

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO**

Diplomsko delo

**UGOTAVLJANJE ZADOVOLJSTVA STRANK S
STORITVAMI JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA
ZAVODA Z METODO SERVQUAL**

Ana Sadar

Ljubljana, september 2015

UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA UPRAVO

DIPLOMSKO DELO

UGOTAVLJANJE ZADOVOLJSTVA STRANK S STORITVAMI
JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA Z METODO SERVQUAL

Kandidatka: Ana Sadar
Vpisna številka: 04041588
Študijski program: Univerzitetni študijski program Upravljanje javnega sektorja prva stopnja
Mentor: izr. prof. dr. Jože Benčina

Ljubljana, september 2015

IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKEGA DELA

Podpisana Ana Sadar, študentka Univerzitetnega študijskega programa Upravljanje javnega sektorja 1. stopnja, z vpisno številko 04041588, sem avtorica diplomskega dela z naslovom: UGOTAVLJANJE ZADOVOLJSTVA STRANK S STORITVAMI JAVNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA Z METODO SERVQUAL, ki sem ga izdelala pod mentorstvomizr. prof. dr. Jožeta Benčine.

S svojim podpisom zagotavljam, da

- je priloženo delo izključno rezultat mojega lastnega raziskovalnega dela;
- sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric, ki jih uporabljam v predloženem delu, navedena oz. citirana v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem poskrbela, da so vsa dela in mnenja drugih avtorjev oz. avtoric navedena v seznamu virov, ki je sestavni element predloženega dela in je zapisan v skladu s fakultetnimi navodili;
- sem pridobila vsa dovoljenja za uporabo avtorskih del, ki so v celoti prenesena v predloženo delo, in sem to tudi jasno zapisala v predloženem delu;
- se zavedam, da je plagiatorstvo – predstavljanje tujih del, bodisi v obliki citata bodisi v obliki skoraj dobesednega parafraziranja bodisi v grafični obliki, s katerimi so tuje misli oz. ideje predstavljene kot moje lastne – kaznivo po zakonu (Zakon o avtorstvu in sorodnih pravicah, Uradni list RS, št. 21/95), kršitev pa se sankcionira tudi z ukrepi po pravilih Univerze v Ljubljani in Fakultete za upravo;
- se zavedam posledic, ki jih dokazano plagiatorstvo lahko predstavlja za predloženo delo in za moj status na Fakulteti za upravo;
- je elektronska oblika identična s tiskano obliko diplomskega dela ter soglašam z objavo dela v zbirki »Dela FU«.

Diplomsko delo je lektorirala: Marjeta Vozlič, prof. slov. jezika

Ljubljana, 16. 9. 2015

Podpis avtorice:

POVZETEK

Tema diplomske naloge je ugotavljanje zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda z metodo Servqual. Zadovoljstvo lahko opredelimo kot vrednotenje posameznika, pri katerem ta primerja svoja pričakovanja o kakovosti zdravstvene storitve z zaznam, dejanskim stanjem. Od pričakovanj je odvisno, ali bo uporabnik zdravstvene storitve zadovoljen ali nezadovoljen. V ta namen sem se v diplomski nalogi lotila merjenja zadovoljstva uporabnikov s storitvami Zdravstvenega doma Litija. V teoretičnem delu diplomske naloge je uporabljen deskriptivni pristop, v empiričnem delu pa analiziran vprašalnik po metodi Servqual. Narejena je primerjava kakovosti storitev v ambulantah zdravnikov zaposlenih v javnem zavodu in zdravnikov s koncesijo. Glavna ugotovitev je, da bistvenih razlik z zagotavljanjem zadovoljstva med zdravniki koncesionarji in zdravniki zaposlenimi v zdravstvenem zavodu ni. Tako eni kot drugi imajo svoje prednosti in slabosti. Prav tako je ugotovljeno, na katerih dimenzijah kakovosti se pojavljajo kritične točke oziroma največje nezadovoljstvo. Podana so priporočila za odpravo kritičnih točk.

Ključne besede: javni zdravstveni zavod, Servqual, kakovost storitev, zadovoljstvo uporabnikov.

SUMMARY

DETERMINATION OF USER SATISFACTION WITH THE SERVICES OF THE PUBLIC HEALTH INSTITUTION WITH SERVQUAL METHOD

The thesis theme is Determination of user satisfaction with the services of the public health institution with SERVQUAL method. Satisfaction can be defined as an individual evaluation in which it compares its expectations about the quality of medical services with detected actual situation. Depending on the expectations the individual will be satisfied or dissatisfied with the health service. For the purpose of the thesis I have undertaken the measurements of customer satisfaction with services offered by the Health Centre Litija. In the theoretical part of the thesis I used the descriptive approach, and in the empirical part I analyzed a questionnaire with servqual method. The comparison of the quality of service in the clinics of doctors employed in public institution and doctors with a concession, was also made. The main finding is that there is no significant differences in providing customer satisfaction among doctors employed in public institution and doctors with a concession. They all have their advantages and disadvantages. It is also found in which dimensions of quality there are critical points, the biggest dissatisfactions. Recommendations are provided to correct these.

Keywords: apublic health institution, SERVQUAL, service quality, customer satisfaction.

KAZALO

IZJAVA O AVTORSTVU DIPLOMSKEGA DELA	iii
POVZETEK.....	v
SUMMARY	vi
KAZALO PONAŽORITEV	ix
KAZALO GRAFIKONOV	ix
KAZALO SLIK	ix
KAZALO TABEL.....	ix
1 UVOD.....	1
2 KAKOVOST STORITEV	2
2.1 OPREDELITEV KAKOVOSTI STORITEV	2
2.1.1 MERJENJE KAKOVOSTI STORITEV	3
2.1.2 MODELI ZA PRESJO KAKOVOSTI	4
2.2 KAKOVOST V SLOVENSKEM JAVNEM SEKTORJU	8
2.3 ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV.....	9
3 KAKOVOST ZDRAVSTVENIH STORITEV	11
3.1 MEDNARODNA IZHODIŠČA	11
3.2 NACIONALNE USMERITVE ZA RAZVOJ KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU	12
3.2.1 POVEZOVANJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU.....	13
3.2.2 NAČELA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU	14
3.3 METODE IN MODELI ZA DOSEGANJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU	15
3.4 POMEN ZADOVOLJSTVA BOLNIKOV	16
4 ANKETNI SISTEM SERVQUAL	18
4.1 PRIČAKOVANJA IN ZAZNAVANJA UPORABNIKOV	18
4.2 SEŠTAVINE MODELA SERVQUAL	19
4.3 UPORABNOST REZULTATOV MODELA SERVQUAL	20
4.4 KRITIKE MODELA SERVQUAL.....	20
5 UGOTAVLJANJE ZADOVOLJSTVA STRANK V ZDRAVSTVENEM DOMU LITIJA.....	22
5.1. PREDSTAVITEV ZDRAVSTVENEGA DOMA LITIJA.....	22
5.2 POSTOPEK RAZISKAVE	24
5.3 VZOREC RAZISKAVE IN OBDELAVA PODATKOV	24
5.4 ANALIZA IN PRIMERJAVA DOBLJENIH REZULTATOV	27
5.4 OBRAVNAVA HIPOTEZ.....	30
6 MNENJE IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE	34
7 ZAKLJUČEK.....	36

LITERATURA IN VIRI..... 37

KAZALO PONAŽORITEV

KAZALO GRAFIKONOV

Grafikon 1: Anketirani po spolu.....	25
Grafikon 2: Struktura po starosti.....	26
Grafikon 3: Delež izvedenih anket med pacienti koncesionarjev in pacienti zdravnikov zaposlenih v javnem zavodu.....	27
Grafikon 4: Razlika med (P) in (E) pacientov, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in pacientov, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja.....	28
Grafikon 5: Ocena kakovosti med pacienti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja.....	29

KAZALO SLIK

Slika 1: Modeli vrzeli.....	6
Slika 2:Cilj kakovosti v zdravstvu	14
Slika 3:Dejavniki kakovosti in zaznana kakovost storitev	18
Slika 4:Organigram izvenbolnišnične zdravstvene dejavnosti, Zdravstveni dom Litija.....	23

KAZALO TABEL

Tabela 1: Struktura po spolu	25
Tabela 2: Struktura po starosti	26
Tabela 3: Primerjava med zaznavanjem (P) in pričakovanji (E) po dimenzijah; pacientov, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in pacientov, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja.	27
Tabela 4: T–test za ugotavljanje razlik v zadovoljstvu pacientov zdravnikov koncesionarjev in pacientov, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu.	31
Tabela 5: Pričakovana kakovost – Zdravstveni delavci v ordinaciji vašega osebnega zdravnika si prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov.	32
Tabela 6: Zaznana kakovost – Zdravstveni delavci v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika si prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov.	33

1 UVOD

Zadovoljstvo uporabnikov javnega sektorja je pogojeno z zagotavljanjem visoke kakovosti storitev. Za posameznika ima zdravje večkrat osrednji pomen. Pri merjenju zadovoljstva pacienti izražajo svoja mnenja in tako sodelujejo pri odločanju o lastni zdravstveni oskrbi in negi. Zadovoljstvo se lahko opredeli kot vrednotenje posameznika, kjer ta primerja svoja pričakovanja kakovosti zdravstvene storitve z zaznanim, dejanskim stanjem. Namen diplomske naloge je merjenje zadovoljstva uporabnikov s storitvami v Zdravstvenem domu Litija.

Cilj je razviti model merjenja, sestaviti anketni vprašalnik za izmero kakovosti storitev ter ugotoviti zadovoljstvo uporabnikov storitev javnega zdravstvenega zavoda po metodi Servqual. Naš namen je tudi poiskati bistvene razlike, prednosti in slabosti kakovosti storitev v ambulantah zdravnikov zaposlenih v javnem zavodu in zdravnikov s koncesijo. Ugotoviti, na katerih dimenzijah kakovosti se pojavljajo kritične točke oziroma največje nezadovoljstvo. Podati priporočila za odpravo kritičnih točk.

V teoretičnem delu diplomske naloge je uporabljen deskriptivni pristop, v empiričnem delu pa analiziran vprašalnik po metodi Servqual. Narejena je primerjava o kakovosti storitev v ambulantah zdravnikov zaposlenih v javnem zavodu in zdravnikov s koncesijo.

V diplomskem delu sem preverila naslednje hipoteze:

1. Pri merjenju zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev lahko naletimo na ovire. Pacienti so v takšnem zdravstvenem stanju, da ne morejo objektivno izražati mnenj in ocen.
2. Pri zdravnikih koncesionarjih so rezultati analize ugotavljanja zadovoljstva strank s storitvami boljši, kot pri zdravnikih zaposlenih v zdravstvenem domu.
3. Zdravniki koncesionarji delajo izključno v prid pacientov in ne za lasten dobiček.

Diplomska naloga je razdeljena na sedem poglavij. Uvodnemu delu sledi opredelitev kakovosti storitev in zadovoljstva uporabnikov. V tretjem poglavju sledi opis kakovosti zdravstvenih storitev. Predstavljena so mednarodna izhodišča, nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu ter metode in modeli za doseganje kakovosti v zdravstvu. Zanima nas tudi pomen zadovoljstva pacientov. Sledi četrto poglavje, v katerem je podrobno predstavljen anketni sistem Servqual. V petem poglavju je analizirano ugotavljanje zadovoljstva strank v Zdravstvenem domu Litija. Opisan je postopek raziskave, narejena analiza po metodi Servqual in obravnavane hipoteze. Pri hipotezah sem si pomagala tudi s T–testom. Mnenja in predloge za izboljšave sem podala v šestem poglavju. Za konec je v sedmem poglavju napisan še sklep.

2 KAKOVOST STORITEV

2.1 OPREDELITEV KAKOVOSTI STORITEV

Kakovost storitev je posledica ocenjevanja, kjer uporabniki primerjajo svoje zaznavanje storitev in rezultat storitev s svojimi pričakovanji. Lovelock (V: Ivanko, 2007, str. 155) kakovost opredeli kot predvideno, želeno stopnjo odličnosti in kontrolo spremenljivosti, kadar izpolnjevanje porabnikovih zahtev dosega to odličnost.

Naslednja definicija kakovosti storitev se nanaša na pričakovanja uporabnikov. Grönroos (v Lovelock, 1996, str. 464) predpostavlja, da je kakovost storitve rezultat ocenjevanja, procesa, kjer uporabniki primerjajo svojo zaznavo storitev in nato rezultat storitev primerjajo še s pričakovanji.

Ameriško združenje za nadzor kakovosti v ospredje definicij kakovosti postavlja potrebe. Kakovost definira kot združene lastnosti in značilnosti storitve, ki vplivajo na njeno sposobnost, da zadovolji izražene ali jasno nakazane potrebe (Kotler, 1998, str. 56).

Ne glede na različne opredelitve kakovosti, kakovost zaznajo uporabniki. Temelji na njihovih opazovanjih, željah in potrebah. Pri opredelitvi storitve moramo zato upoštevati kakovost kot celoto, ki je sestavljena iz objektivne (racionalne) kakovosti in subjektivne (zaznane) kakovosti (Snoj, 1998, str. 160).

Potočnik (2000, str. 158–159) pravi, da je potrebno videti razliko med dvema vrstama kakovosti. Na eni strani imamo kakovost, ki je skladna s pričakovanji, na drugi strani pa standardno kakovost, ki je skladna s specifikacijami. Standardna kakovost je objektivna. Objektivna kakovost se opredeli glede na določen standard ali pa se jo meri laboratorijsko. Storitveno kakovost opredeli storitvena organizacija z različnimi postopki in izvajalci posamezne storitve. Natančno subjektivne kakovosti ne moremo meriti. Določi se s subjektivnimi in psihološkimi zaznavami tako uporabnikov kot izvajalcev storitev. Kakovost nato ocenjujejo pod različnimi vplivi; pod vplivi vrednot, pričakovanj, čustev ter sposobnosti zaznavanja. Ko je kakovost skladna s pričakovanji in opredeljena s strani uporabnika, lahko govorimo o subjektivni kakovosti.

Potočnik (2000, str. 161) obravnava še delitev kakovosti glede na to, ali je storitev lažje ali težje ovrednotiti. Na treh stopnjah govori o iskani in izkustveni kakovosti ter o kakovosti zaupanja.

- Kakovost, ki zajema značilnosti, ki jih uporabnik lahko določi pred nakupom ali porabo storitve, imenuje iskana kakovost. Uporabnik jo lahko določi po svojih čutih, vidi barvo, obliko, ceno, lahko določi tudi vonj, glasnost. Ta kakovost se največkrat določa predvsem pri izdelkih in fizičnih sestavinah storitev.

