

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

DIPLOMSKA NALOGA

VITA DOBRAVC

KOPER, 2021

2021

DIPLOMSKA NALOGA

VITA DOBRAVC

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

Diplomska naloga

MANAGEMENT KAKOVOSTI STORITEV V IZBRANI
BOLNIŠNICI

Vita Dobravc

Koper, 2021

Mentor: prof. dr. Mirko Markič

POVZETEK

Namen diplomske naloge je bil na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature o managementu kakovosti opraviti empirično raziskavo o vplivu dejavnikov kakovosti storitev na zadovoljstvo pacientov v izbrani javni zdravstveni ustanovi ter podati predloge za izboljšanje. V osnovi smo uporabili kvantitativno raziskavo v kateri smo za pridobivanje podatkov v empiričnem delu uporabili standardizirani, testirani in uveljavljeni vprašalnik SERVQUAL, s pomočjo katerega smo preverjali pet dimenzij kakovosti. Empirično raziskavo smo opravili na vzorcu 40 anketiranih pacientov v izbrani javni zdravstveni ustanovi. Ugotovili smo, da je raven dosežene kakovosti v izbrani ustanovi v skladu s porabnikovimi pričakovanji. Povprečna ocena za vseh pet dimenzij kakovosti je bila 3,96, najnižja za dimenzijo odzivnosti osebja 3,80, in najvišja za dimenzijo, ki meri zaupanje in empatijo 4,20. Zasnovo smo predloge za izboljšanje managementa kakovosti storitev, ki bodo prispevali k družbeno odgovornemu ravnanju in trajnostnemu razvoju izbrane zdravstvene ustanove.

Ključne besede: kakovost storitev, management, pacienti, SERVQUAL, zaznavanje storitev, zdravstvena ustanova.

SUMMARY

The aim of the thesis was to conduct an empirical study on the impact of service quality factors on patient satisfaction in a selected public healthcare institution and to provide suggestions for improvement, based on a review of domestic and foreign literature on quality management. We used a quantitative research in which we used the standardised, tested and validated SERVQUAL questionnaire to collect data for the empirical part of the study. The questionnaire was used to test five dimensions of quality. The empirical study was carried out on a sample of 40 patients interviewed in a selected public health facility. We found that the level of quality achieved in the selected establishment is in line with the consumer's expectations. The average score for all five quality dimensions was 3,96, the lowest for the dimension of responsiveness 3,80 and the highest for the dimension of trust and empathy 4,20. We have designed proposals to improve the quality management of services that will contribute to the socially responsible behaviour and sustainable development of the selected health facility.

Keywords: quality of service, management, patients, SERVQUAL, perception of service healthcare institution.

UDK: 005.336.3:614.21(043.2)

ZAHVALA

Zahvaljujem se prof. dr. Mirku Markiču, za nasvete, usmerjanje in strokovno pomoč pri nastajanju diplomske naloge. Posebna zahvala mojim bližnjim za podporo v času študija.

VSEBINA

1	Uvod	1
1.1	Opredelelitev teoretičnih izhodišč in raziskovalnega problema	1
1.2	Namen in cilji	3
1.3	Predvidene metode raziskovanja	3
1.4	Predvidene predpostavke in omejitve raziskave	4
2	Management kakovosti in kakovosti storitev	5
2.1	Sodobne teorije in načela managementa	5
2.2	Management v dejavnosti javnega zdravstva	8
2.3	Kakovost kot podlaga za uspešnost organizacije	10
2.4	SERVQUALmodel kakovosti storitev	13
2.5	Dosedanje raziskave o kakovosti storitev v zdravstveni dejavnosti	14
2.6	Ugotovitve iz teoretičnih izhodišč	16
3	Analiza kakovosti storitev v izbrani bolnišnici	18
3.1	Populacija in vzorec	18
3.2	Vprašalnik in zbiranje podatkov	18
3.3	Izidi iz raziskave	19
3.3.1	Demografski podatki	19
3.3.2	Pogostost obiska in možnost pritožbe	20
3.3.3	Zanesljivost v izvajanju storitev	25
3.3.4	Občutek zaupljivosti in empatija	26
3.3.5	Otipljivost, vidnost, fizični dokazi	27
3.3.6	Usmerjenost pozornosti k pacientu	28
3.3.7	Odzivnost osebja	29
3.4	Ugotovitve iz empirične raziskave	31
4	Sklep	34
	Literatura	36
	Priloga	41

SLIKE

Slika 1: Število obiskov izbrane bolnišnice v zadnjem letu.....	22
Slika 2: Razlogi za obisk izbrane bolnišnice.....	21
Slika 3: Možnost pritožbe v izbrani bolnišnici.....	22
Slika 4: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na pohvale in predloge v izbrani bolnišnici.....	23
Slika 5: Zdravstveno stanje anketirancev po lastni oceni	23
Slika 6: Splošno zadovoljstvo anketirancev z življenjem	24
Slika 7: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na informiranje v izbrani bolnišnici.....	25
Slika 8: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na zaposlene v izbrani bolnišnici.....	26
Slika 9: Ocena prostorov in opreme	27
Slika 10: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na pozornost zaposlenih.....	28
Slika 11: Trenutna ocena bolnišnice	29

PREGLEDNICE

Preglednica 1: Demografski podatki	19
Preglednica 2: Deskriptivna statistika po dimenzijah	30

KRAJŠAVE

FM	Fakulteta za management
IVZ	Inštitut za varovanje zdravja
UP	Univerza na Primorskem
Ur. l. RS	Uradni list Republike Slovenije
ZZZS	Zavod za zdravstveno zaposlovanje Slovenije
ZZVZV	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

1 UVOD

V uvodnem delu bomo predstavili teoretična izhodišča in identificirani raziskovalni problem, določili namen in cilje, predstavili uporabljene znanstveno raziskovalne metode ter podali predpostavke in omejitve diplomske naloge.

1.1 Opredelitev teoretičnih izhodišč in raziskovalnega problema

Zagotavljanje in izboljševanje kakovosti storitev je ena izmed najbolj pomembnih strategij za konkurenčnost gospodarskih družb in drugih ustanov (Pučko 2007). S strategijo kakovostnih storitev zagotavljamo pozitivno zaznavanje ugleda organizacije ter ustvarjamo dolgoročno zadovoljstvo in zvestobo potrošnikov. Kakovost storitev je pomemben dejavnik, ki prispeva k zvestobi odjemalcev in poslovnemu uspehu (Monica in Ramanaiah 2018). Poleg tega je kakovost storitev postala vsaj tako pomembna kot kakovost izdelkov. Storitve se na več načinov razlikujejo od izdelkov. Nimajo fizične prisotnosti, zato so neoprijemljive in nevidne. Storitve zagotavlja človek, zato je standardizacija storitve težje dosegljiva. Zato se storitev razlikuje tudi glede na osebo, ki storitev izvaja (Ozguven 2012).

Tudi v zdravstveni dejavnosti se soočajo z množico pomembnih izzivov. Zdravje je kot eno temeljnih človekovih vrednot umeščeno v središče dogajanja v vsaki družbi (Gorišek 2006). V Republiki Sloveniji imamo tako uveljavljen javni in zasebni zdravstveni sistem, ki naj bi vsem zagotavljal potrebno ter kakovostno oskrbo glede na potrebe posameznika (Ur. l. RS , 33/1991, 51. člen).

Model SERVQUAL je orodje za merjenje oziroma za zaznavanje zadovoljstva uporabnikov z vidika kakovosti storitve. Uporabniki vrednotijo kakovost storitev s primerjanjem zaznavanja teh storitev s svojimi pričakovanji. Vrzel med pričakovano in zaznано storitvijo je merilo kakovosti storitev. Model SERVQUAL (Faganel 2010, 110) vsebuje pet dejavnikov kakovosti storitev: *1. Zanesljivost v izvajanju storitev: obljubljeni in izvršeni pravočasno, 2. Občutek zaupanja in varnosti: znanje in vljudnost zaposlenih in sposobnost zbuditi zaupanje v varnost. 3. Otipljivost, vidnost, fizične evidence: oprema, stavbe, komunikacijski kanali, izgled osebja. 4. Usmerjenost pozornosti k odjemalcu: prilagajanje njegovim potrebam 5. Zaupanje, pripravljenost in odzivnost osebja na sprotno izvajanje storitev.* Z modelom SERVQUAL na kakovostni ravni vodimo managerje k pospeševanju kakovosti ter nudimo podatke za uporabo pri managementu kakovosti (Buttle 1995, 8). Fizične lastnosti se nanašajo na fizične zmogljivosti, opremo in izgled. Zanesljivost se nanaša na zmožnost izvajalcev storitev, da obljubljeni storitev opravijo zanesljivo in natančno. Odzivnost je pripravljenost pomagati in zagotoviti hitro storitev potrošnikom. Zaupanje opisuje znanje in vljudnost zaposlenih ter njihovo sposobnost, da vzbudijo zaupanje pri potrošnikih. Empatija pa vključuje skrb in zagotavljanje individualizirane pozornosti do kupcev, vsebuje pa tudi potek komunikacije,

verodostojnosti, varnosti, usposobljenosti, vljudnosti, razumevanja in poznavanja strank ter dostopnosti ponudnikov storitev (Ocampo idr. 2019).

Dosedanje raziskave na področju kakovosti izvajanja storitev v zdravstvu, kažejo na vse večje zavedanje ter prepoznavanje vloge pacienta kot ključnega akterja pri izboljševanju sistema zdravstvene varnosti. V raziskavi »Mnenje slovenske javnosti o zdravstvu«, avtorji ugotavljajo, da slovenska javnost na prvo mesto med slabostmi postavlja čakalne dobe. Na drugem mestu je slaba organiziranost in na tretjem mestu nizka kakovost slovenskega zdravstva (Bobnar Najžer 2003, 28-34). Keber (2003, 13-16) ugotavlja, da si pacienti želijo večjo kakovost zdravstvenih storitev in dostop do informacij o najboljših možnih praksah ter dobrih zgledih. Pacienti pričakujejo več prijaznosti od zaposlenih in več možnosti soodločanja pri zadevah, ki se nanašajo na izboljšanje kakovosti zdravstvenih storitev. Zaradi zavedanja o vedno večji vlogi pacienta, je ta vedno bolj postavljen v središče pozornosti, vzporedno s tem pa raste njegova zahteva po kakovostni zdravstveni oskrbi. V Evropski uniji prepoznavajo pomembnost zdravstvene oskrbe, zato so zahteve po izboljšanju zdravstvenih sistemov obravnavane prednostno. Tudi v Sloveniji je Ministrstvo za zdravje leta 2006 pripravilo dva dokumenta »Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu« in »Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice«. Namen nacionalne politike je tako uveljaviti izboljšanje kakovosti, kot temeljne dejavnosti, ki naj bi se je zavedali vsi, ki so kakorkoli povezani z zdravstvom. Spremembe, ki pri tem nastajajo oz. so ugotovljene pripomorejo k izboljšanju kulture zdravstvenih ustanov. Ključni sestavni deli teh kultur so filozofija, etika, vrednote, odnosi, zaznavanja, usposobljenost in vzorci obnašanja, ki posledično določajo strokovnost in zavzetost za management celovite kakovosti (Robida 2006, 20-21). Blatnik (2008, 99-102) ugotavlja, da pacienti v veliki meri pozitivno zaznavajo izvajanje zdravstvenih storitev v Obalnih zdravstvenih domovih (Piran, Izola, Koper). V povprečju so zadovoljni s prostori in opremo, posebno zadovoljni so s čistočo in urejenostjo zdravstvenih domov. Po mnenju pacientov so zaposleni prijazni in spoštljivi ter upoštevajo njihove potrebe. V raziskavi je bilo ugotovljeno, da se večina anketirancev ne strinja s trditvijo, da so vsi pacienti obravnavani enako.

Na podlagi teoretičnih izhodišč o pomenu kakovosti za organizacijo ter ugotovitev iz dosedanjih raziskav na področju izvajanja storitev v zdravstvu povzamemo, da je tematika zanimiva ter vredna pozornosti teoretikov, raziskovalcev in praktikov tako v gospodarskih družbah kot tudi v javnih ustanovah. V diplomski nalogi smo raziskovali zaznavanje pomena navedenih petih dejavnikov kakovosti storitev, ki vplivajo na zadovoljstvo pacientov s kakovostjo storitev v izbrani javni bolnišnici. S pomočjo modela SERVQUAL smo preverjali izbrane dejavnike kakovosti storitev iz vidika pacientov prav tako, smo zbirali predloge s področij za katere menijo, da bi jih lahko izboljšali. Namen analize kakovosti storitev v izbrani javni zdravstveni ustanovi je bil ugotoviti stopnjo povezanosti med zaznano kakovostjo, ki so jo bili pacienti deležni pri obravnavi in dejansko kakovostjo. Na podlagi zanesljivosti izvajanja storitev, občutka zaupanja in varnosti, izgleda in opremljenosti ustanove ter vse splošne

usmerjenosti k pacientu, smo ugotavljali uspešnost pri zagotavljanju kakovosti storitev v izbrani bolnišnici.

1.2 Namen in cilji

Namen diplomske naloge je bil na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature o managementu kakovosti opraviti empirično raziskavo o vplivu dejavnikov kakovosti storitev na zadovoljstvo pacientov v izbrani javni zdravstveni ustanovi ter podati predloge za izboljšanje.

Cilji diplomskega dela so:

1. Pregledati cca. 30-60 bibliografskih enot tuje in domače strokovne literature s področja managementa kakovosti in kakovosti storitev iz vidika pomena za pacienta;
2. Na vzorcu najmanj 30 pacientov opraviti empirično raziskavo o njihovem zaznavanju kakovosti v izbrani javni zdravstveni ustanovi.
3. Zasnovati 3-5 priporočil s področja planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja kakovosti storitev v izbrani javni zdravstveni ustanovi.

1.3 Metode raziskovanja

Diplomsko delo je bilo sestavljeno iz teoretičnega in empiričnega raziskovalnega dela.

V teoretičnem delu diplomskega dela smo z uporabo metod sinteze, deskripcije in kompilacije (Zelenika 2000, 338-339) analizirali vsebine strokovne literature domačih in tujih avtorjev ter drugih virov s področja kakovosti storitev, zadovoljstva s storitvami in merjenje zadovoljstva s storitvami. Proučili smo 53 bibliografskih enot strokovne literature (monografskih publikacij, knjig, člankov, diplomskih del, spletnih virov ipd.), ki smo jih poiskali s pomočjo različnih bibliografskih baz, kot so COBISS, Sciencedirect, Google Scholar in drugih.

V empiričnem delu diplomskega dela smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja, kot jo opisujejo Easterby-Smith, Thorpe in Lowe (2007, 163–182). Za zbiranje podatkov in informacij smo uporabili standardizirani, testirani in uveljavljeni vprašalnik SERVQUAL, za pojasnitev pet razsežnosti kakovosti storitev (zanesljivost, zaupanje, zunanja podoba poslovnega prostora, pozornosti in odzivnost storitev), ki smo ga povzeli po Blatnik (2008, 113).

Anketiranje smo osebno izvajali v izbrani javni bolnišnici v obdobju od 9. 6. 2021 do 11. 6. 2021 in pridobili 40 v celoti izpolnjenih vprašalnikov. Populacijo so nam predstavljali pacienti, ki so v tem času obiskali izbrano bolnišnico. Na podlagi pridobljenih podatkov in informacij smo opravili osnovno statistično obdelavo ter izide interpretirali, komentirali ter grafično ponazorili.

1.4 Predpostavke in omejitve raziskave

Predvidene predpostavke raziskave so:

- kakovost storitev je eden izmed ključnih dejavnikov, ki vpliva na uspešnost izbrane javne zdravstvene ustanove;
- anketirani pacienti bodo voljni sodelovati v izvedbi anketiranja, ker jim bomo zagotovili anonimnost ter seznanili z namenom in cilji raziskave;
- s pomočjo standardiziranega, preverjenega in uveljavljenega vprašalnika SERVQUAL bomo pridobili realen vpogled v dejavnike kakovosti storitev, ki so pomembni za paciente v izbrani javni zdravstveni ustanovi;
- povprečna ocena zadovoljstva pacientov s kakovostjo storitve po izbranih petih dimenzijah v izbrani javni zdravstveni ustanovi bo najmanj 3,5 od 5.

Omejitve raziskave so:

- subjektivna izbira domače in tuje strokovne literature, ki se nanaša na kakovost storitve, zadovoljstvo s storitvami in merjenje zadovoljstva s storitvami iz vidika pacienta;
- izidov raziskave ni mogoče posploševati na celotno javno zdravstveno ustanovo, ker smo anketiranje izvajali omejen čas na namensko izbrani populaciji in vzorcu pacientov;
- analiza podatkov je temeljila na izpolnjenih vprašalnikih anketiranih pacientov v izbrani bolnišnici.

2 MANAGEMENT KAKOVOSTI IN KAKOVOST STORITEV

Namen tega poglavja je predstaviti teoretična izhodišča o sodobnih teorijah in načelih managementa ter jih povezati s kakovostjo storitve in bolj usmerjeno na kakovost storitev v zdravstveni dejavnosti. V tem poglavju smo prikazali razvoj managementa kot znanosti, posebno pozornost smo namenili področju managementa v zdravstvu in opredelili različne definicije kakovosti.

