade velký důraz na kontinuitu. To dokazuje také existence státního zdravotnictví, které funguje až na menší reformy ve své nezměněné podobě do současnosti. NHS financuje zdravotní péči z

dání občanů a tak je zřejmé, že finanční prostředky investované do zařízení a vybavení zdravotnických institucí nebudou dosahovat také výše jako tomu je v případě soukromých zařízení.

České zubní ordinace vznikaly většinou v průběhu 90. let po zavedení Bismarckova modelu zdravotnictví, což předpokládá vyšší nároky zubních lékařů i pacientů na vzhled svých soukromých ordinací v podobě nového a častěji obměňovaného designu vybavení. I v tomto případě lze spatřovat kulturní odlišnosti pramenící z historie zdravotnických systémů.

3.16 Finanční otázka

H(1): Předpokládám, že pacienti v ordinaci TA Dent budou hodnotit zubní péči jako finančně dostupnější než pacienti ordinace Oakdale DP.

H(2): Předpokládám, že pacienti ordinace Oakdale DP budou lépe předem informováni o ceně poskytovaného výkonu než pacienti ordinace TA Dent.

Spokojenost s finanční stránkou péče hodnotili pacienti v dotazníku na základě následujících ukazatelů:

- zda podle pacienta odpovídá cena kvalitě poskytovaného výkonu;
- zda pacientům vyhovuje způsob platby za poskytnutý výkon;
- zda je pacient předem obeznámen s cenou poskytovaného výkonu;
- zda je pro pacienta zubní péče celkově finančně dostupná.

Spokojenost s finanční dostupností zubní péče

Ukázalo se, že existuje velký rozdíl mezi mírou spokojenosti s finanční dostupností zubní péče mezi pacienty ordinace TA Dent a ordinace Oakdale DP. Zatímco v ordinaci TA Dent je s finanční dostupností péče spokojeno 76% pacientů, v ordinace Oakdale DP je to 49% pacientů. Vysvětlení lze spatřovat v několikanásobně vyšších cenách zubních výkonů v anglické zubní ordinaci, a také to, že spoluúčast pacienta představuje ve Velké Británii u zubního lékaře až 80% (viz výše). Finanční dostupnost zubní péče je jedním z nejvýraznější

kritizovaných oblastí v průzkumech spokojenosti pacientů celkově v zubní praxi Oakdale DP. Lze tak usuzovat na základě průzkumu v celé praxi Oakdale DP, realizovaný v roce 2011. Pacienti hodnotili v tomto průzkumu finanční dostupnost zubní péče velmi kriticky a 42% pacientů ji hodnotilo variantou odpovědi “rozhodně nespokojen” (orig. “*strongly disagree*”).

[Zdroj: *Patient Satisfaction Survey, Oakdale Dental Practice, Farnborough/Hampshire, 2011*, datum zahájení výzkumu 2.2.2011]

Pacienti ve většině případů vyjadřovali nespokojenost s finanční dostupností zubních výkonů, které se týkají oblasti nadstandardních výkonů (např. cena implantátu, cena korunky, cena neamalgámové výplně, endodontická ošetření, v některých případech také extrakce zubů) a výkonů, které jsou poskytovány zubním lékařem privátně, tj. mimo rámec NHS.

Ordinace Oakdale DP má smlouvu s NHS a zubní lékař poskytuje některé služby privátně. Pokud se tedy týká právních nároků pacientů a povinností zubního lékaře, je situace sice víceméně srovnatelná s českými poměry, ale ve skutečnosti je rozdíl mezi teorií a praxí ještě větší než v ordinaci TA Dent. V porovnání s českým systémem zubní péče není totiž zubní ošetření pro výdělečně činné pacienty bezplatné, jak bylo řečeno již výše, spoluúčast představuje až 80%. Tato cena je úředně stanovena a pacient může mít pocit, že neodpovídá nákladům. Pacient si tedy na požadovaný výkon významně připlácí, nicméně, velmi často není ošetřen podle svých představ. Může se pak cítit podveden svým zubním lékařem, avšak nikoli státem, potažmo NHS. Z vlastní praxe můžu konstatovat, že pokud chce mít pacient garantované kvalitní ošetření, musí hlásit hned na začátku, že si přeje soukromé ošetření za zcela soukromou cenu, na kterém se s lékařem dohodne. Lze soudit, že britský systém zubní péče v rámci NHS obecně funguje hůře než český systém zubní péče a tak se ve své podstatě ani nepodobá veřejnému zdravotnímu pojištění v ČR. I přes rostoucí spoluúčast je pro české pacienty celková kvalitní zubní péče dostupnější.

V rámci zmíněného průzkumu se ukázalo, že pacienti jsou také často nespokojeni s tím, že není zubní lékař schopen vysvětlit rozdíl mezi soukromým výkonem a výkonem, který je hrazen NHS (orig. “*not always explained between private and NHS treatments*”). Výzkumná sonda tak potvrzuje hypotézu, že pacienti ordinace TA Dent hodnotí zubní péči jako finančně dostupnější než pacienti ordinace Oakdale DP.

V zubní ordinaci TA Dent jsou rovnoměrně spokojeni s finanční dostupností zubní péče všechny věkové kategorie pacientů. Nejspokojenějším dotazovaným je pacient ve věkové kategorii nad 65 let, naopak nejméně spokojený je pacient v kategorii od 50-65 let. Přímá souvislost mezi spokojeností pacienta s finanční dostupností finanční péče a věkem nebyla na základě výzkumné sondy prokázána. Starší pacienti také často volí výkony, které hradí VZP a nepreferují nadstandardní výkony. (Tab. 16)

V ordinaci Oakdale DP hraje věk pacienta významnější roli. Ukázalo se totiž, že čím je pacient starší, tím je pro něj zubní péče finančně nedostupnější. 83% pacientů nad 65 let je nespokojeno s finanční dostupností zubní péče a 78% pacientů ve věkové kategorii 50-65 let také. I v nejnižší věkové kategorii do 35 let je nespokojeno s finanční dostupností zubní péče 43% pacientů. (Tab.16)

Tab. 16. Spokojenost s finanční dostupností zubní péče faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	9 (75%)	7 (78%)	4 (67%)	5 (83%)	25 (76%)
Nespokojen	3 (25%)	2 (22%)	2 (33%)	1 (17%)	8 (24%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	4 (57%)	9 (82%)	2 (22%)	1 (17%)	16 (49%)
Nespokojen	3 (43%)	2 (18%)	7 (78%)	5 (83%)	17 (51%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Dalo by se předpokládat, že spolu souvisí druh poskytovaného výkonu a spokojenost s finanční dostupností. Preventivní prohlídky bývají zpravidla pro pacienty finančně nenákladné, protože jsou hrazeny veřejným pojištěním, a to v rámci VZP i NHS. Opačně je tomu však v případě některých akutních a ve větším množství běžných zákroků. 82% pacientů v ordinaci TA Dent je spokojeno s finanční dostupností preventivních prohlídek, 33% pacientů je však nespokojeno s finanční dostupností akutního výkonu a 31% s běžným zákrokem. (Tab. 17)

V ordinaci Oakdale DP je nespokojeno s finanční dostupností preventivní prohlídky 53% pacientů, s akutním zákrokem 58% pacientů a s běžným zákrokem 33% pacientů. Tabulka ilustruje, že spíše než na souvislost mezi druhem výkonu a spokojeností s finanční dostupností zubní péče lze poukázat na to, že pacienti v anglické ordinaci Oakdale DP jsou nespokojeni s finanční dostupností péče celkově neohledně na druh poskytovaného výkonu. Pacientům zde nevyhovují ceny ve všech oblastech poskytovaných služeb. (Tab. 17)

Tab. 17. Spokojenost s finanční dostupností zubní péče faktor druhu zákroku

TA Dent	Výkon			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Spokojen	14 (82%)	2 (67%)	9 (69%)	25 (76%)
Nespokojen	3 (18%)	1 (33%)	4 (31%)	8 (24%)
Celkem	17 (100%)	3 (100%)	13 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Výkon			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Spokojen	7 (47%)	5 (42%)	4 (67%)	16 (49%)
Nespokojen	8 (53%)	7 (58%)	2 (33%)	17 (51%)
Celkem	15 (100%)	12 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Poměr ceny a kvality poskytovaného výkonu