- Izkustveno kakovost zaznavajo porabniki med porabo ali po nakupu storitve ali izdelka in zajema značilnosti procesov oziroma rezultate teh procesov (na primer prijaznost osebja).
- Kakovost zaupanja prevladuje pri storitvah, ki jih izvajajo strokovnjaki in vključuje lastnosti, ki jih je težje vrednotiti. Med drugim so to kirurški posegi, ki jih je med porabo in tudi po njej težko vrednotiti. Pri večini zdravstvenih storitev tako prevladuje kakovost zaupanja, saj je težko ovrednotiti operativen poseg pred dejansko izvedbo.

Grönroos (2000, str. 63–65) pa loči na podlagi mnenj porabnikov tehnično kakovost in funkcionalno kakovost.

Tehnično kakovost (ang. outcome quality) porabniki običajno ovrednotijo dokaj objektivno, saj pokaže, kaj porabniku ostane, ko se konča proces izvajanja storitve. Uporabniki podajo oceno kakovosti, vendar glede na to, kakšen bo njihov dobiček v razmerju z organizacijo. Tehnična kakovost tudi poda oceno vsebine storitve. Ta vpliva na rezultat izvedbe storitve, dobimo razmerje porabnika do izvedbe storitve.

Funkcionalna kakovost (ang. process quality) ocenjuje postopke izvajanja storitev ali postopkov izvajalca. Porabnik je pozoren na izvedbo storitve in kako je bila ta ponujena. Samo zaznavanje je pri tej vrsti kakovosti zelo subjektivno.

2.1.1 MERJENJE KAKOVOSTI STORITEV

Z merjenjem kakovosti dobimo povratne informacije o značilnosti zaznavane kakovosti storitev. Rezultate dobimo od kupcev oziroma uporabnikov storitev. Te informacije so pomembne za izvajalca, ki ponuja storitve.

Storitev je po svoji naravi neotipljiva aktivnosti, kar pomeni, da je tudi kakovost storitev abstrakten pojem, ki se zaradi svojih značilnih lastnosti težko ovrednoti in izmeri glede na kakovost pojmov, ki so fizične narave. Vendar merjenje kakovosti storitev ni nemogoče, saj že stališče porabnikov ali stališče ponudnikov oziroma izvajalcev storitev poda nekakšno oceno, seveda obe strani podajata različne ocene. Mudie, Cottam (1993, str. 88) trdita, da porabniki kakovost storitev dojemajo kot rezultat primerjave vrednosti vseh zaznanih koristi storitve s pričakovanimi koristmi. Ponudniki oziroma izvajalca pa kakovost storitev dojemajo kot ovrednotenje izvedbe glede na standarde organizacije, ki so vnaprej dogovorjeni.

Standardi pa se pogosto razlikujejo od pričakovanj uporabnikov glede na dejansko stanje, saj je težko zajeti vse lastnosti storitve. Po Snoju (1998, str. 168) porabniki podajo oceno o kakovosti storitev, za katere sami menijo, da so jih zmožni oceniti. Porabniki niso ozko naravnani na kakovost, zaznavajo jo zelo široko. Porabniki najprej zaznajo fizične lastnosti, saj je le-te lažje zaznati kot abstraktne lastnosti. Pri odločanju uporabniki gledajo tudi na značilnosti storitve ter izdelkov. Grönroos (2000, str. 63) še pravi, da je kakovost storitev zelo ozko opredeljena. V izrazito tehnološko usmerjenih podjetjih so različne tehnične specifikacije izdelka največkrat edine značilnosti, da se določi zaznana kakovost, in so tudi

najpomembnejše. Zaradi lastnosti abstraktnosti kakovostne ravni storitve ne moremo določiti s količinskimi merili. Kakovost storitev lahko merimo kot tolerančno območje med zeleno in dejansko prejeta storitvijo, kot jo zaznava porabnik (Potočnik, 2000, str. 44).

Zaradi pričakovanj porabnikov si podjetja vse bolj prizadevajo ugotoviti ta pričakovanja. Za ugotavljanje obstaja več različnih načinov (Palmer, 1998, str. 154–160):

- redne raziskave mnenj potrošnikov,
- panelna raziskava, analiza posamezne transakcije,
- raziskave potrošnikovih zaznav,
- metoda „skrivnostne stranke“,
- analiza pritožb, raziskave med zaposlenimi,
- raziskave podobnih industrijskih panog in raziskave posrednikov.

2.1.2 MODELI ZA PRESOJO KAKOVOSTI

Raziskovalci merjenja kakovosti so razvili različne modele, s katerimi lahko podjetje poišče primerne organizacijske rešitve in določi takšne standarde kakovosti, ki bi v največji meri zadovoljili pričakovanja in potrebe porabnikov. Potočnik (2000, str. 162) opredeli najpogostejše modele:

- model vrzeli
- model SERVQUAL,
- model vzajemnega odnosa med izvajalcem in porabnikom storitve,
- model pričakovane zaznave kakovosti storitev,
- model kakovosti storitev 4Q.

Največ pozornosti bom namenila modelu Servqual zaradi enostavnosti, razumljivosti in praktične uporabnosti v javnih zdravstvenih zavodih, ki je predstavljen v točki 4.

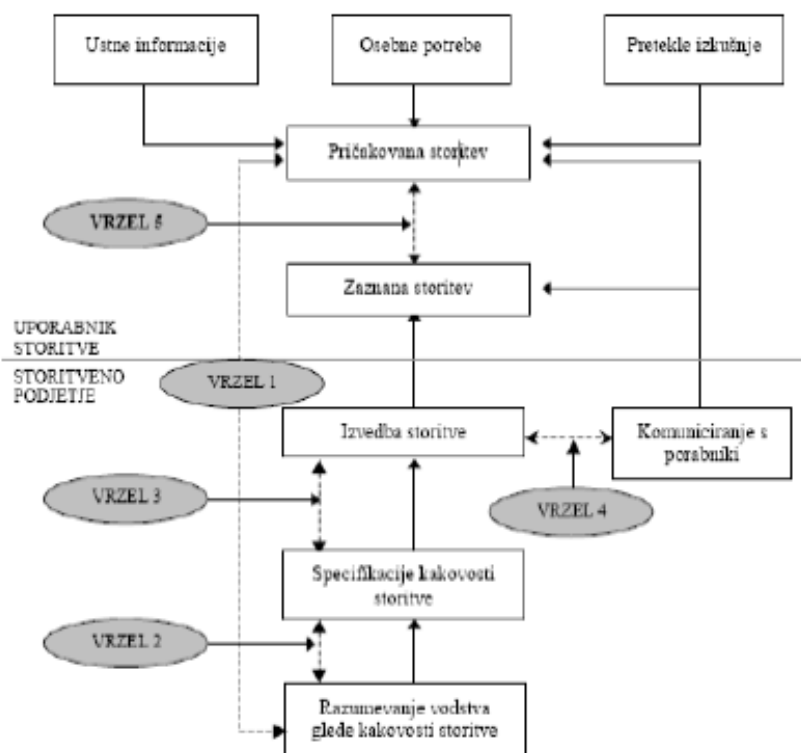
Model vrzeli so razvili Parasuraman, Zeithaml in Berry v osemdesetih letih. Model vrzeli opredeljuje razliko med pričakovanjem odjemalca in zaznano ravno kakovosti storitev. V delovanju storitvenih organizacij, kot posledica štirih vrzeli nastane zaznana kakovost storitve oziroma razlika, ki je v modelu opredeljena kot vrzel. Po Lovelocku (1996, str. 468) je za izboljšanje kakovosti storitev potrebno poiskati razloge za vsako od naslednjih petih vrzeli. Potrebno je razviti strategije za odpravo oziroma zmanjšanje razlik.

Snoj (1998, str. 169) in Potočnik (2000, str. 166–167) opredeljujeta vrzeli takole:

- Med zaznavanjem pričakovanj porabnikov in pričakovanji s strani managementa najdemo vrzel 1. Vodstvo običajno ne pozna pričakovanj porabnikov in ne ve, na podlagi katerih dejavnikov porabniki ustvarijo pričakovanja. Dejavniki zmanjšanja vrzeli so poznavanje dejavnikov, ki vplivajo na pričakovanja porabnikov, boljše komunikacijo med drugimi zaposlenimi in managementom, izenačitev oziroma manj hierarhije.

- Vrzel 2 je razlika med zaznanim pričakovanjem odjemalca vodstva in med specifično opredelitvijo postopkov izvajanja različnih standardov kakovosti storitev. Vodstvo lahko na eni strani porabnikove želje zazna pravilno, na drugi pa ne natančno določi standarde izvedbe. Če so cilji zavezanosti vodstva podjetja h kakovosti storitev jasno postavljeni in je standardizacija izvedbe storitev prav tako jasna, se lahko ta vrzel zmanjša.
- Vrzel 3 je razlika med standardi, med samo specifikacijo kakovosti storitve in med dejansko ravno same izvedbe storitve. Vrzel nastane zaradi zelo zapletenih standardov, premalo dela v timu, neprimerne izboraževanja, neustrezne tehnologije, nejasno razumevanje vlog preobremenjeno in nesposobno osebje, ki ni pripravljeno izpolniti specifikacije. Vrzel je možno zmanjšati predvsem z boljše usposobljenim osebjem.
- Vrzel 4 nastane med dejansko izvedbo storitve in zunanjim komuniciranjem. Podjetja uporabnikom vse prevečkrat dajejo prazne obljube. Obljubljajo storitve, ki jih ne morejo izpolniti, zaposleni nimajo zadostnih informacij. Pri nudenju storitev bi morala organizacija objaviti dejanske informacije, porabnik bi vedno vedel, kaj bo dejansko dobil.
- Pri vrzeli 5 se ugotavlja razlika pričakovane in zaznane storitve odjemalca. Do te vrzeli pride, ko porabnik delovanje storitve oceni drugače kot odjemalec, in v primerih, ko porabnik napačno zazna kakovost storitve.

Slika 1: Modeli vrzeli



Vir: Potočnik, 2000, str. 167

Model vzajemnega odnosa med izvajalcem in porabnikom storitve upošteva kakovost fizičnih dokazov, videz in opremljenost izdelkov ter kakovost odnosa vzajemnosti med ponudnikom in porabnikom v času soočenja s storitvijo. Kontaktno osebje ima pri tem veliko vlogo, saj njihova prijaznost in razumevanje odjemalčevih potreb in želja vplivata na kakovost vzajemnega odnosa (Potočnik, 2000, str. 168).

Pri modelu pričakovane zaznave kakovosti storitev uporabniki podajo oceno kakovosti storitev tako, da primerjajo pričakovano storitev z zaznano storitvijo. Kakovost se ocenjuje na podlagi kriterijev po Grönroosu (2000, str. 63–65), to so:

- tehnična kakovost oziroma kakovost produkta, kar predstavlja dejanski rezultat storitve. Na oceno kakovosti uporabnika vpliva informacija ob izvajanju in zaključku storitve;
- funkcionalna kakovost oziroma kakovost procesa, torej ocenjuje se način, kako je storitev ponujena in izvedena. Kakovost spremlja odjemalčevo obnašanje, ko je deležen določene storitve in ko je udeležen v procesu izvajanja in porabe;

Za presojanje kakovosti po modelu 4Q pa veljajo naslednji kriteriji:

- kakovost načrtovanja, ki naj bi bilo usmerjeno k zadovoljstvu porabnika,
- kakovost izvajanja storitve, ta je dosežena, ko je izvajanje storitev v veliki meri blizu načrtovanim specifikacijam,
- kakovost izvedbe ob določenem času
- kakovost odnosov med izvajalci in porabniki.

Sistem obvladovanja kakovosti, kamor med drugim spadajo standardi ISO 9000, ima največji poudarek na dokumentiranju notranjih procesov in notranjem presojanju. Doseganje standardov ISO 9001 ni zagotovitev uspešnosti organizacije, z uspešnostjo je povezan le posredno. Zagotavljanje standardov ISO 9000 je proces izboljšanja operativne učinkovitosti. Izboljšani model standardov poudarja procesni pogled na sistem vodenja kakovosti, v katerem je poudarek na procesu neprestanih izboljšav. Sistem vodenja kakovosti pokriva celoten življenjski cikel realizacije izdelka ali storitve. Namesto zgolj izpolnjevanja standardnih zahtev novi model poudarja prvine, ki zadevajo zadovoljstvo porabnika (Merljak, 2001, str. 1).

Celovito obvladovanje kakovosti, ki se začne z uvajanjem novega sistema kakovosti po zahtevah standarda ISO 9001:2000, predstavlja uveljavljanje nove miselnosti pri zaposlenih, da ima kakovost v vseh delih organizacije pomembno vrednoto (Ivanko, 2007, str. 165). Zahteve ISO 9001:2000 so osnovno vodilo, ki mu moramo slediti pri vzpostavitvi sistema vodenja kakovosti v organizaciji. Posegajo v vse ključne poslovne funkcije organizacije.

2.2 KAKOVOST V SLOVENSKEM JAVNEM SEKTORJU

Ena izmed prednostnih aktivnosti držav EU je nenehno izboljševanje kakovosti in varnosti zdravstvene nege. Enako velja tudi za Slovenijo, ki sledi evropsko sprejetim načelom kakovosti in širšim ciljem: uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakopravnosti in osredotočenju na pacienta.

V javnem zdravstvenem sektorju so glavne dejavnosti vodenja kakovosti, dviganje znanja izvajalcev, organiziranost procesa zdravstvene obravnave, delovno okolje in vodenja. Vse mora potekati sistematično. Da so te dejavnosti res bistvene, to lahko opazimo pri uspešnosti zdravljenja, saj je ta mnogo višja. Pa tudi pri večji dostopnosti do zdravstvenih storitev ter boljših delovnih pogojih izvajalcev storitev. Povečala se je tudi varnost. Izboljšave so posledica prilagajanja spreminjajočih se razmer in odpravljanja vzrokov za vrzeli med odkloni in standardno kakovostjo ter na razširjanju vzrokov za najboljše poznane prakse.

Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015 (NSKVZ 2010) temelji na nacionalnih dokumentih, dokumentih Evropske unije, Sveta Evrope in drugih držav ter tudi na znanstvenih dokazih s področja kakovosti zdravstvene obravnave in varnosti pacientov. Temeljni dokumenti so med drugimi Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013, Zakon o pacientovih pravicah, Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov.

Oddelek za kakovost v zdravstvu Ministrstva za zdravje Republike Slovenije je pripravil priročnik uvajanja kakovosti Splošni standardi zdravstvene obravnave bolnišnice.