2.1 Sodobne teorije in načela managementa

Management je dejavnost za uspešno doseganje smotrov ter ciljev organizacije, ki jih z dejavnosti planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja obvladujejo managerji. (Možina idr. 2002, 12). Temeljna naloga lastnikov in managerjev je obvladovanje organizacij. Obvladovanje usmeritev in dejavnosti organizacije pa obsega časovne, prostorske, vsebinske, strukturne, dinamične in vedenjske razsežnosti organizacije.

Management se kot znanost razvija že vse od 20. stoletja. Gre za družboslovno vedo, ki je močno povezana s človekom in družbenimi pojavi okoli njega. Razvoj managementa so usmerjali številni zgodovinski mejniki, ki so management oblikovali in strukturirali vse do te mere, da danes poznamo štiri temeljne teorije, pri čemer z vsako na drugačen način obravnavamo management in pogled nanj. V okviru klasičnega gibanja so se razvili znanstveni management, administrativni management in teorija birokratske organizacije, medtem ko se je v okviru behaviorističnega gibanja razvila istoimenska teorija (Pindur, Rogers in Kim 1995, 60).

Klasična šola managementa se je začela razvijati na začetku 20. stoletja kot odziv na pojemajočo vlogo temeljnih institucij kot sta takrat bili cerkev in družina. K razvoju miselnosti je pripomogel tudi tehnološki napredek oz. industrijska revolucija (Volberda 1999, 19). Najpomembnejši predstavniki te šole so bili Frederick Winslow Taylor, Henry Fayol in Max Weber. Čeprav med seboj različne, so imel teoretične struje tedanjega obdobja skupne naslednje značilnosti (Pindur, Rogers in Kim 1995, 60; Burnes 2004, 33-34; Weymes 2004, 86):

- Organizacije so logične združbe, znotraj katerih je kolektiv posameznikov usmerjen v doseganje relativno specifičnih smotrov in ciljev skozi visoko formalizirane, specializirane in učinkovite organizacijske strukture.
- Oblikovanje organizacij je znanost, saj je za delovanje organizacij potrebna zgolj ena univerzalna oblika organiziranosti, ki temelji na hierarhični in horizontalni delitvi dela. Te naj bi bile organizirane npr. kot stroji, interesi, sistemi ipd., ki na neizprosen a učinkovit način zasledujejo in dosegaajo zastavljene smotre in cilje.
- Najboljša oblika motiviranja naj bi bil denar. Ljudi naj bi motiviral zgolj denar. Za dosego tega bodo poskušali z minimalnim naporom v delo pridobiti največjo možno denarno korist.

- Posledično naj bi bil poslovno organizacijski sistem zasnovan tako, do so posameznikovo delo, znanje in veščine pod čim večjim nadzorom managerjev.

Skozi desetletja je klasično gibanje pridobivalo številne privrženke, zlasti v zasebni dejavnosti, a hkrati tudi nasprotnike, ki so mu očitali dehumanizacijo dela. Za slednje so zmago predstavljali »Hawthornovi eksperimenti« med leti 1920 in 1930, ko sta Elton Mayo in Fritz Roethlisberger dokazala pomen človeških dejavnikov v managementu (Mayo 1975, 60-77).

Ena največjih osebnosti tega obdobja je bil Friderick Winslow Taylor (1856-1915). Ta je ob prelomu 20. stoletja opredelil načela znanstvenega managementa, ki so bila do takrat sicer povečini znana, niso pa bila združena v enovito filozofijo. Taylor je v svoji knjigi »The Principles of Scientific Management« zapisal (1911, 9) »Glavna naloga managerjev mora biti zagotavljanje največje blaginje za delodajalca, združena z zagotavljanjem največje blaginje za vsakega zaposlenega.« Iz tega vidika Taylor razlaga pomen »največje blaginje« kot izid produktivnosti in pravi, da je to možno doseči z uporabo znanstvenih metod, ki ne le povečujejo koristi organizacije za družbo temveč tudi za posameznika (Taylor 1911, 12). Znanost je v managementu uporabna do te mere, ko se zagotovi donosnost tako, da se izognemo konfliktom, ki bi utegnili nastajati med zaposlenimi in managerji (Hatch in Cunliffe 2006, 32). Taylor je bil prepričan, da imajo managerji pristojnost in odgovornost za doseganje izidov, medtem ko so zaposleni odgovorni za dobro opravljanje dela. Pri tem izpostavlja predvsem, da je najboljši dejavnik znanstvenega managementa, t.i. »task« ali ideja, ki vključuje natančno načrtovanje vnaprej, kar prinaša koristi tako za zaposlene kot za managerje. Predpostavljal je, da bodo zaposleni razumeli prednosti znanstvenega managementa in spremenili pristop do managerjev, kar bi posledično zmanjšalo konflikte med njimi (Taylor 1911, 39).

Po izidu knjige »The Principles of Scientific Management« so se v začetku prejšnjega stoletja pojavila prizadevanja po definiranju splošnih načel managementa s pomočjo katerih bi natančno opredelili njegove vloge in naloge. Fayol je svojo teorijo managementa predstavil leta 1916 v knjigi z naslovom »Administration Industrielle et General« (Cherrington 1989, 50), v kateri poudarja, da se dobri managerji ne ukvarjajo zgolj z izboljšanjem izidov dela in disciplino zaposlenih, ampak predvsem z lastnim izobraževanjem in usposabljanjem (Clegg, Kornberger in Pitsis 2005, 23). Fayol (1949, 3) je opredelil šest področij oz. funkcij, ki so potrebne za obvladovanje organizacije in sicer: tehnično, tržno, ekonomsko, varnostno, računovodsko in managersko področje. Opredelitev managementa je tako sestavljena iz vseh šestih sestavin in naj bi se glasila: »*Management je napovedovanje in planiranje, organiziranje, izdajanje navodil, koordinacija in nadzor. Napovedovati in planirati pomeni preučevati prihodnost in načrtovati potek delovanja. Organizirati pomeni izgrajevati snovno in človeško strukturo organizacije. Izdajati navodila pomeni vzdrževati aktivnost med zaposlenimi. Koordinirati pomeni povezovati, združevati in harmonizirati vse aktivnosti in prizadevanja. Nadzorovati pomeni nadzirati izvedeno v skladu z veljavnimi pravili in danimi navodili.*«. Fayol v svoji knjigi odprto podpira Taylorja in njegov znanstveni management, vendar je bolj osredotočen

na iskanje in utemeljevanje splošnih pravil in omejitev managementa za vse dane situacije (Burnes 2004, 41).

V 19. stoletju je management številnih evropskih organizacij temeljil na vodenju, ki je spominjalo na vodenje domačega gospodinjstva. Zaposleni so čutili pripadnost zgolj do vodje in ne do organizacije ali zastavljenih smotrov in ciljev. Posledica takšnega načina vodenja je vodila v izrabo virov za potrebe posameznika in ne za potrebe organizacije (Daft 1995, 45). Na ameriški strani pa so potekale spremembe in sicer organizacije so vodili po načelih sodobnega managementa in na osnovi racionalnih poslovno-organizacijskih sistemov kot je bil na primer Taylorjev. Prav te strukture so pritegnile Maxa Weberja (1864-1920) v raziskovanje racionalnosti, pravil in birokracije (Clegg idr. 2005, 46). Slednjo opredeljujejo delitev dela, jasna hierarhična struktura avtoritete, formalna in nepristranska izbira postopkov, načrtovanje karier, natančna navodila in pravila, neosebni odnosi in razločna razmejitev med zasebnim in službenim življenjem (Burnes 2004, 45). Weber (1978, 215) je opredelil tri vrste avtoritete:

- racionalno in legitimno avtoriteto, ki temelji na normativnih pravilih in pravici avtoritete, da ukazuje na podlagi teh pravil;
- tradicionalno avtoriteto, ki temelji na prepričanju o vrednotah starih tradicij in zakonitosti položaja za izvajanje avtoritete;
- karizmatično avtoriteto, ki temelji na privrženosti posebnih lastnosti posameznika, ki mu omogočajo izvajanje avtoritete na podlagi normativnih pravil ali osebnega priznanja.

Na podlagi racionalne in legitimne avtoritete je Weber razvil birokratski model organizacije. V primerjavi s tradicionalno pojmovano karizmatično avtoriteto je racionalna in legitimna avtoriteta tista v kateri ni dvoma o managerju, saj jo določajo pravila, norme in je zato izbira takšne avtoritete upravičena, nepristranska. Verjel je, da bo organizacija, ki temelji na racionalni in legitimni avtoriteti bolj učinkovita in prilagodljiva, saj bo s tem ohranila kontinuiteto, ki jo vodijo formalne strukture (Daft 1995, 45-46).

Kot alternativa klasični šoli managementa se je po letu 1930 pojavilo behavioristično gibanje, ki je v središče svojega delovanja postavljalo nasprotujoče si intelektualne in praktične predpostavke, ki so bile značilne za klasični management (Burnes 2004, 54). Ene izmed teh predpostavk so:

- Organizacije niso stroji, temveč širši kompleksen poslovno-organizacijski sistem. Za svoje učinkovito delovanje potrebujejo aktivno sodelovanje zaposlenih in ne zgolj njihovo pasivno poslušnost;
- Ljudi motivira različen nabor nagrad npr. tudi družbeno priznanje;
- Motivacijski dejavniki se spreminjajo skozi čas, kar lahko posameznika motivira danes, ni nujno, da ga tudi jutri.

Z behaviorističnim gibanjem se v ospredje postavlja človeka z vsemi njegovimi individualnimi in enkratnimi ter neponovljivimi lastnostmi. Njihova glavna skrb pa je namenjena človeški psihologiji, motivaciji in vodenju, kar ga ločuje od preproste mehanične učinkovitosti. Osredotočeni so na vedenje in obnašanje zaposlenega v organizacijskem okolju.

2.2 Management v dejavnosti javnega zdravstva

Management v javnem sektorju naj bi se močno razlikoval od managementa v zasebnem sektorju. V javnih organizacijah naj bi sledili normativom in standardom, ki posamezni organizaciji nalagajo, da opravljajo le naloge in pristojnosti, ki jih določa zakonodaja. Managerji naj bi bili zato omejeni pri svojem delovanju, saj njihove programe oblikujejo plačniki, ustanovitelji, in naj bi bili v nasprotju z managerskimi smotri in cilji. Programe oblikujejo tudi ustanovitelji, ki deloma tudi delujejo v nasprotju z managerskimi smotri in cilji. Veliko vlogo v javnem sektorju predstavljajo delodajalci, saj so javne organizacije omejene z strogimi predpisi in normativnimi okvirji, ki določajo zaposlovanje, napredovanje, nagrajevanje in odpuščanje. Delovanje managerjev v javnih organizacijah naj bi potekalo tudi v mnogo bolj kompleksnem družbenem okolju, zato so managerji javnih organizacij vključeni v številne procese (Trunk Širca 2003, 15-16).

Delovanje v javnih organizacijah naj bi vključevalo vse posameznike in različne skupine ljudi, udeležence. Javne organizacije naj bi temeljile na dostopnosti in pravičnosti do vseh ljudi. Zato je potrebno upoštevati, da naj bi managerji v takih organizacijah v svoje delovanje vključevati vse udeležence (notranje in zunanje). V javni sektor naj bi se tako postopoma vnašala načela sodobnega managementa, kar naj bi mu omogočalo hitrejši napredek, večjo učinkovitost in varčnejšo izrabo virov. V »novem javnem managementu« naj bi si prizadevali za povečanje učinkovitosti ter boljšemu delovanju javnega sektorja, ki s svojim modelom omogoča, da se izvajanje javnih storitev po kakovosti in učinkovitosti približa tistim v zasebnem sektorju (Pečar 2003, 16).

Delovanje javnih zdravstvenih zavodov je v osnovi neprofitna dejavnost, vendar trditev, da se management neprofitnih organizacij razlikuje od managementa profitnih organizacij, že dolgo ne drži več (Hauc 2001, 14). V Republiki Sloveniji naj bi bil zdravstveni sistem pod velikimi pritiski države, stroški naraščajo, vedno več je starejših prebivalcev, primanjkljaj strokovnega osebja je vsako leto večji, obseg pacientovih pravic pa se krči. Zaradi vseh teh problemov se vloga managementa v zdravstvu veča. V zdravstveni dejavnosti naj bi bila zahtevana profesionalna managerska struktura, ki daje poudarek na vse procese planiranja, organiziranja, vodenja in kontroliranja ustanove (Robida 2006, 37).

Raziskava »Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljavsko raven v bolnišnici« (Robida, 2009) je pokazala, da je usposobljenost managerjev v bolnišnicah na precej nižji ravni kot je to značilno, za razvitejše države. Potrebna znanja in veščine managerjev v bolnišnicah

niso opredeljene, ravni managementa pa med seboj niso dovolj povezane za celovito obvladovanje bolnišnic.

Managerji v zdravstveni dejavnosti naj bi se tako soočali s konfliktom kako uskladiti ekonomske in zdravstvene zahteve. Na eni strani so pritiski financerjev, ki terjajo zniževanje stroškov, na drugi strani pa so potrošniki zdravstvenih storitev, ki zahtevajo hitro in kakovostno obravnavo (Hewitt-Taylor 2013, 36).

Za management zdravstvenih organizacij je nujno potrebno najti strokovnjake, ki bodo imeli ustrezen nabor znanj in veščin. Upoštevali naj bi načela pravičnosti in dostopnosti do zdravstvenih storitev ter omogočiti dostop vsem ljudem, z urejenim zdravstvenim zavarovanjem. V zdravstveni dejavnosti se zahteva profesionalna managerska struktura in razvoj profesionalnega managementa, s poudarkom na procesnem pristopu. Managerji v zdravstveni dejavnosti naj bi upoštevali celovitost zdravstvene organizacije in značilne dejavnike, ki so vključeni v zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev (Robida 2009, 45).

V javnih zdravstvenih organizacijah je po Zakonu o zdravstveni dejavnosti, ki je bil sprejet leta 1992 potrebno ločiti med vodjo organizacije (direktorjem) in strokovnim vodjo (pomočnik direktorja). Če poslovodna funkcija in strokovna funkcija nista ločeni, se v praksi pokažejo precejšnje težave. Potrebno je razmejiti in omejiti obe funkciji, njihovo prepletanje pa omogoča učinkovitost vodenja. Planiranje je kot funkcija managementa pripisano državi oz. je dolžnost države. Naloga države je, da dolgoročno planira in oblikuje politiko zdravstvenega varstva. Naloga managerjev v zdravstveni dejavnosti pa je slediti in uresničevati strateške usmeritve na področju zdravstvenega varstva na vseh nivojih, ki jih ima država kot skrbnica zdravstvenega varstva. Slabo stanje in težave na področju izvajanja zdravstvene dejavnosti so tudi odraz in posledica, da Slovenija ni imela že od začetka jasno opredeljene strategije razvoja zdravstvenega varstva, kar je oteževalo načrtovan razvoj dejavnosti (Česen 2003, 15).

Problem, s katerim se soočajo managerji v zdravstveni dejavnosti naj bi bil v ne-merljivosti zastavljenih smotrov ter ciljev in vrednotenje izidov. Pomanjkanje informacij je ključni dejavnik, ki izničuje možnost ustreznega dolgoročnega planiranja na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Zato naj bi bilo potrebno v zdravstveno dejavnost vnesti merljivost dela. Samo s celovitimi informacijami je mogoče obvladovati zdravstveni sistem učinkovito in racionalno. Potrebno naj bi bilo urediti zdravstveni sistem do te mere, da bodo lahko managerji zdravstvenih organizacij oblikovali in svetovali pri planiranju izobraževanja zdravstvenih izvajalcev, naloga države pa naj bo pridobiti čim več diplomantov iz zdravstvenega področja (Kersnik 2010, 15).

Managerji v zdravstveni dejavnosti naj bi delovali v zapletenem družbenem okolju, zato je nujno potrebno, da se za vršne managerje zdravstvenih zavodov in javnih zdravstvenih ustanov uvede profesionalizem, ki od managerjev ne zahteva zgolj strokovnega znanja in veščin o managementu temveč tudi poznavanje medicinskega znanja in veščin. Na tak način naj bi

oblikovali management v zdravstvenih organizacijah, ki bo razumel in poskušal razrešiti obstoječe probleme v zdravstveni dejavnosti. Glavna naloga financerjev in managerjev naj bi bila v preoblikovanju sistema zdravstva kakršnega poznamo danes v tak poslovno-organizacijski sistem s pomočjo katerega se bodo izvajale kakovostne zdravstvene storitve, ki bodo dostopne vsem in bo sam finančni sistem vzdržen (Caldwell, Butler in Poston 2010).