Je zřejmé, že nejlépe hodnotí cena vs kvalita výkonu v ordinaci TA Dent vysokoškolsky vzdělaní pacienti, a to 100%, dále pak pacienti se středoškolským vzděláním 86% a nakonec 73% pacientů se základním vzděláním. Nejhuře hodnotilo adekvátnost ceny a kvality výkonu 27% pacientů se základním vzděláním. Platí zde pravidlo, že s vyšším vzděláním stoupá také spokojenost pacientů s poměrem ceny a kvality poskytovaného výkonu. To může být způsobeno buď dobrou informovaností pacientů o kvalitě výkonu nebo naopak nezájmem hodnotit provedený výkon. (Tab. 18)

V ordinaci Oakdale DP se prokázal opačný trend: s nižším vzděláním narůstá spokojenost s poměrem ceny a kvality poskytovaného výkonu. 85% pacientů se základním vzděláním je spokojeno s poměrem ceny a kvality výkonu, 67% středoškolsky vzdělaných je spokojeno a pouhých 38% vysokoškolsky vzdělaných je spokojeno. 66% vysokoškolsky

vzdělaných pacientů je tak nespokojeno s poměrem kvality a ceny poskytovaného výkonu, což lze vysvětlit dobrou informovaností pacientů a vyšších nárocích vzdělanějších lidí na zubní péči. (Tab. 18)

Tab. 18. Poměr ceny a kvality poskytovaného výkonu faktor vzdělání

TA Dent	Vzdělání			Celkem
	základní	SŠ	VŠ	
Rozhodně ano/spíše ano	11 (73%)	12 (86%)	4 (100%)	27 (82%)
Rozhodně ne/spíše ne	4 (27%)	2 (14%)	0 (0%)	6 (18%)
Celkem	15 (100%)	14 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Vzdělání			Celkem
	základní	SŠ	VŠ	
Rozhodně ano/spíše ano	11 (85%)	8 (67%)	3 (33%)	22 (67%)
Rozhodně ne/spíše ne	2 (15%)	4 (33%)	5 (67%)	11 (33%)
Celkem	13 (100%)	12 (100%)	8 (100%)	100% (33)

N=66, N(validní)=66

Podíváme se na další faktor ovlivňující spokojenost s poměrem ceny a kvality poskytovaného výkonu. Bereme-li v potaz věk pacienta, vidíme, že v ordinaci TA Dent je celkově velký rozdíl mezi spokojenými pacienty (82%) a pacienty nespokojenými (18%). Vysokou míru spokojenosti vykazují téměř všechny věkové kategorie. Domnívám se, že tento fakt ukazuje na dobré pokrytí zubních úkonů, které hradí VZP. V některých případech zubní péče se to týká také nadstandardů. (Tab. 19)

U pacientů v ordinaci Oakdale DP je daleko větší propast mezi spokojeností a nespokojeností s poměrem ceny a kvality výkonu. 67% pacientů odpovědělo na danou otázku "spíše ano/rozhodně ano", 33% pacientů je nespokojených. Zdá se, že věk pacienta zde spokojenost skutečně ovlivňuje. Ve vyšších věkových kategoriích narůstá i nespokojenost s poměrem ceny a kvality poskytovaného výkonu. (Tab. 19)

Tab. 19. Poměr ceny a kvality poskytovaného výkonu faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Rozhodně ano/spíše ano	10 (83%)	7 (78%)	5 (83%)	5 (83%)	27 (82%)
Rozhodně ne/spíše ne	2 (17%)	2 (22%)	1 (17%)	1 (17%)	6 (18%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Rozhodně ano/spíše ano	5 (72%)	6 (55%)	7 (78%)	4 (67%)	22 (67%)
Rozhodně ne/spíše ne	2 (28%)	5 (45%)	2 (22%)	2 (33%)	11 (33%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Spokojenost s informacemi o ceně poskytovaného výkonu

Pacienti v ordinaci Oakdale DP vyjadřují vyšší míru spokojenosti s informacemi o ceně výkonu než pacienti TA Dent, rozdíl je 12%, tedy rozdíl 4 pacientů. V ordinaci TA Dent záleží více s ohledem na spokojenost na poskytovaném výkonu než v ordinaci Oakdale DP. Při preventivní prohlídce je spokojeno 94% pacientů, při běžném zákroku 77%, v případě akutního zákroku je to pouze 67%. V ordinaci Oakdale DP hodnotilo spokojenost s informacemi o ceně výkonu v případě akutního výkonu 12 pacientů a ukázalo se, že spokojenost je 100%. Výsledek poukazuje na lepší přístup zubního lékaře, který je ochotný pacienty informovat také v případě akutních zákroků. (Tab. 20)

Tab. 20. Spokojenost s informacemi o ceně poskytovaného výkonu faktor druhu výkonu

TA Dent	Výkon			Celkem
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	
Spokojen	16 (94%)	2 (67%)	10 (77%)	28 (85%)
Nespokojen	1 (6%)	1 (33%)	3 (23%)	5 (15%)
Celkem	17 (100%)	3 (100%)	13 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Výkon			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Spokojen	14 (93%)	12 (100%)	6 (100%)	32 (97%)
Nespokojen	1 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)
Celkem	15 (100%)	12 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Spokojenost se způsobem platby za poskytovaný výkon

Spokojenost se způsobem platby zahrnuje oblast, ve které dotazovaní hodnotili to, zda jim vyhovuje způsob, jakým platí za poskytnutý zubní výkon. V ordinaci Oakdale DP je praxe vybavena velkou recepcí, která pacientům umožňuje platit téměř všemi možnými dostupnými způsoby (platba hotově, šekem, platební kartou). Ovlivňujícím faktorem spokojenosti se způsobem platby by zde mohl být věk: například mladší pacienti upřednostňují platby platební kartou, starší pacienti budou preferovat platby hotově.

Je evidentní, že spokojeni se způsobem platby jsou více pacienti v ordinaci Oakdale DP, a to o 12% než pacienti v TA Dent. V české ordinaci nemají pacienti k dispozici možnost platit platební kartou, ordinace k tomu není přizpůsobena. V ordinaci Oakdale DP hodnotí téměř všichni pacienti způsoby platby jako "velmi dobré", jen 14% pacientů je nespokojených a to v nejnižší věkové kategorii. Výpadek je zde spíše způsoben obecnou nespokojeností mladších pacientů s cenami poskytovaných výkonů než nespokojeností se způsobem platby (Tab. 21)

Tab. 21. Spokojenost s platbou za výkon faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	10 (83%)	8 (90%)	5 (83%)	5 (83%)	28 (85%)
Nespokojen	2 (17%)	1 (10%)	1 (17%)	1 (17%)	5 (15%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	6 (86%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	32 (97%)
Nespokojen	1 (14%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Také následující výsledky analýzy naznačují, že ani vzdělání nemá příliš významný vliv na spokojenost se způsobem platby za poskytnutý výkon. V ordinaci TA Dent je 20% pacientů se základním vzděláním nespokojeno, ti však v dodatku dotazníku neuvedli důvod nespokojenosti a ani nevyjádřili požadavek, který by jim v této oblasti hodnocení vyhovoval. (Tab. 22)

Tab. 22. Spokojenost s platbou za výkon faktor vzdělání

TA Dent	Vzdělání			
	Základní	SŠ	VŠ	Celkem
Spokojen	12 (80%)	12 (86%)	4 (100%)	28 (85%)
Nespokojen	3 (20%)	2 (14%)	0 (0%)	5 (15%)
Celkem	15 (100%)	14 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Vzdělání			
	Základní	SŠ	VŠ	Celkem
Spokojen	13 (100%)	11 (92%)	8 (100%)	97% (32)
Nespokojen	0 (0%)	1 (8%)	0 (0%)	3% (1)
Celkem	13 (100%)	12 (100%)	8 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Výsledky dotazníkového šetření potvrdily, že angličtí pacienti ordinace Oakdale DP jsou výrazně méně spokojeni s finanční dostupností zubní péče. NHS nabízí ve Velké Británii bezplatný přístup všem pacientům k celkové zdravotní péči, a je tak kladen velký důraz na rovný přístup ke zdravotní péči, což představuje také hlavní étos státního zdravotnictví. I přesto však hodnotí pacienti finanční dostupnost zubní péče kriticky, protože si musejí výrazně připlácet za nadstandardní úkony. Ty si musí anglický pacient hradit sám buď přímou platbou nebo ze soukromého připojištění. I když se ceny zubních výkonů v českém zdravotnictví zvyšují, lze konstatovat, že spoluúčast je pro české pacienty subjektivně menší a celková kvalitní zubní péče tak finančně dostupnější než pro anglické pacienty.