Izvedba pilotske študije o kakovosti v primarnem zdravstvu za Gorenjsko in Ljubljano je dala naslednje ugotovitve:

- zapisani procesi zdravstvene obravnave pacienta so prisotni v približno 50 %,
- ni primerjanja kakovosti med izvajalci, pregled zapisov v zdravstveno dokumentacijo se namreč dogaja le redko.

Celovit pristop h kakovosti in varnosti v zdravstvu podpira dokument Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu, kamor so leta 2006 prvič vključili določilo o šestih kazalnikih kakovosti zdravstvene obravnave. Ti naj se redno spremljajo. Posamezni zdravstveni zavodi različno spremljajo šest kazalnikov kakovosti, zato se ti med posameznimi zdravstvenimi zavodi razlikujejo in tako ne omogočajo nekega celovitega vodenja kakovosti in posledično dovolj točnega sklepanja.

Sistem samoocenjevanja in zunanje akreditacije se izvaja s pomočjo dokumentov Notranje presoje – samoocenjevanje, zunanje presoje – akreditacija. V zadnjih letih so sistem celovitega vodenja kakovosti uvajale nekatere bolnišnice, vendar je uvajanje počasno. Sami standardi se kot orodje za samoocenjevanje med zdravstvenimi ustanovami še niso uveljavili.

Obravnavo najhujših varnostnih zapletov pri pacientih spremlja Sistem spremljanja opozorilnih nevarnih dogodkov, ki je bilo vzpostavljeno leta 2002, vendar pa so predpisi na tem področju pomanjkljivi. Izvajalci še posebej izpostavljajo skrb glede zaupnosti in nekaznovanosti v primeru poročanja o tovrstnem incidentu.

Z uvedbo kliničnih poti je večina zdravstvenih ustanov pričela v zadnjem desetletju. Anketa iz leta 2009 je pokazala, da si anketiranci želijo pridobiti vsa potrebna znanja in veščine, predvsem s področja vrednotenja in spremljanja izvajanja kliničnih poti. Anketiranci so pri izdelavi kliničnih poti izpostavili naslednje: komunikacijo med osebjem, računalniško podporo in različne pristope strokovnjakov pri obravnavi pacientov.

Programi formalnega izobraževanja zdravstvenih delavcev niso posebej izpostavljeni. Primera dobre prakse na visokošolskem področju sta Fakulteta za zdravstvene vede v Mariboru in Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, ki imata predmet Kakovost in varnosti v zdravstvu ter zdravstveni negi. Priporočilo Sveta Evrope iz leta 2006 izrazito izpostavlja izobraževanje o varnosti pacientov na vseh ravneh zdravstvenega sistema.

Namen nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu je učinkovito razvijanje sistematičnosti in strokovnosti aktivnosti, ter nenehno izboljševanje zdravstvene obravnave ter varnost pacientov. Pri tem morajo biti upoštevani varnost, uspešnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost, osredotočenost na pacienta in načela vodenja kakovosti. In tudi razviti sistem sistematičnega izobraževanja, vodenja in kulture kakovosti in varnosti.

2.3 ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV

Za organizacijo je merjenje zadovoljstva uporabnikov/kupcev izredno pomembno. Predstavlja prvo stopnjo v procesu rasti zadovoljstva. Pri tem ne moremo govoriti zgolj o trendu pri raziskovanju trga, temveč gre tu za odraz situacije na trgu. Stopnja konkurenčnosti na trgu, kakovost izdelkov/storitev, med katerimi ni večjih odstopanj, vedno večje zahteve potrošnikov/uporabnikov. Zadovoljstvo uporabnikov/potrošnikov tako predstavlja pomemben dejavnik uspešnosti organizacije (Kavran, 2001).

Pri merjenju zadovoljstva nekaterih ključnih pojmov zadovoljstva ni mogoče neposredno meriti, pri ekonomski razvitosti držav, zadovoljstvu z delom in drugih. Navadno si pri meritvi pomagamo z indikatorji pojma, ki ga želimo meriti. Z izbiro nekaterih lažjih spremenljivk, ki jih želimo izmeriti in predstavljajo indikatorje pojma, ki ga merimo, poskušamo ugotoviti, ali so povezave med izbranimi opazovanimi spremenljivkami pojasnljive s predpostavljeno nemerljivo spremenljivko ali je potrebno postaviti kompleksnejšo strukturo povezanosti. Navadno merljive spremenljivke poimenujemo tudi manifestne, nemerljive pa latentne spremenljivke (Ferligoj, 2007).

Pri merjenju zadovoljstva je predvsem pomembna izbira ustrezne metode oziroma model, ki omogoča zanesljive rezultate, kar organizaciji omogoča njihovo uporabo pri prihodnjih marketinških dejavnostih, katerih namen je povečati zadovoljstvo uporabnikov. Vpogled v zadovoljstvo ciljnih deležnikov je omogočen zaradi kakovostnega modela merjenja

zadovoljstva. Iz celovite slike izhaja zadovoljstvo odjemalcev, ki je javnosti posredovana s strani organizacije. Organizacija odjemalcu nudi celovito ponudbo, da ga prepriča o svoji odličnosti in ga spodbudi k porabi. To je lahko obisk, nakup. Podjetja, s katerimi so porabniki najbolj zadovoljni, so navadno zelo učinkovita tudi pri drugih nivojih poslovanja. Modelov merjenja zadovoljstva je več vrst, pri obeh najdemo prednosti in slabosti (Baggs, Kleiner, 1996, str. 36 v Mohorič, 2007).

3 KAKOVOST ZDRAVSTVENIH STORITEV

3.1 MEDNARODNA IZHODIŠČA

S strani držav članic Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) je bil sprejet dokument Zdravje 21 – zdravje za vse v 21. stoletju, v katerem je navedenih 21 ciljev. Šestnajsti cilj z naslovom Upravljanje kakovosti zdravstvene oskrbe se osredotoča na zdravstvene izide kot končno merilo kakovosti zdravstvene oskrbe: do leta 2010 naj bi države članice zagotovile, da se zdravstveno varstvo osredotoči na izide zdravljenja na vseh ravneh, od posameznega pacienta do zdravja ljudi.

Svet Evrope je leta sprejel priporočila zdravstvenih ministrov. Najpomembnejše sporočilo je bilo, da države ustvarijo sistem in strukture, ki bodo podpirale oblikovanje in vpeljevanje sistemov za nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva na vseh ravneh. Osnova priporočil je spoznanje, da je pravica vsakega in vsake skupnosti dostop do kakovostne zdravstvene oskrbe.

Glavni razlogi oblikovanja sistema kakovosti v zdravstvenem varstvu v posameznih državah Evropske unije so:

- nesprejemljiva raven odklonov izidov zdravljenja,
- nesprejemljiva raven uspešnosti delovanja,
- neuspešna ali neučinkovita raba zdravstvenih tehnologij
- visoka cena slabe kakovosti,
- nezadovoljstvo uporabnikov,
- neenak dostop do zdravstvenih storitev,
- čakalne dobe,
- cene zdravstvenih storitev, ki si jih družba ne more privoščiti.

Kakovost in varnost zdravstvenih storitev temelji na dokumentih Evropske unije, Sveta Evrope in neevropskih držav (Nacionalna strategija 2010):

- Direktiva evropskega parlamenta in Sveta o uveljavljanju pravic pacientov na področju čezmejnega zdravstvenega varstva,
- Priporočila Sveta z dne 9. junija 2009 o varnosti pacientov, vključno s preprečevanjem in obvladovanjem okužb, povezanih z zdravstveno oskrbo,
- Sklepi Sveta o skupnih vrednotah in načelih zdravstvenih sistemov Evropske unije,
- Luksemburška deklaracija o varnosti pacientov,
- Svet Evrope: Priporočilo Rec (2006/7) Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu.

Slovenija si med drugim postavila cilj za vzpostavitev in udejanjanje mednarodno priznanih sistemov vodenja kakovosti. Za slednje se izdajo ustrezni mednarodno veljavni certifikati ali priznanja. Med njimi so:

- ISO 9001 z aplikacijama za področje zdravstva IWA1,
- CEN/TS 15224,
- model odličnosti (EFQM), JCI in drugi).

3.2 NACIONALNE USMERITVE ZA RAZVOJ KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Strateške usmeritve Nacionalne strategije za razvoj kakovosti (2010) so:

- Razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti, katerega namen je s procesnim pristopom vzpostaviti, razvijati in vzdrževati sistematično celovito vodenje kakovosti ter varnosti na vseh ravneh v sistemu zdravstvenega varstva. To naj bi se izvajalo v vsaki organizacijski enoti na vseh ravneh (Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, javni zdravstveni zavodi, domovi za starejše občane, zdravilišča in zasebne zdravstvene dejavnosti). V okviru tega bi se vzpostavilo še:
 - ustanovitev nacionalnega telesa za kakovost in varnost v zdravstvu,
 - vzpostavitev sistematičnega vodenja kakovosti na podlagi mednarodno priznanih sistemov vodenja kakovosti,
 - povečali bi aktivnosti odbora, komisij in pooblaščenec za kakovost ter varnost,
 - z razvojem informacijske tehnologije v zdravstvu bi izboljšali beleženje, spremljanje, analiziranje in odločanje izvajalcev ter uporabnikov zdravstvenih storitev,
 - razvoj partnerskega (povezanega) odnosa med udeleženci v procesu zdravstvene obravnave z osredotočenostjo na pacienta.
- Razvoj kulture varnosti in kakovosti. To pomeni, da so se vzpostavila načela profesionalnega obnašanja. Sem sodi tudi komunikacija v smislu preglednosti ter druga vrsta načel, pravičnost, zaupanje, učenje, proaktivnost in prilagodljivost. Izvajali pa naj bi vsi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva.
- Vzpostavi se sistem izobraževanja in usposabljanja s področij, ki zajemajo kakovost ter varnost. Tako se zagotovijo splošna znanja in veščine, ki so pri zdravstveni obravnavi potrebne za vodenje, komunikacijo, boljše medsebojne odnose, izgradnjo tima, za kakovost in varnost zdravstvene obravnave, kako izobraziti bodoče zdravstvene strokovnjake. Potrebno je vključevati vsebine s področja kakovosti ter varnosti v letne programe izobraževanj, strokovnih izpopolnjevanj in usposabljanj.
- Razvijejo se sistemi, ki vplivajo na izboljšanje uspešnosti in učinkovitosti zdravstvene oskrbe. Pri tem gre za razvoj pristopa usklajevanja različnih pogledov

zdravstvene oskrbe. Namen je povečanje uspešnosti sistema, to dobimo s krajšimi čakalnimi dobami, vpeljejo se integrirane klinične poti, z varnimi praksami, vrednotenjem zdravstvenih tehnologij.

Z vidika bolnika, izvajalca ali managementa se pogled na kakovost zdravstvene storitve razlikuje. Vse vidike zdravstvene oskrbe zajema pojem celovitega upravljanja kakovosti zdravstvene oskrbe. Za pacienta je najpomembnejši del kakovosti zdravstvene nege tisti, ki ga doživlja sam. Kakovost v zdravstvu je dosledno ustvarjanje izidov zdravljenja, kjer se upoštevajo načela kakovosti, ki se kažejo pri uspešnosti, varnosti, pravočasnosti, učinkovitosti, enakosti in osredotočenosti na pacienta (Robida, 2006).

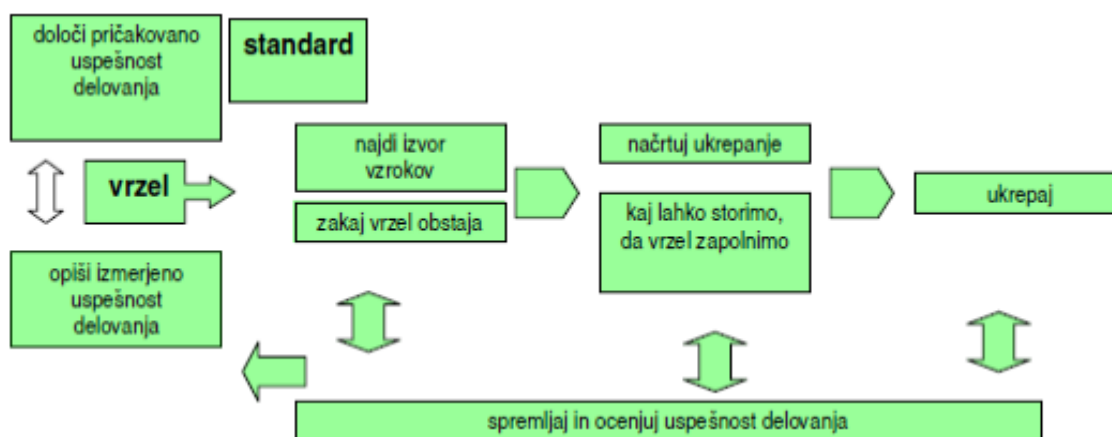
3.2.1 POVEZOVANJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Kakovost zdravstvenih storitev je bistvenega pomena za porabnika, saj le-ta v bolezenskem stanju ne more preverjati in tudi ne primerjati kakovosti z drugimi ponudniki. Poleg tega pa je to specifična storitev, ki obsega specifično strokovno znanje, in porabniki niso strokovno usposobljeni in ne vedo tistega, kar vedo zdravniki (Prevolnik 1997, str. 11).

Kersnik (1998) pa opredeljuje kakovost zdravstvenih storitev kot uporabo učinkovitih postopkov zdravstvene oskrbe pri pravih bolnikih v danih razmerah na učinkovit način. Izraz kakovost oskrbe pomeni skrb, način nudenja storitev, sporazumevanja z bolniki, izvajanje diagnostike, zdravljenje, poučevanja bolnika o postopkih in zdravem načinu življenja. Kersnik še pravi, da je po opredelitvi WHO iz leta 1993 kakovostna oskrba tista, ki zadošča dogovorjenim zahtevam ob upoštevanju trenutnega stanja in razpoložljivih sredstev za povečanje koristi in zmanjšanje tveganja za zdravje in dobro počutje bolnikov.

Cilj kakovosti v zdravstvu je zmanjšati vrzel med izmerjenimi kazalniki kakovosti – rezultati, ter pričakovanimi kazalniki kakovosti (standardi, najboljšimi praksami). Torej, če izvajalec storitev ne doseže pričakovane uspešnosti delovanja (ne skladno s standardom), nastane vrzel. Če želimo popraviti stanje, je potrebno najti izvor vzrokov za nastalo vrzel. Pri tem se uporablja enostavno statistično orodje, ki pomaga najti odmike in mogoče vzroke. Potrebno je zbrati ustrezne podatke. Sledijo načrtovanje in ukrepanje in nato ponovitev cikla (Slika).

