

2015

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

MAGISTRSKA NALOGA

MAGISTRSKA NALOGA

ZDENKA KASTELIC

ZDENKA KASTELIC

KOPER, 2015

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT

Magistrska naloga

DEJAVNIKI KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE
STORITVE IN
ZADOVOLJSTVO UPORABNIKOV

Zdenka Kastelic

Koper, 2015

Mentor: prof. dr. Mirko Markič

POVZETEK

Namen magistrske naloge je na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature s področja kakovosti storitev opraviti empirično raziskavo ter ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na starše otrok, da se odločijo za neobvezno (samoplačniško) cepljenje ter podati predloge za izboljšave. V Sloveniji se neobvezno (samoplačniško) cepljenje izvaja proti naslednjim nalezljivim boleznim: humani virusi papiloma, gripa, klopni meningoencefalitis (KME), meningokokni meningitis, norice, pnevmokokne okužbe, rotavirusne okužbe in tuberkuloza. S pomočjo ankete je v okviru empiričnega dela izvedena kvantitativna raziskava, na vzorcu 459 naključno izbranih uporabnikov zdravstvene storitve. Na osnovi izidov, pridobljenih iz izvedene raziskave, smo ugotovili, da uporabniki zdravstvene storitve največ informacij pridobijo preko interneta in da na vidnem mestu opazijo zdravstveni promocijski material. Najmanj informacij uporabniki pridobijo preko tradicionalnih medijev, hkrati so menili, da je cena neobvezne (samoplačniške) storitve (cepljenja) previsoka. Na osnovi rezultatov smo podali predloge za izboljšanje kakovosti zdravstvene storitve za uporabnike in načrtovalce zdravstvenih storitev.

Ključne besede: anketa, dejavniki kakovosti storitve, management, uporabnik, zadovoljstvo, zdravstvena storitev.

SUMMARY

The purpose of this Master's thesis, based on a review of national and foreign literature on service quality, is to carry out empirical research which examines the factors that influence parental decisions for affecting their child's non-obligatory (self-funding) vaccination and also to propose some improvements. In Slovenia, optional (self-pay) vaccinations are administered for the following infectious diseases: Human papillomavirus, Influenza, TBE, meningococcal meningitis, chickenpox, pneumococcal infections, rotavirus infections and tuberculosis. Quantitative research was performed by surveying a sample of 459 randomly selected health service parents. With the results obtained from our research we determined that they acquire the most information from the Internet and health promotional material displays. Respondents obtained the least information from the traditional media and also thought the price of the self-funding vaccination service too expensive. On the basis of these results we made some suggestions to improve health service quality for our clients and healthcare planners.

Keywords: survey, factors of service quality, management, client, satisfaction, health service.

UDK: 005.336.3.629.5.046.6(043.2)

ZAHVALA

Zahvaljujem se mentorju prof. dr. Mirku Markiču za usmeritve, napotke in strokovno pomoč pri nastajanju magistrske naloge.

Zahvaljujem se vsem uporabnikom, ki so izpolnili anketo. Zahvaljujem se zdravnikom in medicinskim sestram posameznih predšolskih ambulant zdravstvenih domov, ki so pomagali pri izvajanju anketiranja staršev otrok. V anketi so sodelovali: ZD Ljubljana, enota Center, oddelek zdravstvenega varstva otrok in mladine, ZD Ljubljana, enota Bežigrad, oddelek zdravstvenega varstva predšolskih otrok, ZD Litija, oddelek zdravstvenega varstva otrok in mladine, ZD Ivančna Gorica, otroški in šolski dispanzer, ZD dr. Božidarja Lavriča Cerknica, otroške in šolske ambulante, ZD dr. Julija Polca Kamnik, dispanzer za otroke in šolarje in Dispanzer za otroke in mladostnike, d. o. o., Žalec.

Posebna zahvala gre moji družini za podporo in potrpežljivost v času mojega študija.

VSEBINA

1	Uvod	1
1.1	Opredelitev obravnavanega problema.....	1
1.2	Namen, cilji in hipoteze naloge.....	4
1.3	Uporabljene raziskovalne metode in merski instrument.....	5
1.4	Predpostavke in omejitve pri obravnavanju primera.....	7
2	Kakovosti storitve, dejavniki kakovosti in zadovoljstva uporabnikov	8
2.1	Pojmovanje kakovosti storitve	8
2.1.1	Storitev.....	9
2.1.2	Uporabniki	10
2.2	Opredelitev dejavnikov kakovosti storitve.....	11
2.2.1	Komunikacija.....	12
2.2.2	Informacija ali obveščanje ali sporočilo	15
2.2.3	Ravni komunikacije	16
2.2.4	Zadovoljstvo uporabnikov	19
2.3	Kakovost v zdravstveni dejavnosti.....	20
2.3.1	Uporabniki zdravstvene storitve	22
2.3.2	Potreba po zdravstveni storitvi.....	22
2.3.3	Dejavniki kakovosti v zdravstveni dejavnosti	23
2.4	Celovita kakovost v zdravstveni dejavnosti	29
2.5	Pregled dosedanjih raziskav o kakovosti zdravstvene storitve	30
2.6	Sklep.....	33
3	Raziskava o vplivu dejavnikov kakovosti zdravstvene storitve na zadovoljstvo uporabnika.....	35
3.1	Metodologija	35
3.2	Zbiranje podatkov in opis vzorca	36
3.3	Opis podatkov.....	39
3.4	Preverjanje hipotez	42
3.5	Predstavitev izidov raziskave	50
3.6	Predlogi za izboljšanje.....	58
4	Sklep	63
4.1	Povzetek celotne raziskave.....	63
4.2	Prispevek k stroki	68
4.3	Predlogi za nadaljnje raziskovanje	69
	Literatura in viri.....	71
	Priloga.....	81

PREGLEDNICE

Preglednica 1: Spol, izobrazba, starost, okolje, skupni družinski mesečni dohodek in razmerje do otroka, ki je bil pripeljan na pregled	38
Preglednica 2: Viri informacij o cepljenju	40
Preglednica 3: Mnenje o neobveznem (samoplačniškem) cepljenju otrok	41
Preglednica 4: Primerjava virov informacij med anketiranci, ki neobvezno (samoplačniško) cepijo svojega otroka in ostalimi	43
Preglednica 5: Primerjava mnenj o obveščanju o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj med anketiranci, ki neobvezno (samoplačniško) cepijo svojega otroka in ostalimi	44
Preglednica 6: Primerjava mnenj o obveščanju glede neobveznega (samoplačniškega) cepljenja med anketiranci, ki samoplačniško cepijo svojega otroka in ostalimi	46
Preglednica 7: Primerjava mnenj glede na neobvezno (samoplačniško) cepljenje otroka glede na spol staršev	47
Preglednica 8: Primerjava mnenj na neobvezno (samoplačniško) cepljenje otroka glede na okolje	48
Preglednica 9: Primerjava priporočanja neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok prijateljem in znancem med spoloma	49
Preglednica 10: Primerjava priporočanja neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok prijateljem in znancem glede na okolje	49
Preglednica 11: Priporočanje neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok svojim prijateljem in znancem	50
Preglednica 12: Povezanost s priporočili neobveznega (samoplačniškega) cepljenja svojim prijateljem in znancem s pridobljenimi viri informacij	51
Preglednica 13: Povezanost neobveznega (samoplačniškega) cepljenja s stopnjo izobrazbe, številom otrok v družini in njihovim mesečnim dohodkom	55
Preglednica 14: Povezanost neobveznega (samoplačniškega) cepljenja s starostjo in izobrazbo	55

KRAJŠAVE

BDP – Bruto domači proizvod

EU – Evropska unija

IKT – Internetna komunikacijska tehnologija

MZ – Ministrstvo za zdravje

OECD – Organizacija za gospodarstvo in razvoj

RS – Republika Slovenije

SSKJ – Slovar slovenskega knjižnega jezika

SZO – Svetovna zdravstvena organizacija, ang. WHO – World Health Organization

TQM – Management celovite kakovosti, ang. Total Quality Management

Ur.l.RS – Uradni list Republike Slovenije

US\$ – Ameriški dolar, denarna valuta Združenih držav Amerike

ZD – Zdravstveni dom

ZNB – Zakon o nalezljivih boleznih

ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah

ZZDej – Zakon o zdravstveni dejavnosti

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

1 UVOD

Kakovost zdravstvene storitve je odvisna od tega, kako hitro se v zdravstveni organizaciji prilagajajo potrebam in željam uporabnika. Zdravstvene organizacije z zaposlenimi naj bi delovale izključno za ljudi oziroma paciente, ki prihajajo k njim po nasvet, posvet, zdravljenje ipd. Nudijo jim strokovno oskrbo, ki naj bo kakovostna in strokovna (v nadaljevanju bomo uporabljali »storitev oziroma storitve«). Dolgoročni namen vsake zdravstvene organizacije naj bi bil, da porabnikom, potrošnikom, kupcem, odjemalcem (v nadaljevanju bomo omenjali »uporabnik oziroma uporabniki«) izpolni pričakovanja, jih zadovolji ter jim nudi tudi najboljšo kakovost zdravstvene storitve.

Magistrska naloga je razdeljena na štiri dele:

V uvodu smo predstavili teoretična izhodišča in identificirali raziskovalni problem. Predstavili smo namen in cilje, formirali hipoteze ter opredelili omejitve in predpostavke pri obravnavanju problema.

V drugem delu smo predstavili kakovost storitve, dejavnike kakovosti zdravstvene storitve, izvajalce zdravstvene dejavnosti in teoretično opisali model managementa celovite kakovosti (TQM). S tem modelom se poudarja pomen zadovoljstva, potreb po novih zahtevah po kakovosti, učinkovitosti dela v zdravstvu, zadovoljstva uporabnikov, izboljšanje procesov, timskega dela in sodelovanje na vseh nivojih organiziranosti organizacije. Predstavili in analizirali smo dosedanje raziskave na temo kakovost zdravstvene storitve in podali sklepne opredelitve.

V tretjem delu, t. i. empiričnem delu, smo predstavili izide iz opravljene raziskave o dejavnih kakovosti, ki vplivajo na kakovost zdravstvene storitve.

V četrtem delu magistrske naloge smo povzeli sklepe iz celotne raziskave, podali prispevek k stroki in predloge za nadaljnje raziskovanje.

1.1 Opredelitev obravnavanega problema

Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeljuje *storitev* kot naročeno delo, ki se ga opravi za nekoga, navadno za plačilo (SSKJ 1995, 1317). Storitve so procesi, ki jih za druge opravljajo ljudje. Tudi za kakovost storitev je pomembno njihovo prilagajanje potrebam posameznih uporabnikov. Kakovost je dinamičen, zapleten sestav njihovih medsebojnih odnosov: fizičnih, psiholoških in drugih dejavnikov, ki jih doživljajo posamezni uporabniki (Snoj 1998, 47, 160). Kakovost je lastnost storitve, s katero presojo, ali je določena storitev dosegla namen ali ni (Kersnik 1998, 21).

Kakovost storitve je nekakšno zaupanje v pomenu obojestranskega pozitivnega priznanja. Uporabniki oblikujejo svoje ravni zadovoljstva tako, da primerjajo predhodna pričakovanja v zvezi z ravno izvajanja izdelka ali storitve (v nadaljevanju: proizvod) ter procesa z dejansko zaznavo te. Na nastajanje in zadovoljevanje potreb ljudi vpliva splet dejavnikov, ki jih lahko delimo na: ljudem lastne (osebne) dejavnike in dejavnike, ki delujejo iz okolja (Snoj 1998, 26, 83).

Zadovoljstvo uporabnika s proizvodom ali procesom je še posebej zahtevno, saj ima vsak posameznik različna pričakovanja v zvezi s kakovostjo (Marolt in Gomišček 2005, 142). Zadovoljstvo uporabnikov s proizvodom ali procesom se meri kot razlika med vrednostjo, ki jo uporabniki pričakujejo od proizvoda ali procesa in dejansko zaznana vrednostjo proizvoda ali procesa ob nakupu ali uporabi (Snoj 1998, 29).

Na drugi strani pa na primer s poslovno-organizacijskim modelom poudarjamo predvsem pomen merjenja zadovoljstva uporabnikov, zaradi spremenjenih potreb, pričakovanj uporabnikov in novih zahtev po kakovosti in učinkovitosti dela v zdravstvu (Bohinc 1999, 159–163).

Kakovostno zdravje ljudi je za državo tako pomembna vrednota, da organizira zdravstveno službo kot javno službo. Z zakoni uredi obseg in kakovost pravic iz javnega zdravstvenega zavarovanja na raven, ki ustreza uravnoveženemu ekonomskemu in socialnemu razvoju celotne družbe ter kulturni tradiciji na področju zdravstvenega varstva (Česen 2003, 23).