3.17 Odborná úroveň

Spokojenost s odbornou úrovní hodnotili pacienti na základě následujících aspektů:

- zda podává zubní lékař pacientovi během vyšetření informace o tom, jaký provádí zubní výkon;
- zda věnuje zubní lékař pacientovi dostatek času;
- zda poskytuje zubní lékař pacientovi informace o prevenci včetně správné techniky čištění zubů;
- zda by pacient doporučil zubního lékaře svým příbuzným nebo známým;
- zda jsou v čekárně k dispozici informační letáky či brožury o prevenci zubního kazu a správné péči o zuby nekomerčního charakteru.

H(1): *Pacienti ordinace Oakdale DP budou lépe hodnotit informace, které obdrží od zubního lékaře během výkonu než pacienti v ordinaci TA Dent.*

H(2): *Pacienti v ordinaci TA Dent budou lépe hodnotit odbornou úroveň zubního lékaře než pacienti ordinace Oakdale DP.*

Odborná úroveň poskytované zubní péče je pro pacienta jeden z nejvýznamnějších aspektů v oblasti poskytování péče. Problémem však zůstává, zda je pacient schopný posoudit a ohodnotit kvalitu a odbornost zdravotnických poskytovaných služeb. Jednak k tomu není dostatečně kvalifikovaný a ve většině případů tak činí na základě jiných ukazatelů, než je jen profesionalita a odbornost lékaře. Pacienti mají tendence hodnotit odbornost lékaře a kvalitu poskytovaných služeb přes síto jiných ukazatelů. Těmi často bývá úroveň interpersonálních vztahů a komunikační dovednosti lékaře.

Dotazovaní pacienti, kteří vyjadřují spokojenost se svým zubním lékařem, často u lékaře hodnotí:

- ochotu a laskavost,
- pochopení a odbornost,
- pečlivost,
- lidský přístup a zájem o pacienta,
- příjemné vystupování a ochotu,
- svědomitost a zodpovědnost,

- dobrý přístup a chování k pacientům.

Spokojenost s podávanými informacemi během výkonu

Následující tabulka obsahuje zjištění týkající se informací poskytnutých zubním lékařem pacientovi během prováděného výkonu. Pacienti byli dotazováni, zda jim zubní lékař poskytuje dostatečné informace o tom, jaký provádí výkon a informace o jednotlivých aspektech péče. Faktory, které by mohly ovlivňovat spokojenost pacienta jsou pohlaví, věk a vzdělání.

V zubní ordinaci Oakdale DP je spokojeno s podávanými informacemi 82% pacientů, z nichž spokojenější jsou muži než ženy. Spokojených je sice 86% mužů a 81% žen (rozdíl ve spokojenosti je pouhých 5%), nutno ale zdůraznit, že ve vzorku dotazovaných je velká převaha žen. Mužů tedy odpovídalo 7 a žen 26. Lze tedy usuzovat, že ženy jsou spokojenější s poskytovanými informacemi než muži. Domnívám se, že tento výsledek potvrzuje komunikační dovednosti zubního lékaře. Ženy – pacientky bývají zpravidla náročnější a důkladnější co se týče poskytovaných informací o typu a charakteru vyšetření. Podle minulých průzkumů se také více vyptávají a zjišťují informace, více komunikují obecně jako pacientky. (Tab. 23)

V ordinaci TA Dent je v porovnání s anglickou ordinací celková spokojenost nižší o 12%. Nespokojenost prokázalo 30% pacientů. Domnívám se, že je to důkazem přežívání mírného paternalistického modelu, kdy v českém prostředí není stále zvykem ze strany lékaře se pacienta vyptávat. Pokud bychom brali v potaz pohlaví pacienta, jsou zde spokojenější ze 71% muži a ženy nespokojeny ze 33%. Také v tomto případě odpovídalo více mužů než žen, 21 mužů a 12 žen. V tomto vzorku je tedy jasná převaha mužů. (Tab. 23)

Tab. 23. Spokojenost s informacemi během výkonu faktor pohlaví

TA Dent	Pohlaví		
	Muž	Žena	Celkem
Spokojen	15 (71%)	8 (67%)	23 (70%)
Nespokojen	6 (29%)	4 (33%)	10 (30%)
Celkem	21 (100%)	12 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Pohlaví		
	Muž	Žena	Celkem
Spokojen	6 (86%)	21 (81%)	27 (82%)
Nespokojen	1 (14%)	5 (19%)	6 (18%)
Celkem	7 (100%)	26 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Nejméně spokojeni s informacemi během výkonu jsou v ordinaci TA Dent pacienti v nejvyšší věkové kategorii nad 65 let. 50% pacientů je zde nespokojeno s podávanými informacemi během výkonu a vyžadují po zubním lékaři “podrobnější vysvětlení” a “více informací”. V ordinaci Oakdale DP vykazují pacienti opačný jev, spokojeni jsou téměř všechny věkové kategorie rovnoměrně, nespokojenější jsou pacienti v nejnižší věkové kategorii do 35 let. Odkazuje to na dobré celkové komunikační schopnosti zubního lékaře, který informuje každého pacienta bez ohledu na jeho věk. (Tab. 24)

Tab. 24. Spokojenost s informacemi během výkonu faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	8 (67%)	7 (78%)	5 (83%)	3 (50%)	23 (70%)
Nespokojen	4 (33%)	2 (22%)	1 (17%)	3 (50%)	10 (30%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	7 (100%)	8 (73%)	7 (78%)	5 (83%)	27 (82%)
Nespokojen	0 (0%)	3 (27%)	2 (22%)	1 (17%)	6 (18%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Zdá se, že faktor vzdělání hraje významnou roli v oblasti spokojenosti s informacemi během výkonu. V obou ordinacích vykazují pacienti spokojenost se stoupajícím vzděláním. 100% vysokoškolsky vzdělaných pacientů je v obou ordinacích spokojeno s informacemi během výkonu. Nejvíce nespokojených pacientů je v ordinaci TA Dent, 47% pacientů se základním vzděláním. (Tab. 25)

Tab. 25. Spokojenost s informacemi během výkonu faktor vzdělání

TA Dent	Vzdělání			Celkem
	základní	SŠ	VŠ	
Spokojen	8 (53%)	11 (79%)	4 (100%)	23 (70%)
Nespokojen	7 (47%)	3 (21%)	0 (0%)	10 (30%)
Celkem	15 (100%)	14 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Vzdělání			Celkem
	základní	SŠ	VŠ	
Spokojen	11 (85%)	8 (67%)	8 (100%)	27 (82%)
Nespokojen	2 (15%)	4 (33%)	0 (0%)	6 (18%)
Celkem	13 (100%)	12 (100%)	8 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Doporučení zubního lékaře příbuzným nebo známým

Doporučení zubního lékaře svým příbuzným či známým je velmi podstatným ukazatelem toho, jakým způsobem celkově hodnotí pacient služby zubního lékaře. Pokud shání pacient zubního lékaře, tak je to podle anket pacientů nejčastěji na doporučení známých nebo členů rodiny.

V případě, že má pacient v plánu doporučit někomu zubního lékaře, hraje důležitou roli fakt, jaký zubní výkon zubní lékař pacientovi prováděl a jaké s ním má konkrétní zkušenosti. Následující tabulky ukazují, zda existuje souvislost mezi druhem poskytovaného výkonu a tím, zda by pacient doporučil zubního lékaře příbuzným či známým.

Míra doporučení zubního lékaře je v obou ordinacích téměř stejná. V ordinaci TA Dent je to 76% pacientů, v ordinaci Oakdale DP je to 82% pacientů. Podívejme se nyní na rozdíly, pokud se jedná o jednotlivé druhy výkonu.