2.3 Kakovost kot podlaga za uspešnost organizacije

Za storitvene organizacije naj bi bilo značilno, da v središče svojega delovanja postavljajo potrošnika. Usmerjenost teh organizacij v potrošnika pa tako določa spremembe na področju klasičnega ekonomskega razmišljanja o stroških, virih, dobičku, zalogah in izdatkih. Zato je zelo pomembno, da pridobimo prave informacije o tem kaj si potrošniki želijo. V storitvenih organizacijah naj bi spadala skrb za kakovost med najpomembnejše strateške naloge managerjev organizacije. Tudi pri opredeljevanju kakovosti je potrebno v obzir vzeti dva vidika in sicer »trdi« in »mehki« vidik. S stališča trdega zornega kota, je kakovost mogoče definirati kot laboratorijsko oz. natančno merljivo sestavino. S stališča mehkega zornega kota pa je kakovost prepuščena subjektivni zaznavi potrošnika (Snoj 2000, 155-159). Področje kakovosti je tako zelo težko definirati, zato naj bi imeli v vsaki organizaciji svojo definicijo kakovosti in svojstvene načine kako jo preverjati. Namen in cilj vsake organizacije pa naj bi bil dobra kakovost storitve, kar se odraža tudi v zaupanju potrošnika organizaciji.

V literaturi je mogoče najti različne opredelitve kakovosti storitev, ki se razlikujejo zaradi svojih specifičnosti lastnosti ko so (npr. neotipljivost, spremenljivost, neločljivost ipd. Področje kakovosti je večplasten pojem, ki ga ocenjujemo objektivno (npr. laboratorijski testi, usklajenost s standardi, različnimi merilniki ipd.) največkrat pa se storitev meri subjektivno, je ocena področja kakovosti odvisna od psihološke ocene posameznika. Zato o univerzalni definiciji kakovosti ne moremo govoriti, poenotiti se ne morejo niti strokovnjaki za kakovost v organizacijah. Strokovnjaki menijo, da je kakovost storitev neka splošna ocena o njeni superiornosti, različna so mnenja o naravi te ocene (Robbins 1991, 23). Zeithamlova opredeljuje kakovost storitev kot dostavo odlične, oziroma superiorne storitve glede na pričakovanja potrošnika (Zeithaml in Bitner 1996, 117). Kotler (1998, 56), pa meni da je kakovost skupek lastnosti in značilnosti izdelka ali storitve (v nadaljevanju proizvoda), ki vplivajo na njegovo sposobnost zadovoljiti vse neizražene potrebe. Bateson (1992, 509) meni, da je kakovost storitev mera, s katero označujemo v kolikšni meri se zaznana storitev ujema s pričakovanji. Dosežena visoka kakovost storitev se kaže kot ujemanje zaznane kakovosti in pričakovanj potrošnika. Langer (1997, 195) meni, da je kakovost storitev končni izid kombinacije dejavnikov, od katerih ima vsak izmed njih visoko stopnjo variabilnosti. Ti so soodvisni, marsikateri pa je težko merljiv. Pri izbiri proizvoda smo se tako včasih prisiljeni odpovedati nekaterim dejavnikom kakovosti na račun drugih.

Vsem zgoraj naštetim opisom in definicijam je skupno to, da je kakovost storitve tisto, kar potrošniki zaznavajo, temeljila pa naj bi na njihovih željah in potrebah.

Potočnik (2000, 40) je opredelil značilnosti, ki naj bi bile skupne vsem storitvam in sicer:

- *procesnost* (vse storitve se izvajajo v fazah, faze so enkratne in si sledijo po vnaprej določenem zaporedju, spremenljivost izvajanja storitev nastaja pri njihovem ponavljanju);
- *neotipljivost* (to lastnost povezujemo s človeškimi čutili in sicer v procesu izvajanja storitve nastajajo tudi fizični dokazi, obstajajo storitve na treh ravneh: potencialni, dejanski ter v snovnem in nesnovnem izidu);
- *neobstoynost* (nanaša se na nezmožnost skladiščenja storitev, saj so storitve minljive).

Potrošniki imajo tako določena pričakovanja in želje o določenih storitvah, ki izvirajo iz osebnih vrednot, norm, želja in potreb. Posameznikova pričakovanja so individualna, determinirajo jih zunanje situacije, norme, vrednote, čas in ponudnik storitev. Parasuraman, Zeithaml in Berryjeva (1991, 58-59) razpravljajo o dveh ravneh pričakovanj in sicer želeni ter primerni ravni. Želena raven je tista, ki odraža storitev kakršno porabnik upa, da bo dobil. Primerno raven pa odraža tisto, kar porabnik misli, da je primerno pri posamezni storitvi. Razliko med obema ravnema lahko definiramo tudi kot »cona tolerance« (Zeithaml idr. 1993, 6).

Storitve je možno analizirati tudi glede lastnosti kot sta divergentnost in kompleksnost. Visoko kompleksna storitev je tista, ki vsebuje veliko faz in ima veliko število funkcij. Visoko divergentna storitev pa je tista, v kater vsak korak predstavlja nekaj posebnega neponovljivega (Snoj 2000, 41).

Z vidika zaznavanja koristi je za potrošnika bistven proces interakcije z izvajalci storitev. Prav tako pa tudi fizične lastnosti družbenega okolja vplivajo na notranje občutenje porabnika, ki posledično sproži neko vedenje. Fizične značilnosti poslovno-organizacijskega sistema izvajanja dajejo potrošnikom informacije, ki jih potrebujejo, da se orientirajo v družbenem okolju. Ena izmed vidnih spremenljivk je orientacija, z njo omogočamo potrošnikom razbirati bolj ali manj usmerjevalna sporočila. Lahko pa pride tudi do dezorientacije, takrat ko potrošniki ne morejo razbrati sporočil iz poslovno-organizacijskega okolja. S kompleksnimi poslovno-organizacijski sistemi potrošnikom otežimo dojetje situacij, hkrati pa jim dajemo občutek negotovosti in povzročajo razne probleme kot so zamujanje, jeza, frustracija ipd. Zato je pomembno, da znamo prepoznati slabosti v bolj kompleksnih poslovno-organizacijskih sistemih, te pa je potrebno čim hitreje odpraviti, da potrošniku omogočimo lažjo in prijetnejšo izkušnjo (Bateson 1992, 200-209).

Zdravstvena dejavnost naj bi praviloma zajemala visoko kompleksne in divergentne storitve. Vsak potrošnik (v nadaljevanju pacient) potrebuje specifično obravnavo primerno le za njega, zato so zdravniki in drugo osebje primorani opravljati storitve tako, da bodo pacienti zadovoljni.

Zdravniki in drugo osebje v času izvajanja storitev se nenehno prilagaja tako, da analizira izvide, tehta možnosti ter sklepa in deluje. Pomembni pa so tudi ostali dejavniki, ki vplivajo na kakovostno izvajanje storitev. Iz ekonomskega vidika je tukaj potrebno omeniti tudi sredstva, ki vplivajo na fizično podporo storitvam. Naslednji dejavnik je tudi fizično okolje v katerem se storitev izvaja. Pomemben dejavnik predstavlja tudi kontaktno osebje, pri katerem je pomembno opozoriti na njegovo strokovnost in sposobnost prilagajati se pričakovanjem pacienta, njihovim svojcem ter drugim udeležencem (Snoj 2000, 169).

Prvi stik s pacientom predstavlja kontaktno osebje, ki naj bi poleg svoje strokovnosti in prilagajanju potreb potrošniku imeli tudi kreativnost in veščine za bolj kakovostno izvajanje dejavnosti. Največ pritožb potrošnikov je namenjeno neprimernemu vedenju kontaktnega osebja. Zato je ravno ta dejavnik tisti s pomočjo katerega izboljšamo zadovoljstvo potrošnikov, npr. če po neprimerno izvedeni storitvi poskušamo popraviti svojo napako. S takšnim vedenjem presežemo pričakovanja potrošnikov (Bateson 1992, 261).

Ključni dejavnik, ki vpliva na kakovost storitev in tudi na dožemanje potrošnika, je interakcija med potrošnikom in izvajalcem. Uspešna interakcija lahko prikrije nekatere tehnične pomanjkljivosti proizvoda. Tehnična kakovost je tista, ki se nanaša na vidike proizvodov, ki jih potrošniki izkusijo med svojo interakcijo s proizvodi v organizaciji in z njeno pomočjo skušajo odgovarjati na vprašanje Kaj je bilo ponujeno?. Gre za merljivo stopnjo kakovosti s strani ponudnika in potrošnika, zato je možno pridobiti povratne informacije o kakovosti proizvoda. Za ustvarjanje konkurenčne prednosti v podjetjih in drugih ustanovah je z vidika porabnika bolj pomembna funkcionalna kakovost. S to se osredotočamo na vprašanje Kako je bilo nekaj ponujeno?. Gronroos (2000) navaja, da je tehnična kakovost nujen, ne pa zadosten pogoj za visoko raven kakovosti storitev in da je verjetneje funkcionalna kakovost pomembnejša pri zadovoljevanju določenih standardov.

V zdravstveni dejavnosti je potrebno prepoznati tudi raven kakovosti, in sicer »kakovost zaupanja«. V to vrsto kakovosti uvrščamo vse tiste značilnosti, ki jih pacient težko oceni, ali jih sploh ne more zanesljivo oceniti niti po obravnavi (Snoj 2000,161). Kakovost zaupanja prevladuje pri profesionalnih storitvah, ki jih izvajajo strokovnjaki (Lovelock in Wright 1999, 128).

Palmer (1994, 174) poudarja, da potrošnikovo zaznavanje kakovosti močno vpliva tudi na ugled storitvene organizacije. Ugled organizacije je odvisen od tehnične ter funkcionalne dimenzije kakovosti. Nguyenin in LeBlanc (1998, 126) opredeljujeta ugled kot izid poslovnega procesa, v katerega so vključene ideje, občutki in pretekle izkušnje posameznikov z organizacijo, na podlagi katerih si izoblikuje mnenje in stališča. V sodobnem času je v organizacijah vedno bolj pomembno vplesti potrošnika v samo izvajanje storitev, saj imajo potrošniki dostop do informacij, ki so bile pred tem na voljo zgolj izkušenim profesionalcem. Odločilni dejavnik bo vedno človek z njegovimi vrednotami, kulturo, etiko in navadami ter subjektivnim zaznavanjem celostnega izvajanja storitev in določal raven kakovosti.

2.4 SERVQUAL model kakovosti storitev

Uvajanje filozofije kakovosti v organizacijo je kompleksen in zapleten proces v katerem naj bi sodelovali vsi udeleženci, tako zunanji kot notranji. Proces uvajanje filozofije kakovosti v podjetje in drugo ustanovo je odvisen od množice dejavnikov kakor tudi od organiziranosti in prevladujoče organizacijske kulture ter klime in vključuje procese dejavnosti, vrste kakovosti in njihovo merjenje, nadzorovanje in delovanje, uspešno obvladovanje poslovno-organizacijskega sistema pa naj bi vodilo k doseganju zastavljenih smotrov in ciljev organizacije (Dolinšek idr. 2006, 9).

Izraz kakovost je nekaj nedoločenega, zato jo je težko natančno opredeliti in posledično tudi izmeriti. V literaturi o kakovosti je najpogosteje uporabljena Parasurman, Zeithaml in Berryjeva (1985, 41-51) razvrstitev dimenzij kakovosti storitev, ki je nastala kot izid obsežnih raziskav:

- *fizična podpora*, ki se nanaša na fizično opremljenost za izvajanje storitev (npr. zgradbe, oprema), usposobljenost in urejenost izvajalcev storitev (npr. zunanji videz), materiale ipd.;
- *zanesljivost*, ki se odraža v pripravljenosti in usposobljenosti za izvajanje storitev kot obljubljeni, brez napak;
- *odzivnost*, ki poudarja pripravljenost izvajalcev storitev za takojšno pomoč odjemalcem ter odzivanje na njihove težave;
- *sposobnost oz. usposobljenost*, ki pomeni strokovno neoporečnost pri izvajanju storitev;
- *vljudnost* se nanaša na ustrezno spoštljivo komunikacijo med odjemalcem in porabnikom;
- *verodostojnost*, ki zajema ustrezen sloves izvajalca storitev, ugled, njegovo osebno poštenost in izvajanje, ki se nato odraža pri zaupanju porabnikov;
- *varnost* vključuje varovanje zaupnosti podatkov, fizično in psihično varnost, odpravo morebitnih tveganj;
- *dostopnost*, ki vključuje enostaven stik ter dostop do informacij, izvajalci so na razpolago odjemalcem, omogočene so telefonske povezave, dostop do spletnih strani, primerna lokacija ter čas obratovanja ustanove ipd.;
- *komuniciranje*, ki omogoča ustrezno informiranje odjemalcev, posredovanje ustreznih razumljivih informacij, vodenje evidence pritožb, reagiranje na povratne informacije;
- *razumevanje odjemalcev*, ki zajema razumevanje potreb in zahtev odjemalcev, to pomeni skrb za vsakega posameznika in še posebej za stalne stranke.
- Vseh deset dimenzij je vključenih v model SERVQUAL, ki je model s katerim merimo kakovost storitev. Bistvo modela je v tem, da primerjamo pričakovanja potrošnikov z uspešnostjo izvajanja storitev v organizacijah. Model je v praksah uporabljen v različnih dejavnostih, kot so npr. letalske storitve, bančništvo, izobraževanje, turizem ipd. S pomočjo tega modela je možno v organizaciji ugotoviti kako ustvariti priložnost za povečanje kakovosti svojih storitev ter kako povečati njihovo donosnost (Dincer, Yuksel in Martinez 2019).

Instrumenti modela SERVQUAL so dejavniki, ki so prisotni pri izvajanju kakovostnih storitev kot del procesa izvajanja storitev. SERVQUAL je model, ki ga sestavlja lestvica z več postavkami, ki so jo razvili Parasuraman, Zeithaml in Berry (1985), pri tem so definirali deset dimenzij kakovosti storitev, kasneje pa so jih zreducirali na pet dimenzij, ker so se določene med njimi prekrivale. Dimenzije, ki sestavljajo obstoječi model kakovosti so (oprijemljivost, zanesljivost, odzivnost, zaupljivost in empatija). SERVQUAL daje večjo težo postopku zagotavljanja storitev kot drugim značilnostim storitve (Khudri in Sultana, 2015).

Uporaba modela SERVQUAL je omogočila, da prepoznamo in izmerimo dejavnike, ki vplivajo na pričakovanja potrošnikov. Dejavnike je tako mogoče analizirati in razumeti z vidika potrošnika in njegovega psihološkega stanja. Šele z oceno kakovosti storitev z vidika potrošnikov, pri čemer so zajete osebnostne lastnosti, kulturne posebnosti in zunanji dejavniki storitev je možno oblikovati enoten način, za merjenje kakovosti (Mikhaylov, Gumenuk in Mikhaylova 2015).

Model SERVQUAL so široko priznali teoretiki, raziskovalci in praktiki na različnih področjih in v različnih državah. Model ponuja obsežno lestvico s praktičnimi posledicami za zaznane kakovost storitev (Farooq idr. 2018). Omeniti velja, da so različni avtorji splošno sprejeli pristop SERVQUAL, vendar se je model soočal s kritikami nekaterih (Carman 1990; Cronin in Taylor 1992; Khudri in Sultana 2015;), ki menijo, da vključuje zgolj primerjavo zaznane kakovosti prejete storitve in pričakovane kakovosti potrošnikov.

Kljub visoki ustreznosti in zanesljivosti modela, je bil model kritiziran tako na metodološki kot tudi konceptualni ravni. Ena izmed kritik, ki so se pojavile je bila, da je pet dimenzij mogoče omejiti na dve dimenziji, in sicer na temeljne in razširjene storitve. Carman (1990) pa je opozoril tudi na to, da model SERVQUAL ni mogoče uporabiti v vseh storitvenih dejavnostih, zato je bilo predlagano, da raziskovalci pri izvajanju storitev upoštevajo vrsto storitve. Nekateri strokovnjaki prisegajo bolj na lestvico SERVPERF, večdimenzionalno lestvico samo za uspešnost. Z nekaterimi raziskavami je dokazano, da je samo merjenje uspešnosti boljše od upoštevanja pričakovanj potrošnikov pri oceni kakovosti storitev (Cronin in Taylor 1992). Z uporabo modela SERVPERF je poudarek na izvedbi storitve skozi zaznave potrošnikov, s čimer se zavrže vsak poskus uporabe pričakovanj potrošnikov pri merjenju storitev kot je to praksa pri uporabi modela SERVQUAL (Miranda, Tavares in Quiero 2018). Kljub vsem kritikam ostaja SERVQUAL najbolj priljubljen model, ki se uporablja za oceno kakovosti storitev.

2.5 Dosedanje raziskave o kakovosti storitev v zdravstveni dejavnosti

Nenehno izboljševanje kakovosti na vseh področjih življenja v Republiki Sloveniji je postalo stalnica. Z vstopom v Evropsko unijo je prišlo tudi do dviga standardov na področju kakovosti. V Sloveniji zato spoštujemo mednarodno sprejeta načela kakovosti: uspešnost zdravstvenih

posegov, varnost pacientov, pravočasnost zdravstvene oskrbe, učinkovitost in enakost v obravnavi (Kiauta idr. 2010).