V Sloveniji nimamo tradicije systemskega pristopa h kakovosti in varnosti v zdravstvu. Uveljavitev takega poslovno-organizacijskega sistema naj bi bila strateška odločitev izvajalcev zdravstvene dejavnosti. Opredelitve kakovosti v zdravstvu so različne. Za uporabnika je najpomembnejši njegov zdravstveni izid, pri čemer ne gre zgolj za ozko tehnične izide zdravljenja, temveč za funkcionalni vidik in kakovost pacientovega življenja v zvezi z njegovim zdravljenjem. Zaradi tega je najbližja definicija kakovosti v zdravstvu Inštituta za medicino Združenih držav Amerike, ki navaja: *da je kakovostna zdravstvena storitev tista, ki posameznikom in prebivalstvu zagotovi izide zdravljenja skladno s trenutnim strokovnim znanjem*. V državah Evropske unije so zahteve po zagotavljanju in nenehnem izboljševanju varnosti zdravstvene obravnave kot prednostne. Osredinjenost na uporabnika zagotavlja: spoštovanje uporabnikovih vrednot, zdravljenje, povezovanje in nepretrganost zdravstvene obravnave, *obveščenost*, udobno okolje, stik s svojci in prijatelji ter drugimi izbranimi osebami (ali zdravimo uporabnike tako, kot bi zdravili lastne starše ali lastne otroke?) (Robida et al. 2006, 20–25).

Zadovoljevanje potreb uporabnikov glede izboljšanja zdravstvenega stanja je v glavnem odvisno od stopnje uporabe zdravstvenih storitev in njene učinkovitosti (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 191). Kakovost poslovno-organizacijskega sistema zdravstvenega

varstva merimo po *dostopnosti, dosegljivosti in pravičnosti zdravstvene storitve*, ki jo sistem omogoča (Kersnik 1998, 86).

Komuniciranje ima pomembno vlogo pri izkušnji uporabnikov s storitvami. Uporabnik storitve je aktiven udeleženec v procesu izvajanja storitve (Snoj 1998, 80–82). Za uspešno komuniciranje na področju zdravstvenega varstva je treba razumeti mrežo partnerjev, družbene podsisteme in njihove različne logike delovanja (Verčič 2007, 45). Zdravstveno komuniciranje je strateški pristop za *informiranje javnosti* o zdravstvenih problemih (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 295–297).

Kakovostne zdravstvene obravnave so osnovna človekova pravica, ki jo priznavajo in spoštujejo v Evropski uniji in njenih inštitucijah. V skladu s tem izhodiščem imajo uporabniki pravico pričakovati *varnost* in *varno* zdravstveno storitev (Kalčina in Močnik Drnovšek 2005, 37).

Zadovoljstvo uporabnikov je družbeni izid, ki pokaže, do kakšne mere so uresničene želje in potrebe bolnikov (Kersnik 1999, 389–394). Pri upoštevanju uporabnikovih želja in potreb ne gre za odnos kupec – prodajalec ali stranka – izvajalec, ko si stranka izmišlja, kaj bi rada. Zdravstvene storitve temeljijo na tistih vidikih, ki jih uporabniki zlahka zaznajo (Robida 2009, 25–26).

Otrokove pravice na področju zdravstva so sestavina celotnega odnosa države do razvojnih možnosti otroka in mladostnika, njunih potreb in interesov do njunih pravic. Država za otroke in mladostnike/ce zagotavlja v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja različne preventivne dejavnosti. Nacionalni preventivni program za otroke in mladostnike je zapisan v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS 22/09) (Brcar in Černač Meglič 2008, 5 in 20).

Program cepljenja z dobro opredeljenimi nameni in cilji predstavlja enega od najpomembnejših javnozdravstvenih preventivnih programov v državi. Za vključitev cepljenja v rutinski program je ključni kriterij korist za javno zdravje, njegova stroškovna učinkovitost pa ne sme biti odločujoči kriterij (Kraigher 2007, 51). Javnozdravstveni preventivni program (cepljenje) je opredeljen v Zakonu o nalezljivih boleznih (Ur. l. RS, št. 33/06 – UPB1), ki je tudi podlaga za Pravilnik o odločitvi Programa cepljenja in zaščiti z zdravili za leto 2014 (Ur. l. RS, št. 38/14). Slednji opredeljuje določena cepljenja predšolskih in šolskih otrok kot obvezna ter določa plačnika, to pa je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 91/07).

Pri analiziranju pregledne literature s področja dejavnikov kakovosti zdravstvene storitve z vidika neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok smo ugotovili, da na tem področju še ni bilo opravljenih podobnih raziskav v Sloveniji, ki bi temeljila na tej problematiki. Podobna raziskava je bila v izvedena v letih 2008 in 2009 v Kanadi. Na trg sta prišli dve novi

samoplačniški cepivi za rotavirusno okužbo (črevesna okužba). V istem obdobju, ko se jim je ta zdravstvena storitev v državi v povprečju znižala za 20 %, so že imeli izdelan protokol za izvajanje raziskave. Anketa je temeljila na teoriji načrtovanega vedenja, da ugotovijo, kateri so tisti dejavniki, ki vplivajo na odločitve in kako starši otrok dojemajo to zdravstveno storitev (cepljenje). Raziskavo so naredili na vzorcu 2.165 staršev otrok. Zato nam je ta ugotovitev tudi predstavljala vrzel v znanju in strokovni izziv, da se raziščejo dejavniki kakovosti zdravstvene storitve.

Zaradi vsega navedenega ter ugotovljenega smo se odločili za raziskavo o dejavnikih, ki vplivajo na kakovost zdravstvene storitve in zadovoljstvo uporabnikov z vidika neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok. Namen naše raziskave je ugotoviti, kateri so tisti dejavniki, ki vplivajo na uporabnike glede na prepričanje in odločitev za izbrano zdravstveno storitev.

1.2 Namen, cilji in hipoteze naloge

Namen

Namen raziskave je na podlagi pregleda domače in tuje strokovne literature s področja kakovosti storitev opraviti empirično raziskavo, ugotoviti, kateri dejavniki vplivajo na starše otrok, da se odločijo za neobvezno (samoplačniško) cepljenje ter podati predloge za izboljšave.

Cilji

1. Sistematičen pregled 143 bibliografskih enot domače in tuje strokovne literature s področja kakovosti storitve v zdravstveni dejavnosti.
2. Izvedba empirične raziskave o vplivu dejavnikov kakovosti storitve na njihovo odločitev za neobvezno (samoplačniško) cepljenje na vzorcu 500 naključnih izbranih staršev otrok.
3. Na podlagi ugotovitve iz teoretičnega dela raziskave ter izida iz empiričnega dela raziskave podati predloge ukrepov za bolj kakovostno zdravstveno storitev.

Hipoteze

Na podlagi sistematičnega pregleda domače in tuje strokovne literature, identificiranega problema, namena ter ciljev naloge smo formirali naslednje hipoteze:

- H1: Odnos do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja je povezan z virom informacij, s pomočjo katerega so bile pridobljene informacije o cepljenju.

- H2: Uspešno obveščanje zdravstvenih institucij o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj, je pozitivno povezano z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.
- H3: Mnenje o obveznosti, varnosti, učinkovitosti cepljenja in dostopnost neobveznega cepljenja, je povezano z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.
- H4: Demografski dejavniki so povezani z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.

1.3 Uporabljene raziskovalne metode in merski instrument

Magistrska naloga je sestavljena iz teoretičnega in empiričnega dela.

V teoretičnem delu smo uporabili opisno metodo, in sicer metodo deskripcije (opisovanje domače in tuje strokovne literature, strokovnih in znanstvenih člankov, knjig, zbornikov s področja kakovosti storitve, dejavnikov kakovosti, kakovosti zdravstvene storitve, zadovoljstva uporabnikov in poslovno-organizacijskega modela v zdravstvu ter metodo kompilacije, kot ju opisuje Zelenika (2000, 338–339). V teoretičnem delu raziskave smo proučili 143 bibliografskih enot literature in virov (člankov iz strokovnih, knjig, prispevkov, zbornikov, strokovnih srečanj itd).

Empirični del raziskave smo izvedli s pomočjo kvantitativne metodologije, kot jo opisujejo Easterby Smith, Thorpe in Lowe (2007, 163). Za zbiranje podatkov smo uporabili tehniko anketiranja uporabnikov s pomočjo ankete, ki nam je služila kot merski inštrument. Pri sestavljanju vprašanj smo sledili namenu, ciljem in hipotezam raziskave.

Za zbiranje podatkov smo uporabili vprašanja zaprtega tipa, in sicer so bili odgovori določeni vnaprej. Anketiranci so na trditve hitreje odgovorili in pridobili smo si tudi bolj natančno analizo odgovorov.

Populacijo predstavljajo starši zdravih otrok, starih od treh mesecev do petih let (predšolska doba).

Vzorec se je zbiral v primarnem zdravstvenem varstvu, in sicer v naslednjih ustanovah: Zdravstveni dom (ZD) Ljubljana, enota Center, oddelek zdravstvenega varstva otrok in mladine, ZD Ljubljana, enota Bežigrad, oddelek zdravstvenega varstva predšolskih otrok, ZD Litija, oddelek zdravstvenega varstva otrok in mladine, ZD Ivančna Gorica, v otroškem in šolskem dispanzerju, ZD dr. Božidarja Lavriča Cerknica, otroške in šolske ambulante, Dispanzer za otroke in mladostnike, d. o. o., Žalec in ZD dr. Julija Polca Kamnik, dispanzer za otroke in šolarje.

V anketiranje smo zajeli 500 staršev otrok, ki so pripeljali svoje zdrave otroke, stare od treh do petih leti (predšolsko obdobje), v otroški dispanzer ZD. V otroški dispanzer ZD so bili

vabljeni zaradi pregleda in ocene o napredovanju v razvoju. Ob pregledu se izvajajo še obvezna cepljenja.

Pri izvedbi ankete smo pričakovali od 20 do 40 % odzivnost, kot jo navaja Flere (2000, 128), dejanski odziv anketirancev je bil 92 %.

Merski instrument

Raziskavo smo opravili s pomočjo ankete, ki je obsegala vprašanja zaprtega tipa in z vnaprej pripravljenimi odgovori.

Zdravstveni sodelavci so vse starše pred ali po opravljenemu pregledu povabili k sodelovanju, da izpolnijo vprašalnik v tiskani obliki.

Odnos do neobveznega, samoplačniškega cepljenja smo merili z dvema vprašanjema, in sicer: *Ali ste se že oziroma se še nameravate odločiti za neobvezno samoplačniško cepljenje?* Anketiranci so na vprašalniku obkrožili naslednje odgovore (Da, sem že cepil oziroma nameravam v bližnji prihodnosti, NE in ne nameravam v bližnji prihodnosti in Brez odgovora).

V kolikšni meri bi neobvezno samoplačniško cepljenje priporočili svojim prijateljem in znancem? Uporabniki so ocenjevali na lestvici od 0 (sploh ne bi priporočil) do 10 (zagotovo bi priporočil).

V tretjem sklopu vprašalnika smo navedli sedem virov informacij o zdravstveni storitvi. Anketirance so odgovarjali s pomočjo Likertove 5-stopenjske lestvice od 1 (sploh nisem pridobil informacij) do 5 (pridobil sem veliko informacij). Spraševali smo jih o virih informacij: *zdravnik-pediater, priporočila družine, prijateljev in znancev, medicinske sestre, iz knjig, časopisov, revij, preko medijev in s pomočjo drugih zdravstvenih organizacij.*

Četrty sklop vprašanj: Anketiranci so s pomočjo Likertove 5-stopenjske lestvice od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam) ocenjevali osem trditev, ki se navezujejo na samoplačniško zdravstveno storitev in trditve, ki so se nanašale na informiranje staršev o cepljenju: *Obvezno cepljenje otrok naj še vedno ostane del zdravstvene storitve; Država bi morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj samoplačniška; Na pediatričnem oddelku ZD opazijo na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotke, vabila na razna predavanja o otroku ipd.); Zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD me redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj; Na pediatričnem oddelku ZD je dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja); Cepljenje (obvezno in neobvezno ali samoplačniško) je učinkovito;*

Cepljenje (obvezno in neobvezno ali samoplačniško) je varno; Cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja je ustrezna.