Slika 2: Cilj kakovosti v zdravstvu



Vir: Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu (2006)

Cilji uvajanja kakovosti v zdravstvu so:

- vzpostavitev struktur na ravni ustanov,
- načrtovanje vsebine na ravni izvajalcev zdravstvene dejavnosti,
- zaradi narave zdravstva kot javnega sektorja je potrebno ustanoviti strukturo na ravni države.

3.2.2 NAČELA KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Izvajalci zdravstvene oskrbe so zdravstvene ustanove in zasebni izvajalci ter zaposleni v njih. Uporabniki zdravstvenih storitev so v osnovi bolniki, širše gledano pa celotna družba, kot potencialni bolniki.

Kakovost v zdravstvu pride do izraza šele v primerih, ko je delo izvajalca izpostavljeno soočenju z uporabnikom. Kakovost predstavlja osnovno sestavino vsake interakcije, ki poteka na ravni posameznik – sistem in to kjerkoli v postopku oskrbe.

Zdravstvena oskrba je primarna dejavnost, ki ne bi smela biti pogojena s finančnimi zmoglostmi in dostopna vsem. Vendar je kot taka tudi ena izmed oblik storitvene dejavnosti. Za storitvene dejavnosti pa je potreben tržni mehanizem, kjer se uravnavajo potrebe glede na finančne zmoglosti in zadovoljstvo uporabnika, in to pri zdravstvenih storitvah praviloma ni možno. Kot plačnik zdravstvenih storitev se navadno pojavlja »tretji udeleženeec«. Bolnik (zavarovanec) plačuje zdravstveno oskrbo v za to namenjen skupni zdravstveni sklad, iz katerega nato tisti, ki je storitev koristil poravnava stroške zdravljenja in nege. Bolnik cene storitve, ki jo je porabil, ne občuti, niti se je ne zaveda. Niti prispevek posameznika, ki solidarno zbira sredstva v sklad, ni odvisen od njegove porabe zdravstvene oskrbe. Le del celovitega obvladovanja kakovosti predstavlja zadovoljstvo pacientov, to pa je posledica nenehnega zadovoljevanja pacientovih potreb in želja. Poznamo več vidikov kakovosti, ločimo gospodarski, družbeni in strokovni vidik.

Po Kersniku (2003) gospodarski vidik zagotavlja pravičnost in enakost dostopa do storitev. Merilci so dostopnost, dosegljivost in zmožnost posameznika ali skupine ljudi, da si lahko privoščijo različne oblike zdravstvene oskrbe, če jim to dopušča finančno stanje. Domena zagotavljanja in ocenjevanja strokovne kakovosti ponudnikov zdravstvenih storitev se doseže z raznimi oblikami samonadzora in skupinskega obvladovanja kakovosti do različnih oblik presoje.

Ocena družbene kakovosti pa je prepuščena predvsem primarnim uporabnikom oziroma pacientom. Če določene zdravstvene storitve posameznik ne izkusi, je kakovost zelo težko izmeriti, kljub temu da sta zagotovljeni javnost dela in odgovornost. Temeljna želja zdravstvene politike je pozitivna korelacija strokovne, gospodarske in družbene kakovosti.

V državah EU se upoštevajo mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti, ki veljajo tudi za Slovenijo. Ministrstvo za zdravje je objavilo dokument Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010), v katerem so objavljena načela kakovosti, ki predstavljajo zahteve po zagotavljanju in nenehnem izboljševanju kakovosti ter varnosti zdravstvene obravnave, prednostne aktivnosti. Načela so:

- uspešnost zdravstvenih posegov,
- varnost pacientov, predvsem glede zdravniških odločitev
- pravočasnost zdravstvene oskrbe,
- učinkovitost – ali lahko zdravstveno osebje obravnava svoje delo ceneje z enakim rezultatom
- enakost v obravnavi pacientov ali prihaja do diskriminacije na podlagi spola, starosti, socialnega statusa,
- osredotočenost na paciente – ali se paciente zdravi tako, kot bi zdravili lastne starše ali otroke.

3.3 METODE IN MODELI ZA DOSEGANJE KAKOVOSTI V ZDRAVSTVU

Kakovost storitev v socialnih ustanovah pomeni izpolnitev pričakovanj oskrbovancev in njihovega zadovoljstva. Značilnost tovrstnih storitev je neposreden stik uporabnikov in zaposlenih. Zadovoljstvo uporabnikov je temeljni kriterij za merjenje kakovosti, pri čemer je potrebno upoštevati dva pomembna dejavnika, to sta učinkovito delo in zadovoljstvo zaposlenih (Hikl, Veritas, 2011, str. 185).

Model E-Qalin[®] podaja nov pristop obvladovanja kakovosti v domovih za starejše in podobnih socialnih ustanovah. Model ciljno raziskuje kakovost že uveljavljenih storitev, njihove rezultate, kakor tudi zadovoljstvo vseh vpletenih v sistem. Usmerjen je v zagotavljanje dostojanstvenega staranja in večjega spoštovanja staranja v družbi, večjo kakovost oskrbe, nege in življenja uporabnikov, vključevanja okolja (svojcev, političnih predstavnikov, kooperacijskih partnerjev) (Hikl, Veritas, 2011, str. 185).

Upravljanje kakovosti po modelu E-Qalin® prinaša v ustanove sistematičen pristop pri obvladovanju različnih interesnih skupin. Izpolnjuje zahteve po uvajanju sprememb, s katerimi je potrebno nenehno izboljševati delovne procese kakor tudi zagotavljati zahteve po kakovosti opravljanja storitev. Model izpostavlja, kar je dobro in je smiselno obdržati, pokaže pa tudi na slabosti in priložnosti za izboljšave.

3.4 POMEN ZADOVOLJSTVA BOLNIKOV

Zadovoljstvo pacienta je pomemben dejavnik za merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe (Khan, 2007). Prvo merjenje zadovoljstva je v literaturi omenjeno v osemdesetih letih prejšnjega stoletja. Področje se je v dveh desetletjih močno razvilo in postalo pomembno. V Sloveniji je zadovoljstvo uporabnikov zdravstvene nege nejasno, slabo opredeljeno področje, ki je tudi slabo raziskano.

Izid zdravstvene obravnave je zagotovo koncept, ki omogoča uvajanje stalnega in celovitega izboljšanja kakovosti zdravstvene nege. Razumevanje pojma zadovoljstva se je skozi desetletja razvijalo v različnih okoliščinah in za različne namene. Nekatere opredelitve pojma se tako dopolnjujejo, druge si nasprotujejo (Možina, 2007).

V zdravstvu se uporabljajo različni pristopi in orodja za spremljanje izvajanja zdravstvenih storitev in zadovoljstva pacientov, ki bi jih bilo potrebno poenotiti. Enotno ogrodje omogoča enotna izhodišča za razmišljanje o zdravstveni negi, izobraževanju, delovanju v praksi in raziskovanju (Železnik, Rajčić, 2014).

Standardi in kazalniki bi se morali osredotočati predvsem na tri pomembne vidike v izvajanju zdravstvene nege: učinkovitost, uspešnost in kakovost (Helfert, 2009).

Bolnik v sistemu zdravstvene oskrbe nastopa kot primarni akter in je glavni razlog obstoja zdravstvenih institucij. Mnenje bolnika glede kakovosti opravljenega dela med celotno zdravstveno nego in zdravnika, ki nastopa kot nosilec dejavnosti, je pomembno, saj celotna zdravstvena dejavnost poteka prav zaradi bolnikov. Z direktivo o čezmejnem zdravstvenem varstvu so tudi naše zdravstvene ustanove stopile na trg konkurence. Vpeljava tržnih načel v sistem, da se poveča konkurenčnost, je zato nujna in naša zdravstvena politika naj bi delovala v to smer. Večja konkurenca na trgu vpliva na večjo kakovost storitev. Pacientom je dana možnost izbire izvajalca zdravstvene oskrbe, kar posledično izraža zahtevo po izboljšani kakovosti dela. Način posredno izloča izvajalce zdravstvene dejavnosti, ki ne dosegajo meril s tržišča. Glavni cilji organizacij, med njimi zdravstvenih ustanov, so večji razvoj, želja po povečanju dobička, širitev tržišča. Da jih dosežemo, pa je potrebno sprotno ugotavljanje in zadovoljevanje potreb uporabnikov. Samo zadovoljevanje z oskrbo ni edino merilo kakovosti, sistem zdravstvenega varstva nasprotno od drugih storitvenih dejavnosti tega ne omogoča (Kersnik, 2003).

V sistemu kakovosti zdravstvene oskrbe je mnenje bolnikov o kakovosti zdravstvene oskrbe nepogrešljiv del. Bolniki zdravstveno oskrbo ocenjujejo z drugih vidikov kakovosti

kot zdravniki in drugo zdravstveno osebje. Z namenom ugotavljanja poslanstva zdravstvene ustanove je pomembno stalno spremljanje pogledov potencialnih in sedanjih uporabnikov. Da bi o kakovosti zdravstvenih storitev izvedeli več, je potrebno uporabnike zdravstvenih storitev pritegniti k sodelovanju. Kljub pomanjkanju strokovnega znanja s področja medicine, subjektivnim izkušnjam, ki otežujejo podajanje ustrezne ocene določene zdravstvene oskrbe, je mnenje pacientov ključnega pomena, da se zagotovijo izboljšave na mestih, kjer je to potrebno. Številne zdravstvene ustanove kot del pritožbenega sistema preverjajo tudi zadovoljstvo uporabnikov (Kersnik, 2003).

Zadovoljstvo bolnika se izraža v njegovi izbiri osebnega zdravnika. Pacienti, ki niso zadovoljni s storitvijo, osebnega zdravnika večkrat zamenjajo. Telesno in duševno zdravje pacientov, ki med potekom zdravljenja pri tem aktivno sodelujejo in so o stopnjah zdravljenja dobro poučeni, je veliko boljše. Ti bolniki so veliko bolj zadovoljni, to vpliva tudi na ponoven obisk pacienta v zdravstveni ustanovi. Pacienti, ki so zadovoljni, bodo bolj malo verjetno zaradi enakega stanja ponovno sprejeti v zdravstveno ustanovo. Poraba sredstev je tako bolj racionalna. Zdravstvena stroka načrtuje glede na stopnjo zadovoljstva pričakovanj različne programe, s katerimi bi izboljšala kakovost (Kersnik, 2003).

4 ANKETNI SISTEM SERVQUAL

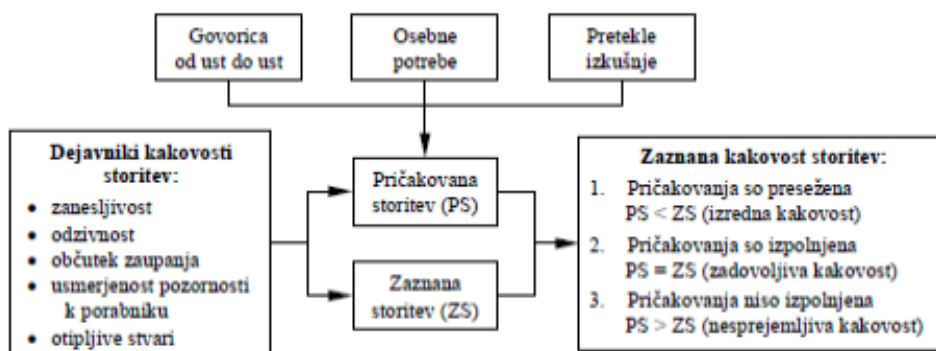
Model Servqual temelji na dveh pomembnih konceptih, in sicer na pričakovanju in zaznavi porabnikov. Po Hoffmanu in Batesonu (1997, str. 306–307) uporabniki storitve odgovarjajo na trditve razdeljene na dva dela, pri katerem prvi del modela meri pričakovanja porabnikov, drugi del pa zaznavanje o tem, kakšno storitev organizacija ponuja. Sedemstopenjska ocenjevalna lestvica meri pričakovanja in pri prvem delu zavzema trditve od "sploh ni pomembno" do "zelo je pomembno", pri drugem delu za merjenje zaznavanj pa od "zelo se strinjam" do "sploh se ne strinjam". Model se uporablja predvsem v kvantitativnem raziskovanju, pri čemer pa dobimo naslednje informacije (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1994, str. 112):

- odstopanje med pričakovanjem in zaznana vrednostjo za posamezno storitev skozi čas,
- oceno kakovosti storitev skozi vseh pet dimenzij kakovosti,
- kako pomembna je vsaka dimenzija kakovosti posebej,
- dobljeni rezultati so primerni za primerjavo z rezultati konkurence,
- ocena notranjih kakovosti storitev.

4.1 PRIČAKOVANJA IN ZAZNAVANJA UPORABNIKOV

Slika prikazuje primerjavo med zaznavanjem prejete in pričakovanji zelene storitve, katere pokazatelj je zadovoljstvo porabnikov. Izjemno kakovostno storitev porabnik zazna, ko so pričakovanja presežena, zadovoljiva pa je, ko porabniki zaznajo storitev kot ustrezno pričakovanjem. Storitve je slabo ocenjena, ko pričakovanja porabnikov niso izpolnjena (Fitzsimmons J., Fitzsimmons M., 1998, str. 270).

Slika 3: Dejavniki kakovosti in zaznana kakovost storitev



Vir: Fitzsimmons J., Fitzsimmons M., 1998, str. 270

Pričakovanja porabnikov se na novo oblikujejo vsakič, ko dobijo koristne informacije o določeni storitvi, ki lahko gre od ust do ust, med komunikacijo z organizacijo ali pri izvajanju storitve organizacije oziroma njene konkurence (Boulding et al., 1993 v Gabbott, Hogg, 1997, str. 272).

4.2 SESTAVINE MODELA SERVQUAL

Za opredelitev kakovosti storitev avtorji v svojih modelih navajajo različna merila presojanja kakovosti. Med modeli, ki poskušajo prepoznati dejavnike, ki opazno vplivajo na kakovost storitev, je največjo podporo in praktično uporabo doživel model servqual.

Znan in razširjen model zaznavanja kakovosti storitev so razvili Parasuraman, Zeithaml in Berry (1985). Metoda, ki so jo uvedli leta 1988 v Združenih državah Amerike, predstavlja način merjenja neskladja med uporabnikovim zaznavanjem in pričakovanjem kakovosti storitve (Cvikl, 2001, str. 32).

Model povzema pet razhajanj:

- razhajanje med uporabnikovimi pričakovanji o storitvi in dojetanje po opravljeni storitvi,
- razhajanje med pričakovanji uporabnika in dojetanje le-teh s strani vodstva in zaposlenih,
- razhajanje med dojetanjem uporabnikovih pričakovanj s strani vodstva in pretvarjanjem njihovih pričakovanj v standarde za merjenje kakovosti storitve,
- razhajanje med nudenjem kakovosti storitve in njenimi standardi,
- razhajanje med nudenjem storitve in obljubami izvajajoče organizacije.