Potrebe po ureditvi kakovosti na državni ravni smo začeli prepoznati v sredini devetdesetih let prejšnjega stoletja. Leta 2001 je bil zasnovan dokument z naslovom »Kakovost v sistemu zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji« (Kersnik 2001), ki je opisoval stanje v državi in nekatere mehanizme, ki so bili na voljo za zagotavljanje vsaj najnujnejših standardov. Uvedba celovitega pristopa h kakovosti in varnosti v zdravstvu pomembno podpira tudi dokument »Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu«, ki so ga je zasnovali na Ministrstvu za zdravje leta 2006. Dokument je spodbuda za vse, ki delajo v zdravstvu, saj omogoča pot do izboljšanja kakovosti.

V sklopu projekta »Kakovost zdravstva Slovenije« so avtorji ugotavljali zagotavljanje kakovosti v sistemu Zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Projekt je vodila Zdravniška zbornica Slovenije. Končni namen projekta je zagotavljanje kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva s tem, da se ustvarijo pogoji za ugotavljanje stanja in nenehno izboljšavo tega. Projekt je potekal od 9. septembra 1990 do septembra 2001, ko so zaključili z zbiranjem podatkov za pilotsko študijo. V pilotski študiji je sodelovalo 120 različnih oddelkov iz 46 področij, v okviru 17 bolnišnic in 7 splošnih ambulant. Populacijo za študijo so tako predstavljali splošni zdravniki, drugo osebje in zobozdravniki na območju RS. Vprašalniki so bili izpolnjeni na papirju, na osnovi teh pa so z računalniškimi programi opravili analizo. Raziskava je pokazala, da je motiviranost za preverjanje kakovosti na splošno največja v bolnišnicah, precej manjša pri zdravnikih splošne medicine, skoraj nična pri zobozdravnikih (Pajntar in Leskošek, 2002).

Svetovna zdravstvena organizacija v Sloveniji je leta 2008 naredila raziskavo z naslovom »Raziskava o zagotavljanju kakovosti v Slovenskem osnovnem zdravstvu«. Namen raziskave je bila izdelava in preizkus orodja za ocenjevanje zagotavljanja kakovosti v osnovnem zdravstvu oziroma v družinski medicini. Orodje raziskave so bili trije vprašalniki za tri ravni: raven odločanja, raven vodenja v zdravstvu in raven izvajanja. Raziskava je potekala v Ljubljani (mestno področje) in na Gorenjskem (mestno in podeželsko področje). Rezultati raziskave so pokazali da, kakovost še ni prioriteta slovenskega osnovnega zdravstva. Da ji tvorci zdravstvene politike ne namenjajo dovolj pozornosti, obenem pa vodstvene strukture zdravstvenih zavodov nimajo dovolj informacij in pogrešajo navodila. Zdravniki družinske medicine so poudarili, da pogrešajo čas za sistematično izboljševanje svojega dela, še posebej je poudarek na sekundarnem nivoju (Bulc idr. 2008).

Eden pomembnih rezultatov kakovosti je zadovoljstvo bolnikov. V namene raziskave »Merjenje zadovoljstva bolnikov z ambulantno nujne medicinske pomoči« sta avtorja pripravila anketo, ki je temeljila na mednarodnem vprašalniku za merjenje zadovoljstva bolnikov. Anketiranje sta izvedla na naključnem vzorcu 350 bolnikov, ki so obiskali ambulantno nujne medicinske pomoči v ZD Kranj. Anketiranci so prejeli anketo 14 dni po obisku ambulante za nujno medicinsko pomoč. Od 350 poslanih anket sta prejela 121 izpolnjenih. Vprašalnik se je

pokazal za zanesljiv, veljaven in sprejemljiv instrument za merjenje kakovosti v ambulantni nujni medicinski pomoči. Skupna ocena zadovoljstva bolnikov znašala 71,90 % od 100 %, večjo pozornost pa je po izidu raziskave potrebno nameniti začetku stika z ambulanto nujne medicinske pomoči tj. čakalnici, sprejemu bolnikov in pojasnjevanju vzrokov za daljše čakanje (Kersnik in Gantar-Žura, 2005).

V akademskem članku z naslovom »Zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev« nam avtorice predstavljajo mednarodna izhodišča za razvoj kakovosti v zdravstvu in zadnje merjenje Evropskega indeksa uporabnikov zdravstvenega varstva za Slovenijo. V različnih evropskih državah obstaja različna dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev. Evropska komisija si prizadeva na vseh področjih odpraviti razlike med kakovostjo zdravstvene oskrbe v EU. Organizacija Health Consumer Powerhouse vsako leto predstavi rezultate Evropskega indeksa uporabnikov zdravstvenega varstva. V poročilu iz leta 2013, Slovenija zaseda 17. mesto na lestvici uporabniku prijaznega zdravstvenega sistema v Evropi izmed 35 vključenih držav. S tem rezultatom Slovenija predstavlja vodilno državo med srednje in vzhodnoevropskimi državami. S sprejetjem Nacionalne strategije za kakovost in varnost v zdravstvu (2010-2015) je Slovenija tako še dodatno pospešila sprejem ukrepov na področju zagotavljanja kakovosti oskrbe in varnosti pacientov (Konda in Jevtić, 2014).

Različne države po svetu imajo za preverjanje kakovosti pooblaščen inštitucije, ki so razvile posebne metodološke pripomočke, merila in orodja s katerimi izbiramo za oceno kakovosti zdravstvene oskrbe ustrezne kazalnike in optimalno opredeljene parametre za njihovo vrednotenje. Tudi v Sloveniji smo pričeli z zbiranjem aktivnosti za postopno uvedbo spremljanja ocenjevanja na področju kakovosti zdravstvenega varstva. V članku z naslovom »Kako merimo kakovost zdravstvenega varstva« avtorji ugotavljajo, da smo v Sloveniji na področju sistematičnega spremljanja kazalnikov kakovosti zdravstvenega varstva v velikem zaostanku. Obstajajo celo dokazi, da lahko uvedba spremljanja določenih izbranih kazalnikov kakovosti povzroči tudi neželene, celo škodljive stranske učinke. Za vsako storitev, ki bi jo želeli vrednotiti na tem področju je zato potrebno še pred uvedbo v praktično rabo ugotoviti tveganje, ki bi utegnilo nastajati in predvideti kakšen želeni učinek bi tako ravnanje povzročilo (Fras in Pajntar, 2002).

2.6 Ugotovitve iz teoretičnih izhodišč

V teoretičnem delu smo obravnavali področje managementa kakovosti, spoznali smo teoretična izhodišča managementa kot znanosti, opredelili management v javnem zdravstvu ter opisali model kakovosti SERVQUAL.

Ugotovili smo, da ne obstaja ena sama definicija kakovosti, vendar je vsem obstoječim definicijam skupno to, da organizacije v središče delovanja postavljajo potrošnika. Pomembno si je prizadevati za potrošnikove potrebe in želje. Najpomembnejša vloga managerjev pri tem

pa je čim bolj učinkovito obvladovati področje celovite kakovosti, ki se kaže v zaupanju potrošnikov organizaciji. Ocena kakovosti je odvisna od porabnikovih pričakovanj in zaznav, ki se največkrat kaže v ujemanju zaznane kakovosti in potrošnikovih pričakovanj. Na oceno kakovosti vplivajo potrošnikove vrednote, kultura, etika in navade, zato je zaznava kakovosti velikokrat definirana kot subjektivna kategorija.

Opisali smo osnovne teoretične okvire managementa kot znanosti in stroke, ki se je začela razvijati v 20. stoletju. Ugotovili smo, da obstajajo štiri pomembne šole managementa, ki so pomembno vplivale na management, ki ga v praksi uporabljamo tudi danes. Podrobno smo se osredinili na področje managementa v zdravstveni dejavnosti, ki se vedno bolj uveljavlja. Management v zdravstveni dejavnosti pridobiva na pomenu, saj se zdravstvene ustanove vedno hitreje razvijajo in njihovi udeleženci ugotavljajo, da je potrebno poleg strokovnega kadra imeti tudi ustrezno managersko strukturo, ki bo obvladovala procese izvajanja storitev.

Na kakovostno izvajanje storitev vpliva veliko dejavnikov. Snovalci modela SERVQUAL so jih strnili v pet dimenzij, s katerimi je mogoče določiti oceno kakovosti in tudi ugotoviti priložnosti za povečanje kakovosti storitev. Uporaba modela SERVQUAL je omogočila razumevanje vpliva dejavnikov na pričakovanja potrošnika. Oceno kakovosti je možno oblikovati kot primerjavo med pričakovanji potrošnika in dejansko zaznavo prejete kakovosti storitve.

Opravili smo pregled dosedanjih raziskav o kakovosti zdravstvenih storitev v RS in ugotovili, da je to področje pritegnilo veliko zanimanje raziskovalcev in praktikov. Od leta 1990 smo ugotovili, da je bilo opravljenih v zdravstveni dejavnosti s področja kakovosti skupaj šest raziskav. Večina jih je bila opravljena v organizacijskih enotah posamezne zdravstvene enote, nekaj pa na nivoju celotne države. Večinoma so uporabili vprašalnik, ki je bil vnaprej pripravljen in strukturiran za prav določeno skupino ljudi. Populacijo predstavljajo predvsem zdravniki in strokovnjaki, ki se osredotočajo na področje zdravstvenega varstva v RS. Namen raziskav je predvsem ta, da predstavijo raven kakovosti, ki jo dosega na različnih ravneh različne inštitucije.

Povzamemo lahko ugotovitev, da je v dosedanjih raziskavah na področju kakovosti izvajanja storitev v zdravstvu možno zaznati vse večji interes in zavedanje ter prepoznavanje vloge pacienta kot ključnega akterja pri izboljšanju sistema zdravstvene varnosti. V izbrani bolnišnici s kakovostjo storitev pacientov, doslej ni bilo opravljene še nobene takšne raziskave, kar smo identificirali kot raziskovalno vrzel. To nam je predstavljalo raziskovalni izziv in spodbudo za načrtovanje ter izvedbo empirične raziskave, ki jo bomo podrobneje predstavili v naslednjem poglavju.

3 ANALIZA KAKOVOSTI STORITEV V IZBRANI BOLNIŠNICI

Namen tega poglavja je predstaviti izide iz anketiranja o zaznavanju kakovosti storitev pacientov v izbrani bolnišnici v času od 9. 6. 2021-11. 6. 2021. V nadaljevanju bomo predstavili populacijo in vzorec, vprašalnik, metodo zbiranja podatkov na koncu pa predstavili izide raziskave. Predstavili bomo demografske podatke anketirancev, ocene anketirancev glede možnosti pohvale in pritožbe ter nekatere splošne podatke o izbrani bolnišnici. Na koncu bomo opredelili tudi pet dimenzij kakovosti po modelu SERVQUAL ter predstavili rezultate raziskave za vsako dimenzijo posebej.

3.1 Populacija in vzorec

Populacijo v naši raziskavi so predstavljali pacienti, ki so bili prisotni v bolnišnici v obdobju od 9. 6. 2021 do 11. 6. 2021. Anketiranje je potekalo na različnih oddelkih in sicer na oddelku A, B in C. Vsak dan smo obiskali določen oddelek in na oddelku smo pred posamični ambulant pridobivali izpolnjene vprašalnike. Na oddelku A deluje trenutno šest specialističnih ambulant. Na oddelku B delujejo tri specialistične ambulante. Na oddelku C deluje načeloma tudi šest specialističnih ambulant, vendar so na dan izvedbe anketiranja delovale štiri. Vseh vprašalnikov, ki smo jih imeli na voljo je bilo 40. Vsak dan smo tako v povprečju zbrali 13 izpoljenih vprašalnikov. Izbirali smo paciente, ki so želeli sodelovati v raziskavi in so imeli čas za izpolnitev vprašalnika. Pacientom smo na osnovi osebnega pristopa razložili namen in cilje raziskave. V kolikor so potrebovali kakšno pomoč pri izpolnitvi vprašalnika, smo skupaj z njimi reševali ter interpretirali vprašalnik. Našo izbrano populacijo so tako predstavljali pacienti, ki so bili izbrani naključno na tisti dan anketiranja na določenem oddelku. Izbrana populacija nam je predstavljala podlago za namenski vzorec, ki je obsegal osebno anketiranje 40 naključno izbranih pacientov.

3.2 Vprašalnik in zbiranje podatkov

V empiričnem delu raziskave smo uporabili kvantitativno metodo raziskovanja, ki jo opisujejo Easterby-Smith, Thorpe in Lowe (2007, 163-182). Za zbiranje podatkov in informacij smo uporabili standardiziran, preverjen in uveljavljen vprašalnik SERVQUAL za pojasnitev vseh pet dejavnikov kakovosti storitev: oprijemljivost, zanesljivost, odzivnost, zaupljivost in empatija.

Vprašalnik je sestavljen iz treh delov:

- splošni demografski podatki anketiranih oseb;
- trditve, ki se nanašajo na možnost pohvale, pritožbe ter druge splošne informacije glede bolnišnice;
- trditve, ki se nanašajo na pet dimenzij po modelu SERVQUAL, za ugotavljanje potrošnikovih pričakovanj.

Vprašalnik je bil pripravljen v elektronski obliki po zgledu raziskave »Pacientove zaznave kakovosti v zdravstvenih domovih na obali« (Blatnik 2008). Za posamezno trditev so anketiranci lahko izrazili stopnjo strinjanja na Likertovi lestvici od 1 do 5, v vprašalniku pa so imeli možno obkrožiti tudi vrednost 9, ki je pomenila »ne vem, ne znam se odločiti«, zato jo pri analizi nismo upoštevali.

Izbrana tehnika zbiranja podatkov je bila osebno anketiranje, ki smo ga opravili v izbrani bolnišnici. V obdobju od 9. 6. 2021-11. 6. 2021 smo vsak dan obiskovali bolnišnico in njene oddelke. Vsak dan smo opravljali anketiranja na točno določenem oddelku, kjer smo naključno izbrali cca.13 pacientov vsak dan. Skupaj smo tako pridobili 40 veljavnih vprašalnikov, ki smo jih kasneje uporabili za namene analize podatkov. Osebni način anketiranja se je izkazal za primeren, saj so nekateri anketiranci potrebovali pomoč pri izpolnjevanju vprašalnika oz. pri interpretaciji določenih trditev.

Na podlagi tako pridobljenih podatkov smo v nadaljevanju opravili osnovno statistično analizo. Vsako področje smo interpretirali, in na podlagi analize preverjali zastavljene cilje.

3.3 Izidi iz raziskave

V naslednjem poglavju predstavljamo izide raziskave, ki smo jo opravili za potrebe naloge. V prvem delu predstavljamo demografske informacije, nadaljujemo z oceno možnosti pohvale in pritožbe, v tretjem delu pa sledi preverjanje dimenzij po modelu za preverjanje kakovosti SERVQUAL.

3.3.1 Demografski podatki

V anketi je sodelovalo 40 pacientov, od tega je bilo 12 moških in 22 žensk, pri ostalih nismo 6 dobili odgovora.

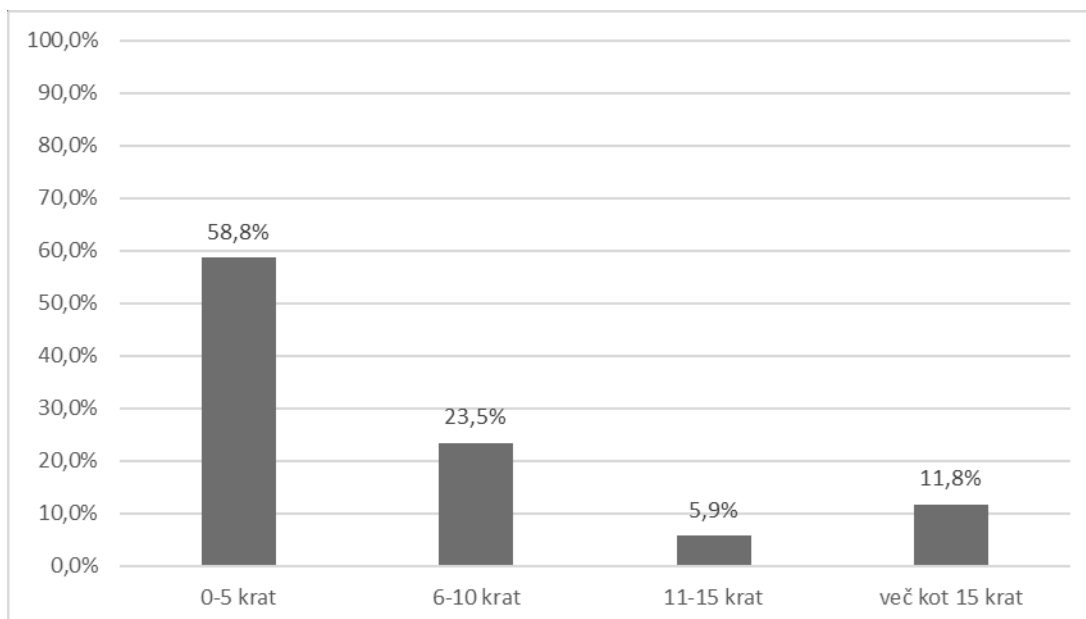
Preglednica 1: Demografski podatki

	Frekvenca	Delež (v %)
Spol		
Moški	12	30,00 %
Ženske	22	55,00 %
Ostali	6	15,00 %
Skupaj	40	100,00 %
Starost skupine		
30 let ali manj	11	27,50 %
31-40 let	7	17,50 %
41-50 let	4	10,00 %
51-60 let	8	20,00 %
61 let ali več	10	25,00 %
Skupaj	40	100,00 %
Izobrazba		
končana osnovna šola	3	7,50 %
končana poklicna šola (dve- ali tri-letni program)	6	15,00 %
končana srednja šola (štiri- ali pet-letni program)	13	32,50 %
končana višja šola	4	10,00 %
končana visoka strokovna šola	5	12,50 %
končana univerzitetna izobrazba	8	20,00 %
akademska izobrazba (magisterij, doktorat)	1	2,50 %
Skupaj	40	100,00 %

Največ oseb, zajetih v raziskavo je bilo starih 30 let ali manj in sicer, 27,50 % vseh anketirancev, starih med 31-40 let je bilo 7 oziroma 17,50 % vseh, od 41-50 leta je bilo 4 kar pomeni 10,00 % vseh, od 51-60 jih je bilo 8 kar pomeni 20,00 % vseh in starejših od 61 je bilo 10 to pomeni 25,00 %. Največ anketirancev 32,5 % ima končano srednjo šolo s štiri ali pet letnim programom. Petina anketirancev ima končano univerzitetno izobrazbo, 15 % anketirancev ima končano poklicno šolo z dve ali tri letnim programom, 12,5 % ima končanih visoko strokovno šolo, 10 % pa višjo šolo. Zgolj 7,5 % anketirancev ima končano osnovno šolo, 2,5 % pa jih ima akademsko izobrazbo.