Zadnji sklop vprašalnika je sestavljen iz demografskih vprašanj, in sicer smo anketirance vprašali: *po spolu, starosti, izobrazbi, številu otrok, okolju, v katerem živijo (mestno, primestno, na podeželju), o skupnem mesečnem družinskem dohodku in sorodstvenem razmerju, ki ga imajo do otroka, ki so ga pripeljali na preventivni pregled (starš, sorodnik, skrbnik ipd.).*

1.4 Predpostavke in omejitve pri obravnavanju primera

Raziskava temelji na naslednjih omejitvah in predpostavkah:

- Omejitve pri raziskavi lahko predstavlja subjektivno izbrana strokovna literatura.
- Vzorec je reprezentativen in je zajel starše zdravih otrok, starih od treh mesecev do petih let (predšolska doba), ki so prišli v ZD na pregled ali po oceno v razvoju.
- Ocenjevali smo le uporabnika in njegova pričakovanja v zvezi s samoplačniško zdravstveno storitvijo in potek informacije in komunikacije med uporabnikom in izvajalcem.
- Izid raziskave ne bo mogoče posploševati na celotno populacijo.
- Pridobiti smo želeli zadostno število sodelujočih in zadovoljivo izpolnjene anketne.
- Predpostavljamo, da so bili anketiranci pripravljeni sodelovati in da so bili njihovi odgovori verodostojni in so odražali njihova mnenja.
- Na tržišču se pojavljajo nova cepiva, katerih učinkovitost je podprta s strokovnimi dokazi, stroški storitve pa niso pokriti s strani zavarovalnice in so v celoti samoplačniški. Zato ta zdravstvena storitev zaradi stroškov pogojuje natančno načrtovanje in zaupanje uporabnikov do zdravstvenega sistema.
- Z izbranimi dejavniki kakovosti storitev (informiranje, komuniciranje, varnost, učinkovitost, dostopnost) želimo preveriti odnos staršev otrok do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.
- Management celovite kakovosti je zgolj eden izmed poslovno-organizacijskih modelov za izboljšanje delovanja organizacije, v našem primeru nepridobitne.

2 KAKOVOSTI STORITVE, DEJAVNIKI KAKOVOSTI IN ZADOVOLJSTVA UPORABNIKOV

Namen poglavja je predstaviti teoretična izhodišča kakovosti storitve, dejavnike, ki vplivajo na kakovost storitve in izvajalce storitve. V nadaljevanju smo opredelili dejavnike kakovosti, ki jih opisujejo avtorji in opisali poslovno-organizacijski model v zdravstvu. Teoretični del smo zaključili s predstavitvijo dosedanjih raziskav in s podanimi sklepi.

2.1 Pojmovanje kakovosti storitve

Kalčina (1998, 38) pravi:

»Kakovost je lastnost, zaradi katere je storitev sposobna zadovoljiti izražene ali nakazane potrebe.«

»Qualitas« izvira iz latinske besede in pomeni, da je nekaj sestavljeno, hkrati pa predstavlja, kakšne so v resnici storitve. Ishikawa (1989, 150) opredeljuje besedo »services« in pravi, da nekemu strežeš, vstopiš npr. v zdravstveno organizacijo, kar je neka vrsta storitve. Storitvena dejavnost je storitev, ki koristi zdravju in blaginji ljudi. V zdravstvu (zdravstveni domovi, bolnišnice ipd.) se nudijo »mehke« storitve (Robida 2009, 24).

(Trunk in Tavčar 1998, 54) pravita:

Kakovost je merilo, kazalnik in standard za uspešnost pri doseganju smotrov in ciljev v organizaciji. Namen in cilj uporabnika storitve je prejeti takšno storitev, ki naj bo z njegovimi pričakovanji. Kakovost storitve je obratno sorazmerna razliki med koristmi, ki jih pričakujejo in koristmi, ki jih dejansko zaznavajo uporabniki.

Na kakovost storitve ima človek kot načrtovalec, izvajalec in uporabnik dominanten vpliv. Poslovodstvo ima odgovornost za doseganje smotrov in ciljev kakovosti in nenehno izpopolnjevanje teh (Marolt 1994, 94–95). Kakovost naj bo vgrajena v vsak načrt in proces izvajanja, kot jo pričakuje uporabnik, da je z njo zadovoljen (Ishikawa 1989, 47 in 56). Pajntar in Leskošek (2002, 49–52) pravita, da se kakovost storitve na ravni izvajalcev izvaja tako: »*Da delajo prave stvari, na pravi način.*« Bohinc in Iršič (1998, 81–89) menita, da je kakovost skupek vseh dejavnikov v dejavnosti: kakovost poslovodstva, kakovost uporabnikov, kakovost stroke, kakovost izvajalcev, kjer se uporabnikom zagotavlja najboljšo možno storitev, ki jo potrebujejo.

Zahteve uporabnikov se hitro spreminjajo in zahtevajo vse višjo kakovost. Prvi korak h kakovosti je spoznati želje uporabnika, naslednji pa, kaj želi kupiti ali potrebuje (Ishikawa 1989, 69). Tržna organizacija naj bo usmerjena v kakovost in na uporabnika (Curry in Sinclair 2002, 197–205).

Dimenzije kakovosti so storitve, opravljene zanesljivo, strokovno, dostopno, dosegljivo. Zaposleni imajo potrebno znanje, so vljudni in spoštljivi. Komunikacija naj bo uporabnikom prilagojena tako, da so informirani in obveščeni o storitvi. Na voljo naj imajo vso potrebno gradivo za informiranje in dobro komunikacijo ter zaupajo osebju, ki izvaja storitev. Kakovost storitve naj bo varna in naj ne vsebuje tveganja (Snoj 1998, 162). Kakovost storitve ima naslednja merila: dostopnost, ustreznost, informiranost (uporabnike, zdravstvene strokovnjake, poslovodstvo), učinkovitost (glede na namen storitve), stališče uporabnikov (udeleženi pri odločanju) in njihovo zadovoljstvo (Fras in Pajntar 2002, 737–741).

Značilnosti kakovosti: zanesljivost, odzivnost, krepitev zaupanja med ponudnikom storitve in uporabnikom, kar so subjektivna dojetanja. Psihološka merila kakovosti so pod vplivom vrednot, pričakovanj, čustev in sposobnosti dojetanja (Macur 2013, 1703–1716). Kakovost sposobnost zadovoljevanja potreb in pričakovanj uporabnikov. Nakup storitve je odvisen od njihovega zadovoljstva (Bergman in Klefsjö 1994, 16, po Macur 2013, 1703–1716). Šuster Erjavec (2013, 2) meni, da je kakovost odvisna tudi od pričakovanj uporabnika.

2.1.1 *Storitev*

Kakovost je najpomembnejši element storitve (Lovelock in Wright 1999, 88), organizacija pa se naj potruži, da doseže ali preseže pričakovanje uporabnika. Kakovost postaja pomembnejša od same cene storitve, uporabnika naj zadovolji, mu nameni čas, da se lahko odloči za storitev in za to, kaj pričakuje od nje. Najvišje merilo pa je njegovo zadovoljstvo (Verbič 1994, 31–33). Pri novih storitvah naj bi organizacija zagotavljala učinkovitost in varnost (Kaplan in Norton 2000, 63).

Storitvene dejavnosti v zadnjih desetletjih doživljajo preobrazbo, tako kot izdelovalne dejavnosti, ki so bile tradicionalno regulirane s strani države: glede ponudbe, kakovosti, dostopnosti, geografske razporeditve in cene. S privatizacijo je omogočen hitrejši razvoj novih storitev, tudi v zdravstvu (Potočnik 2000, 13).

Vse potrebe izhajajo iz potreb uporabnikov. Potrebe ciljnih skupin pa izhajajo le kot sredstvo za zadovoljevanje potreb pri izmenjavi. Aktivnosti uporabnikov so: ustvarjanje informacij, komunikacije, potrebe in izvedba storitve (Snoj 2003, 6).

Glavne storitvene dejavnosti so: distribucija proizvodov in procesov, osebne storitve, zdravstvene storitve, državne in javne storitve oziroma nematerialne storitve (Marolt in Gomišček 2005, 138–139). Snaj (1998, 161) deli kakovost storitve na: iskano oz. fizično (opremljenost prostorov, oglaševanje ipd.) in izkustveno (vtis o zdravstveni storitvi, prijaznost osebja ipd.).

Potočnik (2000, 18–21, 158) storitev opredeli kot delovanje, ki ga ponuja uporabniku izvajalec storitve in je: neotipljiva, minljiva, nevidna in prilagojena zahtevam uporabnikov.

Ustvarja se neposreden stik med uporabnikom in izvajalcem. Kakovost storitve uporabniki težje prepoznajo, ker si jo vsak razlaga po svoje in se odraža v obliki razočaranja ali zadovoljstva. Storitve so neotipljive, v nasprotju z izdelki, ki jih lahko otipamo, vonjamo, slišimo ipd., oprijemljive, na primer tiste, katerih status se s storitvijo ne spremeni (zdravstveni domovi), in neoprijemljive (osebni stik s strokovnim osebjem, občutki uporabnika).

Povpraševanje po storitvah, ki so neposredno namenjene gospodinjstvu in njihovim družinskim članom, je povezano z demografskimi dejavniki: spol, starost, izobrazba, prebivališče, število družinskih članov, mesečni dohodek (Snoj 1998, 12).

2.1.2 Uporabniki

Uporabnik zazna kakovost na tri načine: »*Kaj dobi? Kako dobi? in Kakšna je podoba storitve v očeh uporabnika?*« (Verbič 1994, 34).

Vsak uporabnik ima različna pričakovanja glede storitve in ima tudi svoje lastne kriterije. Pri določenih vrstah storitev uporabnik nima vpliva, odločitev pa je njegova, ali bo storitev kupil ali ne (Marolt in Gomišček 2005, 139–142). Ule in Kline (1996, 16), pravita, da o razlikah med potrebami in željami ne sme odločati ne država, ne kultura, temveč notranji občutki, ki so pri vseh ljudeh enaki.

Vključevanje uporabnikov velikokrat oteži izvedbo storitve. Uporabniki imajo različna znanja, poznavanje storitve, različno kulturo obnašanja, kar lahko vpliva tudi na sam potek izvedbe storitve. Bolj ko so storitve strokovne, bolj so kritični tako do izvajalca kot tudi do njegovega ugleda (Snoj 1998, 43).

Uporabnik zazna kakovost kot zadovoljstvo, ta pa je odvisna od celotne ponudbe in od njenih sestavin: *kakovost, zadovoljstvo, vrednost in lojalnost* (Snoj 2003, 3). Zadovoljstvo in pričakovanje uporabnika sta odvisna od izvajalčevega znanja (storitve na podlagi znanja, za katere je značilno vlaganje v človeški kapital), strokovnosti, njegovega vedenja in komunikacijskih sposobnosti kot pa od storitve same. Uporabnik kakovost zdravstvene storitve težko oceni, ker ima premalo znanja, zato naj jo prepusti izvajalcu. Ocenjevanje kakovosti po istem avtorju se deli na iskano kakovost, kjer se uporabniki že pred začetkom nakupa pozanimajo o storitvi, in izkustveno kakovost, kjer uporabnik kakovost izkusi šele po nakupu oziroma med uporabo. Tako za izkustveno kot za iskano kakovost je značilno, da se uporabniki zanašajo na informacije »*od ust do ust*« ali pa se *osredotočijo na ceno storitve* (Potočnik 2000, 161, 23). Snaj (1998, 161) poudarja, da naj uporabniki upoštevajo bolj izkustveno kakovost pri uporabi storitve.

Storitev po Kotlerju (1996, 83) je aktivnost, ki jo lahko v menjavi z uporabniki ponujajo tudi drugim uporabnikom v lastništvo.

Uporabnik, ki je v neposrednem stiku z izvajalcem, že na začetku storitve osredotoča na »pričakovanje« in na koncu na »zaznavo«. Zaznavanje kakovosti storitve je odvisno tudi od poteka izvajanja in sodelovanja uporabnika pri vključevanju v proces izvajanja (Verbič 1994, 109–113). V danem trenutku je za uporabnika vrednost in korist to, kar zazna kot zadovoljevanje svojih potreb (Snoj 2003, 25–26). Če uporabnik zazna storitev tako, kot jo je pričakoval, presega koristi in je za njega kakovostna storitev. Nekakovostna je tista storitev, če je uporabnik razočaran in če ni bila izpeljana z njegovimi pričakovanji (Trunk in Tavčar 1998, 55). Uporabniki, ki ocenjujejo opravljeno storitev, težje opazijo in so občutljivi na: pravočasnost, točnost, prijaznost in izvajanje (Marolt 1994, 81–84).

Značilnosti uporabnika so: demografske, psihične in vedenjske. Vse te značilnosti pa so med seboj povezane. Obnašanje, zaznavanje, njegovo stališče spol, starost, njegov gospodinjiski dohodek in prebivališče imajo vpliv na njegovo objektivnost do storitve (Snoj 2003, 9). Uporabniki postajajo vse bolj zahtevni, imajo znanje in izobrazbo. Na izvajanje storitev vpliva tudi: odnos do uporabnika, komunikacija, osebe in okolje. Rezultat koristi je predvsem odvisen od vsega vpliva, ki deluje nanj (Trunk in Tavčar 1998, 43).

Sodelovanje uporabnikov je velikega pomena, še zlasti komuniciranje, izbira koristi za uporabnika, udeležba pri izvajanju in izražanje tako zadovoljstva kot nezadovoljstva po končni storitvi (Snoj 1998, 43). Na uporabnika vplivajo informacije, ki krožijo med uporabniki (Trunk in Tavčar 1998, 4).