V případě preventivních prohlídek by zubního lékaře v ordinaci TA Dent doporučilo 82% pacientů, v případě běžných zákroků je to pouze 62%. 33% pacientů by pak zubního lékaře nedoporučilo v případě akutního zkrroku. Je zřejmé, že pacienti nemají v případě akutních zákroků v zubního lékaře tolik důvěry, nebo si vzpomněli při odpovídání na otázku na konkrétní nepříjemnou situaci. (Tab. 26)

V ordinaci Oakdale DP je míra doporučení zubního lékaře rovnoměrně rozložena ve všech kategoriích typů výkonů. Zubního lékaře by svým známým doporučilo 92% pacientů v případě akutního zákroku, 83% pacientů v případě běžného zákroku a 73% pacientů pokud se jedná o preventivní prohlídku. Vysvětlením by mohla být buď vysoká odborná úroveň akutních a běžných zákroků, které zubní lékař poskytuje nebo vyšší počet pacientů podstupujících v této ordinaci akutní zákrok než v ordinaci TA Dent (kde hodnotili akutní zákrok pouze 3 pacienti a zde 13 pacientů). (Tab. 26)

Tab. 26. Doporučení zubního lékaře faktor druh výkonu

TA Dent	Druh výkonu			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Spíše ano/rozhodně ano	15 (82%)	2 (67%)	8 (61%)	25 (76%)
Spíše ne/rozhodně ne	2 (18%)	1 (33%)	5 (39%)	8 (24%)
Celkem	17 (100%)	3 (100%)	13 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Druh výkonu			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Spíše ano/rozhodně ano	11 (73%)	11 (92%)	5 (83%)	27 (82%)
Spíše ne/rozhodně ne	4 (27%)	1 (8%)	1 (17%)	6 (18%)
Celkem	15 (100%)	12 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Ukazuje se, že vzdělání pacienta také do určité míry ovlivňuje rozhodnutí pacienta při doporučení zubního lékaře známým. Všichni vysokoškolsky vzdělaní pacienti v obou ordinacích by lékaře doporučili, souvislost mezi vzděláním a rozhodnutím doporučit lékaře zde byla prokázána. (Tab. 27)

Tab. 27. Doporučení zubního lékaře faktor vzdělání

TA Dent	Vzdělání			Celkem
	základní	SŠ	VŠ	
Spíše ano/rozhodně ano	10 (67%)	11 (79%)	4 (100%)	25 (76%)
Spíše ne/rozhodně ne	5 (33%)	3 (21%)	0 (0%)	8 (24%)
Celkem	15 (100%)	14 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Vzdělání			Celkem
	základní	SŠ	VŠ	
Spíše ano/rozhodně ano	11 (85%)	8 (67%)	8 (100%)	27 (82%)
Spíše ne/rozhodně ne	2 (15%)	4 (33%)	0 (0%)	6 (18%)
Celkem	13 (100%)	12 (100%)	8 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Také věk je ovlivňujícím faktorem při rozhodování k doporučení zubního lékaře známým. Je tomu tak zejména v ordinaci TA Dent, kde by 83% pacientů v nejnižší věkové kategorii lékaře doporučilo. S přibývajícím věkem pacienta pak klesá ochota doporučit zubního lékaře známým či příbuzným. Domnívám se, že vysvětlením je zde to, že starší pacienti mají určité rezervy v komunikaci se zubním lékařem nebo jsou citlivější co se týká bolestivějších zákroků. V ordinaci Oakdale DP by zubního lékaře doporučily vyrovnaně všechny věkové kategorie pacientů, včetně kategorie nad 65 let (85% pacientů).

Tab. 28. Doporučení zubního lékaře faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spíše ano/rozhodně ano	10 (83%)	7 (78%)	4 (67%)	4 (67%)	25 (76%)
Spíše ne/rozhodně ne	2 (17%)	2 (22%)	2 (33%)	2 (33%)	8 (24%)
Celkem	2 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spíše ano/rozhodně ano	6 (86%)	8 (73%)	8 (90%)	5 (83%)	27 (82%)
Spíše ne/rozhodně ne	1 (14%)	3 (27%)	1 (10%)	1 (17%)	6 (18%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Poskytování informací o prevenci

92% pacientů v ordinaci TA Dent je spokojeno s poskytovanými informacemi o prevenci při běžném zákroku. Při preventivní prohlídce je to 77% pacientů, přičemž 33% pacientů je nespokojeno s informacemi o prevenci při akutním zákroku. Tabulka dokládá, že zubní lékař v ordinaci TA Dent se zaměřuje na podávání informací o prevenci především v případech nezávažných úkonů. Je to tím, že má na sdělování dostatek času (více než při akutním zákroku). (Tab. 29)

V ordinaci Oakdale DP je situace srovnatelná. Nejvíce informací o prevenci získávají pacienti při běžném zákroku (92% pacientů) a při preventivní prohlídce (67% pacientů). Nejméně spokojenosti s poskytovanými informacemi o prevenci vykazují pacienti při akutním zákroku (50% pacientů). I zde je souvislost mezi spokojeností s poskytovanými informacemi o prevenci a druhem poskytovaného výkonu. (Tab. 29)

Tab. 29. Informace o prevenci faktor druh výkonu

TA Dent	Druh výkonu			Celkem
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	
Spíše ano/rozhodně ano	13 (77%)	2 (67%)	12 (92%)	27 (82%)
Spíše ne/rozhodně ne	4 (23%)	1 (33%)	1 (8%)	6 (18%)
Celkem	17 (100%)	3 (100%)	13 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Druh výkonu			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Spíše ano/rozhodně ano	10 (67%)	6 (50%)	5 (83%)	21 (64%)
Spíše ne/rozhodně ne	5 (33%)	6 (50%)	1 (17%)	12 (36%)
Celkem	15 (100%)	12 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Více informací o prevenci by v ordinaci TA Dent uvítali pacienti v nejnižší věkové kategorii do 35 let, 33% pacientů je “spíše nespokojených”. Ostatní věkové kategorie vykazují vysokou míru spokojenosti s informacemi o prevenci. V ordinaci Oakdale DP je celková spokojenost s informacemi o prevenci podstatně nižší, o 22%. Nejspokojenější jsou pacienti ve věku od 50-65 let a nejméně spokojeni jsou pacienti nad 65 let. Je to dáno nejspíše tím, že zubní lékař se celkově příliš nezaměřuje na poskytování informací o prevenci. (Tab. 30)

Tab. 30. Informace o prevenci faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spíše ano/rozhodně ano	8 (67%)	8 (90%)	5 (83%)	6 (100%)	27 (82%)
Spíše ne/rozhodně ne	4 (33%)	1 (10%)	1 (17%)	0 (0%)	6 (18%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spíše ano/rozhodně ano	3 (43%)	8 (73%)	8 (90%)	2 (33%)	21 (64%)
Spíše ne/rozhodně ne	4 (57%)	3 (27%)	1 (10%)	4 (67%)	12 (36%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Tabulka dokazuje, že čím častěji pacient navštíví zubního lékaře za rok, tím mu zubní lékař poskytuje více informací o prevenci. Platí u pacientů v obou zubních ordinacích. (Tab. 31)

Tab. 31. Informace o prevenci faktor frekvence návštěv zubního lékaře za rok

TA Dent	0 krát	1 krát	2 krát	3-4 krát	Celkem
Spíše ano/rozhodně ano	4 (80%)	11 (79%)	6 (86%)	6 (86%)	27 (82%)
Spíše ne/rozhodně ne	1 (20%)	3 (21%)	1 (14%)	1 (14%)	6 (18%)
Celkem	5 (100%)	14 (100%)	7 (100%)	7 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	0 krát	1 krát	2 krát	3-4 krát	Celkem
Spíše ano/rozhodně ano	2 (67%)	8 (62%)	8 (57%)	3 (100%)	21 (64%)
Spíše ne/rozhodně ne	1 (33%)	5 (40%)	6 (43%)	0 (0%)	12 (36%)
Celkem	3 (100%)	13 (100%)	14 (100%)	3 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Odborná úroveň poskytované zubní péče

Zdá se, že na hodnocení a spokojenost s odbornou úrovní zubní péče má vliv věk pacienta. V ordinaci TA Dent hodnotí kladně odbornou úroveň zubního lékaře nižší věkové kategorie, nejspokojenější jsou pacienti do 35 let věku. Naopak nespokojeni s odbornou úrovní lékaře jsou pacienti ve věkové kategorii nad 65 let (50% pacientů). Zdá se, že starší pacienti mají na odbornost lékaře vyšší požadavy než mladší pacienti. V ordinaci Oakdale DP je tomu podstatně jinak. Spokojeny s odborností lékaře jsou téměř všechny věkové kategorie. Nejlépe hodnotí odbornost zubního lékaře pacienti od 50 let věku výše. (Tab. 32)