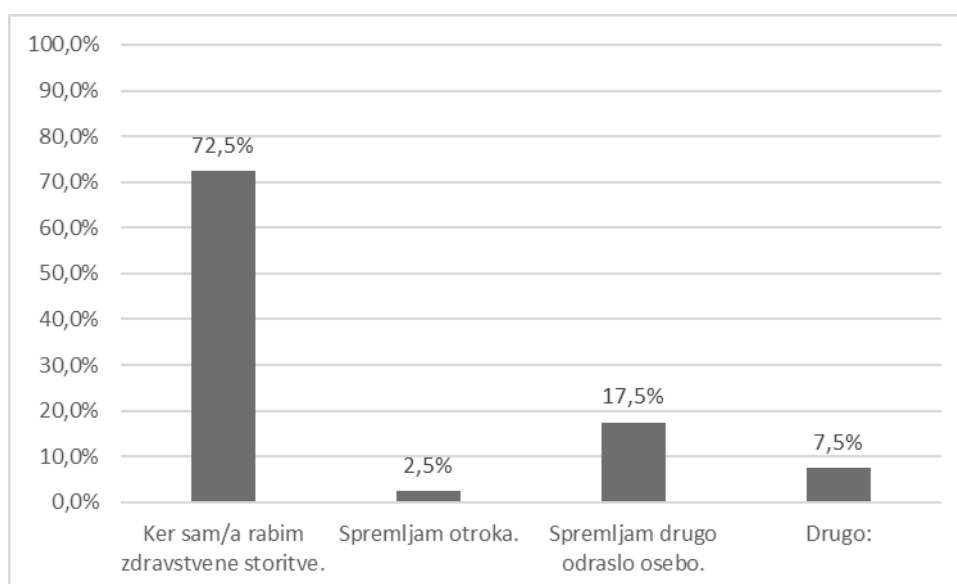
3.3.2 Pogostost obiska in možnost pritožbe

Zanimalo nas je kolikokrat so anketiranci v zadnjem letu obiskali izbrano bolnišnico. Več kot polovica anketirancev 58,8 % je izbrano bolnišnico obiskalo do petkrat. Slaba četrtnina anketirancev 23,5 % je izbrano bolnišnico obiskalo šest do desetkrat, 11,8 % jo je obiskalo več kot petnajstkrat. Najmanjši delež anketirancev 5,9 % je izbrano bolnišnico v zadnjem letu obiskal enajst do petnajstkrat. Izidi so grafično v odstotkih prikazani na sliki 1.



Slika 1: Število obiskov izbrane bolnišnice v zadnjem letu

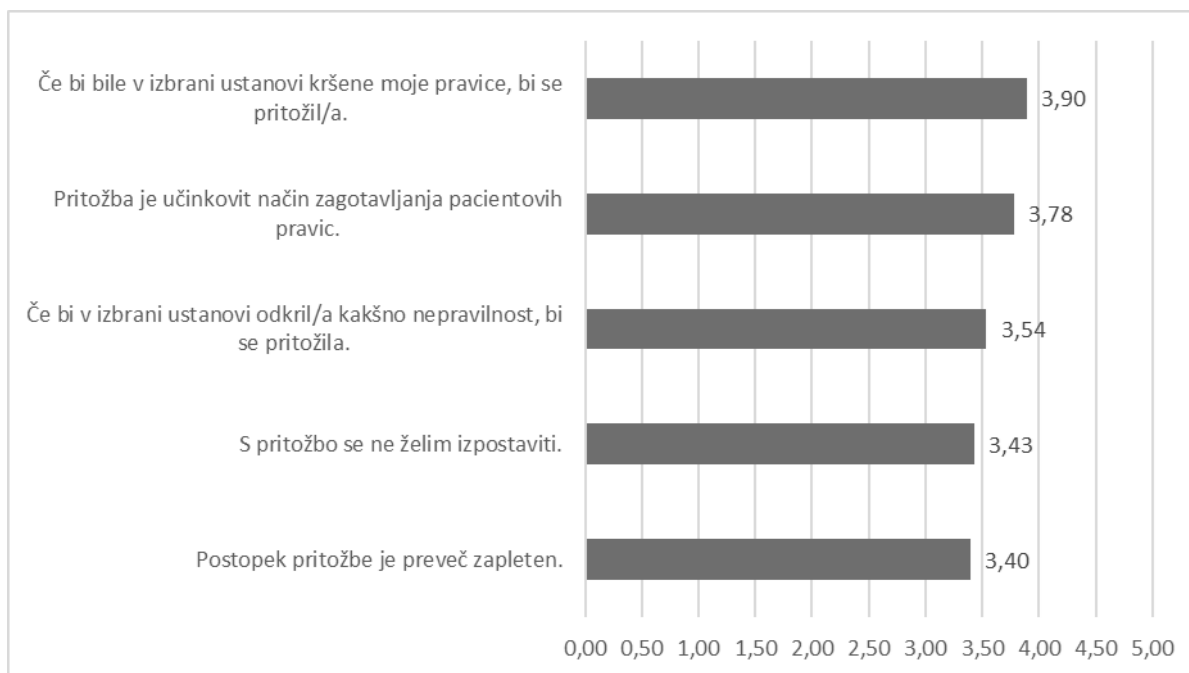
Zanimal nas je razlog anketirancev za obisk bolnišnice na dan, ko so izpolnjevali anketo. Večina anketirancev je bolnišnico obiskala, ker so sami rabili zdravstvene storitve, 17,5 % jih je spremljalo drugo odraslo osebo, 7,5 % jih je odgovorilo z drugo, 2,5 % pa sta spremljala otroka. Med anketiranci, ki so odgovorili z drugo so se pojavili odgovori: »delo«, »laboratorij« in »tukaj delam«.



Slika 2: Razlogi za obisk izbrane bolnišnice

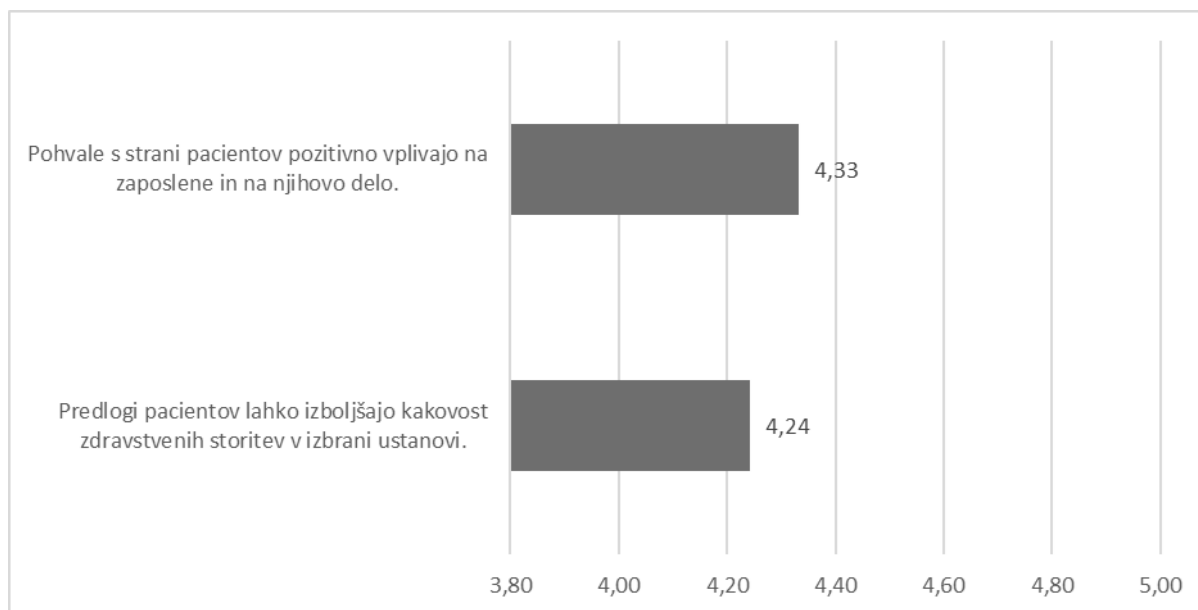
Anketirance smo povprašali tudi o tem, kako se strinjajo z naslednjimi trditvami, ki se nanašajo na možnost pritožbe v izbrani bolnišnici. Odgovori so bili podani na lestvici od 1 do 5, na kateri 1 pomeni sploh ne drži, 5 pa popolnoma drži. Stopnja strinjanja je predstavljena na sliki 3. Kot

je razvidno iz izidov, se anketiranci najbolj strinjajo s trditvijo, da bi v primeru kršitve pravic uveljavili postopek pritožbe. Velika večina anketirancev se strinja tudi, da je pritožba učinkovit način zagotavljanja pacientovih pravic.



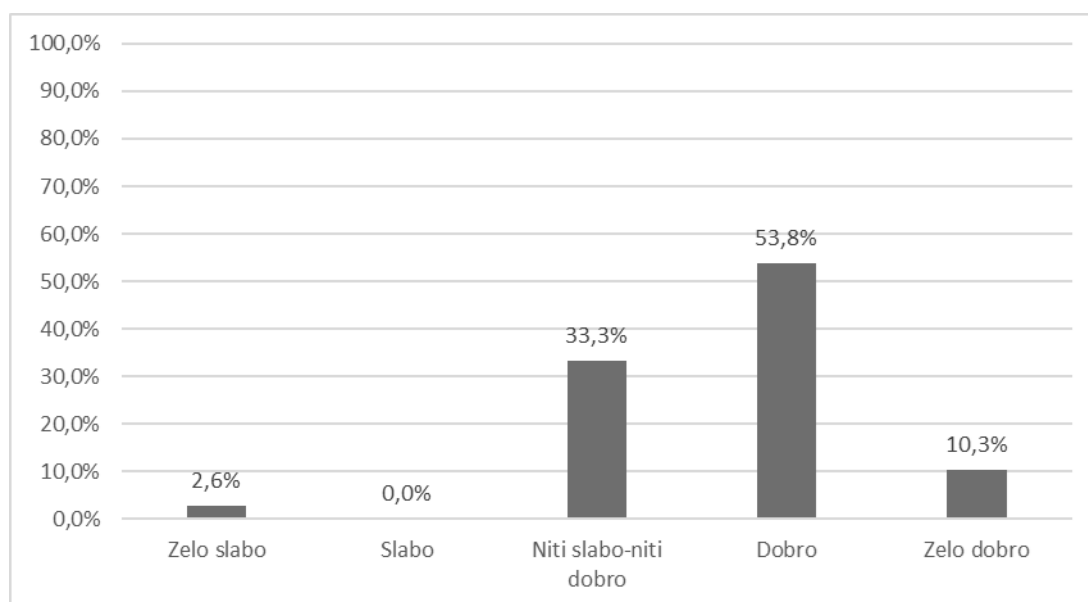
Slika 3: Možnost pritožbe v izbrani bolnišnici

Zanimalo nas je, v kolikšni meri se anketiranci strinjajo s trditvami, ki se nanašajo na pohvale in predloge v izbrani bolnišnici. Odgovori so bili podani na lestvici od 1 do 5, na kateri 1 pomeni sploh ne drži, 5 pa popolnoma drži. Anketiranci v povprečju menijo, da držita trditvi: »Pohvale s strani pacientov pozitivno vplivajo na zaposlene in na njihovo delo.« in »Predlogi pacientov lahko izboljšajo kakovost zdravstvenih storitev v izbrani ustanovi.«



Slika 4: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na pohvale in predloge v izbrani bolnišnici

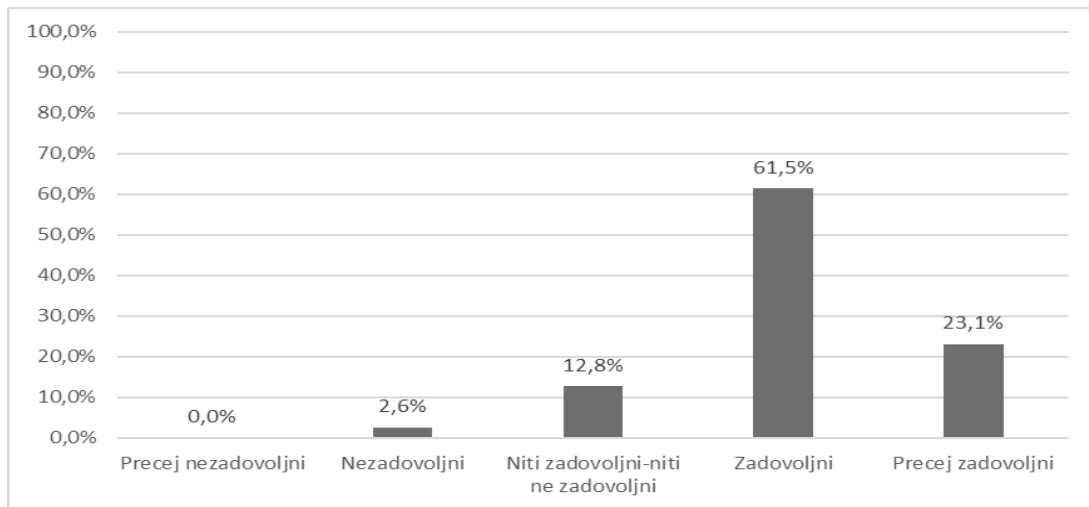
Anketirance smo povprašali tudi kako bi ocenili lastno zdravstveno stanje. Več kot polovica 53,8 % bi lastno zdravstveno stanje ocenili kot dobro, 33,3 % bi svoje zdravstveno stanje ocenili kot nit slabo, niti dobro, 10,3 % bi ga ocenili kot zelo dobro. Le 2,6 % anketirancev bi svoje zdravstveno stanje ocenila kot zelo slabo, nihče izmed anketirancev pa ne bi svoje zdravstveno stanje ocenil kot slabo.