(Potočnik 2000, 129–130) Odziv uporabnikov na storitve je različen, nekateri storitev poznajo, drugi ne ali jo celo odklanjajo. Poznavanje storitve in nakupnih navad uporabnike deli na: »Uporabniki so pripravljeni sprejeti novo storitev in jo tudi poznajo. V tej skupini so uporabniki z višjim dohodkom (takih je približno 2,5 %).« »Mlajši uporabniki so simpatizerji novosti (takih je pri nakupu od 10–15 %).« »70 % se za nakup odloči zaradi obveščenosti, na njih vplivata oglaševanje in kakovost.« in »Uporabniki, ki se ne morejo odločiti za nakup, pa je njihov glavni problem ekonomski.«

2.2 Opredelitev dejavnikov kakovosti storitve

Informacija je urejena forma, postavljena iz brezobličnosti v red, tako da je dosegljiva razumu. Biti informiran pomeni »*imeti pojem o čem*«. Informacijska družba temelji na razumevanju, znanju, obveščenosti ipd. in je njen skupni imenovalec (Kmecl 2002, 64–68). Slovar slovenskega knjižnega jezika opredeli komunikacijo (lat. *communicare*) kot sredstvo, ki omogoča: izmenjavo, posredovanje misli in informacije (SSKJ 1991, II. 393). Ule in Kline (1996, 75) pravita, da je sporazumevanje možno, če sta na obeh straneh uporabnika in se pogovarjata. Komuniciranje je odnos, kjer se izmenjuje znanje. Lasswellov model (5 K), ki ga še danes uporabljajo socialni psihologi, pravi: »*Kdo? (vir) Kaj? (sporočilo) Po katerem mediju? (kanal) Komu? (uporabnik) in s Kakšnim učinkom? (povratna informacija)*.«

2.2.1 *Komunikacija*

Kadivec in Šprajcar (2009, 1–6) poudarjata, da je medsebojno komuniciranje proces, v katerem vsi udeleženci sprejemajo, tolmačijo (interpretirajo) in pošiljajo sporočila z določenim namenom.

Ule in Kline (1996, 25) trdita:

Komunikacija spreminja vedenje ljudi zlasti, ko se spreminjajo stališča pri uporabnikih.

(Brajša 1994, 43) Komuniciranje je kot organiziranje, njegova glavna sestavina pa so medčloveški odnosi. Zbirajo se informacije, ki vplivajo na prisotne in se ponujajo naslednja vprašanja: »*Kdo komu kaj sporoča? S kakšnim namenom? in S kakšnim učinkom?*«.

Namen komuniciranja je informirati uporabnike z informacijami o storitvi, pridobijo naj si koristne informacije in jih posredujejo še drugim. Med njimi se izmenjujejo podatki ali mnenja. Medsebojna komunikacija je odvisna od velikosti števila uporabnikov, ki sodelujejo med seboj in od njihovega znanja (Možina, Tavčar, Zupan et al. 2004, 7). Komuniciranja je tudi vplivanje na odločitve uporabnika tako, da se ta odloči za nakup. Ciljne skupine imajo iste smotre in cilje pri pridobivanju informacij, ti so: oglaševanje, odnosi z javnostmi, publiciteta (Snoj 2003, 50). Socialno trženje je tisto, ki vpliva na ciljne skupine z enakimi cilji (Robida 2009, 179). Pri uspešnem komuniciranju se naj razišče ciljni trg in se tako sporoča, komu je sporočilo namenjeno (Potočnik 2000, 127–128).

Krošelj Naumov (1996, 109–117) poudarja kakovost komuniciranja, ki je dosežena takrat, ko je to popolno, pravočasno in prilagojeno trenutnemu smotru in cilju. Vsi uporabniki zaznavajo koristi s komuniciranjem in zadovoljstvom s pridobljenimi informacijami. Učinkovito komuniciranje naj ima zastavljene smotre in cilje, ob doseženih smotrih in ciljih je značilna manjša poraba sredstev. Vsebuje naj čim manj šumov, ki bi popačili informacije ali spremenili pomen. Na učinkovitost komuniciranja vplivajo: pravočasna, natančna navodila in povratne informacije.

Komunikacija je temeljno orodje nudenja kakovostne storitve, ki jo uporabniki uporabljajo za izmenjavo informacij, zato da so slišani, razumljeni in sprejeti (Perič et al. 2007, 261–265).

Milne in Oliver (1996, 439–445) sta prišla do ugotovitve, da ima komunikacija več načinov združevanja informacij: vsebinskega ali odnosnega, digitalnega ali analognega ali pa, da potekajo informacije na simetrični način in/ali so dobre ali slabe. Vec (2002, 67–80) pravi, da komunikacija poteka med dvema osebama in je odvisna od načina pošiljanja sporočila.

Potrebujejo se tudi informacije o izvajalcu, menita avtorja: Phillips in Bero (1996, 21–30) in sicer so sporočila namenjena uporabnikom, ki jih posredujejo naprej z nedvoumnimi nameni in spoštovanjem eden do drugega. Komunikacija se gradi na medosebnih odnosih, da imajo

bolj izobraženi uporabniki boljši socialni in ekonomski položaj, bolje razumejo in izrabljajo pridobljene informacije. Informacije naj bodo pridobljene na način, da ne prihaja do neenakosti in do nespoštovanja ali nesodelovanja med uporabniki.

Dvosmerna komunikacija vpliva na sogovornika: da se poslušata, razmišljata in govorita. Za učinkovito poslušanje je potrebno uporabnika usmeriti k izgovorjenim sporočilom, ga razčleniti, pojasniti in podati povratno informacijo (Brajša 1994, 116–119). Uporabnik naj bo izpostavljen sporočilu, tako da je nanj pozoren, ga zazna, predela, ohrani v spominu in ga dokončno oblikuje v odločitev (Ule in Kline 1996). Deli komunikacijo na: informativno (pri informativni se sprašuje in odgovarja), osebno (na osebni ravni se trdi) in apelativno (ta komunikacija se izraža v priznanju in v upanju) (Brajša 1994, 445–446).

Kakšne so uporabnikove navade, se izve iz njegovega vedenja in pogovora. Raziskave dokazujejo, da zelo malo vemo, kakšne so njihove navade (Postman 2001, 51).

Potočnik (2000, 127–128) omenja obliko in potek sporočila: ali po televiziji, radiu ali v časopisju. Metode komunikacij so: poster, interni časopis, elektronska pošta, telefon, sporočilo v obliki pisma, ustno (Robida 2009, 179). Množične komunikacije so: tisk, televizija, radio. Komunikacijo delita: na prenašanje informacij, izmenjavo idej in oblikovanje skupnih informacij (Ule in Kline 1996, 29, 54).

Komunikacija v organizaciji

Družbeni podsistemi (politični, gospodarski, zdravstveni, šolski ipd.) delujejo vsak po svoji presoji. Medijski podsistem ima naslednje dejavnike: novinarje, oglaševalce in uporabnike. Na uspešno komuniciranje vplivajo odločitve, ki se prenašajo na vse nivoje (Verčič 2007, 45).

Organizacija z oglaševanjem in s promocijo ustvarja določena pričakovanja in odgovornost. Namen komuniciranja je: obveščanje uporabnikov o dejavnosti v organizaciji, prepričevanje uporabnika (Marolt in Gomišček 2005, 143). Komunikacija v organizaciji vključuje združevanje, zavedanje, sodelovanje in sporočanje uporabnikom, kar je pogoj za njeno uspešno delovanje in za doseganje smotrov in ciljev. Več informacij ter dobra in uspešna komunikacija prispevajo k temu, da se uporabniki strinjajo o bistvenih sestavinah (Brajša 1994, 50–51). Poslovodstvo v organizacijah naj bi v delovnem okolju vzpostavilo dobro komunikacijo, da zagotavlja uporabnikom zadovoljstvo, varno in nemoteno pridobivanje informacij. Uporabniki komunicirajo z zdravstvenim sistemom in pričakujejo, da bo njihova storitev potekala varno, kakovostno in z neponavljajočimi informacijami (Kersnik 2008, 39–42). Za to je pomembno, da jim zdravstveni delavci ponudijo popolne in jasne informacije (Kalčina 1998, 1–47).

Medsebojni vpliv med organizacijo in uporabnikom pomeni, da v organizaciji poskušajo ustreči željam uporabnika in se prilagoditi njegovim potrebam in obratno (komunikator – prejemnik – komunikator – prejemnik) (Ule in Kline 1996, 119).

Zadovoljstvo s komunikacijo

Zakon o zdravstveni dejavnosti v 47. členu govori o ustreznem komuniciranju zdravstvenih delavcev. V zdravstvu so postavljeni standardi v zvezi s komunikacijo, ki jih naj bi v organizaciji izvajali v različnih oblikah, skupaj z uporabniki. Ti so: informacije o storitvi in povratne informacije uporabnikov (Kadivec in Šprajcar 2009, 1–6). 103. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti pravi, da naj zdravstveni delavec upošteva uporabnikovo dostojanstvo in njegovo osebnost (Ružič Koželj 2004, 1–28).

V sodobni medicini obstajajo trije modeli odnosa med zdravnikom in uporabnikom: 1. Paternalistični model (mnenje, da samo zdravnik lahko pomaga), 2. Pogodbeni model (zdravnik je kot ponudnik storitve, uporabnik pa povpraševalec. Običajno se take storitve tudi plačajo in so podvržene ekonomski logiki) in 3. Partnerski model (zdravnik in uporabnik sodelujeta do konca storitve, tako sta si enakovredna partnerja). Odnos je razdeljen na tri dele: razvoj dobrega odnosa med zdravnikom in uporabnikom, pridobivanje informacij o storitvi in izmenjava informacij (Pesjak 2007, 38–45).

Uporabniki bolj zaupajo zdravstveni storitvi, če imajo uspešno komunikacijo z zdravstvenimi sodelavci, jim bolj zaupajo in cenijo njihovo strokovnost. Nezadovoljstvo se pokaže ob pomanjkljivi komunikaciji med zdravstvenim osebjem in uporabniki (Hass et al. 2005, 2063–2068).

Komunikacija v zdravstvu poteka med zdravstvenimi delavci in uporabniki zdravstvene storitve znotraj zdravstvenih ustanov in ima vpliv na njihove medosebne odnose. Za ustrezne informacije sta potrebni strokovna priprava na vprašanja, ki jih postavijo uporabniki in spretnost pri odgovorih zdravstvenih delavcev (Entwistle et al. 1996, 425–437). Dobra komunikacija je v pomoč zdravniku, uporabnik pa na bi zaupal njegovim navodilom in posledično bi bilo manj pritožb na storitev (Ružič Koželj 2004, 1–28). Uporabniki menijo, da je zdravnik najbolj pomemben, zaupanja vreden vir zdravstvenih informacij (Evens in McNeill 2004, 2515).

Payne in Walker (2002, 86–90) menita, da uporabnik pogosto nima na voljo vseh podatkov ali pa jih celo ne razume, kar vpliva na njegovo učinkovitost odločanja. Če se uporabniki odločijo za storitev, govorimo: da razumejo podane informacije, prepoznajo osebne vrednote, združujejo informacije, odločajo v procesu prepoznavanja in razumevanja zdravstvenih vsebin. Avtorji Entwistle et al. (1996, 425–437) trdijo, da vsebuje vpliv na zadovoljstvo tudi

že samo uporabnikovo mnenje, večje od sodelovanja pri odločitvi. Uporabniki želijo sodelovati pri storitvi, ne želijo pa sprejemati odgovornosti in končne odločitve.

Motnje v komunikaciji so: pomanjkanje časa zdravstvenih delavcev pri podajanju informacij uporabnikom, slabo posredovanje informacij s strani zdravnika, ko uporabnik več ve o storitvi (Pesjak 2007, 38–45). Zdravstveni strokovnjaki s pomanjkljivo sposobnostjo komunikacije velikokrat uporabnikom ponudijo raje razne brošure, kjer so napisani zapleti, na katere se naleti pri storitvi, namesto da bi jim razložili prave lastnosti storitve (Gadžijev 2001, 56–57).

2.2.2 Informacija ali obveščanje ali sporočilo

Pajnkihar (2009, 23–29) pravi:

Informiranje in vključevanje uporabnikov ter njihovih svojcev v storitev skrajšuje zdravstveno obravnavo na primarni ravni in ima vpliv na: zniževanje stroškov storitve, povečanje stroškovne učinkovitosti zdravstvenega sistema. Z informiranjem in aktivno vlogo uporabnika se krepi njegovo zaupanje v sistem, odločanje, odgovornost, spoštovanje in dostojanstvo.