Za to metodo je razvita lestvica merjenja kakovosti storitev, kot jo zaznavajo uporabniki po lestvici, ki je sestavljena iz petih ključnih dimenzij za vrednotenje kakovosti storitev. Fizični videz, zanesljivost, odzivnost, zaupanje in empatija (Cvikl, 2001, str. 32).

V osnovi je model Servqual sestavljen iz desetih dimenzij (zanesljivost, odzivnost, strokovnost, dostopnost, uslužnost, komuniciranje, zaupanje, varnost, razumevanje in fizična podpora), v nadaljevanju so ga Parasuraman, Zeithaml in Berry preoblikovali v pet dimenzij.

Storitvene organizacije upoštevajo navedeno merilo z namenom oblikovanja prilagojenega modela servqual za merjenje kakovosti storitev. Model je sestavljen iz dvaindvajsetih trditvev. Anketirani najprej odgovarja na podlagi svojih pričakovanj, nato na podlagi svojih izkušenj z izvedeno storitvijo. Obe obliki uporabljata sedemstopenjsko Likertovo ocenjevalno lestvico, pri kateri so skrajne trditve ocenjene z »zelo se strinjam« na eni strani do »sploh se ne strinjam« na drugi strani (Parasuraman, Zeithaml in Berry 1985, str. 48).

Merilo, ki daje vrednost kakovosti storitev, je razpon med zaznано storitvijo in tisto, ki je bila pred tem pričakovana. Model Servqual pa ne upošteva dveh meril, ki sta pomembni pri porabnikovi oceni storitve; to so izvedba storitve, kar bi uporabniku omogočila zanesljivejše podajanje ocene ob primerjavi postopka izvedbe in končnim vtisom o opravljeni storitvi, ter povezave med ceno in kakovostjo storitve: kadar porabnik plača

več, so tudi njegova pričakovanja vezana na kakovost storitve večja (Potočnik, 2000, str. 170).

4.3 UPORABNOST REZULTATOV MODELA SERVQUAL

Model Servqual je praktičen in uporaben za različne namene. Njegova uporabnost je:

- razumevanje sedanje kakovosti storitev – je najpomembnejša prvina modela, saj je bistvena za organizacijo, da poslovodje in drugi zaposleni razumejo, kakšna je sedanja kakovost njihovih storitev v očeh porabnikov in kje se pojavljajo vrzeli;
- uteži – model omogoča primerjavo za določeno storitev, ali za različne storitve;
- oblikovanje in primerjava različnih segmentov porabnikov – ta metoda omogoča oblikovanje različnih segmentov, ki jih je potrebno spremljati in analizirati, kar omogoča prednost pred konkurenco zaradi boljšega poznavanja določenih segmentov;
- primerjava storitev – z rezultati raziskav lahko primerjamo dve storitvi iste organizacije ali različnih (konkurenti);
- kakovost izvedbe skozi čas – ker se kakovost skozi čas spreminja, je kontinuiranost te metode velika prednost, saj s tem dosežemo zapiranje vrzeli s ponovnimi raziskavami;
- postavljanje standardov – s pomočjo modela se lahko pridobi informacija, kako porabniki definirajo kakovostno storitev in kaj se jim zdi pomembno. Na podlagi tega management postavi določene standarde.

4.4 KRITIKE MODELA SERVQUAL

Parasuraman et al. (1988 v Uran, 2008) v svoji razpravi navaja, da se model Servqual nanaša predvsem na zaznavo kakovosti in naslavlja predvsem kakovost storitev, ne pa zadovoljstva uporabnika/kupca (Uran, 2008). Model obravnava merjenje kakovosti storitev preko zaznanih razkorakov med pričakovanji uporabnika/kupca in dejansko izvedeno storitvijo. Model se uporablja v storitvenih dejavnostih (bančništvo, turizem, gostinstvo, javni sektor). Poudarek je na merjenju izvedene storitve ter vlogi neposredno vključenih akterjev (zaposlenih, uporabnikov, managerjev) ter interakcij med njimi.

Kljub razširjenosti modela so se pokazale nekatere njegove pomanjkljivosti. Problem je predvsem natančnost opredelitve kriterijev za ocenjevanje kakovosti in realnost odgovorov po opravljeni storitvi. Subjektivnost posameznikovih pogledov je težko preoblikovati v objektivnost kakovosti storitve, kar otežuje oblikovanje standardov vrednotenja kakovosti storitev. Prav tako je težko opredeliti pričakovanja porabnikov in na podlagi pričakovanj z dejansko kakovostjo storitve ustrezno oblikovati zaključek o kakovosti storitev (Ivanko, 2007, str. 167).

Ladhari (2009, str. 192) ugotavlja, da je »model Servqual uporaben v različnih storitvenih organizacijah, saj odjemalci glede na vrsto storitve njihovo kakovost po navadi ocenjuje

na podlagi ocenjenih kriterijev«. Model je v primeru specifičnih panog mogoče ustrezno modificirati z dodajanjem ali odvzemanjem dimenzij. Model je bil v preteklosti na področju zdravstvenih storitev večkrat uporabljen, v večini primerov je bil vprašalnik ustrezno prilagojen v smislu izločitve nekaterih trditev.

5 UGOTAVLJANJE ZADOVOLJSTVA STRANK V ZDRAVSTVENEM DOMU LITIJA

5.1. PREDSTAVITEV ZDRAVSTVENEGA DOMA LITIJA

Zdravstveni dom Litija je javni zdravstveni zavod, ustanovljen z namenom opravljanja primarne zdravstvene dejavnosti kot javne službe, na območju občine Litija in občine Šmartno pri Litiji. V ZD Litija delujejo tudi osebe zasebnega prava s koncesijo, ki jo država ali lokalna skupnost podeli osebi za zasebno izvajanje javne službe. Zdravstvena dejavnost se torej izvaja z lastnimi strokovnimi kadri, zaposlenimi v zavodu in v sodelovanju z zasebnimi zdravstvenimi delavci, ki opravljajo v občini javno službo na podlagi koncesije, ter z drugimi pogodbenimi delavci. V Zdravstvenem domu Litija deluje osem zasebnikov.

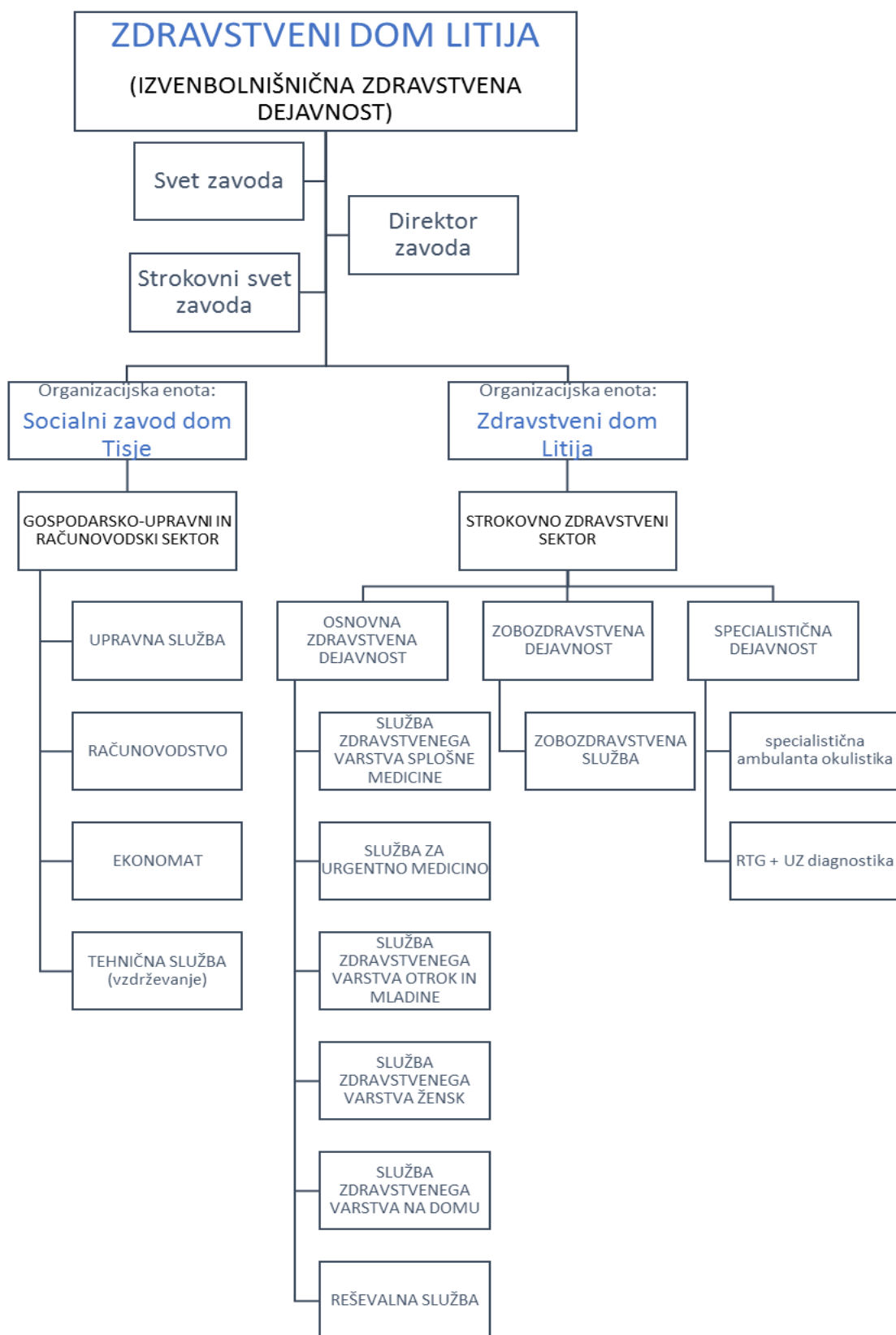
Glavni cilj ZD Litija je izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti na primarni ravni v skladu s 7. členom Zakona o zdravstveni dejavnosti, zlasti pa:

- preventivno zdravstveno varstvo vseh kategorij oziroma skupin prebivalcev,
- nujna medicinska pomoč,
- splošna medicina,
- zdravstveno varstvo žensk, otrok in mladine,
- patronažno varstvo ter laboratorijska in druga diagnostika,
- izvajanje in zagotavljanje družinske medicino,
- preventivno in kurativno zobozdravstvo vseh skupin prebivalcev,
- medicino dela,
- fizioterapijo in rehabilitacijo,
- reševalno službo,
- zdravstveno vzgojno delo,
- opravljanje nadstandardnih in drugih samoplačniških storitev na trgu,
- specialistično ambulantno dejavnost za področja, ki niso vezana na bolnišnično zdravljenje (Odlok o ustanovitvi javnega zavoda Zdravstveni dom Litija, 6. člen; 2007).

Zdravstveni dom Litija se deli na dve organizacijski enoti, na ZD Litija in na Socialni zavod Dom Tisje. Strokovno zdravstveni sektor se nahaja v ZD Litija in se nadalje deli na osnovno zdravstveno dejavnost, zobozdravstveno dejavnost in specialistično dejavnost. Gospodarsko-upravni in računovodski sektor (upravna, nabavna, vzdrževalna in finančno-računovodska dejavnost) pa je v drugi organizacijski enoti, v Socialnem zavodu Dom Tisje (ZD Litija plačuje za najem prostorov).

Glavni problem, s katerim se zdravstveni dom sooča, je pomanjkanje zdravniškega osebja, predvsem pediatrov. Redno sodelujejo tudi pri izobraževanju zaposlenih, zdravnikov in medicinskih tehnikov. Letno sprejmejo dva do tri pripravnike, pomanjkanje kadrov na visoki ravni pa še vedno ostaja.

Slika 4: Organigram izvenbolnišnične zdravstvene dejavnosti, Zdravstveni dom Litija



Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

5.2 POSTOPEK RAZISKAVE

V raziskovalnem delu sem naredila in uporabila vprašalnik po anketnem sistemu Servqual, ki ustreza ugotavljanju zadovoljstva strank z zdravstvenimi storitvami. Osebno sem anketirala uporabnike splošnih zdravstvenih storitev. Anketiranje sem izvedla v Zdravstvenem domu Litija. Primarna dejavnost, ki jo zagotavljajo, je splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost. Del anket sem opravila z uporabniki, ki obiskujejo ambulante zdravnikov zaposlenih v javnem zdravstvenem zavodu, drugi del pa s tistimi, ki obiskujejo ambulante zdravnikov koncesionarjev. Primerjava med rezultati mi je tako dala še obširnejšo sliko, kakšna je kakovost in zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami.

Nekatere izvedene raziskave poudarjajo pomembnost vključenosti uporabnikov in izvajalcev storitev z namenom ugotavljanja kakovosti storitev. V literaturi različni avtorji potrjujejo primernost uporabe vprašalnika Servqual v zdravstvenih ustanovah ter možnost izvedbe anketnega vprašalnika zgolj s strani uporabnikov.

Pri sestavi anketnega vprašalnika sem upoštevala model Servqual, s katerim sem zajela vseh pet razsežnosti za ugotavljanje pričakovanj in izkušenj:

- fizični videz, otipljivost (oprema, sobe, hodniki, urejenost zdravstvenih delavcev);
- zanesljivost zagotavljanja in izvajanja zdravstvenih storitev, izpolnjevanje danih zagotovil o strokovnem izvajanju dela, reševanje nastalih problemov;
- odzivnost zdravstvenih delavcev (izpolnjevanje želja in zadovoljevanje potreb bolnikov);
- zaupanje in ustrežljivost zaposlenih, kar pripomore k vzpostavitvi odnosa zaupanja;
- sposobnost empatije zdravstvenega osebja.

V preučevani zdravstveni ustanovi – zdravstvenem domu sem anketni vprašalnik razdelila bolnikom (pacientom). Standardni anketni vprašalnik Servqual (21 trditev) sem obdržala v prvotni obliki, z nekaj manjšimi vsebinskimi prilagoditvami. Pri oblikovanju so mi bile v pomoč že izvedena ocenjevanja kakovosti storitev v zdravstvenih ustanovah (Štern, 2006).

V namen merjenja pričakovanj in zaznavane kakovosti storitev je bila uporabljena Likertova petstopenjska lestvica, z vrednostmi od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni – se sploh ne strinjam, 5 – popolnoma se strinjam.

Z modelom Servqual se meri predvsem funkcionalna kakovost.