Slika 5: Zdravstveno stanje anketirancev po lastni oceni

Zanimalo nas je tudi zadovoljstvo anketirancev z lastnim življenjem. Večina anketirancev 61,5 % je na splošno zadovoljnih s svojim življenjem. Slaba četrtnina anketirancev 23,1 % je precej zadovoljnih, 12,8 % anketirancev ni niti zadovoljnih, niti nezadovoljnih. Le 2,6 % anketirancev

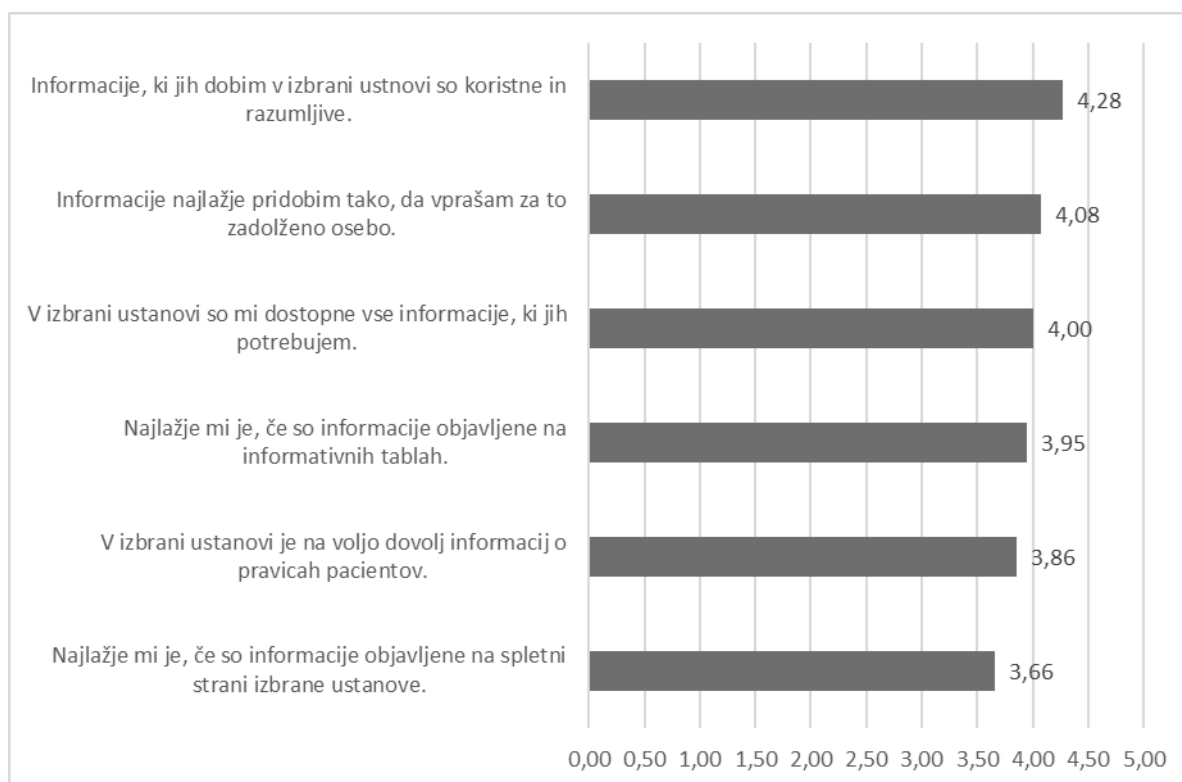
sta na splošno z življenjem nezadovoljna, nihče izmed anketirancev pa ni s svojim življenjem na splošno precej nezadovoljen.



Slika 6: Splošno zadovoljstvo anketirancev z življenjem

Drugi del analize izidov raziskave je preverjanje trditev, ki se nanašajo na vseh 5 področji; *1. Zanesljivost v izvajanju storitev: obljubljeni–izvršeno pravočasno, 2. Občutek zaupanja in varnosti: znanje in vljudnost zaposlenih in sposobnost zbuditi zaupanje v varnost. 3. Otipljivost, vidnost, fizične evidence: oprema, stavbe, komunikacijski kanali, izgled osebja. 4. Usmerjenost pozornosti k odjemalcu: prilagajanje njegovim potrebam in 5. Zaupanje, pripravljenost-odzivnost osebja na sprotno izvajanje storitev.* Na podlagi izidov analize bomo zapisali ugotovitve s petih področji, ki v največji meri vplivajo na področje kakovosti v izbrani bolnišnici. Vsi odgovori so bili podani na lestvici od 1 do 5, na kateri 1 pomeni sploh ne drži, 5 pa popolnoma drži. V anketi smo imeli tudi vrednost 9, ki pomeni ne vem, ne morem odgovoriti, katero smo v analizi obravnavali kot manjkajočo vrednost.

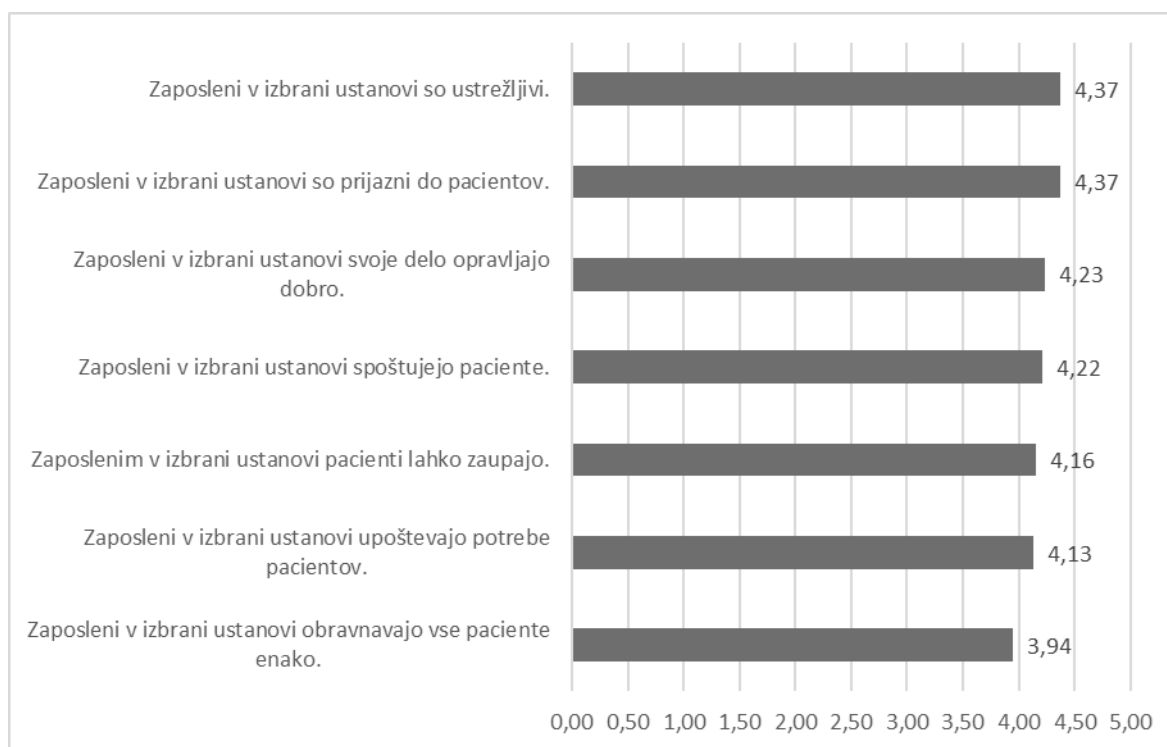
3.3.3 Zanesljivost v izvajanju storitev



Slika 7: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na informiranje v izbrani bolnišnici

Zanimalo nas je, v kolikšni meri se anketiranci strinjajo s trditvami, ki se nanašajo na informiranje v izbrani bolnišnici. Iz analize lahko razberemo, da v povprečju na področju informiranja veljajo vse navedene trditve. Anketiranci pa menijo, da so informacije v izbrani bolnišnici koristne in razumljive, najlažje pa jih pridobijo tako, da vprašajo za to odgovorno osebo.

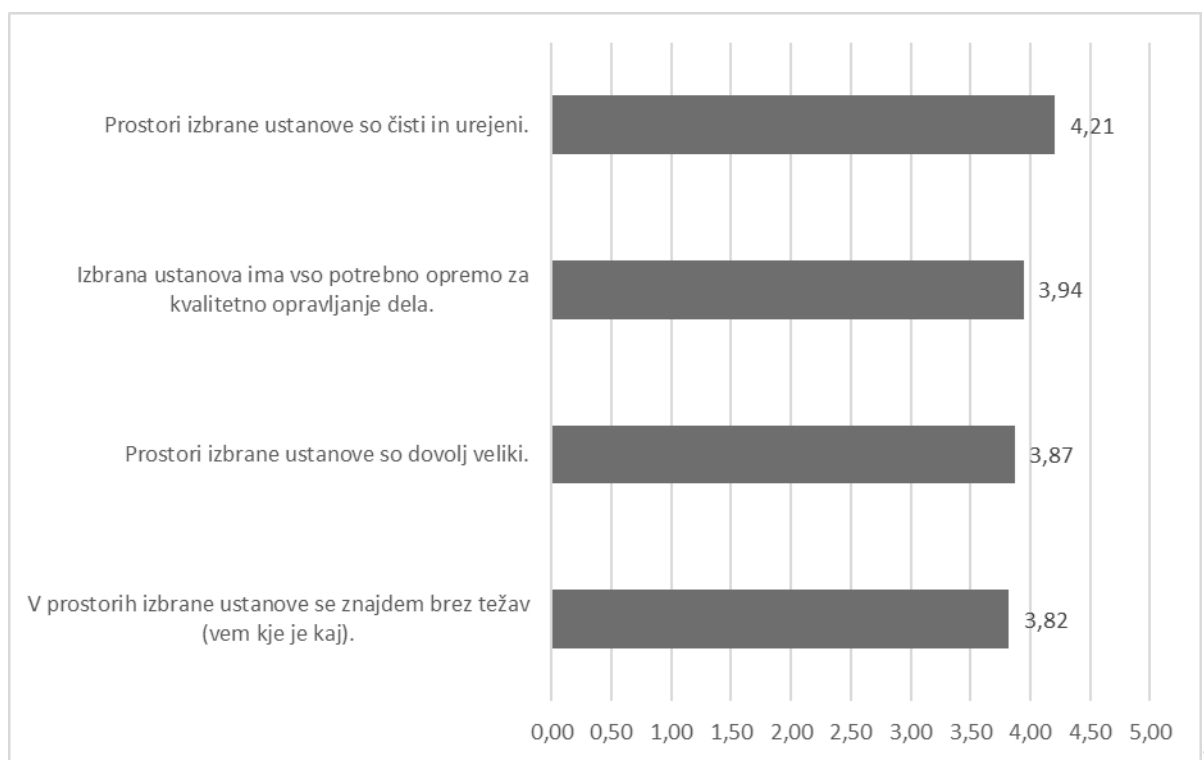
3.3.4 Občutek zaupljivosti in empatija



Slika 8: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na zaposlene v izbrani bolnišnici

Zanimalo nas je, v kolikšni meri se anketiranci strinjajo s trditvami, ki se nanašajo na zaposlene v izbrani bolnišnici. Anketiranci so ocenjevali lastnosti zaposlenih, pri katerih močno izstopata prijaznost in ustrezljivost. Zadovoljni so tudi z njihovim delom, anketiranci pa vedo, da lahko zaposlenim zaupajo, saj spoštujejo njihove potrebe in želje.

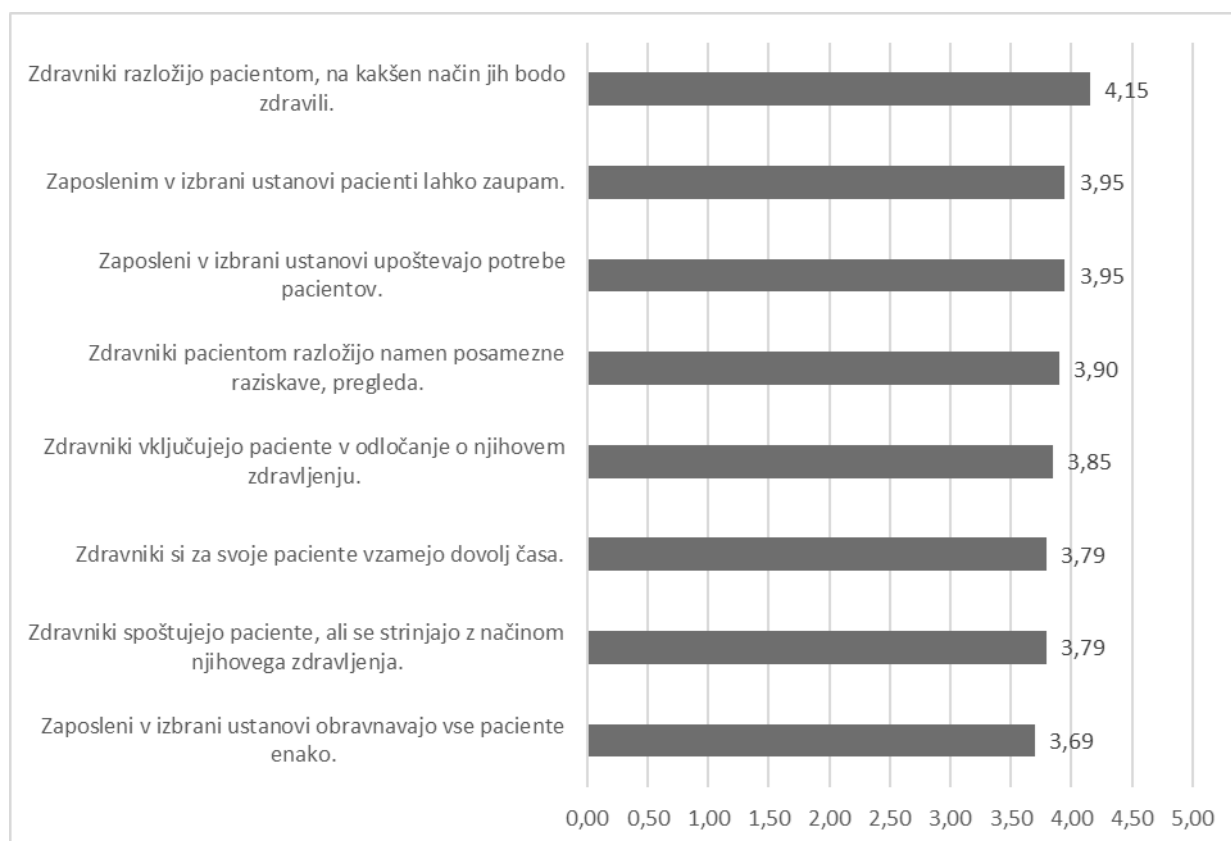
3.3.5 Otipljivost, vidnost, fizični dokazi



Slika 9: Ocena prostorov in opreme

Zanimalo nas je, v kolikšni meri se anketiranci strinjajo s trditvami, ki se nanašajo na prostore in opremo v bolnišnici. Anketiranci v povprečju menijo, da držijo vse trditve, ki se nanašajo na prostore in opremo v bolnišnici. Iz izidov analize je razvidno, da anketiranci najprej opazijo urejenost in čistočo prostorov. Urejenost zunanjega okolja je pomembna za orientacijo porabnikov.

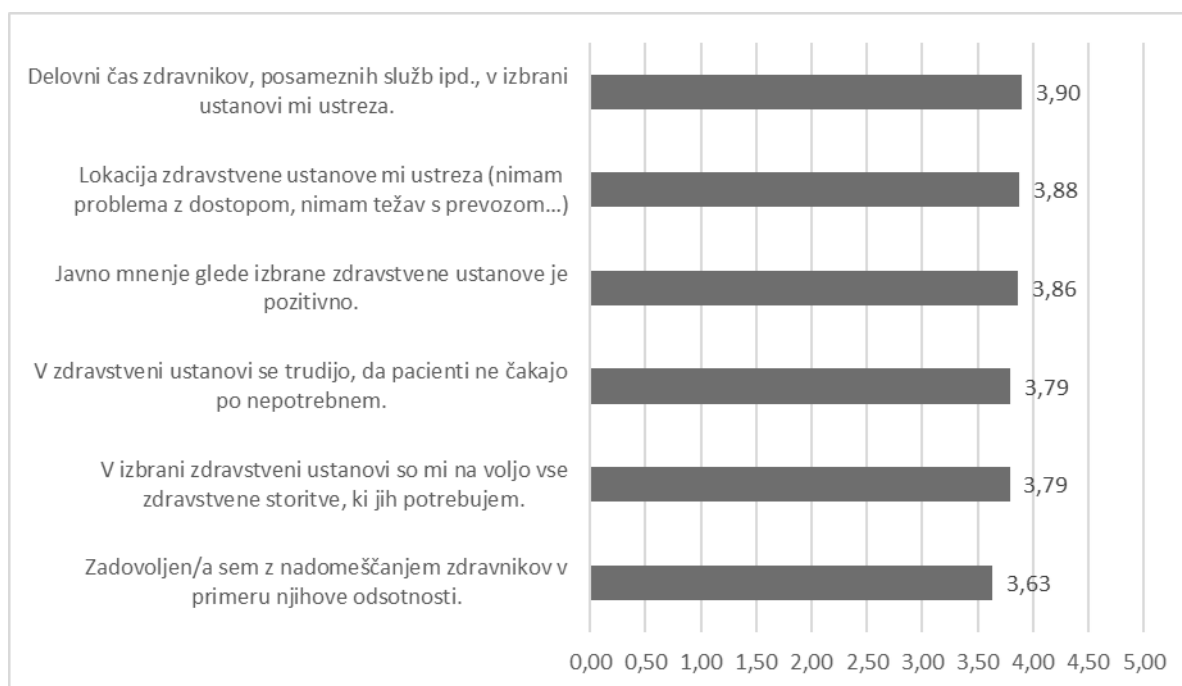
3.3.6 Usmerjenost pozornosti k pacientu



Slika 10: Strinjanje s trditvami, ki se nanašajo na pozornost zaposlenih

Zanimalo nas je v kolikšni meri anketiranci menijo, da so deležni zadostne stopnje pozornosti s strani osebja. Iz analize izidov lahko ugotovimo, da zdravniki v povprečju skoraj vedno razložijo potek obravnave zdravljenja posameznemu pacientu. Prav tako se zaposleni zelo trudijo upoštevati potrebe pacientov, ter te upoštevajo pri odločanju o njihovem zdravljenju.