Sporočilo je skupina verbalnih in neverbalnih znakov, ki sestavljajo informacijo, tako da jo ena oseba prenese na drugo, trdita Možina in Damjan (1994, 558–600). Informacija je namensko usmerjena na uporabnika, tako da se lažje odloči za storitev. Informacija naj vsebuje pravilne znake in ima pravo vsebino (Gričar 1994, 706–742). Sporočilo vsebuje informacije, ki jih pošiljatelj prenese prejemniku. Lahko pa nastajajo motnje, ki znižujejo učinkovitost in ovirajo natančen prenos sporočila. Informacije naj obsegajo omejen prenos sporočil, da si jih uporabnik lahko naenkrat zapomni. Veliko ljudi si ne more zapomniti niti sedem števil ali besed, zato naj bodo informacije v slikovnem sporočilu, ker jim je slika razumljivejša kot besedna oblika (Tavčar 2002, 274–276). Snoj (1998, 85) pravi, da so viri informacij, ki jih zaznajo uporabniki, preden se odločijo za nakup, povezani s spominom. (Robida 2009, 69) Uporabniki željo sodelovati in želijo biti obveščeni o storitvi. (Verčič 2007, 45) Najbolj so pozorni na tista sporočila, ki jim ne kazijo samopodobe.

Odločitev uporabnika je pogojena s finančnim, psihološkim in socialnim tveganjem. Odvisno je, kje si uporabnik išče informacijo. Če ima uporabnik večje prihodke, išče manj informacij kot tisti z nižjimi dohodki. Uporabniki z višjo izobrazbo zaupajo v lastno sposobnost iskanja kakovostnih informacij (Ule in Kline 1996, 228–232). Kakovostne informacije so osnova za odločanje in temeljijo na: prepoznavanju večjih količin informacij, ki prispevajo k boljši odločitvi (Phillips in Bero 1996, 21–30).

Viri informacij so: oglaševanje (ki se razlikuje glede na vrsto storitve), potrošniške informacije (uporabnik ima zaupanje do organizacij, ki mu izdajo priporočila) in socialni stiki (prijatelji, znanci, člani družine, ki so pomemben vir informacij in tisti, ki imajo znanje ali izkušnje) (Ule in Kline 1996, 228–232).

Povratna informacija služi tako uporabniku kot organizaciji za oceno kakovosti. Metode, ki se jih poslužuje, so: ankete, pritožne knjige, pohvale ipd. (Marolt 1994, 89–90).

Ovire pri informacijah

Uporabniku se pri odločanju pojavljajo naslednje ovire: previsoki stroški izvajalcev, vsaka dodatna odvečna informacija lahko uporabnika preveč obremenjuje, nastopi strah pred odločitvijo, preveč avtoritativna vloga zdravnika. Priporoča se, da se usmerja na uporabnika in vključuje njegove želje. Uporabnik se vključuje v zdravstveno storitev tako, da se zmanjšuje možnost nesporazumov, ki izhajajo iz slabe informiranosti (Štern 2001, 107, 35). Organizacija naj se na uporabnikovo mnenje odzove z odgovorom in popravi napako. Izboljšana kakovost storitve se pokaže v zadovoljstvu uporabnika, tako da se ne počuti prizadetega ali razočaranega (Marolt in Gomišček 2005, 145).

2.2.3 Ravni komunikacije

Komuniciranje je besedno (govorno in pisno) ali nebesedno. Govorno komuniciranje obsega nagovore, formalizirane razgovore med dvema osebama, razgovore v skupini oziroma neformalne govorice. Govorno komuniciranje ima naslednje prednosti: je hitro, običajno obsega povratno informacijo in omogoča sočasno komuniciranje z več ljudmi. Slabosti govornega komuniciranja pa so, kadar se prenaša večji sklop sporočil in sodeluje večje število uporabnikov (Tavčar 2002, 272).

Komunikacija se razvršča v dve skupini: osebni in neosebni komunikacijski kanal. Osebni komunikacijski kanal je medosebni stik med posamezniki ali skupinami iz ciljne skupine. Loči jih socialni komunikacijski kanal, kamor sodijo: znanci, prijatelji, sodelavci, sorodniki, člani družine, ki sporočajo »od ust do ust«. Takšno širjenje govoric vsebuje pomemben vir informacij. Neosebni kanal se nanaša na množične medije ali množično komuniciranje. Sporočila se pošilja velikemu številu uporabnikom. Delijo se na: tiskane (dnevnike, letake, direktno pošto, plakate) in elektronske medije (televizija, radio, multimedijско omrežje – na primer: internetno omrežje) (Ule in Kline 1996, 66–67).

Osebna komunikacijska pot

Uporabniku je osebno informiranje bližje kot pa pridobljene informacije preko množičnih medijev. Osebni stik je bolj neposreden, ker se z uporabno vrednostjo storitve sooči preko izvajalca storitve (Snoj 1998, 85). Ule in Kline (1996, 230) menita, da se uporabniki pri storitvah bolj zanašajo na osebne vire informacij.

Množična komunikacija ali neosebna komunikacijska pot

Namen informacije je usmerjen v osebo, ki komunicira v kibernetnem in fizičnem prostoru in se medsebojno prepleta z drugimi, zato prihaja do medsebojnega združevanja uporabnikov z enakimi ali s podobnimi izkušnjami. Merilo uspešnosti je količina prenesenih informacij (Lenarčič 2010, 454–468). Po mnenju Škerlepa (1998, 1–21) se komunikacija deli na: medsebojno komuniciranje, skupinsko ali mrežno komuniciranje v razmerju mnogi z mnogimi ali komuniciranje v razmerju eden z mnogimi. (Postman 2001, 149) Informacije, mediji in uporabniki vplivajo drug na drugega in imajo medsebojni vpliv.

Avtor Fuchs (2008, 21, po Oblak Črnič in Prodnik 2012, 51–70) trdi, da se ustvarjajo strukturne neenakosti med uporabniki, ki dostopajo do novih tehnologij. Pri dostopanju prihaja do neenakosti tudi zaradi: družinskega statusa, spola, starosti, jezika, prostora (ruralni oziroma mestni ali urbani), višjega dohodka ali višje izobrazbe.

Komunikacija poteka na neosebni ravni, preko sporočil v tisku (časopisi, revije), po radiu ali televiziji, preko računalniških povezav, interneta ipd. Javna sredstva obveščanja (časopisi, radio, televizija) omogočajo prenos sporočil. Pri reklamnih sporočilih (oglas, prospekt) so za sporočila pomembne ciljne skupine, ki jim je sporočilo namenjeno (Potočnik 2000, 126, 134). Prednost ima pisno komuniciranje, ker zagotavlja trajnost, jasnost in nazornost sporočila in se ga kasneje tudi preveri. Pisna sporočila pa imajo slabosti, saj za izvedbo v končno obliko potrebujejo več časa (Tavčar 2002, 272).

Digitalna komunikacija

Današnja družba je globalno izpostavljena vplivom razvoja raznovrstnih tehnologij. Omrežna struktura je sestavljena iz raznovrstnih informacij, simbolov, tokov, ki pa so povezava do omrežne družbe (od posameznika do skupin in organizacij). Internetno komuniciranje se obravnava kot medosebno komuniciranje, ki prihaja v vsakdanje družbeno življenje (Lenarčič 2010, 454–468). Računalniška komunikacija je razdeljena v modele, ki so običajno enosmerni, prevladujoče pa je asinhrono komuniciranje. Za uporabnika obstajata dve vlogi: pasivna in aktivna, ki pa sta med seboj tesno povezani. Pri internetnem mediju ne gre samo za komunikacijo med računalnikom, ampak poteka interakcija med uporabnikom in računalnikom (Škerlep 1998, 1–21). Oblak (2000, 1052–1068) pravi, da ne gre samo za povezavo med strojem in za »šviganje« informacij, ampak gre za povezovanje uporabnikov z drugimi uporabniki. (Atanasova in Petrič 2014, 85–106) Računalniško posredovana informacija ne odraža samo družbenih odnosov, ampak se vzpostavlja družbeni odnos, ki ohranja posameznika ali skupino, ki si med seboj izmenjujejo informacije, izkušnje ipd.

Digitalni mediji omogočajo hitrejšo in boljše dvosmerno komunikacijo v primerjavi s tradicionalnimi mediji. Z različnimi komunikacijskimi orodji nastajajo skupine, ki

uveljavljajo svoje interese. Nastopa kot »množični komunikator« in s kakovostnimi vsebinami pritegne množično občinstvo. V množične medije se uvrščajo organizacije, ki imajo specializirane vsebine in distribucijo komunikacijskih vsebin. Njihov namen je osveščanje uporabnikov oziroma informiranje (Škerlep 1998, 1–21).

Oglaševalsko komuniciranje

Je plačana neosebna komunikacija z uporabnikom. Z oglaševanjem organizacija uporabnike pravočasno obvešča, prepričuje, opozarja, informira o storitvi (televizija, radio, internet). Na tak način skuša vplivati na uporabnike, da kupijo storitev (Potočnik (2000, 133). (Ule in Kline 1996, 71) Namen tržnega komuniciranja je vplivanje na uporabnike, da postanejo dejavni in kupijo oglaševano storitev.

Namen oglaševanja je informiranje večje množice uporabnikov o storitvi (Snoj 2003, 51). Ne omogoča pa takojšnje povratne reakcije uporabnika, kakor tudi ne povratne komunikacije, pravi isti avtor (1998, 85). Oglaševanje kaže na kakovost storitve in usmerja neodločene uporabnike na nove storitve (Potočnik 2000, 133).

Plakati uporabnike obveščajo o storitvah. Tiskani (časopisi, knjige, brošure) in elektronski komunikacijski mediji (radio, televizija, osebni računalniki) so nosilci informacij v svetovnem trženju in prenašalci informacij. (Ule in Kline 1996, 166) Pomen oglaševanja ali drugega sporočila ni v samem sporočilu, temveč je na uporabnikih, ki ga vidijo in si ga razlagajo po svoje (Postman 2001, 63).

Odnosi z javnostmi in publiciteta

Publiciteta je neplačano sporočilo (v dnevnem časopisju, članki v časnikih, televizija in ugodne govorice med uporabniki) o dejavnosti organizacije in njenih storitvah (Možina, Tavčar, Zupan et al. 2004, 31).

Odnosi z javnostmi in publiciteta naj bodo usmerjeni na smotre in cilje, ki si jih zastavi organizacija. Oglaševanje preko množičnih medijev, kot tudi komunikacija z odnosi z javnostmi, ne omogočajo takojšnje povratne informacije, kot si bi jo želeli uporabniki. Avtor pravi, da gre za poizkus identificiranja in prilagajanje organizacije uporabnikom (Snoj 2003, 52–54).

Organizacija želi doseči smoter in cilj in se poslužuje stikov, ki so namenjeni posameznikom in celotni javnosti. Uporabnikom sporoča: da bolje spoznajo storitev in/ali da spremenijo negativno mnenje o storitvi, ali da si ustvarijo mnenje o organizaciji. Učinkovitost oglaševanja organizacije povzroči: psihološke učinke (vzpodbudi uporabnikovo mnenje in stališče, ki vpliva na njegov nakup), fiziološke učinke (sporočilo vzbudi pri uporabniku

pozornost, da ga sliši ali vidi) in prodajne učinke, ki se pokažejo pri porabi storitve in finančnem učinku organizacije (Potočnik 2000, 140–141).

2.2.4 Zadovoljstvo uporabnikov

Zadovoljstvo po Andreassenu (2000, 156–175) je (lat. »satis«), kar pomeni *dovolj* in (lat. »facere«), kar pomeni *narediti* oziroma *izdelati*.

Pričakovanja se spreminjajo in razlikujejo glede na vsakega posameznika. Vrednost storitve je razlika med kakovostjo in njeno ceno ali: vrednost storitve = kakovost storitve – cena kakovosti (Potočnik 2000, 187). Vrednost izdelka, njegova uporaba in izbira storitve vplivajo na zadovoljstvo. Subjektivna ocena: uporabniki primerjajo, upoštevajo svoje potrebe ter vplivajo s priporočili (Snoj 2003, 27).

Fitzpatrick (1991, 887–889, po Bohinc 1999, 159–163) navaja, da je ocena zadovoljstva pomembna pri merjenju uspešnosti v zdravstvu. Uporabniki si želijo več informacij in sodelovanja pri načrtovanju zdravstvenega sistema. Merjenje zadovoljstva je nadaljevanje moralno-etičnih standardov, že zaradi uporabnikove koristi, ki izhaja iz Hipokratove prisege. Sodelovanje uporabnikov je značilno za demokratične države.

Uporabniki sodelujejo med zdravstveno storitvijo, soodločajo in sprejemajo odgovornost za lastno življenje. Zdravstveni delavci jim zagotavljajo informacije in znanje. Pravica uporabnika se nanaša na informiranje, vključuje se v zdravstveni proces, kar je zapisano v Zakonu o pacientovih pravicah (Ur. l. RS št. 15/08). Pravica do informiranja je za uporabnika pomembna, saj se odloča na podlagi informacij (Pajnkihar 2009, 23–29). Zaupanje med uporabnikom in zdravstvenimi delavci naj vodi v kakovost v partnerskem odnosu (Tušek Bunc 2007, 10–13).