Tab. 32. Odborná úroveň poskytované péče faktor věku

TA Dent	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	11 (92%)	7 (78%)	5 (83%)	3 (50%)	26 (79%)
Nespokojen	1 (8%)	2 (22%)	1 (17%)	3 (50%)	7 (21%)
Celkem	12 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Věk				Celkem
	do 35 let	36-49	50-65	nad 65	
Spokojen	6 (86%)	9 (82%)	8 (90%)	6 (100%)	29 (88%)
Nespokojen	1 (14%)	2 (18%)	1 (10%)	0 (0%)	4 (12%)
Celkem	7 (100%)	11 (100%)	9 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Další skupinou pacientů, kteří považují odbornou úroveň za velmi dobrou jsou vysokoškolsky vzdělaní pacienti. V ordinaci TA Dent je 100% pacientů s VŠ spokojeno s odbornou úrovní zubního lékaře. Pacienti se základním a středoškolským vzděláním však také vykazují vysokou míru spokojenosti. V ordinaci Oakdale DP jsou pacienti také spokojeny ve všech skupinách vzdělání, nejvíce však 92% středoškolsky vzdělaných pacientů. (Tab.33)

Tab. 33. Odborná úroveň poskytované péče faktor vzdělání

TA Dent	Vzdělání			Celkem
	základní	SŠ	VŠ	
Spokojen	11 (73%)	11 (79%)	4 (100%)	26 (79%)
Nespokojen	4 (27%)	3 (21%)	0 (0%)	7 (21%)
Celkem	15 (100%)	14 (100%)	4 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Vzdělání			Celkem
	základní	SŠ	VŠ	
Spokojen	11 (85%)	11 (92%)	7 (88%)	29 (88%)
Nespokojen	2 (15%)	1 (8%)	1 (12%)	4 (12%)
Celkem	13 (100%)	12 (100%)	8 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

Nejlépe hodnotí odbornou úroveň pacienti v ordinaci TA Dent pokud se jedná o preventivní prohlídku a běžný zákrok. Pouze 33% pacientů je spokojeno s odbornou úrovní v případě akutního zákroku. Výsledky výzkumné sondy odráží skutečnost, že zubní lékař je v ordinaci jen minimálně vybaven na akutní zákroky. Lékař tak musí často pacienty

posílat k jiným specializovaným odborníkům a to se odráží na míře spokojenosti pacientů s odborností zubního lékaře. (Tab. 34)

V ordinaci Oakdale DP je míra spokojenosti s odborností lékaře hodnocena obdobně jako v ordinaci TA Dent. Rozdíl je pouze v případě akutního zákroku, kde prokázalo 83% pacientů spokojenost s odborností zubaře. Je to tím, že zubní lékař má specializaci na stomatochirurgii a pacienty tak v případě nutnosti nemusí odesílat na jiné specializované pracoviště. (Tab. 34)

Tab. 34. Odborná úroveň poskytované péče faktor druh výkonu

TA Dent	Druh výkonu			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Spokojen	15 (88%)	1 (33%)	10 (77%)	26 (79%)
Nespokojen	2 (12%)	2 (67%)	3 (23%)	7 (21%)
Celkem	17 (100%)	3 (100%)	13 (100%)	33 (100%)

Oakdale DP	Druh výkonu			
	Preventivní prohlídka	Akutní zákrok	Běžný zákrok	Celkem
Spokojen	13 (87%)	10 (83%)	6 (100%)	29 (88%)
Nespokojen	2 (13%)	2 (17%)	0 (0%)	4 (12%)
Celkem	15 (100%)	12 (100%)	6 (100%)	33 (100%)

N=66, N(validní)=66

3.18 Odpovědi na výzkumné otázky a hypotézy

Bude kvalita z pohledu uživatelů poskytované zubní péče lepší v anglické zubní ordinaci *Oakdale Dental Practice* než v české zubní praxi *TA Dent*?

Subjektivně vnímaná celková kvalita zubní péče byla pacienty hodnocena obdobně v obou zubních ordinacích. Spokojenost pacientů se lišila pouze v jednotlivých oblastech a aspektech poskytovaných zubních služeb (viz následující bod).

Ve kterých oblastech poskytovaných služeb zubní péče se sledované ordinace nejvíce liší z pohledu pacienta?

Největší rozdíly ve spokojenosti pacientů se ukázaly v oblasti interpersonálních vztahů, zejména v rámci hodnocení chování a přístupu zdravotnického personálu, v oblasti provozních a organizačních záležitostí, zde především v hodnocení čistoty a hygieny v prostorách čekárny a v oblasti finanční otázky, a to zejména spokojenost s finanční dostupností zubní péče.

Na kterou oblast by se měl management a zdravotnický personál jednotlivých ordinací a celých zubních praxí zaměřit, aby zlepšil poskytované služby a tím zvýšil spokojenost pacientů?

Management zubních praxí by se měl konkrétně zaměřit na oblast komunikace s pacienty, především u zdravotních sester a také na oblast vzhledu a renovace prostor čekárny.

Pacienti v zubní ordinaci TA Dent budou lépe hodnotit organizační a provozní záležitosti (např. čistota, hygiena a celkový vzhled čekárny a ordinace).

Tato hypotéza byla potvrzena.

Pacienti v zubní ordinaci Oakdale DP budou lépe hodnotit oblast interpersonálních vztahů.

Tato hypotéza byla potvrzena.

H(1): Předpokládám, že v oblasti interpersonálních vztahů bude u pacientů v zubní ordinaci Oakdale DP celkově vyšší míra spokojenosti než u pacientů v ordinaci TA Dent.

Výzkumná sonda skutečně ukázala, že pacienti ordinace Oakdale DP hodnotí oblast interpersonálních vztahů celkově lépe než pacienti ordinace TA Dent.

H(2): Předpokládám, že pacienti v ordinaci Oakdale DP budou hodnotit přístup a chování zdravotnického personálu pozitivněji než pacienti TA Dent.

Tato hypotéza byla potvrzena pouze částečně. Pacienti ordinace Oakdale DP vykazují vyšší míru spokojenosti zejména s přístupem a chováním zdravotní sestry. S chováním a přístupem zubního lékaře byli spokojeni pacienti v obou zubních ordinacích.

H(3): Předpokládám, že pacienti v ordinaci Oakdale DP budou spokojenější v oblasti komunikace se zubním lékařem než pacienti v ordinaci TA Dent.

Tato hypotéza byla sice potvrzena, ale výsledek výzkumné sondy ukázal, že rozdíl ve spokojenosti u pacientů v obou ordinacích je opravdu nepatrný. Zatímco v ordinaci Oakdale DP je spokojeno s komunikací se zubním lékařem 80% pacientů, v ordinaci TA Dent je to 72% pacientů.

H(4): Předpokládám, že pacienti v ordinaci TA Dent budou méně spokojeni s přístupem a chováním zdravotní sestry než pacienti v Oakdale DP.

Tato hypotéza byla jednoznačně potvrzena (viz výše). Pacienti v ordinaci TA Dent vykazují v porovnání s pacienty v anglické zubní ordinaci vysokou míru nespokojenosti s chováním a přístupem zdravotní sestry.

H(5): Předpokládám, že pacienti ordinace TA Dent budou spokojenější s délkou objednávací doby na kontrolu a vyšetření než pacienti ordinace Oakdale DP.

Tato hypotéza byla jednoznačně potvrzena. Pacienti ordinace Oakdale DP jsou výrazně nespokojeni s délkou objednávací doby na zubní vyšetření a kontrolu. Nespokojených pacientů je 55% (tedy 18 pacientů), zatímco v české zubní ordinaci je s délkou objednávací doby spokojeno 79% pacientů (26 pacientů).

H(6): Předpokládám, že pacienti ordinace TA Dent budou lépe hodnotit čistotu, hygienu a komfort v čekárně a ordinaci než pacienti ordinace Oakdale DP.

Tato hypotéza byla potvrzena částečně. Pacienti české zubní ordinace jsou ve velké míře spokojeni s čistotou, hygienou a komfortem v prostorách čekárny i ordinace (97% pacientů hodnotí kladně). Pacienti ordinace Oakdale DP jsou sice spokojeni s komfortem ordinace, ale 46% pacientů (tedy 15 pacientů) je nespokojeno s čistotou a hygienou čekárny.