3.3.7 Odzivnost osebja



Slika 11: Trenutna ocena bolnišnice

Zanimalo nas je, v kolikšni meri se anketiranci strinjajo s trditvami, ki se nanašajo na izbrano bolnišnico. Anketiranci se v povprečju menijo, da držijo vse trditve, ki se nanašajo na izbrano bolnišnico kot celoto. Na najvišje mesto po pomembnosti za pacienta, so anketiranci umestili delovni čas zdravnikov, posameznih služb..., za katerega pa menijo da jim ustreza. Prav tako anketiranci menijo, da se v izbrani bolnišnici trudijo, da ne bi čakali po nepotrebem, v primeru odsotnosti pa zagotavljajo nadomeščanje.

Preglednica 2: Deskriptivna statistika po dimenzijah

Dimenzije kakovosti	Σ Aritmetična sredina	Σ Standardni odklon
<i>Zanesljivost v izvajanju storitev</i>	3,97	0,824
Najvišje ocenjena trditev »Informacije, ki jih dobim v izbrani ustanovi so koristne in razumljive.«	4,28	0,640
Najnižje ocenjena trditev »Najlažje mi je, če so informacije objavljene na spletni strani izbrane ustanove.«	3,66	1,072
<i>Občutek zaupljivosti in empatija</i>	4,20	0,779
Najvišje ocenjena trditev »Zaposleni v izbrani ustanovi so ustrežljivi.«	4,37	0,675
Najnižje ocenjena trditev »Zaposleni v izbrani ustanovi obravnavajo vse paciente enako.«	3,94	0,893
<i>Otipljivost, vidnost, fizični dokazi</i>	3,96	0,824
Najvišje ocenjena trditev »Prostori izbrane ustanove so čisti in urejeni«	4,21	0,695
Najnižje ocenjena trditev »V prostorih izbrane ustanove se znajdem brez težav.«	3,82	0,942
<i>Usmerjenost pozornosti k pacientu</i>	3,88	0,755
Najvišje ocenjena trditev »Zdravniki razložijo pacientom, na kakšen način jih bodo zdravili.«	4,15	0,540
Najnižje ocenjena trditev »Zaposleni v izbrani ustanovi obravnavajo vse paciente enako.«	3,69	0,856
<i>Odzivnost osebja</i>	3,80	0,857
Najvišje ocenjena trditev »Delovni čas zdravnikov, posameznih služb ipd., v izbrani ustanovi mi ustreza.«	3,90	0,718
Najnižje ocenjena trditev »Zadovoljen sem z nadomeščanjem zdravnikov v primeru njihove odsotnosti.«	3,63	0,819

Na področju zanesljivosti izvajanja storitev je povprečna ocena znašala 3,97. Najvišje ocenjena trditev je bila ocenjena z 4,28, najnižja pa z oceno 3,66. Standardni odklon pa je znašal 0,824. V dimenziji, ki je ocenjevala občutek zaupljivosti in empatije zaposlenih je bila povprečna ocena 4,20, kar je tudi najboljše ocenjena dimenzija po izidih raziskave. Najvišje ocenjena trditev je bila ocenjena z 4,37, najnižje ocenjena trditev pa z 3,94. Standardni odklon je v

povprečju znašal 0,779. Na področju fizičnih dokazov je bila povprečna ocena 3,96. Najvišje ocenjena trditev je bila ocenjena z 4,21, najnižja pa z 3,82. Standardni odklon je znašal 0,824. Pri dimenziji, ki je ocenjevala usmerjenost pozornosti k pacientu je bila povprečna ocena 3,88. Najvišje ocenjena trditev znotraj te dimenzije je bila ocenjena z 4,15, najnižje ocenjena trditev pa z oceno 3,69. Standardni odklon je znašal 0,755. Na področju odzivnosti osebja je povprečna ocena znašala 3,80 kar je tudi najnižja ocenjena vrednost oz. dimenzija po izidih raziskave. Najvišje ocenjena trditev v tej dimenziji je bila ocenjena z 3,90, najnižje ocenjena trditev pa z 3,63. Standardni odklon je znašal 0,857.

3.4 Ugotovitve iz empirične raziskave

V empiričnem delu raziskave smo preverjali pet dimenzij kakovosti s pomočjo modela SERVQUAL. Praktičnega dela smo se lotili tako, da smo najprej oblikovali vprašalnik, ki smo ga nato ponudili pacientom. Pacienti so tako v našem primeru predstavljali potrošnika v storitveni organizaciji, ki je v našem primeru bila izbrana javna bolnišnica.

Ugotovili smo, da pacienti vsa področja ocenjujejo s pozitivnimi ocenami. Na področju zanesljivosti je tako najboljše ocenjena trditev bila, da so informacije, ki so na voljo v ustanovi koristne in razumljive. Trditev nam potrjuje predpostavko, da so pacientova pričakovanja glede informacij v izbrani bolnišnici v zelo veliko meri v skladu z zaznano kakovostjo. Urejen in pregleden dostop do informacij v organizaciji tako omogoča lažjo orientacijo, kar preprečuje nadaljnjo nezadovoljstvo pacientov.

Pomemben dejavnik predstavlja tudi kontaktno osebje. Z dimenzijo kakovosti »zaupljivost in empatija« smo preverjali stanje strokovnosti in prilagodljivosti zaposlenih v izbrani bolnišnici. Ugotovili smo, da so zaposleni v bolnišnici zelo ustrezljivi, pacienti pa so na isto mesto po pomembnosti izpostavili tudi prijaznost zaposlenih. Obe ugotovitvi nam potrujeta, da je kontaktno osebje zelo dobro ocenjeno, kar se odraža tudi pri izvajanju storitev.

Naslednji dejavnik, ki smo ga preverjali je bilo tudi fizično okolje organizacije. Ugotovili smo, da je raven pričakovanj glede prostorov, opreme v skladu s pacientovo zaznavo urejenosti, čistoče in preglednosti. Fizična urejenost je pomembnem dejavnik za pacienta, saj ta omogoča pacientom razbrati pomembna sporočila iz poslovno-organizacijskega okolja.

Z vidika zaznavanja kakovosti je tukaj pomemben dejavnik tudi usmerjenost pozornosti s strani izvajalca na pacienta. Pri interakciji med zdravniki in pacienti so tako na prvo mesto pomembnosti uvrstili potek zdravljenja, za katerega pacienti ocenjujejo, da jim zdravniki povedo dovolj, oz. jim povedo način kako jih bodo zdravili. Pacienti se počutijo, da lahko zaposlenim v izbrani javni bolnišnici v zelo veliki meri zaupajo, menijo tudi, da se zaposleni kolikor je to možno trudijo upoštevati potrebe pacientov.

Trditve, ki je bila slabše ocenjena od ostalih je bila povezana z obravnavno vseh pacientov na enak način. Pri tej trditvi je verjetno potrebno poudariti subjektiven pogled vsakega anketiranca, saj je pomembnost obravnave vseh pacientov enako skoraj nemogoča, zaradi same narave zdravstvene dejavnosti.

Zadnja dimenzija, ki smo jo preverjali je bil dejavnik odzivnosti. Pri tem dejavniku lahko izpostavimo, da se v izbrani ustanovi zelo trudijo, da pacienti ne čakajo po nepotrebem in si prizadevajo za čim številčnejše nadomeščanje zdravnikov v primeru njihove odsotnosti.

Vse zgoraj omenjene dimenzije so bile preverjane s pomočjo trditve, ki so jih anketiranci ocenjevali z lestvico od 1 do 5. Vse trditve so bile ocenjene s povprečno oceno nad 3,5 v vseh opisanih dimenzijah po modelu SERVQUAL. Dosežene tako visoke ocene glede na lestvico, ki smo jo uporabili nam kažejo na visoko raven kakovosti, ki se kaže kot ujemanje porabnikovih pričakovanj in zaznav. Na ta način smo potrdili našo predpostavko, da je povprečna ocena kakovosti v danih dimenzijah nad 3,5.

Zagotavljanje in izboljšanje področja kakovosti proizvodov naj bi bilo sestavni del strateškega planiranja tako v pridobitnih kot tudi v nepridobitnih organizacijah. V primerjavi z izdelovalnimi podjetji pa naj bi v storitvenih podjetjih bilo potrebno več pozornosti namenili temu področju. Pri tem ima glavno vlogo potrošnik oz. v našem izbranem primeru pacient, ki s svojimi pričakovanji in zaznavami ocenjuje kakovost izvedbe neke storitve. S svojo oceno pomembno prispeva k izboljšanju kakovosti na ravni celotne organizacije, ki se nato odraža v zaznavanju organizacijskega ugleda.

V raziskavi, ki smo jo opravili, smo želeli ugotoviti zadovoljstvo pacientov s kakovostjo storitev v izbrani javni zdravstveni ustanovi. Na splošno je bila večina anketirancev ženskega spola in v starosti 30 let ali manj ter imela končano srednjo šolo. Za različne trditve, ki so bile postavljene v lestvici so ocenjevali vrednosti teh trditve, glede na trenutno zaznavanje oz. trenutno stanje. Vse trditve so bile ocenjene s povprečno oceno nad 3,5, kar ponazarja splošno zadovoljstvo oz. visoko ocenjeno raven kakovosti izvajanja storitev. Na vseh področjih pa je vedno možnost za izboljšave, zato v nadaljevanju navajamo nekaj možnih izboljšav na različnih področjih.

Na področju zanesljivosti v izvajanju storitev, izid kaže, da je pridobivanje informacij zadovoljivo, kadar se gre za pridobivanje informacij znotraj ustanove. Možna izboljšava na tem področju bi bila zaposliti strokovnega sodelavca, ki bi vse informacije, ki so na voljo v bolnišnici objavil tudi na drugih kanalih npr. spletni strani ali v različnih zdravstvenih domovih, tako da bi imeli pacienti možnost dostopa do določenih informacij že preden obišejo izbrano javno bolnišnico.

Zaupanje je zelo pomembno pri oceni strokovnega kadra, zato smo pri dimenziji zaupljivost in empatija ocenjevali tudi to področje. Ugotovili smo, da pacienti v izbrani ustanovi najvišje

ocenjujejo prijaznost in ustrežljivost. Nekoliko slabše ocenjena pa je bila trditev, da zaposleni v izbrani ustanovi vse paciente obravnavajo enako. To bi lahko izboljšali z enakopravno oz. pravično oskrbo vseh pacientov.

Zunanja podoba poslovnega prostora je bila ocenjena nadpovprečno dobro, nekoliko več pozornosti bi lahko namenili informacijam, ki bi pripomogle k temu, da se pacient lažje znajde v ustanovi (npr. orientacijske table, računalnikov z zemljevidom ustanove ipd.).

Na področju usmerjanja pozornosti pacientu ni potrebno izvajati nobenih izboljšav, saj so deležni zadostne stopnje pozornosti oz. jih zdravniki in drugo osebje v veliki meri vključujejo v potek njihovega zdravljenja ob upoštevanju pacientovih želj in potreb. Na področju odzivnosti, bi poudarili hitro razreševanje težav, sprotno usposabljanje osebja ter zagotavljanje nadomeščanja zdravnikov v primeru njihove odsotnosti.

Na področju vodenja v organizaciji je potrebno pozornost iz tradicionalnega managementa preusmeriti na management kakovosti. To bi pomenilo večje število strokovnjakov, ki se osredotočajo na nove zahteve delovnega področja, ki se opirajo na zanesljivost, empatijo, zaupanje in odzivnost. Zaradi tega bi bilo potrebno spremeniti nekatere kadrovske politike, vendar je pri tem potrebno celovito vpogledati v merila za izobraževanje, usposabljanje in ocenjevanje zaposlenih.

Na področju planiranja smo mnenja, da bi lahko organizacija glede na izide raziskave prilagodila način delovanja ter se osredotočila na spremembe, ki bi se nato tudi odražale v viziji in poslanstvu, katerim sledijo zaposleni hkrati pa si prizadevajo za večje zadovoljstvo pacientov.

Organiziranje je dejavnost s pomočjo katere dosegamo zastavljene smotre in cilje v organizaciji. Eden ključnih smotrov in ciljev v izbrani zdravstveni ustanovi je tudi zagotavljanje visoke kakovosti storitev. Za zagotavljanje tega smotra in cilja trenutno skrbijo vršni managerji, smiselno bi pa bilo vključevati še srednji in spodnje managerje, ki bi skrbeli izključno za področje kakovosti.

Pomembno je tudi kontroliranje in uvedba poslovno-organizacijskega sistema nadzora kakovosti pri nudenju storitev pacientov. Merjenje kakovosti storitev in zadovoljstva pacientov, naj bi v izbrani javni zdravstveni ustanovi postal kontinuiran proces, ki bi posledično vodil k vedno boljšim izidom na področju zadovoljstva pacientov celovite uspešnosti ustanove.

4 SKLEP

V diplomski nalogi smo obravnavali področje managementa kakovosti v izbrani javni bolnišnici. V teoretičnem delu smo spoznali glavna spoznanja teoretikov in raziskovalcev s področja kakovosti ter managementa kot znanosti. Ugotovili smo, da enoznačne definicije kakovosti ni, zato je odvisno od organizacije kako bo merila kakovost svojih storitev ter jo nato interpretirala. Omejili smo se na področje zdravstvene dejavnosti ter opisali dosedanje raziskave o kakovosti storitev v zdravstveni dejavnosti. Predstavili smo model kakovosti SERVQUAL s pomočjo katerega je bil zasnovan vprašalnik za empirični del raziskave. S pomočjo vprašalnika smo preverjali naslednje dimenzije kakovosti storitev: *zanesljivost v izvajanju storitev, fizično podporo, odzivnost, zaupanje in empatičnost*. Vse omenjene dimenzije smo predstavili s pomočjo vprašalnika, v katerem smo preverjali navedene trditve s pomočjo lestvice od 1 do 5. Vsako trditev je bilo mogoče oceniti z najnižjo oceno 1 ali najvišjo 5. V povprečju so vse trditve bile ocenjene nad 3,5 kar nam priča o visoko ocenjeni kakovosti storitev.

Kakovost storitev merimo kot primerjavo pričakovanj potrošnikov pred izvedbo storitve in uspešnosti storitve po opravljeni izvedbi. Gre za oceno procesa, ki ga ocenjujejo potrošniki glede na izvajanje storitev s strani ponudnikov. Ko potrošniki primerjajo svoja pričakovanja in dejansko izvedbo storitve, se storitev šteje za zadovoljivo, če dejansko zagotavljanje storitev presega pričakovanja. Po drugi strani pa je lahko storitev ocenjena negativno v kolikor ta ne ustreza pričakovanjem potrošnikov. V središču pozornosti so tako potrošniki in njihova pričakovanja.

V zelo kompleksni dejavnosti kot je zdravstvo je zanimanje za uspešno in kakovostno izvedbo storitev nujno potrebno za delovanje celotne organizacije. Področje kakovosti je mogoče meriti z uporabo modela SERVQUAL. Model SERVQUAL je predstavitev, kako potrošniki ocenjujejo kakovost storitev, in je ocenjena z uporabo lestvice SERVQUAL. Model je sestavljen iz petih dimenzij, s katerimi merimo vrzel med pričakovano in zaznano kakovostjo storitev. Različni teoretiki, raziskovalci in praktiki so model SERVQUAL priznali na različnih področjih in v različnih državah.

V prvem delu diplomske naloge smo spoznali teoretične okvirje na področju kakovosti in managementa kot znanosti. Ugotovili smo, da je kakovost večplasten pojem, ki ima veliko različnih definicij, vsem pa je skupno to, da v središče postavljajo porabnika. Ocena kakovosti mora temeljiti na porabnikovih željah in pričakovanjih. Posebno pozornost smo namenili področju managementa v zdravstvu, ki vedno bolj stopa v ospredje kot pomemben sestavni del v organizacijah, ki so vključene v javni zdravstveni sistem. Opravili smo tudi pregled šestih raziskav na področju kakovosti v zdravstvenem sistemu RS. Ugotovili smo, da je to področje še vedno premalo poudarjeno, zato smo se odločili izvesti raziskavo na področju kakovosti storitev v izbrani bolnišnici. V prihodnosti bi predlagali raziskavo, s katero bi preverili ponudbo

strokovnih izobraževanj in usposabljanj ter kakovost ponudnikov usposabljanj za izvajanje metod, orodij ter tehnik kakovosti storitev.