Vsak uporabnik ve, kaj je zadovoljstvo, definicija pa je naslednja: »*Takrat, kot da se ne ve, kaj je zadovoljstvo*«. Zadovoljstvo je kazalnik splošnega blagostanja v družbi in pozitivni kazalnik prihodnosti. Kakovost storitve je predhodnik zadovoljstva uporabnika, ki gre skozi proces storitve. Zadovoljstvo pride iz ponudbe ali pričakovanja in uporabnikove celostne ponakupne ocene, nezadovoljstvo pa izhaja iz razočaranja. Zadovoljstvo uporabnikov je čustveni odgovor, glede na njegove izkušnje ali pa posledica predhodnih pričakovanj oziroma preteklih izkušenj (Šuster Erjavec 2013, 1–13). Zadovoljstvo je bolj minljivo, začasno in emocionalno vezano na storitev (Snoj 2003, 35).

Zadovoljstvo uporabnikov in kakovost zdravstvene storitve sta tesno povezana med seboj in sta posledica večkratnega zadovoljstva, so mnenja avtorji: Choi et al. (2005, 140–149) in Dagger et al. (2007, 132–142). V današnjem času je komuniciranje vse bolj globalno in uporabnikovo internetno znanje vse večje. Ugotavlja se, da med zdravstvenimi delavci in uporabniki prihaja do vse večjega pomanjkanja kvalitetnih komunikacij, kar vodi v

nezadovoljstvo. Uporabniki so aktivni udeleženci pri sprejemanju odločitev (Židanik 2000, 26–34). Uporabniki so praviloma s storitvijo zadovoljni. Kadar pa to niso, imajo verjetno resne pripombe in/ali celo pritožbe (Kersnik 1998, 233).

Židanik (2000, 26–34) opredeljuje odnos med zdravstvenim osebjem in uporabnikom zdravstvene storitve in ga deli na: »Vzpostavitev odnosa (vzpostavitev začetnega odnosa s storitvijo, ki so jo priporočili znanci, sorodniki)«; »Faza vrednotenja (začetek stika z zdravstvenim delavcem, iskanje znakov, ki ga posreduje oseba, uporabnik ga primerja z drugimi na podlagi izkušenj in nato še v razgovoru s prijatelji, sorodniki ipd.)« in »Faza uravnoteženja (vzpostavitev medsebojnega odnosa z zdravstvenim delavcem, ali ustreza njegovim predstavam).«

Gazvoda (2004, 152–155) trdi, da na zadovoljstvo uporabnika vplivajo: zdravstveni sistem z izvajalci, zdravstvena ustanova z njenim delom, pretekle izkušnje, pridobljene informacije znancev, sorodnikov, družinskih članov, oglaševalska sporočila in značaj uporabnika. Na pričakovanje vplivajo: javno mnenje, mediji, oglaševanje. (Kersnik 1998, 233) Na zadovoljstvo vplivajo še: demografski dejavniki (spol, starost, izobrazba), zdravstveno stanje, pričakovanja in dostopnost, videz opreme, postopki zdravstvene storitve, naklonjenost, strokovnost zdravstvenega osebja.

Boljše sodelovanje z zdravstvenimi delavci in zadovoljstvo uporabnika ter upoštevanje njihovih navodil je bolj prisotno pri uporabnikih, ki imajo nižji socialno-ekonomski položaj. Nezadovoljen uporabnik podvaja stroške (takih je po raziskavi vsaj 50 %). Velik pomen imajo tudi ustna priporočila (10 % uporabnik pove svoje izkušnje še drugim). Zadovoljen uporabnik in zadovoljstvo zaposlenih sta med seboj povezana, meni Skela Savič (2006, 1–36).

2.3 Kakovost v zdravstveni dejavnosti

Robida (2009, 11) pravi, da je *kakovost v zdravstvu kot prispodoba* – »vidiš gozd, drevesa pa spregledaš«.

Simčič, Kiauta, Poldrugovac et al. (2010, 21) se sprašujejo:

»Kaj je namen uvedbe strategije kakovosti?« »Da se izboljša učinkovitost kakovosti zdravstvene storitve uporabnikom na lokalnem in nacionalnem nivoju.«

Bataleden in Davidoff (2007, 2–3, po Robida 2009, 25, 73) trdita, da je definicija kakovosti v zdravstvu naslednja:

»Kakovost zdravstvene storitve je prizadevanje vseh v sistemu zdravstva (zdravstvenih strokovnjakov, uporabnikov in njihovih svojcev, raziskovalcev, plačnikov ipd.), da naredijo čim boljše pogoje za uporabnike.«

Zdravstvo je hitro rastoča dejavnost, in sicer zaradi vse večjega pričakovanja uporabnikov do novih storitev, bolj učinkovite razporeditve finančnih sredstev in večje kakovosti storitev, ki so osredotočene na uporabnike (Curry in Sinclair 2002, 197–205).

Sestavine kakovosti po Wildu et al. (1993, 113–120) se delijo na: fizične sestavine (okolja in tehnike) in administrativne sestavine. Kakovost v zdravstvu se deli še na: standarde, merila in kazalnike kakovosti, želene lastnosti storitev, kakovost zdravstvene politike in na oceno koristnosti izidov zdravstvene storitve. (Macur 2013, 1703–1716) Kakovost storitve v zdravstvu je organizacijske oblike in okoljske narave.

Nepridobitna javna zdravstvena služba deluje na principu javnega interesa, zato ne ustvarja ekonomskega dobička. Njeno poslanstvo je prispevek h kakovostnemu življenju (Toth 2006, 76–82). Kakovost naj postane sestavni del delovanja zdravstvenih organizacij in njenih zaposlenih, tako kot je preprečevanje bolezni, promocija zdravja, zdravljenje ipd. (Robida in Fakin 2005, 166–170).

Maxwellova (1984) opredelitev kakovosti z vidika zdravstvene storitve ima naslednje značilnosti: dostopnost, uspešnost, pomembnost, enakost, učinkovitost, sprejemljivost, gospodarnost, zadovoljstvo uporabnika ter ocena opravljene storitve (Clarke in Yarrow 1997, 267–276).

Kakovost zdravstvene storitve je kombinacija tehnologije, dostopnosti, zmernih stroškov in osredotočenja na uporabnika. Zdravstveno storitev delijo na dva dela: notranjo (preventiva, diagnostika, zdravljenje in izobraževanje) in zunanjo (okolje in prijaznost zdravstvenega osebja) (Angelopoulou, Kangis in Babis 1998, 14–20).

Opredelitev kakovosti zdravstvene storitve je popolno zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstvene storitve potrebujejo, pri nižjih stroških organizacije in ob upoštevanju smernic državnih organov (Ritonja 1998b, 214–218).

Kakovost zdravstvene storitve se izboljša takrat, ko je namen kakovosti usmerjen in osredotočen na uporabnike, njihove svojce in zdravstvene organizacije (Robida 2009, 73). Uporabnikom naj bi se zagotavljalo najboljšo možno storitev, ki jo potrebujejo (Bohinc in Iršič 1998, 81–89). Zadovoljstvo uporabnikov ima veliko vlogo pri kakovosti storitve (Macur 2013, 1703–1716). Ritonja (1998a, 26–28) meni, da je kakovost v medsebojni soodvisnosti in poudarja zadovoljstvo tistih uporabnikov, ki so soudeleženi pri storitvi in sodelujejo pri izvedbi. (Štern 2006, 303–308) Kakovostne zdravstvene storitve so odraz sodelovanja med zdravnikom in uporabnikom, zadovoljstvo s storitvijo pa je merilo kakovosti zdravstvenega sistema. (Kalčina 1998, 1–47) Zagotavljanje kakovosti zdravstvene storitve ni popolno, če potrebe uporabnikov niso v celoti izpolnjene. Macur (2000, 230–231) je mnenja, da so bolj kritični glede kakovosti in izboljšanja storitve tisti uporabniki z višjo izobrazbo.

2.3.1 Uporabniki zdravstvene storitve

Robida (2009, 68) zastavlja naslednja vprašanja: *Ali uporabnik razume potek storitve? Ali lahko ponovi navodila? Ali bi še kaj vprašal glede storitve?* Zdravstvene delavce tudi zanima: *Kako razumejo njihova navodila uporabniki?* Storitve, ki jo dobijo uporabniki, je odvisna od prejetih informacij. Pacient je uporabnik zdravstvenih storitev, ne glede na svoje zdravstveno stanje, ali je bolan ali zdrav. (Milne in Oliver 1996, 439–445) Osveščen, aktiven uporabnik in soustvarjalec zdravstvenega varstva ima možnost družbenega vpliva. (Kalčina 1998, 1–47) Na voljo naj ima veliko informacij o storitvi, informacij o izvajalcu, da se lažje odloči in sodeluje pri zdravstveni storitvi. (Svensson 2001, 357–378) Uporabnik se poleg sodelovanja ravna tudi po strokovnih navodilih, ker je storitev odvisna od izvajalca in od njega samega. (Hibbard 1998, 503–508) Vključuje naj se v storitev tudi zato, da se zmanjšujejo nesporazumi.

Uporabniki presojujejo, spreminjajo ali sprejemajo odločitve v potrošniškem okolju in si tako pridobivajo in izboljšujejo socialni status (Štern 2001, 76–77). Uporabniki so plačniki zdravstvenih prispevkov in želijo vedeti, kaj se jim ponuja v okviru zdravstvenega varstva in preko zavarovalnic. Zato so občutljivi na plačilo tistih storitev, ki jih že plačajo neposredno. Spreminja se jim koncept vrednosti nakupa, čeprav so finančno udeleženi (Sorkin 1992, 31).

Uporabniki zdravstvene storitve povezujejo kakovost s svojega stališča in glede na odnos do vseh, ki sodelujejo pri zdravljenju, ob upoštevanju temeljnih človekovih pravic, osebne integritete in dostojanstva (Dovjak Plešej 1998, 567–570). Dosežena kakovost je tista, ki jo uporabnik ocenjuje in je odvisna od njegovih želja in pričakovanj. Uporabnik primerja kakovost na podlagi predhodnih izkušenj, če pa teh izkušenj nima, svoja pričakovanja utemelji na izkušnjah drugih ali iz dnevnega časopisja. (Kadivec in Šprajcar 2009, 1–6) Izvajalec naj uporabnika prepriča o kakovosti storitve kot kupca, uporabnika, plačnika ali pa kot bolnika. (Marušič, Simčič, Hajnrih et al. 2009, 3) Z dobro kakovostno zdravstveno storitvijo se zmanjšujejo tudi stroški, ki bi nastajali pri zdravljenju.

Raziskavo Ule in Tivadar (1998, po Robida 2009, 25), ki navajata: da 60 % uporabnikov posluša nasvete zdravnikov in jih upošteva, 20 % uporabnikov je takih, ki želijo sami odločiti o storitvi in 20 % jih niti ne razmišlja o storitvi.

2.3.2 Potreba po zdravstveni storitvi

Potreba po zdravstveni storitvi s strani izvajalca naj bo utemeljena, ocenjena s strani strokovnjakov javnozdravstvene medicine, na podlagi epidemiološkega spremljanja zdravstvenega stanja prebivalcev. Če uporabniki plačajo ali čutijo potrebo po storitvi, naj zdravstvena stroka deluje etično (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 189).

2.3.3 Dejavniki kakovosti v zdravstveni dejavnosti

Kakovost v osnovnem zdravstvenem varstvu se ocenjuje: *na osnovi zadovoljstva uporabnikov, dostopnosti, učinkovitosti, informiranosti, varnosti, pravičnosti in finančne učinkovitosti*. Za kakovost storitve je odgovorno osnovno zdravstveno varstvo: Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje in medicinska stroka. Trenutno uporabniki nosijo vse večje breme zdravstvenih storitev in zato je prav, da se čutijo kot partnerji (Bulc, Kersnik, Boerma et al. 2009, 1–17).

Učinkovito zdravje

Česen (2003, 9, 25, 36) trdi:

»Zdravje je stanje popolne telesne, duševne in socialne blaginje in ne samo stanje brez bolezni ali nemoči. Je pravica, ki je opredeljena v vsaki konkretni družbi, kot pravica do najvišjega dosegljivega zdravstvenega varstva za vse uporabnike, ki je plačljivo na javni način.«

Gabrijelčič Blenkuš (2012, 43–51) pravi, da je potrebno odgovorno delovati na preventivnih dejavnostih in prispevati za zdravje prebivalstva na regionalni, nacionalni in globalni ravni. (Koprivnikar 2012, 34–42) Zdravstveni sistem naj promovira zdravje in ne le bolezni, saj se le tako dosežejo večji prihranki za državo. Za politične odločevalce je pomemben ekonomski vidik, saj se odločajo na ravni vlade glede finančnega vlaganja v zdravje. (Premik 2005, 7–21) Zdravstveni sistem v Sloveniji ima odločujočo vlogo za zdravje prebivalstva.

Zdravje se deli na dve skupini: čim boljše zdravje za uporabnika in korist za vse ljudi. Zdravstveno stanje uporabnikov je odvisno od stopnje zdravstvenih storitev in njene učinkovitosti (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 2).

Javni zdravstveni interes je: da imajo vsi prebivalci te družbe pravično in kakovostno zdravstveno varstvo. Na javni ravni naj se ohranja najvišja raven kakovosti zdravja vseh ljudi (Česen 2003, 199).