H(7): Předpokládám, že pacienti v ordinaci TA Dent budou hodnotit zubní péči jako finančně dostupnější než pacienti ordinace Oakdale DP.

Mezi jednotlivými ordinacemi existuje velký rozdíl mezi spokojeností pacientů s finanční dostupností zubní péče. Zatímco v ordinaci TA Dent je zubní péče dostupná pro 76% pacientů, v ordinaci Oakdale DP je to pouhých 49%. Tato hypotéza byla tedy potvrzena.

H(8): Předpokládám, že pacienti ordinace Oakdale DP budou lépe předem informováni o ceně poskytovaného výkonu než pacienti ordinace TA Dent.

Tato hypotéza byla potvrzena. Pacienti v anglické zubní ordinaci jsou skutečně předem lépe informováni o ceně poskytovaného výkonu než pacienti české zubní ordinace. Rozdíl v míře spokojenosti činí 12% pacientů, tedy 4 pacienti.

H(9): Pacienti ordinace Oakdale DP budou lépe hodnotit informace, které obdrží od zubního lékaře během výkonu než pacienti v ordinaci TA Dent.

Tato hypotéza byla potvrzena pouze částečně. S podávanými informacemi během výkonu je sice spokojeno 82% pacientů ordinace Oakdale DP, v české ordinaci je to však jen o 12% pacientů méně. Rozdíl ve spokojenosti je vzhledem k nižšímu počtu dotazovaných zanedbatelný.

H(10): Pacienti v ordinaci TA Dent budou lépe hodnotit odbornou úroveň zubního lékaře než pacienti ordinace Oakdale DP.

I tato hypotéza byla potvrzena pouze částečně. Podle výsledků výzkumné sondy je s odbornou úrovní zubního lékaře v ordinaci Oakdale DP spokojeno 88% pacientů, v české

zubní ordinace je to o 9% méně. Rozdíl ve spokojenosti je při počtu dotazovaných pacientů zanedbatelný.

IV. ZÁVĚR

Cílem práce bylo porovnání kvality zubní péče z pohledu uživatelů ve dvou zubních ordinacích ve dvou kulturně odlišných zemích. Diplomová práce si konkrétně kladla za cíl zmapovat spokojenost a nespokojenost pacientů se zubní péčí a identifikovat rozdíly v širším kontextu zdravotnického systému.

Výsledky ukázaly, že subjektivně vnímaná celková kvalita zubní péče byla pacienty hodnocena obdobně v obou zubních ordinacích. Spokojenost pacientů se však lišila pouze v jednotlivých oblastech a aspektech poskytovaných zubních služeb.

Největší rozdíly se ukázaly v oblasti interpersonálních vztahů, zejména ve spokojenosti s chováním a přístupem zdravotnického personálu, v oblasti provozních a organizačních záležitostí, a to především v hodnocení čistoty a hygieny v prostorách čekárny a ve spokojenosti s finanční dostupností zubní péče.

Zatímco pacienti české zubní ordinace lépe hodnotili organizační a provozní záležitosti jako je čistota, hygiena a celkový vzhled čekárny a ordinace, pacienti anglické zubní ordinace hodnotili kladně oblast interpersonálních vztahů a to zejména chování a přístup zdravotnického personálu. Angličtí pacienti vykazovali výrazně vyšší míru nespokojenosti s finanční stránkou zubní péče (vysokou cenou) a s dlouhou dobou objednávání na kontrolu a vyšetření, zatímco čeští pacienti byli nespokojeni s tím, že byli nedostatečně informováni o ceně poskytovaného výkonu. Výzkum také ukázal, že hodnocení pacientů poskytovaných služeb a míra jejich spokojenosti s těmito službami je ovlivněna dlouhodobějším vývojem zdravotnických systémů v jednotlivých zemích. Zdá se, že některé odlišnosti mají svůj původ v historii těchto systémů a promítají se také do spokojenosti pacientů se zubní péčí.

Empirické šetření také ukázalo, že pro různé skupiny pacientů jsou při hodnocení kvality zubní péče důležité jiné ukazatele, roli zde hrají především faktory jako jsou věk, pohlaví a vzdělání pacienta nebo i druh poskytovaného výkonu.

Výzkumná sonda v oblasti spokojenosti pacientů se zubní péčí je spíše orientační a některé rozdíly ve spokojenosti jsou při počtu dotazovaných pacientů zanedbatelné. Přesto lze na

základě výsledků sondy vyvodit alespoň některá základní doporučení a návrhy pro zlepšení a využít tak v jednotlivých ordinacích získané výsledky jako zpětnou vazbu.

LITERATURA

1. BAKER, R.: *Pragmatic model of patient satisfaction in general practice: progress toward a theory*. Qual. Health Care 1997, 6.
2. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H.: *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání zdravotníků ve zdravotnictví, 2000. ISBN 80-7030-311-2.
3. BINAROVÁ, M.: Diplomová práce: *Životní spokojenost a fungování rodin s tělesně postiženým dítětem*. 2007.
[Online] http://is.muni.cz/th/75540/ff_m/diplomova_prace.txt [Staženo 25.11.2012].
4. CIMBURA, E.: *Zdravotní péče a zubní lékařství v zemích Evropské Unie: Velká Británie*. Praha: LKS, 1999, roč. 9, č. 12.
5. DONABEDIAN, A.: *The quality of care: How can it be assessed?* American Medical Association 1988, 260: 1743-1748.
6. EIM, J.: Diplomová práce: *Vývoj zdravotního systému v ČR*. 2008.
[Online] http://is.muni.cz/th/100355/pravf_m/?lang=en [Staženo 1.11.2012].
7. GABA, M.: *How should doctors decorate their consulting rooms?* British Medical Journal, 2002, vol. 324.
8. HARTL, P., HARTLOVÁ, H.: *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.
9. HAŠKOVCOVÁ, H.: *Lékařská etika*. Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-132-7.
10. HAUBERTO VÁ, D.: autor překladu. IZPE – Institut zdravotní politiky a ekonomiky, *Velká Británie I.* Kostelec nad Černými Lesy: IZPE, 2004, ISBN 80-86625-38-9.

11. HNILICA, K.: *Kvalita života a stereotypní hodnocení změn ve společnosti a ve zdravotnictví. Zdravotnictví v České republice č.4/1999.*
12. HNILICOVÁ, H.; JANEČKOVÁ, H.; HOLCÁT, M.; RIEGL, V.: *Průzkumy spokojenosti pacientů jako součást sledování kvality zdravotní péče. Návrh standardního dotazníku. Závěrečná zpráva o řešení grantu. IGA MZ ČR č. 4384-2. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1999.*
13. HNILICOVÁ, H.: *Spokojenost pacientů jako součást hodnocení léčebné péče a metody jejich sledování. Plzeň: UK Lékařská fakulta, Ústav sociálního lékařství, 2003.*
14. *Informovaný souhlas*
[Online] <http://www.dentalcare.cz/„informovany-souhlas/> [Staženo 8.5. 2013].
15. JÁNSKÁ, M.: *Vnímání zdravotnických služeb z pohledu pacienta. Praha: Zdravotnické forum, 2011, roč. 2.*
16. KAPR, J.; KOUKOLA, B.: *Pacient: Revoluce v poskytování péče. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 1998.*
17. KIM, M.-S., KLINGLE, R. S., SHARKEY, W.F., PARK, H.S., et al.: *A test of cultural model of patients` motivation for verbal communication in patient – doctor interactions. Communications Monographs, 2000, vol.67.*
18. KOŠUMBERSKÝ, T.: *Proč česká stomatologie nevzkvétá? Praha: StomaTeam, 2007, roč.2.*
19. KRTIČKA, F.: *O partnerském vztahu a lékařské demokracii. Praktický lékař, 1999, vol. 79, č. 10.*
20. KŘEČKOVÁ TŮMOVÁ, N.; BARTOVÁ, Š.: *Vztah lékaře a pacienta v primární zdravotní péči – teoretický souhrn poznatků a diskuse vlastního modelu. Kostelec nad Černými Lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2003, ISSN 1213-8096.*