LITERATURA

- Bateson, John E.G. 1992. *Managing services marketing-tekst and readings*. Fort Worth: Dryden.
- Bobnar Najžer, Elizabeta. 2003. Mnenje slovenske javnosti o zdravstvu. *ISIS* 12 (6): 28-34.
- Blatnik, Dragica. 2008. *Pacientova zaznava kakovosti v zdravstvenih domovih obalnih občin: magistrska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Bulc, Mateja, Kersnik Janko, Boerma Wienke in Pellny Martina. 2008. *Raziskava o zagotavljanju kakovosti v slovenskem osnovnem zdravstvu*.
<https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-UDKFFTUK> (19. 8. 2021).
- Burnes, Bernard. 2004. *Managing change: A strategic approach to organizational dynamics*. 4th ed. Harlow: Financial Times Prentice Hall.
- Buttle, Francis. 1995. *SERVQUAL: review, critique, research agenda*. *European Journal of Marketing* 30 (1): 8-32.
- Caldwell, Chip, Greg Butler and Nancy Poston. 2010. Cost Reduction in Health Systems: Lessons from an Analysis of \$200 Million Saved By Top- Performing Organizations. *Frontiers of Health Services. Management* 27 (2): 3-17.
- Carman, James M. 1990. Consumer perceptions of service quality: An assessment of the SERVQUAL dimensions. *Journal of Retailing* 66 (1): 33-55.
- Cherrington, David J. 1989. *Organizational behavior*. Boston: Allynand Bacon.
- Clegg, Stewart, Martin Kornberger in Tyrone Pitsis. 2005. *Managing and organizations: An introduction to theory and practice*. London: Sage.
- Cronin, J. Joseph in Steven A. Taylor. 1992. Measuring service quality: a reexamination and an extension. *Journal of Marketing* 56 (3): 55-67.
- Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
- Daft, Richard L. 1995. *Understanding management*. Fort Worth: TheDrydenPress.
- Dincer, Hasan, Serhat Yuksel in Luis Martinez. 2019. Analysis of balanced scorecard-based SERVQUAL criteria based on hesitant decision-making approaches. *Computers & Industrial Engineering* 131: 1-12.
- Fras, Zlatko in Pajntar Marjan. 2002. Kako merimo kakovost zdravstvenega varstva. <https://vestnik.sz.d.si/index.php/ZdravVest/article/view/1657/1230> (19. 8. 2021).
- Easterby – Smith, Mark, Richard Thorpe in Andy Lowe. 2007. *Raziskovanje v managementu*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Faganel, Armand. 2010. *Zaznavanje kakovosti storitev visokošolskih storitev*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Fayol, Henri. 1949. *General and industrial management*. London: Pitman.

- Farooq, Muhammad Shoaib, Maimoona Salam, Alain Fayolle, Norizan Jaafar in Kartinah Ayupp. 2018. Impact of service quality on customer satisfaction in Malaysia airlines: A PLS-SEM approach. *Journal of Air Transport Management* (67): 169-180.
- Gronroos, Christian. 2000. *Service management and marketing: a customer relationship management approach*. Chichester. Wiley
- Gorišek, Karmen. 2006. *Kakovost kadrov v zdravstvu. V 3. konferenca Management v zdravstvu, 6-7*. Ljubljana: Planet GV.
- Hatch, Mary Jo in Ann L. Cunliffe. 2006. *Organization theory: Modern, symbolic, and postmodern perspectives*. Oxford: Oxford University Press.
- Hauc, Anton. 2001. *Projektni management*. Ljubljana: GV založba.
- Hewitt-Taylor, Jaqui. 2013. Planning Successful Change Incorporating Processes and People. *Nursing standard* 27 (38): 35-40.
- Keber, Dušan. 2003. *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek*. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, Ministrstvo za zdravje.
- Kersnik, Janko. 2010. *Kakovost v zdravstvu. Združenje zdravnikov družinske medicine SZD*.
- Kersnik, Janko in Lilijana Gantar Žura. 2005. *Merjenje zadovoljstva bolnikov z ambulantno nujne medicinske pomoči*. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:doc-MPGLVPJT> (19. 8. 2021).
- Kersnik, Janko, Wienke Boerma in Martina Pellny. 2008. *Raziskava o zagotavljanju kakovosti v slovenskem osnovnem zdravstvu*. <https://www.dlib.si/details/URN:NBN:SI:DOC-UDKFFFTUK> (19. 8. 2021).
- Khudri, Mohasan in Saida Sultana. 2015. Determinants of service quality and impact of service quality and consumer characteristics on channel selection. *British Food Journal* 117 (8): 2078-2097.
- Konda, Iva in Jevtić Petronije. 2008. *Zagotavljanje kakovosti zdravstvenih storitev*. https://www.bib.irb.hr/1051614/download/1051614.Fzv_Nm_konferenca_2016.pdf (19. 8. 2021).
- Kotler, Philip. 1998. *Marketing management - trženjsko upravljanje*. Ljubljana: Slovenska knjiga.
- Langer, Michael. 1997. *Service quality in tourism: measurement methods and empirical analysis*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Lovelock, Christopher in Lauren Wright. 1999. *Principles of service marketing and management*. Upper Saddle River: Prentice Hall.
- Mayo, Elton. 1975. *The social problems of an industrial civilization*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.

- Mikhaylov, Andrey Sergeevich, Ivan Sergeevich Gumenuk in Anna Alekseevna Mikhaylova. 2015. The SERVQUAL model in measuring service quality of public transportation: evidence from Russia. *Quality Management* 16 (144): 78-85.
- Miranda, Sandra, Patricia Tavares in Rita Queiro. 2018. Perceived service quality and customer satisfaction: A fuzzy set QCA approach in the railway sector. *Journal of Business Research* (89): 371-377.
- Monica, M. in Ramanaiah, G. 2018. Service Quality Measurement at Brand Factory: An Empirical Study. *Management and Labour Studies* 43 (1&2): 70–77.
- Možina, Stane, Rudi Rozman, Mitja Tavčar, Danijel Pučko, Štefan Ivanko, Bogdan Lipičnik, Jože Gričar, Miroslav Glas, Janko Kralj, Vlado Dimovski in Bogomir Kovač. 2002. *Management: Nova znanja za uspeh*. Radovljica: Didakta.
- Nguyen, Nha in Gaston Le Blanc. 1998. The meditating role of corporate image on customer retention decision: an investigation in financial services. *International Journal of Bank Marketing* (2): 16.
- Ocampo, Lanndon, Jovir Alinsub, Russele Anne Casul, Germeline Enquig, Mitzi Luar, Noche Panuncillon, Miriam Bongo in Cristine Omela Ocampo. 2019. Public service quality valuation with SERVQUAL and AHP-TOPSIS: A case of Philippine government agencies. *Socio-Economic Planning Sciences* 68: 1–14.
- Ozguven, Nihan. 2012. Measurement of service quality by servqual method in banking sector. *Balikesir University Journal of Social Sciences Institute* 15 (27): 157–168.
- Pajntar, Marjan, Leskošek Branimir. 2002. Rezultati projekta »Kakovost v zdravstvu Slovenije«. <https://vestnik.szd.si/index.php/ZdravVest/article/view/1673> (19. 8. 2021).
- Palmer, Adrian. 1994. *Principles of services marketing*. London: McGraw-Hill
- Parasuraman A., Valarie; A. Zeithaml in Leonard L. Berry. 1991. Refinement and reassessments of the SERVQUAL scale. *Journal of Retailing* 67 (4): 420-451.
- Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml in Leonard L. Berry. 1985. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing* 49 (4): 41-50.
- Parasuraman A., Valarie A. Zeithaml in Leonard L. Berry. 1988. SERVQUAL: A multiple item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing* 64 (1): 5-6.
- Pečar, Zdravko. 2003. *Management v javnem sektorju*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za upravo.
- Pindur, Wolfgang, Sandra. E. Rogers in Pan. S. Kim. 1995. The history of management: a global perspective. *Journal of Management History* 1 (1): 59-77.

- Potočnik, Vekoslav. 2000. *Trženje storitev*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Pučko, Danijel. 2007. *Strateški management*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Robbins, Stephen P. 1991. *Organizational behaviour*. Englewood Cliffs, London: Prentice-Hall.
- Robida, Andrej. 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Ljubljana: Ministerstvo za zdravje Republike Slovenije
- Robida, Andrej. 2009. *Opredelitev znanj in kompetenc za srednjo upravljavsko raven v bolnišnici*. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
- Snoj, Boris. 2000. *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management v Kopru.
- Taylor, Frederick Winslow. 1911. *The principles of scientific management*. New York: Harperand Row.
- Tkauc, Natalija. 2020. *Zadovoljstvo napotenih delavcev s kakovostjo storitev delodajalca: magistrska naloga*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management. [Http://www.ediplome.fm-kp.si/Tkauc_Natalija_20200922.pdf](http://www.ediplome.fm-kp.si/Tkauc_Natalija_20200922.pdf). (19.8.2021)
- Toth, Martin. 2003. *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Trunk Širca, Nada. 2003. *Management nepridobitnih organizacij*. Koper: Fakulteta za management, Koper.
- Ustava Republike Slovenije (URS). Ur. list RS, št. 33/1991.
- Volberda, Henk W. 1999. *Building the Flexible Firm: How to Remain Competitive*. Oxford. Oxford University Press.
- Zeithaml, Valarie A. in Mary Jo Bitner. 1996. *Services marketing*. New York: MCGrawhill.
- Zelenika, Ratko. 2000. *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela*. Rijeka: Ekonomski fakultet.
- Weber, Max. 1978. *Economy and society: An outline of interpretive sociology*. Vol. 2. London: University of California Press.
- Weymes, Ed. 2004. *Management theory. Balancing individual freedom with organisational needs*. New Zealand: The University of Waikato.

PRILOGA

Priloga 1 Vprašalnik

VPRAŠALNIK

Sem študentka na Univerzi na Primorskem, Fakulteti za management in zaključujem univerzitetni program Management in prosim za vaše sodelovanje pri pisanju diplomske naloge. V nadaljevanju sledi vprašalnik, s katerim želim ugotoviti stopnjo kakovosti storitev, osebja in primerne opremljenosti prostorov v izbrani bolnišnici. Izpolnjevanje vprašalnika je prostovoljno in anonimno, rezultati pa bodo obdelani in uporabljeni zgolj v statistične namene. Prosim, če bi lahko zaradi veljavnosti ugotovitev raziskave odgovorili na vsa vprašanja.

Za sodelovanje se že vnaprej zahvaljujem,

Vita Dobravc

1. SPOL-spol (obkrožite)

1.moški

2.ženski

2. STAROST-Vaša starost v letih:(vpišite številko)_____

3. IZOBRAZBA-Vaša dosežena izobrazba:

1-nedokončana osnovna šola

2-končana osnovna šola

3-končana poklicna šola (dvo- ali tri-letni program)

4-končana srednja šola (štiri- ali pet-letni program)

5-končana višja šola

6-končana visoka strokovna šola

7-končana univerzitetna izobrazba

8-akademska izobrazba (magisterij, doktorat)

Priloga 1

4. Razlog za vaš današnji obisk izbrane bolnišnice je:

1	Ker sam/a rabim zdravstvene storitve.
2	Spremljam otroka.
3	Spremljam drugo odraslo osebo.
4	Drugo:_____.

5. Ali držijo naslednje trditve, ki se nanašajo na prostore in opremo bolnišnice:

	Sploh ne drži	Ne drži	Niti ne drži-niti drži	Drži	Popolno -ma drži	Ne vem, ne morem odgovor -iti
Prostori izbrane ustanove so dovolj veliki.	1	2	3	4	5	9
Prostori izbrane ustanove so čisti in urejeni.	1	2	3	4	5	9
V prostorih izbrane ustanove se znajdem brez težav (vem kje je kaj).	1	2	3	4	5	9
Izbrana ustanova ima vso potrebno opremo za kvalitetno opravljanje dela.	1	2	3	4	5	9

6. Koliko se strinjate z naslednjimi trditvami, ki se nanašajo na zaposlene v izbrani bolnišnici:

	Sploh ne drži	Ne drži	Niti ne drži-niti drži	Drži	Popolno -ma drži	Ne vem, ne morem odgovor -iti
Zaposleni v izbrani ustanovi svoje delo opravljajo dobro.	1	2	3	4	5	9
Zaposleni v izbrani ustanovi so prijazni do pacientov.	1	2	3	4	5	9
Zaposleni v izbrani ustanovi so ustrezljivi.	1	2	3	4	5	9
Zaposleni v izbrani ustanovi spoštujejo paciente.	1	2	3	4	5	9
Zaposleni v izbrani ustanovi obravnavajo vse paciente enako.	1	2	3	4	5	9
Zaposleni v izbrani ustanovi upoštevajo potrebe pacientov.	1	2	3	4	5	9
Zaposlenim v izbrani ustanovi pacienti lahko zaupajo.	1	2	3	4	5	9

Priloga 1

7.Koliko držijo naslednje trditve, ki se nanašajo na informiranje v izbrani bolnišnici:

	Sploh ne drži	Ne drži	Niti ne drži-niti drži	Drži	Popolno -ma drži	Ne vem, ne morem odgovor -iti
V izbrani ustanovi so mi dostopne vse informacije, ki jih potrebujem.	1	2	3	4	5	9
Informacije, ki jih dobim v izbrani ustanovi so koristne in razumljive.	1	2	3	4	5	9
V izbrani ustanovi je na voljo dovolj informacij o pravicah pacientov.	1	2	3	4	5	9
Informacije najlažje pridobim tako, da vprašam za to zadolženo osebo .	1	2	3	4	5	9
Najlažje mi je, če so informacije objavljene na informativnih tablah.	1	2	3	4	5	9
Najlažje mi je, če so informacije objavljene na spletni strani izbrane ustanove.	1	2	3	4	5	9

8. Ali se strinjate z naslednjimi trditvami, ki se nanašajo na možnost pritožbe v izbrani bolnišnici:

	Sploh ne drži	Ne drži	Niti ne drži-niti drži	Drži	Popolno -ma drži	Ne vem, ne morem odgovoriti
Postopek pritožbe je preveč zapleten.	1	2	3	4	5	9
S pritožbo se ne želim izpostaviti.	1	2	3	4	5	9
Pritožba je učinkovit način zagotavljanja pacientovih pravic.	1	2	3	4	5	9
Če bi v izbrani ustanovi odkril/a kakšno nepravilnost, bi se pritožila.	1	2	3	4	5	9
Če bi bile v izbrani ustanovi kršene moje pravice, bi se pritožil/a.	1	2	3	4	5	9

Priloga 1

9. Koliko se strinjate z naslednjimi trditvami, ki se nanašajo na pohvale in predloge v izbrani bolnišnici:

	Sploh ne drži	Ne drži	Niti ne drži-niti drži	Drži	Popolno -ma drži	Ne vem, ne morem odgovor -iti
Pohvale s strani pacientov pozitivno vplivajo na zaposlene in na njihovo delo.	1	2	3	4	5	9
Predlogi pacientov lahko izboljšajo kakovost zdravstvenih storitev v izbrani ustanovi.	1	2	3	4	5	9

10. Ali držijo naslednje trditve, ki se nanašajo na izbrano bolnišnico:

	Sploh ne drži	Ne drži	Niti ne drži-niti drži	Drži	Popolno -ma drži	Ne vem, ne morem odgovor -iti
V izbrani zdravstveni ustanovi so mi na voljo vse zdravstvene storitve, ki jih potrebujem.	1	2	3	4	5	9
Delovni čas zdravnikov, posameznih služb ipd., v izbrani ustanovi mi ustreza.	1	2	3	4	5	9
Lokacija zdravstvene ustanove mi ustreza (nimam problema z dostopom, nimam težav s prevozom...)	1	2	3	4	5	9
Zadovoljen/a sem z nadomeščanjem zdravnikov v primeru njihove odsotnosti.	1	2	3	4	5	9
V zdravstveni ustanovi se trudijo, da pacienti ne čakajo po nepotrebnem.	1	2	3	4	5	9
Javno mnenje gleda izbrane zdravstvene ustanove je pozitivno.	1	2	3	4	5	9

11. Ali držijo trditve, ki se nanašajo na zdravnike v izbrani bolnišnici:

	Sploh ne drži	Ne drži	Niti ne drži-niti drži	Drži	Popolno -ma drži	Ne vem, ne morem odgovor -iti
Zdravniki spoštujejo paciente, ali se strinjajo z načinom njihovega zdravljenja.	1	2	3	4	5	9
Zdravniki vključujejo paciente v odločanje o njihovem zdravljenju.	1	2	3	4	5	9
Zdravniki razložijo pacientom, na kakšen način jih bodo zdravili.	1	2	3	4	5	9
Zdravniki si za svoje paciente vzamejo dovolj časa.	1	2	3	4	5	9
Zdravniki pacientom razložijo namen posamezne preiskave, pregleda.	1	2	3	4	5	9
Zaposleni v izbrani ustanovi obravnavajo vse paciente enako.	1	2	3	4	5	9
Zaposleni v izbrani ustanovi upoštevajo potrebe pacientov.	1	2	3	4	5	9
Zaposlenim v izbrani ustanovi pacienti lahko zaupajo.	1	2	3	4	5	9

12. Kolikokrat ste v zadnjem mesecu obiskali izbrano bolnišnico?

Danes prvič	Od 2 do 3 krat	Od 4 do 5 krat	Od 6 do 7 krat	8 krat ali več
1	2	3	4	5

13. Približno kolikokrat ste v zadnjem letu obiskali izbrano zdravstveno ustanovo?

(vpišite številko): _____

14. Na splošno bi lahko za vaše zdravstveno stanje rekli, da je:

Zelo slabo	Slabo	Niti slabo-niti dobro	Dobro	Zelo dobro
1	2	3	4	5

15. Na splošno bi lahko rekli, da ste z življenjem:

Precej nezadovoljni	Nezadovoljni	Niti zadovoljni-niti ne zadovoljni	Zadovoljni	Precej zadovoljni
1	2	3	4	5