Učinkovitost zdravstvene storitve

Skela Savič (2006, 1–36) pravi: *da, prijaznost še ne pomeni učinkovitosti*.

Pojem učinkovitosti se nanaša na ugotovitve, ki se jih pridobi pri določeni skupini uporabnikov z določenimi zdravstvenimi problemi oziroma potrebami (Kersnik 1998, 14–25).

Dolžnost zdravstvene politike v državi naj bo, da poskrbi za ravnotežje med finančnim interesom gospodarskih subjektov in med pravično porazdelitvijo zdravstvenega varstva za vse prebivalstvo. Potreben je nadzor nad porabo javnofinančnih sredstev. Korist zdravstvene storitve je ta, da omogoča uporabniku boljše življenje ali da se mu izboljša zdravstveno stanje.

Gospodarska korist za uporabnika pomeni učinkovitejšo finančno porabo sredstev za zdravstveno varstvo. Družbena korist pomeni zadovoljstvo uporabnikov, zadovoljstvo izvajalcev, manjše stroške in boljšo kakovost življenja (Kersnik 1998, 15–25). Učinkovita in kakovostna storitev po Donabedienu (1982, po Bohinc 1999, 159–163) je tista, ki vpliva na uporabnike v obliki zadovoljstva in je učinkovita takrat, ko se z njo doseže dober rezultat.

Dostopnost zdravstvene storitve

Kalčina in Močnik Drnovšek (2005, 39) povzemata Luksemburško deklaracijo, ki govori o dostopu do kakovostne zdravstvene storitve, obveščenosti uporabnikov o lastnem zdravju itd.

Dostopnost do zdravstvene storitve je tudi kazalnik kakovosti v zdravstvenem sistemu. Dostop do storitve opisuje avtorica, da sta zaloga in količina razpoložljivih storitev razmerje med količino in vrsto obstoječih in ponujenih storitev ter količino ter vrsto potreb. Na starše otrok vpliva: kje živijo, kakšne prevozne povezave imajo do zdravstvene ustanove in kakšen dohodek imajo v družini. Na dostopnost močno vplivajo ukrepi socialne politike (Hlebec 2012, 249–256). Vpliv na dostopnost storitev imajo tudi vladna področja in njeni podsistemi (Koprivnikar 2012, 34–42).

Naloge javnozdravstvenega sistema so: da naj bi vsak prebivalec poskrbel za zdravje sam, v državnih ustanovah pa naj bi se zavedali svojega poslanstva do prebivalstva in mu zagotovili enakost pri dostopanju do storitve. Ustvarijo naj se pogoji za kakovost življenja prebivalcev, hkrati naj se ohranja in varuje njihovo zdravje (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 17).

V zdravstvenih zavarovalnicah prihaja do vse večje liberalizacije trga in kopičenja kapitalskega dobička. Raziskave potrjujejo, da med uporabniki prihaja do vse večjih razlik v dostopnosti. Dostopnost in kakovost storitve se odražata v zdravstveni dejavnosti ter s tem povezano v sistemu zdravstvenega zavarovanja (Štern 2007, 317–322).

Pravičnost zdravstvene storitve

Brcar in Černač Meglič (2008, 7) pravita, da 24. člen Konvencije Združenih narodov o otrokovih pravicah (Ur. l. št. 35/92, MP, št. 9/92) določa naslednje:

»Države podpisnice morajo priznavati otrokove pravice do najvišje ravni zdravstvenih standardov in storitev.«

Pravica do enakopravnega dostopa in obravnave zdravstvene storitve je zapisana v Zakonu o pacientovih pravicah (Ur. l. RS št. 15/08). Zakon še posebej opredeljuje *otroke* oziroma ogrožene skupine, ki jim zakon zagotavlja posebno varstvo pri kakovostni zdravstveni storitvi (Zavašnik 2009, 55–65). Do najvišjih zdravstvenih standardov in kakovostne storitve so upravičeni zlasti otroci in mladostniki (Brcar in Černač Meglič 2008, 5).

Ekonomska učinkovitost zdravstvene storitve

(Snoj 2003, 45–46) Na ceno storitve vlivajo: notranji dejavniki (različni smotri in cilji, strategija, drugi stroški in organizacijski dejavniki); zunanji dejavniki (trg, odjemalci in povpraševanje). (Potočnik 2000, 32) Kupna moč ima na storitev velik vpliv. Zdravstvenim organizacijam, ki se ukvarjajo s storitvami, se ponujajo vprašanja: »Kdo ureja ponudbo storitve: ali izvajalec ali državni organ?« in »Kdo določa ceno storitve?«.

Ceno storitve narekujejo: državni organi, samoreguliranje in trg (Snoj 2003, 44–45). Uporabnik zazna vrednost storitve preko njene cene in izpolnitve pričakovanj. Cena storitve pomaga uporabniku, da si pridobi mnenje o kakovostni storitvi (Potočnik 2000, 186).

Za ekonomsko rast sta poleg zdravja in kakovosti življenja prebivalstva pomembna še naslednja dejavnika: izobrazba in dohodek, kar predstavlja človeški kapital. Ekonomska rast je ključnega pomena pri zaščiti in izboljšanju zdravja prebivalstva ter njihovega razvoja, kar tudi vpliva na zmanjšanje revščine. Kakovost zdravja otrok pozitivno vpliva na njihovo izobraževanje in spodbuja njihove kognitivne sposobnosti ter zmanjšuje odsotnost iz šole (Koprivnikar 2012, 34–42).

Finančna sredstva se delijo na: učinkovita in pravična. Učinkovita so tista, ki so razporejena tako, da so jih deležni tisti uporabniki, ki storitev potrebujejo ob razpoložljivih ekonomskih virih. Storitve postane uspešna šele takrat, ko je obravnava zdravstvene storitve pod enakimi pogoji za vse prebivalce (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 197–198).

Vzdržnost zdravstvenega sistema je predvsem odvisna od obvladovanja stroškov v okviru ekonomskih možnosti za doseg kakovostne zdravstvene storitve in kakovostnega zdravstvenega varstva. V ekonomskem pogledu pomeni, da so uporabniki deležni najboljših storitev takrat, ko sta kakovost in zadovoljstvo uporabnikov na visoki ravni (Štern 2008, 38–41). Uspešnost zdravstvenega sistema in zadovoljstvo uporabnikov sta odvisna od stroškovne učinkovitosti in finančne stabilnosti (Dajčman 2007, 160).

Pri monopolnih organizacijah uporabnik ne more vplivati na ceno storitve. Pri zadovoljstvu je cena pomembna, posebno pri monopolnih organizacijah, kjer ni konkurence (Šuster Erjavec 2013, 13–16).

Uporabnik kupi za dano ceno zdravstveno storitev in tako prihaja do ponudbe in povpraševanja. Uporabnik je pripravljen kupiti storitev, na kar vpliva več dejavnikov: medicinska tehnologija, obveščanje uporabnikov in višina kupne moči prebivalstva. Tako prihaja v sistemu zdravstvenega varstva do potreb in zahtev po zdravstveni storitvi, pravijo Zaletel Kragelj, Eržen in Premik (2007, 191–197). Če pa se uporabniki pritožujejo zaradi cene določene zdravstvene storitve, ni težava le v tem, ampak s tem sporočajo, da imajo težave pri

sporazumevanju oziroma z odnosom z zdravstvenim osebjem ali organizacijo nasploh (Kersnik 1998, 237–238).

Varnost

Varna zdravstvena obravnava preprečuje zdravstveno škodo za uporabnike. Varnost pacientov pomeni zmanjševanje zapletov med zdravljenjem in obsega tudi aktivnosti za preprečevanje teh. V RS Sloveniji so usmeritve h kakovosti in varnosti v zdravstvu povzete po mednarodnih načelih. Svet Evrope (2006) je izdal priporočila na temo varnosti pacientov in kakovosti na področjih: zagotovitve varnosti uporabnikov, in sicer v odnosu na izvajalce in zdravstveno politiko ter zavarovalnice (Robida et al. 2006, 11, 24). Zdravstveni sistem naj bi upošteval uporabnike in njihove svojce v primarnem zdravstvu. Isti avtor pravi, da se na tak način zmanjšuje dolgotrajno zdravljenje in izboljša kakovost ter varnost zdravstvene storitve (Robida 2009, 72).

Ministrstvo za zdravje (MZ) ima izdelano Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu od leta 2010 do 2015, kjer opozarjajo na kakovost in varnost uporabnika (Poldrugovac in Simčič 2013, 5).

Pravice in dolžnosti uporabnikov zdravstvene storitve

Brcar in Černač Meglič (2008, 17) pravita, da je na osnovi pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev tudi za storitev (cepljenje) iz preventivnega zdravstvenega varstva po programu.

Dovjak Plešej in Dolčič (1998, 1–2) omenjata osnovne zdravstvene pravice uporabnikov, ki so zapisane v Splošni deklaraciji človekovih pravic z resolucijo št. 217A (III). Navedene so: splošne pravice, ki naj zagotavljajo določeno raven zdravstvenega varstva in dostopnost uporabnikom. Individualne pravice uporabnikov so povezane s temeljnimi človekovimi pravicami in drugimi pravicami, ki jih ima vsak posameznik kot potrošnik. So odraz uporabnikovega sodelovanja in položaja v dostopnosti do zdravstvenega varstva. Ljubljanska listina je bila sprejeta v letu 1996 in v njej je zapisana zdravstvena reforma, ki naj bi upoštevala želje, pričakovanja in potrebe državljanov glede zdravja. Slovenska zakonodaja narekuje naslednje zakone in pravilnike: Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 91/07), Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS št. 14/13), Zakon o lekarniški dejavnosti (Ur. l. RS št. 36/04 – UPB1), Zakon o nalezljivih boleznih (Ur. l. RS št. 33/06 – UPB1) in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS. št. 33/08). V teh zakonih so navedene tudi pravice uporabnika in postopki, ki so mu namenjeni.

Pravice uporabnikov so sestavni del zdravstvene storitve. Uporabniki so vse bolj zahtevni do kakovostne zdravstvene storitve in tudi do obveščenosti. Obnašajo se kot potrošniki in se

zavedajo stroškov, ki niso kriti iz obveznega zavarovanja. Zavedajo se pravic in dolžnosti, kar je njihova temeljna pravica (Kalčina in Močnik Drnovšek 2005, 9, 28–33). Vse več uporabnikov pričakuje, da se z njihovim zdravjem ravna odgovorno, hkrati pričakujejo aktivno vlogo pri vključitvi v proces in izbiro zdravstvene storitve (Dovjak Plešej in Dolčič 1998, 1).

Izvajalci kakovostne zdravstvene dejavnosti

Trunk in Tavčar (1998, 3) povzemata ameriške teoretike (Smith, Baldwin in White), ki menijo, da je nepridobitna organizacija sredstvo, ki pomaga ljudem, da pridejo do skupnega smotra in cilja. (Tavčar 2005, 269) Nepridobitne organizacije delujejo v javnem interesu, njihov namen je trajno zagotavljanje storitev in dobrin za delovanje družbe, države in posameznika. (Trunk in Tavčar 1998, 90) Organizacija je kot instrument, ki s svojim delovanjem poveča vrednost, končni rezultat pa naj bi večji, kot je vložek. Merilo za vrednost so: potrebe, želje, pričakovanja uporabnikov. Kaplan in Norton (2000, 190) omenjata, da so nepridobitne organizacije učinkovite takrat, ko zadovoljujejo potrebe svojih uporabnikov. Smotri in cilji naj bodo oprijemljivi in predstavljeni uporabnikom. (Filej 1999, 165–170) Smotri in cilji nepridobitne organizacije naj uporabnikom omogočajo njihovo družbeno in produktivno vsakodnevno življenje.

Ustava RS v 2. členu pravi, da je Slovenija socialna država (Ur. l. RS št. 68/06) za katero velja načelo, da se zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja ipd. in da se zagotavljajo družinske in otrokove pravice ipd. Osnovna dolžnost in vloga države je, da poskrbi za ustrezno zdravstveno varstvo svojih državljanov (Kaučič in Grad 2000, 70).

Države članice – SZO so v letu 1999 izdale dokument »Zdravje 21 – zdravje za vse v 21. stoletju«, kjer se osredotočajo na kakovost zdravstvene storitve za vse prebivalstvo (Robida et al. 2006, 23). V tem dokumentu je navedeno, da naj bo javno zdravje stroškovno učinkovito in naj deluje v zadovoljstvo uporabnikov, z izvajanjem kakovostne zdravstvene storitve in spoštovanjem uporabnikovih pravic. Isti avtor (2009, 19) tudi omenja, da sta urejenost in usklajenost kakovosti zdravstvene storitve v EU skladni z vsemi članicami in da obravnava uporabnike enakopravno ne glede na spol, starost, socialni status in zmožnost plačila.