5.3 VZOREC RAZISKAVE IN OBDELAVA PODATKOV

V študiji primere je bil zajet naključno izbran vzorec neposrednih uporabnikov zdravstvenih storitev. Raziskava je bila izvedena v obdobju med 20. in 31. julijem 2015. V tem obdobju je bilo anketiranih 50 posameznikov. V celoti ter ustrezno izpolnjenih je bilo vseh 50 anketnih vprašalnikov (100 %) in so bili primerni za nadaljnjo analizo.

Anketni vprašalnik je bil izveden v Zdravstvenem domu Litija, kjer so bili anketiranci obiskovalci (pacienti). Pridobljeni rezultati raziskave so bili obdelani ročno s pomočjo programa Excel.

Vprašanje 1: Spol

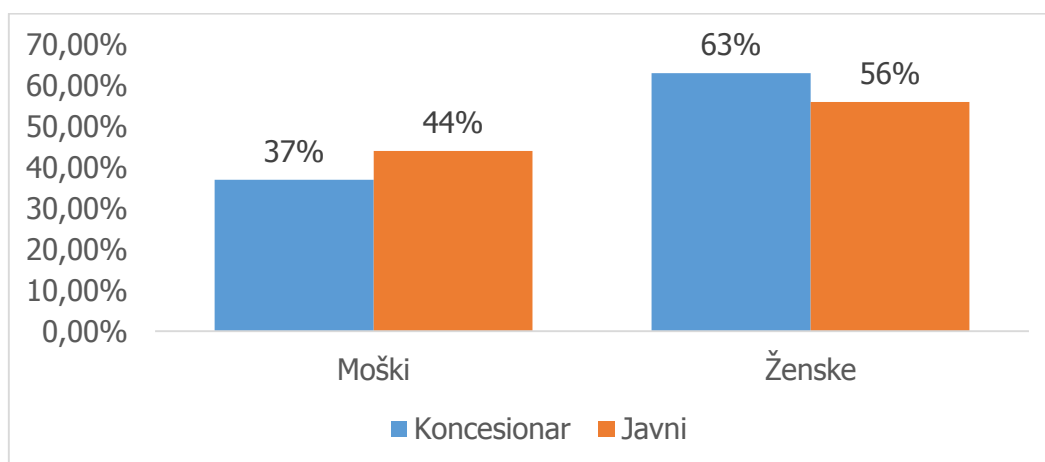
Pri prvem vprašanju nas je zanimala struktura anketiranih po spolu. Podatki so prikazani v tabeli. Opazimo, da je bilo oseb ženskega spola več. Med anketiranjem je Zdravstveni dom obiskalo več žensk kot moških. V odstotkih so anketirani po spolu prikazani v Grafikonu 1.

Tabela 1: Struktura po spolu

	Moški spol (delež v procentih)	Odstotek %	Ženski spol (delež v procentih)	Odstotek %
Koncesionar	6	37	10	63
Javni	15	44	19	56
Skupaj	21	42	29	58

Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Grafikon 1: Anketirani po spolu



Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Vprašanje 2: Starost

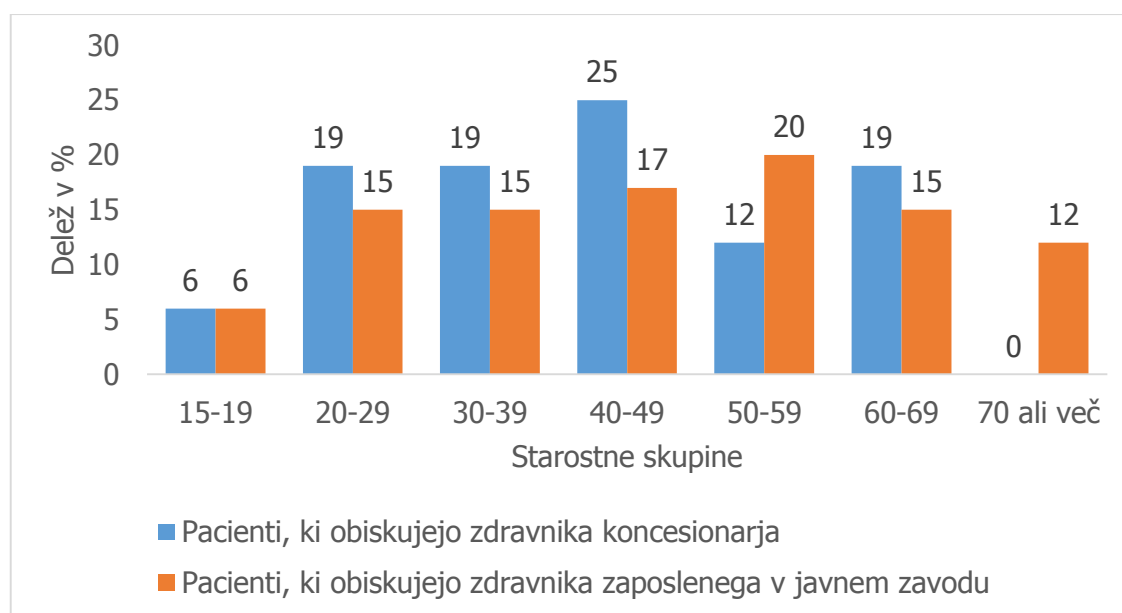
Starostna struktura obiskovalcev zdravstvenega zavoda je zelo razgibana. Med pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja, jih je največ odgovarjalo na vprašanja iz starostne skupine od 40–49 let, in sicer 25 odstotkov. Med pacienti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem sektorju, pa je največji delež anketiranih v starostni skupini od 50 do 59 let, kar znaša 20 %.

Tabela 2: Struktura po starosti

Starostne skupine	Pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja	Pacienti zdravnika zaposlenega v javnem zavodu
15-19	1	2
20-29	3	5
30-39	3	5
40-49	4	6
50-59	2	7
60-69	3	5
70 ali več	0	4
Skupaj:	16	34

Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Grafikon 2: Struktura po starosti

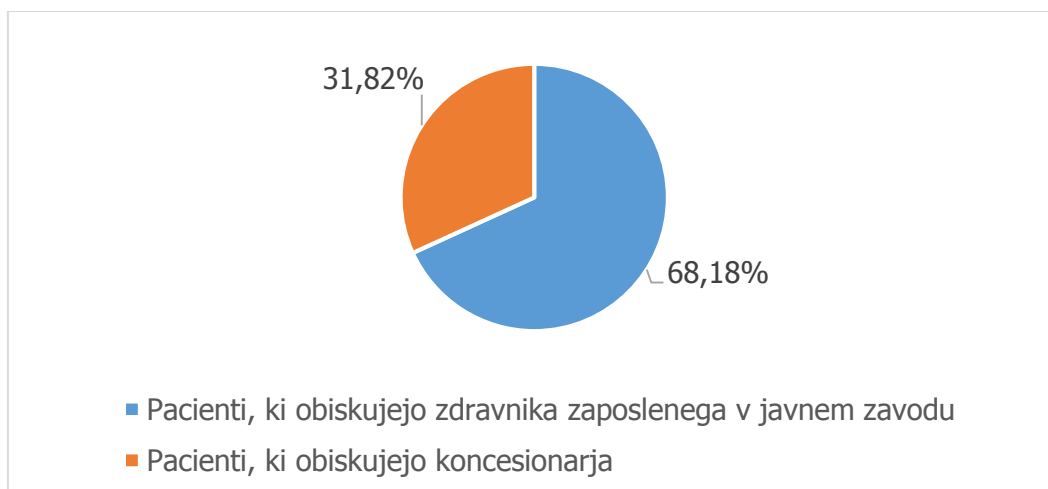


Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Vprašanje 3: Moj zdravnik je 1. zdravnik zaposlen v javnem zavodu ali 2. zdravnik koncesionar

Od 50 vprašanih je bilo pacientov, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu 34, pacientov, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja pa 16. Delež je v odstotkih prikazan v spodnjem grafikonu.

Grafikon 3: Delež izvedenih anket med pacienti koncesionarjev in pacienti zdravnikov zaposlenih v javnem zavodu



Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Graf prikazuje delež izvedenih anket med pacienti, katerih zdravnik je koncesionar (zasebnik), in tistih, katerih osebni zdravnik je zdravnik zaposlen v javnem zavodu. Odstotek slednjih je bistveno večji, in sicer 68,18 %, medtem ko je delež izvedenih anket med pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja 31,82 %. K temu pripomore tudi dejstvo, da je v zdravstvenem zavodu, kjer je bilo anketiranje izvedeno, delež koncesionarjev bistveno manjši.

5.4 ANALIZA IN PRIMERJAVA DOBLJENIH REZULTATOV

Analiza vprašanj po modelu Servqual.

Razlaga pojmov:

- Sprememba (E): sprememba v oceni zadovoljstva v elementu ali dimenziji, povezani s pričakovanji.
- Sprememba (P): sprememba v zvezi z oceno zaznane situacije.
- Kakovost (Q): razlika med zaznano (P) in pričakovano kakovostjo (E) na elementih ali dimenzijah storitev. Razlika (Q) je izračunana kot $Q = P - E$.

Tabela 3: Primerjava med zaznavanjem (P) in pričakovanji (E) po dimenzijah; pacientov, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in pacientov, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja.

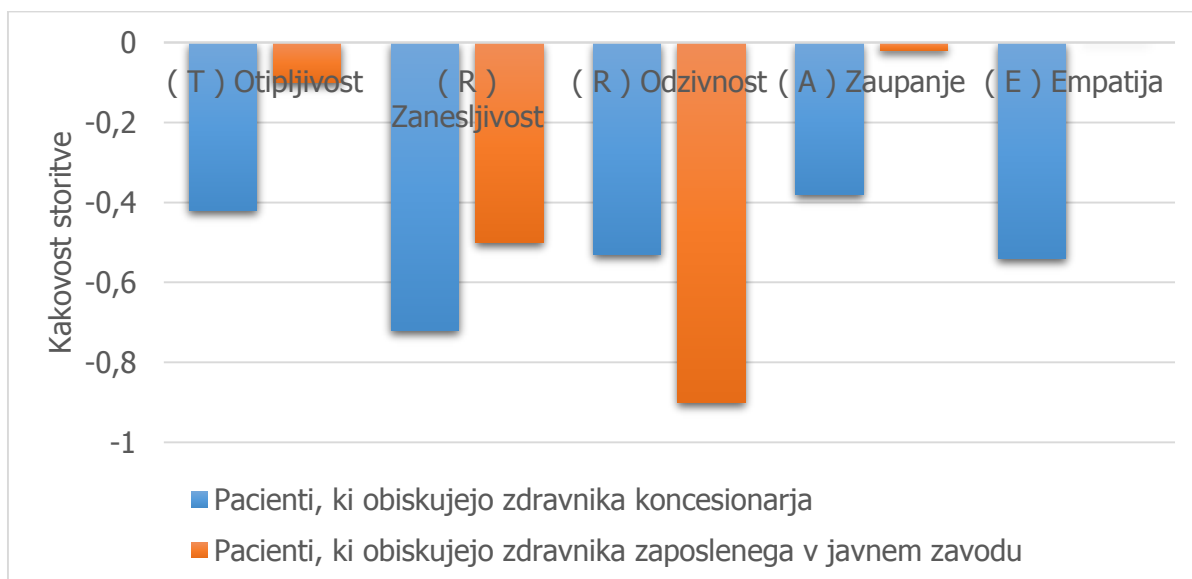
Dimenzije kakovosti	Koncesionarji			Zdravniki zaposleni v javnem zavodu		
	P	E	Q=P-E	P	E	Q=P-E

(T) Otipljivost	3,96	4,38	-0,42	4,18	4,28	-0,1
(R) Zanesljivost	4,14	4,86	-0,72	4,02	4,07	-0,5
(R) Odzivnost	3,88	4,41	-0,53	3,79	3,88	-0,9
(A) Zaupanje	4,29	4,67	-0,38	4,1	4,08	-0,02
(E) Empatija	4,13	4,67	-0,54	3,95	3,95	0

Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Iz tabele lahko razberemo razlike med zaznavanjem in pričakovanji po dimenzijah, med pacienti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja. Pri zdravnikih koncesionarjih je največja zaznava v zaupanju, in sicer 4,29; najnižja pa je na dimenziji odzivnosti (3,88). Pri zdravnikih zaposlenih v javnem zavodu pa je največja zaznava na dimenziji otipljivosti, in sicer 4,18. Medtem ko je najmanjša, prav tako kot v zasebnem sektorju, na dimenziji odzivnosti (3,79). Če pogledamo še pričakovano kakovost. Pri zdravnikih koncesionarjih je dosegla najmanjšo vrednost na dimenziji otipljivosti (4,38), največja pričakovana kakovost pa je bila tu namerjena na dimenziji zanesljivosti, znaša 4,86. Pri zdravnikih zaposlenih v zdravstvenem zavodu je najmanjša vrednost pričakovane kakovosti na dimenziji odzivnosti (3,88), največja pa na dimenziji otipljivosti (4,28).

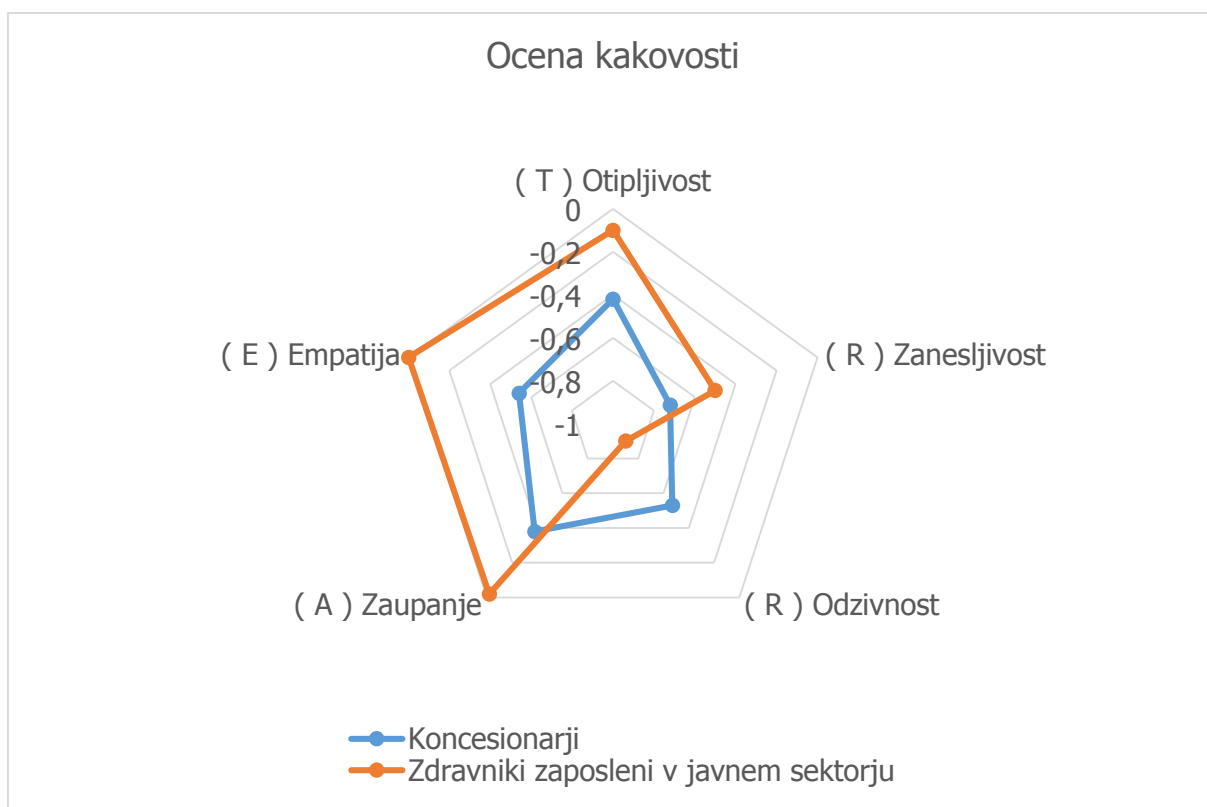
Grafikon 4: Razlika med (P) in (E) pacientov, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in pacientov, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja.



Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Graf prikazuje kakovost storitve (Q). Kakovost smo dobili tako, da smo od povprečne vrednosti zaznavanja (P) odšteli povprečno vrednost pričakovanj (E). Podana je kakovost tako za paciente, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, kot za paciente, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja. Iz grafa je razvidno, da med pacienti vlada splošno nezadovoljstvo v ZD Litija. Iz grafa je prav tako razvidno, da je splošno nezadovoljstvo manjše med pacienti, katerih zdravnik je zaposlen v javnem zavodu, kot pri tistih, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja, razen pri dimenziji odzivnosti, kjer so pacienti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu bolj nezadovoljni (-0,9), kot tisti, ki obiskujejo koncesionarja. Najvišja stopnja kakovosti je bila dosežena na dimenziji empatije (0), med zdravniki zaposlenimi v javnem sektorju. Najmanjša stopnja kakovosti je bila pri koncesionarih dosežena na dimenziji zanesljivosti. Znašala je -0,72.

Grafikon 5: Ocena kakovosti med pacienti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja.



Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Graf prikazuje oceno kakovosti storitev med pacienti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja. Iz grafa je razvidno, da je bila stopnja kakovosti višja med pacienti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu. Najvišja je bila na dimenziji empatije in zaupanja.

5.4 OBRAVNAVA HIPOTEZ

V zadnjem sklopu raziskave sem obravnavala naslednje hipoteze:

1. Pri merjenju zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev lahko naletimo na ovire. Pacienti so v takšnem zdravstvenem stanju, da ne morejo objektivno izražati mnenj in ocen.
2. Pri zdravnikih koncesionarjih so rezultati analize ugotavljanja zadovoljstva strank s storitvami boljši, kot pri zdravnikih zaposlenih v Zdravstvenem domu.
3. Zdravniki koncesionarji delajo izključno v prid pacientov in ne za lasten dobiček.

Prvo hipotezo lahko potrdimo oziroma zavržemo le opisno, glede na videno. Anketiranje je, kot že rečeno, potekalo pred glavnim vhodom Zdravstvenega doma Litija. Obiskovalci s hujšimi zdravstvenimi težavami so vstopali skozi vhod nujne medicinske pomoči. Na glavnem vhodu težkih pacientov ni bilo. Večina anketirancev je prišla na rutinske preglede oziroma po zdravila. Njihovo zdravstveno stanje je torej dovoljevalo objektivno odgovarjanje na vprašanja. To hipotezo lahko ovržemo. Pacienti niso bili v takšnem zdravstvenem stanju, da ne bi mogli objektivno izražati oceno. Naj dodam še, da se med odgovarjanjem na anketni vprašalnik nobenemu obiskovalcu Zdravstvenega zavoda zdravstveno stanje ni poslabšalo.

Za potrditev oziroma zavrnitev naslednje hipoteze: »Pri zdravnikih koncesionarjih so rezultati analize ugotavljanja zadovoljstva strank s storitvami boljši, kot pri zdravnikih zaposlenih v Zdravstvenem domu.« je bila delitev anketirancev na tiste, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja, in tiste, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zdravstvenem zavodu, nujna. Pri hipotezi sem si pomagala z rezultati ankete po metodi Servqual. Da bi dobro preverila hipotezo, sem poleg analize Servqual naredila še preizkus domneve o razliki med aritmetičnima sredinama za dva neodvisna vzorca (za paciente, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja, in za paciente, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zdravstvenem zavodu). V vzorec za preverjanje druge hipoteze sem zajela ankete zaznane kakovosti storitev. Anketirani so odgovarjali po Likertovi lestvici od 1 do 5.

T-test je statistična metoda, ki se največkrat uporablja pri preverjanju hipotez z majhnimi vzorci. 50 uspešno opravljenih anketnih vprašalnikov v Zdravstvenem zavodu tej metodi ustreza. Pri metodi T-testa testna statistika sledi porazdelitvi, če predpostavljamo, da ničelna hipoteza (H_0) drži. Da bi se izognila prevelikemu vzorcu, sem tudi tu anketo razdelila na pet dimenzij kakovosti. Hipotezo sem preverila v petih točkah. Za analizo obravnavanega anketnega vprašalnika sem uporabila 5 % tveganje.

Tabela 4: T–test za ugotavljanje razlik v zadovoljstvu pacientov zdravnikov koncesionarjev in pacientov, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu.

Dimenzija	Skupina	N	Povprečje	Standardna deviacija	Min	Max
Otipljivost	Pacienti koncesionarja	64	3,96	0,97	2	5
	Pacienti zdravnika zaposlenega v zavodu	136	4,18	0,76	2	5
	P (verjetnost ničelne hipoteze)	0,17				
Zanesljivost	Pacienti koncesionarja	80	4,14	0,82	3	5
	Pacienti zdravnika zaposlenega v zavodu	170	4,02	0,71	2	5
	P (verjetnost ničelne hipoteze)	0,26				
Odzivnost	Pacienti koncesionarja	64	3,88	0,88	2	5
	Pacienti zdravnika zaposlenega v zavodu	136	3,79	0,71	2	5
	P (verjetnost ničelne hipoteze)	0,50				
Zaupanje	Pacienti koncesionarja	48	4,29	0,89	2	5
	Pacienti zdravnika zaposlenega v zavodu	102	4,10	0,61	3	5
	P (verjetnost ničelne hipoteze)	0,17				
Empatija	Pacienti koncesionarja	80	4,13	0,84	2	5
	Pacienti zdravnika zaposlenega v zavodu	170	3,95	0,82	2	5
	P (verjetnost ničelne hipoteze)	0,11				

Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Ničelna hipoteza (verjetnost, da je zadovoljstvo strank s storitvami enako pri pacientih, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in tistih, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja) ima izračunano verjetnost 0,11 na dimenziji empatije. Tu je bila verjetnost ničelne hipoteze najnižja. Odzivnost ima najvišjo, in sicer 0,5. Pri 5 % tveganju je statistična značilnost T–testa na vseh dimenzijah višja od 0,05 ($p = 0,11; 0,17; 0,26; 0,5 > 0,05$), s čimer ne moremo zavrni, da sta aritmetični sredini obeh skupin statistično

značilno enaki. To potrjuje, da med pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja, in tistimi, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zdravstvenem zavodu, pri zadovoljstvu s storitvami ni značilnih razlik. Drugo hipotezo zavrnilo. Tako pacienti koncesionarjev kot pacienti zdravnikov zaposlenih v javnem zavodu so s storitvami zadovoljni. Razlika med rezultati ankete zaznane kakovosti pri zdravnikih koncesionarjih in pri zdravnikih zaposlenih v Zdravstvenem domu je zanemarljiva.

Tretja hipoteza se glasi: »Zdravniki koncesionarji delajo izključno v prid pacientov in ne za lasten dobiček.« Pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja, imajo, kot lahko razberemo iz analize v prejšnjem podpoglavju, veliko večja pričakovanja kot tisti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu. Za preverjanje tretje hipoteze sem izpostavila eno izmed anketnih vprašanj. Vprašanje je obenem tudi ničelna hipoteza: »Zdravstveni delavci v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika si prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov.« Za lažje razumevanje sem vzela tako rezultate pacientov, ki obiskujejo koncesionarja, kot tiste, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v zdravstvenem zavodu. T-test sem naredila na anketah tako pričakovane kot zaznane kakovosti. Pri tem vprašanju so bili odgovori anketiranih pri zaznani kakovosti najslabše ocenjeni. Zelo pogost komentar je bil tudi, da bolj kot za pacienta, zdravniki delajo za lastno korist.

Tabela 5: Pričakovana kakovost – Zdravstveni delavci v ordinaciji vašega osebnega zdravnika si prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov.

Skupina	N (Št. Pacientov)	Povprečje	Standardna deviacija	Min	Max
Pacienti koncesionarja	16	4,19	0,91	3	5
Pacienti zdravnika zaposlenega v zavodu	34	3,15	0,82	2	5
P (verjetnost ničelne hipoteze)	0,0002				

Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Pri 5 % tveganju je statistična značilnost T-testa pri pričakovani kakovosti na vprašanju: »Zdravstveni delavci v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika si prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov.« nižja od 0,05 ($p = 0,0002 < 0,05$). Opazna je razlika med zadovoljstvom pacientov koncesionarja in pacientov zdravnika zaposlenega v zavodu. Presenetljivo pa je, da so na to vprašanje z nižjo oceno odgovorili pacienti zdravnika zaposlenega v zdravstvenem zavodu. Razlika med povprečno oceno pacientov tistih, ki obiskujejo koncesionarje, in tistih, katerih zdravnik je zaposlen v javnem zavodu, znaša 1,04, kar je več kot ena cela ocena. V tabeli 7 lahko pogledamo še zaznane kakovosti na isto vprašanje.

Tabela 6: Zaznana kakovost – Zdravstveni delavci v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika si prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov.

Skupina	N (Št. Pacientov)	Povprečje	Standardna deviacija	Min	Max
Pacienti koncesionarja	16	2,75	0,68	2	4
Pacienti zdravnika zaposlenega v zavodu	34	3	0,74	2	5
P (verjetnost ničelne hipoteze)	0,26				

Vir: Lastna raziskava zadovoljstva strank s storitvami javnega zdravstvenega zavoda

Bolj kot pričakovana kakovost me je zanimala zaznana kakovost na isto vprašanje. Ali so imeli pacienti po obisku ordinacije še vedno enako mišljenje? Pri 5 % tveganju je statistična značilnost T–testa pri zaznani kakovosti pri trditvi: »Zdravstveni delavci v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika si prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov.« višja od 0,05 ($p = 0,26 < 0,05$). Značilnih razlik med zdravniki koncesionarji in zdravniki zaposlenimi v javnem zdravstvenem zavodu tokrat ni. Zadovoljstvo vseh anketiranih je pri tem vprašanju zelo slabo, v povprečju menijo, da si zdravstveni delavci ne prizadevajo, da delajo izključno v prid pacienta.

Vendar, če primerjamo tako pričakovano kot zaznano kakovost, opazimo, da se je povprečna ocena zaznane kakovosti močno zmanjšala pri pacientih zdravnikov koncesionarjev. Padla je za 1,44 ocene. Pacienti so imeli veliko večja pričakovanja od zdravnikov koncesionarjev. Povprečna ocena pacientov zdravnikov zaposlenih v javnem zavodu pa je upadla le za 0,15 vrednosti. To vprašanje je bilo od vseh, glede na zaznano kakovost, najslabše ocenjeno.

Hipotezo, da zdravniki koncesionarji delajo izključno v prid pacientov in ne za lasten dobiček bi ovrгла. Zdravniki koncesionarji, glede na rezultate ankete, ne delajo izključno v prid pacientov, temveč tudi za lastni zaslužek. Ocene so pri trditvi »Zdravstveni delavci v ordinaciji vašega osebnega zdravnika si prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov.« nizke, ker večina pacientov meni, da bolj kot za pacienta zdravniki delajo za lasten dobiček. Zdravniki koncesionarji imajo različne pogodbe s farmacevtskimi podjetji. Prednostno bodo predpisali zdravila podjetij, s katerimi imajo sklenjeno pogodbo. Tako zdravniki zaposleni v zdravstvenem zavodu kot zdravniki koncesionarji morajo delati za paciente, za njihovo dobro. Bolj bi morali delati v prid pacientov, manj za lastne potrebe in farmacevtske gigante.

6 MNENJE IN PREDLOGI ZA IZBOLJŠAVE

V svoji analizi sem po metodi Servqual raziskovala zadovoljstvo uporabnikov storitev javnega zdravstvenega zavoda. Na podlagi pridobljenih informacij ter vtisov bom v tem poglavju povzela glavne ugotovitve raziskave ter predstavila nekaj predlogov, ki bi pripomogli k dvigu kakovosti storitev v Zdravstvenem domu Litija.

V raziskavi sem ugotovila, da če želimo prispevati k dvigu kakovosti, jo moramo meriti. Danes se pomen zagotavljanja večje kakovosti povečuje, predvsem s strani usmerjenosti k uporabnikom. Večina javnih zdravstvenih zavodov pa svojih uporabnikov ne pozna, nimajo informacij o tem, kakšne potrebe imajo in kako zaznavajo kakovost njihovih storitev. Merjenje pacientovega zadovoljstva omogoča pacientom izraziti svoje mnenje in tako sodelovati pri odločanju o lastni zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi. V zdravstvenem zavodu bi lahko na letni ravni preverjali zadovoljstvo strank in se poskušali v točkah, kjer sta kakovost in zadovoljstvo nizka, izboljšati.