21. KŘÍŽOVÁ, E.: *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 1998. ISBN 80-238-0937-7.
22. KUBÁNKOVÁ, V.; HENDL, J.: *Statistika pro zdravotníky*. Praha: Avicenum / Zdravotnické nakladatelství, 1986.
23. MAREŠ, V., kol.: *Sociální lékařství a organizace zdravotnictví pro studující stomatology*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
24. MAREŠ, J.: *Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí: teoretické přístupy a modely*. Praha: Praktický lékař, 2009, 89, č.2.
25. *NHS Treatment*
[Online] <http://www.nhs.uk/chq/Pages/1781.aspx?CategoryID=74&SubCategoryID=742>
[Staženo 21.12.2012].
26. *Patient Satisfaction Survey*, Oakdale Dental Practice, 2011, Farnborough/Hamshire, datum zahájení výzkum 8.3.2011.
27. POLEDNA, Z.: *Zubní péče ve Spojeném Království: neslavný konec slavného systému*. Praha: LKS, 2006, roč. 16.
28. *Semaškův model zdravotnictví*
[Online] http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf [Staženo 7.3.2013]
29. SILVA, A.: *A framework for measuring responsiveness*. Discussion Paper Series: No. 32. EIP, GPE, EBD, WHO, b.,r.
30. SITZIA, J., WOOD, N.: *Patient Satisfaction: a review of issues and concepts*. Soc.Sci.Med. 1997, 45 (12).

31. *Spokojenost*

[Online] Medical Terminological Dictionary

<http://www.online-medical-dictionary.org/definitions-p/patient-satisfaction.html> [Staženo 10.10.2012].

32. *Struktura zdravotnického systému*

[Online] www.fbmi.cvut.cz/.../Prednaska_c.1-_System_zdravot

[Staženo 8.3.2013]

33. SUCHÁNKOVÁ, T.: *Bismarckovský model* [Online]

http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/vyuka/studijni-materialy/CPHPM2/ZDRAVOTNICKx_SYSTxMY.ppt [Staženo 16.10.2012]

34. ŠAFR, J.: Návod k PSPP programu a tvorba kontingenčních tabulek

[Online] www.kmwp.wz.cz [Staženo 25.6.2012].

35. TOŠNEROVÁ, T.: *Ageismus (přívodce stereotypy a mýty o stáří)* 1. vyd., Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FNKV, 2002. ISBN 80-238-9506-0.

36. *Units of Dental Activity*

[Online] <http://www.jobsfordentists.co.uk/uda.html> [Staženo 8.5. 2013].

37. *Ústav národního zdraví*

[Online] http://cs.wikipedia.org/wiki/Ústav_národn%C3%ADho_zdrav%C3%AD
[Staženo 18.9.2012].

38. VOKURKA, M., HUGO, J., kol.: *Velký lékařský slovník*. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 80-7345-105-0.

39. *Vstřícnost zdravotnického systému*

[Online] www.uzis.cz/cz/archiv01/53_01.htm [Staženo 8.10.2012].

40. *Vstřícnost zdravotnického systému*

[Online] <http://www.uzis.cz/en/node/1431> [Staženo 8.5. 2013].

41. WARE, J. E., SNYDER, M.K., WRIGHT, W.R. et al.: *Defining and measuring patient satisfaction with medical care*. Eval. Program Plann, 1984, 6.

42. ŽÁČEK, A.: *Jak podle WHO měřit výkonnost zdravotnického systému? Zdravotnictví v České republice*, 2001, vol. 4.

SEZNAM POUŽITÝCH TABULEK

Tabulka1. Podíl pacientů podle pohlaví.....	49
Tabulka2. Podíl pacientů podle věku.....	49
Tabulka3. Podíl pacientů podle vzdělání.....	50
Tabulka4. Celkový přístup a chování zubního lékaře faktor ordinace.....	52
Tabulka5. Spokojenost se zubním lékařem faktor věku.....	52
Tabulka6. Celkový přístup a chování zdravotní sestry faktor ordinace.....	54
Tabulka7. Spokojenost s chováním zdravotní sestry faktor věku.....	55
Tabulka8. Spokojenost s péčí zdravotní sestry faktor věku.....	56
Tabulka9. Schopnost porozumět poskytovaným informacím faktor vzdělání.....	58
Tabulka10. Dostatečný prostor vyjádřit se k léčbě (zákroku) faktor druh výkonu.....	60
Tabulka11. Spokojenost s délkou objednávací doby faktor ordinace.....	62
Tabulka12. Spokojenost s délkou objednávací doby faktor věku.....	63
Tabulka13. Spokojenost s délkou čekací doby v čekárně faktor věku.....	64
Tabulka14. Spokojenost s čistotou čekárny a ordinace faktor pohlaví.....	66
Tabulka15. Spokojenost s vybavením a komfortem ordinace faktor věku.....	67
Tabulka16. Spokojenost finanční dostupností zubní péče faktor věku.....	70
Tabulka17. Finanční dostupnost zubní péče faktor druh zákroku.....	71
Tabulka18. Poměr ceny a kvality výkonu faktor vzdělání.....	72
Tabulka19. Poměr ceny a kvality výkonu faktor věku.....	73
Tabulka20. Informace o ceně výkonu faktor druh výkonu.....	73
Tabulka21. Spokojenost s platbou za výkon faktor věku.....	74
Tabulka22. Spokojenost s platbou za výkon faktor vzdělání.....	75
Tabulka23. Spokojenost s informacemi během výkonu faktor pohlaví.....	77
Tabulka24 Spokojenost s informacemi během výkonu faktor věku.....	78
Tabulka25. Spokojenost s informacemi během výkonu faktor vzdělání.....	79
Tabulka26. Doporučení zubního lékaře faktor druh výkonu.....	80
Tabulka27. Doporučení zubního lékaře faktor vzdělání.....	81
Tabulka28. Doporučení zubního lékaře faktor věku.....	81
Tabulka29. Informace o prevenci faktor druh výkonu.....	82
Tabulka30. Informace o prevenci faktor věku.....	83
Tabulka31. Prevence faktor frekvence návštěv zub. lékaře za rok.....	84
Tabulka32. Odborná úroveň poskytované péče faktor věku.....	85

Tabulka33. Odborná úroveň poskytované péče faktor vzdělání.....	85
Tabulka34. Odborná úroveň poskytované péče faktor druh výkonu.....	86

SEZNAM SCHÉMAT

Schéma č.1 Struktura zdravotnického systému.....	11
Schéma č.2 Přehled vývoje zubní péče.....	19
Schéma č.3 Struktura ministerstva zdravotnictví	23
Schéma č.4 Struktura “staré” NHS.....	25
Schéma č.5 Struktura “nové” NHS.....	28
Schéma č.6 Pragmatický model spokojenosti pacientů	40

PŘÍLOHA č.1

Projekt diplomové práce

Petra Jenšíková
68313036
Imatrikulace r. 2010

Název práce:

Kvalita zubní péče z pohledu uživatelů v České republice a ve Velké Británii.

Cíl DP:

Cílem diplomové práce je zmapovat spokojenost či nespokojenost pacientů se stomatologickou péčí v daných zemích. Na základě empiricky získaných dat a informací týkajících se kvality zubní péče z pohledu pacientů pak srovnat spokojenost pacientů v obou zemích, identifikovat rozdíly a interpretovat je v širším kontextu zdravotnického Cílem systému a zajištění zubní péče v obou zemích. Dalším cílem DP je zjistit, jak pacienti v obou zemích rozumí pojmu „kvalita zubní péče“ a jaká kritéria používají pro jeho konkretizaci.

Vstupní diskuze:

Úvod a vstupní diskuze v DP se bude týkat charakteristiky zdravotnických systémů v obou zemích, jejich základními principy a silnými a slabými stránkami s důrazem na organizaci zubní péče a její kvalitu.

Ve srovnání britského a českého zdravotnického systému lze najít mnoho odlišností, protože každý je výsledkem určitého historického vývoje. Každý systém se vyznačuje jiným modelem poskytování a financování zdravotní péče. To má následně vliv na to, jakým způsobem pacient zdravotnictví vnímá a jak k němu přistupuje.

Velká Británie se vyznačuje tzv. státním zdravotnictvím – Národní zdravotní službou (National Health Care, NHS), které vychází z Beveridgeovského modelu. Přestože je tento

system postaven na solidaritě, od českého se do značné míry odlišuje. Co se týká zubní péče, finanční spoluúčast může být až 80% ceny ošetření. Ceny zubní péče mohou ovlivňovat její kvalitu a ta je nějakým způsobem posuzována pacientem.