Pri analizi vprašalnika sem ugotovila, da med pacienti vlada splošno nezadovoljstvo v ZD Litija. Splošno nezadovoljstvo je manjše med pacienti, katerih zdravnik je zaposlen v javnem zavodu, kot med tistimi, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja. Razlika se pokaže na dimenziji odzivnosti, kjer so pacienti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, bolj nezadovoljni kot tisti, ki obiskujejo koncesionarja. Pri koncesionarjih pa je najmanjša stopnja kakovosti na dimenziji zanesljivosti. Pod odzivnost upoštevamo hitrost obravnave pacientov, njihovih želja in potreb. Na tem mestu lahko za začetek predlagam, da se zagotovi oziroma uvede preglednejši sistem naročanja pacientov. Paciente naj se ne naroča na 15 minut, ne glede na zdravstveno stanje. Razlika je, če pride starejša oseba, ker ji je zmanjkalo zdravil, ali pa nekdo, ki je naročen za vrsto preiskav.

Drugi razlog za slabo odzivnost je veliko število pacientov na enega zdravnika. Problem je že v osnovi. Naj navedemo primer, ko specializante pediatrije v študijskih letih »zvbijajo medse« večje zdravstvene ustanove in zasebniki, obljubljeni so jim večje plače, manjši zdravstveni domovi pa temu ne morejo konkurirati. Klinični center Ljubljana ima več specialistov pediatrov, kot je v Zdravstvenem domu Litija celotnega zdravstvenega osebja. Prihaja do hude neenakosti pri razporeditvi kadrov. Drugi odidejo v tujino, kjer so razmere za delo tam mnogo boljše, plača večja. ZD Litija bi lahko takoj zaposlil najmanj dva pediatra, a jih preprosto ni. Menim, da je nujna prerazporeditev zdravnikov v zdravstvene zavode, kjer jih primanjkuje oziroma, da se prerazporedi zdravnike glede na število pacientov.

Pri hipotezah sem predpostavljala, da so pri zdravnikih koncesionarjih rezultati analize ugotavljanja zadovoljstva strank s storitvami boljši, kot pri zdravnikih zaposlenih v zdravstvenem domu, in da morajo zdravniki koncesionarji skrbeti za dobro zadovoljstvo strank, saj je od zadovoljstva pacientov s storitvami odvisen njihov dobiček. S pomočjo T-testov sem ugotovila, da na dimenzijah kakovosti med zdravniki koncesionarji in

zaposlenimi v zdravstvenem zavodu ni opaznih razlik. So pa bili koncesionarji najslabše ocenjeni pri vprašanju pričakovane kakovosti, kjer sem spraševala, ali si zdravstveni delavci v ordinaciji osebnega zdravnika prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov. Anketirani so na to vprašanje odgovarjali z nižjimi ocenami in ga velikokrat pospremili s komentarjem, da zasebniki bolj kot za pacienta delajo za svoj žep. Tu še enkrat poudarjam, da je merjenje zadovoljstva uporabnikov nujno, da zdravstveno osebje ve, kje so pomanjkljivosti in jih poskuša odpraviti. Delovanje zdravstvenih organizacij se spreminja, z novo direktivo o čezmejnem zdravstvenem varstvu sedaj konkurirajo tudi tujim zdravstvenim ustanovam. Še en razlog več, zakaj bi morali v prihodnosti vlagati še več v zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev.

7 ZAKLJUČEK

Analiza podatkov, pridobljenih s pomočjo vprašalnika je prinesla kopico zanimivih dejstev in ugotovitev. Nekatera so bila pričakovana, druga pa so me presenetila. Z uporabo modela Servqual za merjenje kakovosti storitev je mogoče empirično preveriti ustreznost izbora sestavin pričakovane in zaznane kakovosti storitev v obravnavani zdravstveni ustanovi. Koncept kakovosti na splošno in kakovost storitev sta pojma, ki sta v strokovni literaturi različno obravnavana ter merjena s pomočjo različnih modelov. Model Servqual upošteva subjektivna merila odjemalcev, zaradi česar je primeren za laično presojo kakovosti zdravstvenih storitev.

Zadovoljstvo lahko opredelimo kot vrednotenje posameznika, pri katerem ta primerja svoja pričakovanja o kakovosti zdravstvene storitve z zaznanim, dejanskim stanjem. Od pričakovanj je namreč odvisno, ali bo uporabnik zdravstvene storitve zadovoljen ali nezadovoljen. V ta namen sem se v diplomski nalogi lotila merjenja zadovoljstva uporabnikov z zdravstvenimi storitvami v Zdravstvenem domu Litija. V raziskavi je sodelovalo 50 anketirancev. Anketiranje sem opravila osebno in tako dobila vpogled v oceno kakovosti storitev in zadovoljstva vsakega vprašanega posebej.

Na podlagi analize anketnega vprašalnika sem ugotavljala zadovoljstvo uporabnikov storitev javnega zdravstvenega zavoda. Vprašane sem ločila na tiste, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja, in tiste, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zdravstvenem zavodu. Iz analize lahko razberemo razlike med zaznavanjem in pričakovanji po dimenzijah med pacienti, ki obiskujejo zdravnika zaposlenega v javnem zavodu, in pacienti, ki obiskujejo zdravnika koncesionarja. Pri zdravnikih koncesionarjih je največja zaznana kakovost v zaupanju, najnižja na odzivnosti. Pri zdravnikih zaposlenih v javnem zavodu pa je največja zaznava na dimenziji otipljivost, najmanjša na odzivnosti. Če pogledamo še pričakovano kakovost, je pri zdravnikih koncesionarjih dosegla najmanjšo vrednost na dimenziji otipljivosti, največja pričakovana pa je na dimenziji zanesljivosti. Pri zdravnikih zaposlenih v zdravstvenem zavodu je najmanjša vrednost pričakovane kakovosti na dimenziji odzivnosti, največja pa na otipljivosti.

Menim, da sem z raziskavo dosegla postavljene cilje. Glavna ugotovitev je bila, da bistvenih razlik pri zagotavljanju zadovoljstva med zdravniki koncesionarji in zdravniki zaposlenimi v zdravstvenem zavodu ni. Tako eni kot drugi imajo svoje prednosti in slabosti. Prav tako sem ugotovila, na katerih dimenzijah kakovosti se pojavljajo kritične točke oziroma največje nezadovoljstvo, ter podala priporočila za njihovo odpravo.

LITERATURA IN VIRI

LITERATURA

- Fitzsimmons, J. A., Fitzsimmons, M. J. (1998). *Service Management*. Boston: McGraw-Hill. 613 str.
- Gabbott, M., Hogg, G. (1997). *Contemporary Services Marketing Management: A Reader*. London: The Dryden Press. 536 str.
- Grönroos C. (2000). *Service Management and Marketing*. Chichester: John Wiley. 394 str.
- Helfert, M., 2009. *Challenges of business processes management in health care: experience in the Irish health care sector*. Business Process Management Journal, 15(6), str. 937–952. Pridobljeno 15. 7. 2015 iz: <http://dx.doi.org/10.1108/14637150911003793>.
- Hinkl, I., Veritas, B. (2011). *E-QALIN – model upravljanja kakovosti po meri človeka*. V: V. Križman,, J. Čuk, G. Žargi (ured.). *Kakovost včeraj, danes, jutri* (str. 185–189).
- Zbornik referatov. *20. letna konferenca SZKO*. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost in odličnost.
- Hoffman K. D., Bateson, J. E. G. (1997). *Essentials of Services Marketing*. Fort Worth: The Dryden Press. 505 str.
- Kersnik J. (2003). *Bolnik v slovenskem zdravstvu : monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema, (Zbirka PiP)*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
- Kersnik, J. (1998). *Obvladovanje kakovosti v zdravstveni ustanovi. Spremembe v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji, zagotavljanje kakovosti in obvladovanje stroškov v zdravstvu. Strokovno srečanje ekonomistov in poslovnih delavcev v zdravstvu*. Nova Gorica, Društvo ekonomistov v zdravstvu: Ljubljana. 27–39 str.
- Khan, M.H., Hassan, R., Anwar, S., Babar, T.S., & Babar, K.S. (2007). *Patient satisfaction with nursing care*. Rawal Medical Journal, 32(1), str. 27–29.
- Kotler, P. (1998). *Marketing Management (Trženjsko upravljanje)*. Ljubljana: Slovenska knjiga, 1998. 832 str.
- Lovelock, C. H. (1996). *Services Marketing*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 660 str.
- Mohorič, P. (2007). *Analiza in oblikovanje lestvice za merjenje zadovoljstva e-kupcev*. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomsko-poslovna fakulteta.
- Možina, T., 2007. *Merjenje zadovoljstva udeležencev v izobraževanju odraslih*. Ljubljana: Andragoški center Slovenije.

- *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu.* (2006).
- *NSKVZ – Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu 2010–2015.* (2010)
- Palmer, A. (1998). *Principles of Services Marketing.* 2nd ed. Cambridge: McGraw-Hill. 371 str.
- Parasuraman A., Zeithaml V. A., Berry L. L. (1994). *Reassessment of Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: Implications for Further Research.* Journal of Marketing, 58, 11, str. 111–124.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., Berry, L. (1985), *A Conceptual Model of Service Quality and Implications for Future Research,* Journal of Marketing, vol. 49, str. 41–50.
- Potočnik, V. (2000). *Trženje storitev.* Ljubljana: Gospodarski vestnik, 229 str.
- Prevolnik, R.V (1997). *Ekonomski vidiki odločanja v zdravstvu.* Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta. 85 str.
- Robida A. (2006). *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu ter uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice.* Sporočila. 16, str. 5–7.
- Snoj, D. (1998). *Management storitev.* Koper: Visoka šola za management, 189 str.
- Štern, B. (2006). *Pomen systemskega pristopa k vrednotenju kakovosti v zdravstvenem sistemu.* Zdrav. Vestn 75, str. 303–8.
- Uran, M. (2008), *Program za razvoj funkcionalne kakovosti storitev v turizmu.* Ljubljana: Ministrstvo za gospodarstvo.
- Železnik, D., Rajčić, S. (2014). *Zadovoljstvo starejših uporabnikov zdravstvene nege na domu.* Obzornik zdravstvene nege, 48(3), 195–205.
- Živčec-Kalan, G., Kersnik, J., Švab, I., Dobnikar, B. (2002). *Kakovost v zdravstvu: predpisi in praksa.* Zdrav. Vestn 71, str. 743–9.

VIRI

- Zdravstveni dom Litija. (2007). *Odlok o ustanovitvi javnega zavoda.* Privzeto 1. 8. 2015 iz: www.zd-litija.si/doc/katalog/odlok.doc
- 1ka. (2015). *T test.* Privzeto 16. 9. 2015 iz: <https://www.1ka.si/db/24/433/Priro%C4%8Dniki/Ttest/>

PRILOGE

ANKETNI VPRAŠALNIK

Spoštovani,

moje ime je Ana Sadar in sem študentka Fakultete za upravo. Vprašalnik pred vami predstavlja del diplomskega dela, katerega namen je preučitev zaznane kakovosti opravljanja zdravstvenih storitev osebnih zdravnikov v javnem zdravstvu (zdravniki zaposleni v javnem zavodu in zdravniki koncesionarji) z vidika pacientov. Vprašalnik je anonimen in se nanaša na zdravstvene delavce in ordinacijo vašega osebnega splošnega zdravnika.

Vljudno Vas prosim, da si vzamete minuto časa. Podatki bodo uporabljeni izključno za pripravo te diplomske naloge.

Za vsako od navedenih trditev izrazite stopnjo strinjanja oz. ne strinjanja (1 pomeni, da se z navedeno trditvijo sploh ne strinjate, 5 pa pomeni, da se z navedeno trditvijo v celoti strinjate).

Splošni podatki

(ustrezno obkrožite ali dopolnite)

Spol 1. moški 2. ženski

Starost _____ let

Moj zdravnik je

1. zdravnik zaposlen v javnem zavodu
2. zdravnik koncesionar

Vprašalnik o kakovosti zdravstvenih storitev

1.	Zdravstveno osebje je osebno urejeno (negovane roke, lasje, čista uniforma).	1	2	3	4	5
2.	Ordinacija Vašega osebnega zdravnika, čakalnica, hodniki in parkirišče zdravstvene ustanove so urejeni in čisti.	1	2	3	4	5
3.	Ordinacija Vašega osebnega zdravnika je sodobno opremljena.	1	2	3	4	5
4.	Zdravstveno osebje Vašega osebnega zdravnika obiskovalcem in pacientom nudi ustrezne informacije in pomoč pri razumevanju podanih informacij.	1	2	3	4	5
5.	Na ordinacijo Vašega osebnega zdravnika se lahko zanesete.	1	2	3	4	5
6.	Ob nastanku težave Vam je zdravstveno osebje v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika pripravljeno pomagati (odgovarjanje na zastavljena vprašanja).	1	2	3	4	5
7.	Javni zdravstveni zavod zagotavlja izvajanje dogovorjenih procesov (fizioterapija, šola,...) v dogovorjenem času.	1	2	3	4	5
8.	Strategija dela javnega zavoda je usmerjena k zagotavljanju strokovnosti.	1	2	3	4	5
9.	Ordinacija je za pacienta lahko dostopna (preko telefona, elektronske pošte, hitro reševanje pritožb).	1	2	3	4	5
10.	Zdravstveno osebje v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika storitve opravi hitro (hitro naročanje na pregled, podajanje povratnih informacij, povratni klic).	1	2	3	4	5
11.	Zdravstveno osebje Vašega osebnega zdravnika pacientu nudi ustrezne informacije o čakalni dobi.	1	2	3	4	5
12.	Zdravstveno osebje v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika nudi hitro oskrbo pacientov.	1	2	3	4	5
13.	Zdravstveno osebje Vašega osebnega zdravnika pacientu posreduje za njega pomembne informacije.	1	2	3	4	5
14.	Odnos zdravstvenega osebja je vljuden in spoštljiv.	1	2	3	4	5
15.	Pacienti se ob interakciji z zdravstvenim osebjem počutijo varne.	1	2	3	4	5
16.	Odnos zaposlenih zdravstvenih delavcev v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika je strokoven in Vam vliva zaupanje.	1	2	3	4	5
17.	Zdravstveni delavci v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika upoštevajo potrebe vsakega pacienta.	1	2	3	4	5

- | | | | | | | |
|------------|--|---|---|---|---|---|
| 18. | Zdravstveni delavci v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika si vzamejo čas za individualno obravnavo pacienta (poznavanje zdravstvene preteklosti, upoštevanje posebnih želja in zahtev). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. | Zdravstveno osebje Vašega osebnega zdravnika pozna odgovore na vprašanja pacientov, ali se o njih ustrezno informira z namenom pomagati pacientom (posredovanje informacij, urniki dela,...) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. | Zdravstveni delavci v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika si prizadevajo, da delajo izključno v prid pacientov (oz. za lastno korist) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. | Zdravstveno osebje v ordinaciji Vašega osebnega zdravnika je strokovno usposobljeno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Hvala za sodelovanje.