V souvislosti s některými reformami a změnou postavení pacienta ve zdravotnickém systému v ČR je třeba také zjistit, jaká jsou očekávání příjemců ve vztahu k zubní péči. Otázkou je zde tedy to, jak jsou čeští a britští pacienti spokojeni se současnou situací v této oblasti, co hodnotí pozitivně (pokud vůbec něco), v čem spatřují problémy (pokud vůbec nějaké) a jaké definují problémy. Cílem výzkumu je pak získat podněty k systematickému zlepšování kvality zubní péče.

Zkušenosti s tématem:

Třetím rokem pracuji ve Velké Británii jako dentální zdravotní sestra. Dennodenně se tedy setkávám s anglickými pacienty a stomatology a mám tak možnost přehledně zmapovat toto prostředí. Zubní péči znám především z pohledu „poskytovatele péče“ a proto mám zájem získat informace od pacientů, a to zejména co se týká jejich spokojenosti se zubní péčí. Zajímá mě, co pacienti považují za kvalitní zubní péči a co naopak vnímají jako nekvalitní zubní péči.

Ve Velké Británii – v praxi, kde pracuji, jsou pacientům sice pravidelně předkládány dotazníky ohledně jejich spokojenosti, avšak otázky jsou postaveny velmi obecně. Týkají se konkrétních procesů a aktivit naší praxe (především organizační problematika), a tak nevypovídají nic o tom, zda pacienti považují např. dlouhé čekací doby za podstatné kritérium při výběru jejich zubního lékaře. Domnívám se, že se v tomto případě jedná o více-méně formální aktivitu, dotazníky nejsou podkladem pro změnu ve fungování praxe a získání informací pro to, v jakých oblastech by se poskytované služby měly zlepšit.

Předpokládám, že můj výzkum by mohl být přínosem nejenom pro mne jako zaměstnance britské Národní zdravotní služby (NHS), ale také pro dentální praxi v UK i v ČR. Zubní lékaři v obou praxích získají zpětnou vazbu od svých pacientů a zaměří se například na to, co není ze strany pacientů hodnoceno pozitivně. To se může týkat jak stránky komunikace mezi lékařem a pacientem, tak i konkrétní finanční problematiky jako je například cena poskytované služby nebo produktu (např. cena implantátu).

Dotazník bude zahrnovat otázky, které budou pokrývat 4 oblasti zkoumání: interpersonální vztahy (vztahy mezi pacientem a zdrav. personálem), organizační a provozní záležitosti (čekací doba, způsob objednávání), finanční otázka (spokojenost s cenami poskytovaných služeb) a odborná úroveň lékařské péče.

Pro zpracování DP a získávání dat od pacientů jsem získala plnou podporu nejen zubního lékaře, u kterého pracuji, ale také stomatologů pracujících v celé dentální praxi. Ti mají zájem mé dotazníky použít jako podklad pro další zjišťování kvality poskytované zubní péče.

Metodologie DP:

Práce bude mít část teoretickou i empirickou. Základem pro zpracování teoretické části DP bude studium a obsahová analýza relevantní odborné literatury (monografie, výzkumné zprávy, články v odborných publikacích). Vzhledem k tomu, že kvalita zubní péče je téma, které není ve výzkumech v obou vybraných zemích příliš časté, budu čerpat informace z mezinárodních zdrojů, včetně ČR.

Hlavní výzkumnou metodou bude dotazníkové šetření, kdy použiji dotazník vlastní konstrukce. Dotazník bude zahrnovat 4 hlavní oblasti zkoumání (viz výše). Pro svůj výzkum jsem si vybrala dvě zubní praxe: česká zubní praxe působící v Praze a anglická zubní praxe působící v Londýně. Výzkum tak bude realizován mezi českými i britskými pacienty ve stejném poměru. Dotazník bude identický v obou jazykových verzích a bude obsahovat otevřené i uzavřené otázky. Co se týká samotných otázek, chtěla bych je konstruovat konkrétně a srozumitelně, abych zajistila dostatečnou validitu dotazníku. Dotazník budu koncipovat tak, aby postihl všechny důležité oblasti zkoumání, aby nebyl příliš dlouhý (ne více než 2 stránky) a mohl být eventuálně využit i v dalších výzkumech.

Výběr vzorku a metoda sběru dat:

Dotazníky budou respondentům rozdány s vysvětlením účelu šetření a podrobnými instrukcemi jak postupovat při vyplňování.

Předem vytištěné dotazníky připravím pro konkrétní zubní praxi v ČR, kde pověřím a poučím zdravotní sestru, aby zajistila jejich doručování do čekárny. Britským respondentům budu doručovat dotazníky sama. Sběr dat v obou zemích bude situován stejným způsobem.

Dotazníky budou respondentům k dispozici v dostatečném množství v čekárně a pacienti je tak vyplní během čekací doby nebo po ošetření. Pokud neučiní takto, odevzdají ho do určeného boxu při příští návštěvě svého zubního lékaře. Tato metoda bude uplatněna v mém výzkumu pro dentální praxi v ČR (kde jsou zaměstnáni 3 zubní lékaři) a pro dentální praxi ve VB (kde jsou zaměstnáni 4 zubní lékaři).

Struktura DP:

1. Obsah / úvod
2. Teoretická část DP
 - Základní používané pojmy
 - Stručná historie zdravotnických systémů ČR a VB – modely zdravotnictví a hlavní principy
 - Historie a vývoj zubní péče – „trusty“ ve VB
 - Přednosti a nevýhody jednotlivých systémů
3. Empirická část / šetření
 - Výzkumné otázky a hypotézy
 - Metodologie – výzkumný nástroj a sběr dat
 - Statistické zpracování dat
 - Výsledky a jejich interpretace
4. Diskuze
5. Závěr
6. Časový plán:
 - prosinec 2011 – předběžné zmapování terénu, studium literatury a odborných periodik, příprava teoretické části DP
 - leden 2012 – příprava dotazníků, úvod DP
 - únor 2012 – doručení dotazníků respondentům

- březen 2012 – zpracování výsledků empirického šetření, práce na praktické části DP
- duben 2012 – květen 2012 - teoretická část DP
- červen 2012 – závěr a úpravy DP

Literatura:

- Křečková Tůmová, N., Bártová, Š. *Zdravotní politika a ekonomika*. Kostelec nad Černými Lesy: IZPE, 2002.
- Drbal, C. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998. Edice Školy veřejného zdravotnictví.
- Janečková, H. *Sociologie medicíny v kontextu veřejného zdravotnictví*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1997.
- Hroboň, P. – Kergall, T. *Ekonomické hodnocení zdravotnických služeb. Úvod do metodologie a možnosti při tvorbě zdravotní politiky*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1998.
- Bártlová, S., Hnilicová, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu. Zjišťování spokojenosti pacientů*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2000.
- British Dental Journal - BDJ
Online dostupné na: <http://www.nature.com/bdj/index.html>
- The British Dental Association - BDA
Online dostupné na: www.bda.org
- Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví
Online dostupné na: <http://www.ipvz.cz/pracoviste/2940/institut-zdravotni-politiky-a-ekonomiky-izpe.aspx>

- Hnilicová, H.: Zjišťování kvality zdravotní péče. *Praktický lékař*, 79, 1999, č. 12, str. 707 – 709. Quality Assurance in the Health Care.
- Hnilicová, H., Janečková, H., Holcát, M., Riegl, V.: Průzkumy spokojenosti pacientů jako součást sledování kvality zdravotní péče. Návrh standardního dotazníku. Závěrečná správa o řešení grantu IGA MZ ČR č. 4384 - 2, IPVZ Praha, 159 stran
- Hnilicová, H., Hnilica, K.: *Patient satisfaction with Ambulatory Care provided by the Out-patient Departments in Four Czech Hospitals*. *Psychologische Medizin* 12, Jahrgang 2001, No. 3, pp 2-5
- Hnilicová, H.: *Some results of patient satisfaction survey in Prague University Hospital*. In: Pelikan, J.M., Krajic, K., Lobnig, H.: Feasibility, effectiveness, and Quality and Sustainability of Health Promoting Hospitals Projects, Proceedings of the 5th International conference on Health Promoting Hospitals, Vienna, Austria, 16 - 19. 4. 1997