Državne ustanove naj bi zagotavljale zdravstvene storitve v javnem interesu, na javni način, tako da so dostopne vsem prebivalcem pod enakimi pogoji (Česen 2003, 242). Država ima do uporabnikov naslednjo obveznost: da je storitev učinkovita za vse uporabnike, kar je njen osnovni namen in namen javnega zdravstva. Zdravstveni denar naj se uporablja samo za zdravstvene storitve uporabnikom, tako da je v »košarici« storitev tista storitev, ki jo želijo uporabniki plačati kot javno. Avtor v članku omenja, da so trenutne razmere precej težke tako za obstanek zdravstvenih zavodov kot za zdravstvene storitve. Namen in cilj na primarnem

nivoju naj bo, da imajo vsi uporabniki kakovostno zdravstveno storitev in cenovno učinkovito storitev iz javnih sredstev (Ihan 2013, 10–11).

Delovanje javne zdravstvene službe obstaja zaradi uporabnikov, veliko vlogo pri storitvi pa ima tudi ozaveščenost uporabnikov (Česen 2003, 109). V javni sistem naj bodo vključeni vsi, ne glede na zdravstveno, socialno in ekonomsko stanje posameznika (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 216).

Občutiti je vse večji individualni pritisk na socialni sistem, saj se čedalje več finančnih sredstev namenja za zdravstvene storitve (zavarovanja), kar zagotavlja vzdržnost sistema in pravičnost do dostopa zdravstvene storitve (Albreht 2005, 163–172). Avtorja Saltman in Ferroussier Davis (2000, 732–739) pravita, da je najboljša regulacija v zdravstvenem sistemu tista, ko so vzpostavljena pravila in norme obnašanja, tako s strani izvajanja zdravstvene dejavnosti kot s strani pooblaščenega državnega organa (Keber 2003, 57–58). Potrebe uporabnikov se spreminjajo, sledi pa naj jim zdravstveni sistem. Država je odgovorna za delovanje javnega sistema. Zdravstveni sistem naj upošteva uporabnika in njegove svojce na primarnem nivoju zdravstvenega varstva.

Pravice iz zdravstvenega varstva določa država z zakonom, ki zagotavlja nacionalni del javnega zdravja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. 90 % vseh finančnih sredstev prispevajo zaposleni v javnozdravstveno blagajno. Ekonomski motiv je zagotoviti zdravje sedanjega in prihodnjega prebivalstva, socialni pa prebivalstvu zagotoviti kakovostno življenje (Česen 2003, 37–38).

Javno zdravje obsega tri različne pojme: zdravje prebivalstva, področje znanosti in družbenih strategij varovanja ter krepitev zdravja. Javno zdravstveno podporo imajo tudi preventivni programi (Štern 2007, 317–322).

Močnik (2013) pravi, da bi brez kakovostnega zdravstva organizacije zaposlovale bolne delavce, zato ni javni sektor samo porabnik javnih finančnih sredstev, ampak tudi ustvarjalec dohodka.

Družbene skupine, ki so sicer zdrave, so za prihodnost družbe izjemno pomembne, na primer »otroci«. Za te skupine se oblikujejo posebni zdravstveni programi, ki so dogovorjeni na nacionalni ravni in razdeljeni na konkretne izvajalce s pogodbami in z javnim plačnikom (Česen 2003, 33–34). Med ranljivo skupino štejemo otroke, ki so zaradi svojih osebnih značilnosti, socialnih ali ekonomskih pogojev bolj dovzetni za določene bolezni (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 235).

Ministrstvo za zdravje (MZ) letno določa, proti katerim nalezljivim boleznim se cepi otroka. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS št. 33/08) govori o: vrstah, obsegu pravic, varstvu pravic, nadzoru in obveznostih zavarovanih oseb. Pravico iz tega pravilnika

imajo otroci in mladostnikih do 15. leta (Brcar in Černač Meglič 2008, 8–15). Z obsegom pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je opredeljena tudi *zdravstvena storitev cepljenje otrok proti nalezljivim boleznim* (Česen 2003, 46). Vse zdravstvene storitve niso v celoti brezplačne (na primer: preventivni ukrepi). Vendar pa so za vse otroke in mladino do 18. leta starosti zdravstvene storitve v celoti brezplačne (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 207).

Financiranje zdravstvenega varstva

Slovenski zdravstveni sistem temelji na Bismarckovem sistemu, čigar temeljni značilnosti sta samostojnost sistema in samostojnost finančnih virov. Obsega obvezno plačevanje prispevkov v zdravstveno blagajno in prostovoljno plačevanje za dopolnilno zdravstveno zavarovanje pri zavarovalnici, ki ga sklene uporabnik glede na načelo solidarnosti oziroma na velikost dohodka posameznika (Keber et al. 2003, 20). Obvezno zdravstveno zavarovanje uporabniku omogoča enakost in solidarnost pri dostopnosti zdravstvenih storitev in ni odvisno od njegovega dohodka, ki mu omogoča socialno varnost. Zdravstvena košarica se postopoma krči, kar pomeni, da se omejuje pri zdravstvenih storitvah (Močnik, 2013). Zdravstvene zavarovalnice so plačniki storitev v imenu uporabnikov in gledajo predvsem s finančnega vidika (Robida 2009, 27).

2.4 Celovita kakovost v zdravstveni dejavnosti

Robida et al. (2006, 11) pravijo, da je celovita kakovost v zdravstveni dejavnosti načrtovan pristop izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki ima za smoter najboljše opraviti storitev in nenehno izboljševati kakovost.

Ocenjevanje managementa celovite kakovosti je v javnem sektorju dosti težje izvedljivo kot pa v zasebnem. Pri javnih storitvah se pričakuje, da se pridobijo povratne informacije o zadovoljstvu in kakovosti, zlasti pri uporabnikih, ki so jim storitve namenjene. Pomembni so procesi, osredotočenost na uporabnike, sodelovanje zaposlenih in doseganje dobrih rezultatov (Andoljšek 2003, 128–141).

Skela Savič (2011, 19–25) meni, da *se znanje ne more uniformirati, temveč se zrcali v zaposlenih*.

Za management celovite kakovosti naj bi v vsaki organizacijski enoti v organizaciji delovali po kakovostnih načelih: usmerjenost na uporabnike in timsko delo. Izboljšave so del kakovostnega uspešnega delovanja (Robida 2009, 54). Poslovno-organizacijski model v zdravstvu pripomore k doseganju uspešnosti organizacije, ki temelji na prizadevanjih vseh članov organizacije in zagotavljanju učinkovitosti uporabnikovih potreb ter uspešnosti za družbo (Ritonja 1998, 45–47). Pristop h kakovosti je premalo sistematičen in ne upošteva

se načela kakovosti. Velikokrat je tudi nedorečena komunikacija v makro, mezo in mikro sistemu. Izboljšanje komunikacijskih veščin zaposlenih prispeva k opolnomočenju in tako se lažje oblikujejo odločitve in povečuje se njihova odgovornost (Skela Savič in Robida 2012, 9–35).

Pri poslovno-organizacijskem modelu v zdravstvu naj se upošteva uporabnike, njihovo družino in skupnost (De Maeseneer 2005, 171–172).

Poslovno-organizacijski model v zdravstvu pomeni: da je storitev kakovostna, uporabniki jo kupujejo ter so z njo zadovoljni (Česen 2003, 197). Kakovost je zadovoljevanje potreb tistih, ki zdravstveno storitev potrebujejo (Bohinc 1999, 159–163). Ni nujno, da ima storitev višjo ceno ali dobro strokovno oceno, zadovoljni naj bodo uporabniki (Česen 2003, 197). Če so zdravstvene storitve predrage, njeni viri niso učinkoviti in ne delujejo smotrno (Ritonja 1998b, 214–218).

Namen poslovno-organizacijskega modela v zdravstvu je doseganje večjega zadovoljstva uporabnikov ob nižjih realnih stroških (Andoljšek 2003, 128–141).

2.5 Pregled dosedanjih raziskav o kakovosti zdravstvene storitve

Po pregledu raziskav ugotavljamo, da je bilo na področju kakovosti zdravstvene storitve v preteklosti opravljenih veliko raziskav. Na temo *dejavniki kakovosti zdravstvene storitve* pa raziskav nismo zasledili.

Avtorja Brščič in Tajnikar (2007, 78–84) sta v ekonomskem pogledu opredelila zdravstveno storitev in menila, da so zdravstvene storitve javna dobrina, ki prinaša boljše zdravje in preprečuje bolezen. Trdita tudi, da država z novimi zdravstvenimi storitvami posega na trg povpraševanja. Za zdravstveno storitev (cepljenje) pa sta mnenja, da bi si morala ta javna dobrina pridobiti boljši položaj v zdravstvu.

(Ozretič Došen, Škare in Škare 2009, 27–44) Avtorji pravijo, da sta kakovost storitve in zadovoljstvo uporabnikov prevladujoča dejavnika pri zagotavljanju kakovosti. (Likon 2013) Izvajalci se veliko ukvarjajo z zadovoljstvom uporabnikov, ki ga prepogosto uporabljajo kot osnovo pri izboljšanju kakovosti svojih storitev. Isti avtorji menijo, da je zadovoljstvo zaradi kakovosti tesno povezano. Zadovoljstvo zdravstvene storitve je deloma odvisno tako od samega uporabnika kot tudi od zdravstvenega sistema. (Makari 1999, 183–186) Pomemben del pri izvajanju zdravstvene storitve je komunikacija, ki vpliva na zadovoljstvo ali nezadovoljstvo uporabnika. Gorenak in Goričan (2011, 175–184) trdita, da je potrebno v vsebine izobraževanja zdravstvenega osebja vključiti tudi komunikacijo in vzpostavitev odnosa z bolniki. Božić in Skela Savič (2012, 386–394) pravita, da so najboljše informacije tiste, ki se jih podaja osebi v pisni obliki.

Kern Pipan (2012, 1–14) trdi, da naj bi se v Sloveniji kakovost storitve uredila na sistematski ravni, in sicer na področjih, kot so: javna uprava, šolstvo, zdravstvo, sociala. Skratka povsod tam, kjer bi se dvignili konkurenčnost in kakovost življenja državljanov.

Iz raziskave povzemamo naslednje trditve:

Uporabnikom, ki so se cepili, so sledili tudi njihovi najbližji (prijatelji, sorodniki). Ravnali so skladno s skupino, ki ji pripadajo in izkazali zaupanje v zdravstvene strokovnjake. Ocenili so, da so bile informacije v medijih preveč »bombastične« in izpostavljene. Raziskovalci priporočajo, da bi v prihodnje mediji podajali v javnost informacije bolj načrtno, premišljeno in s tem delovali protipanično (Podlesek, Roškar in Komidar 2010).

Pravijo, da zdravstvena storitev (cepljenje) velja za enega najbolj uspešnih javnozdravstvenih ukrepov. Promocija zdravja v državi pozitivno vpliva na starše otrok, tako se jim poveča znanje, spreminja obnašanje in prepričanje glede poznavanja bolezni, cepiva in cepljenja. Trdijo tudi, da imajo zdravstvene informacije pomemben vpliv na odločitev (glede njihovega stališča in namena) staršev, da cepijo svoje otroke. Uporabniki naj bi bili bolj obveščeni, da jim ni potrebno iskati informacij po internetu. Avtorji menijo, da ima internet precejšnjo vlogo širjenja antipropagande, zato se starši težko odločijo za storitev. Če pride na tržišče novo cepivo, pravijo avtorji, mu je potrebno predhodno nameniti več informacij, tako da ga starši otrok prepoznajo. Hkrati naj v informiranje zdravstveni delavci vključijo tudi zloženko (Dube et al. 2012, 1069–1080).

Po podatkih OECD (2012) v Kanadi porabijo za celotni izdatek na zdravstvo BDP 10,9 % in za zdravstvo na prebivalca namenijo 3.315 US\$. Za samoplačniško cepivo (rotavirusne okužbe) plačajo starši otrok od 150 do 200 US\$, ostala otroška cepiva se financirajo iz javnega programa, odvisno od tega, v kateri provinci živijo (Organizacija za gospodarski sodelovanje in razvoj, Canada – OECD 2014).

V Kanadi so zdravstvene storitve razlikujejo od province do province. Primarno zdravstveno varstvo vključuje proaktivni pristop za preprečevanje zdravstvenih težav in za zagotavljanje boljšega zdravstvenega stanja uporabnikov ter nadzora zdravstvenega stanja. Opravljena storitev se opravi s pomočjo strokovnjakov, posameznikov, družine in skupnosti, s čimer se zagotavlja boljše zdravje. V primarnem zdravstvenem varstvu so storitve brezplačne. Uporabniku zdravstveno storitev plača država iz blagajne javnega zdravja. Zdravniki primarnega zdravstvenega varstva oskrbijo uporabnike v celotnem življenjskem ciklu. Družinski zdravniki delujejo neodvisno, država jim plača za vsako srečanje z uporabnikom. Vzporedno pa poteka zdravstveni sistem zasebnega zdravstvenega varstva (Zdravstveno zavarovanje, Health Insurance – Canada 2014). Po podatkih Statističnega urada Kanade za leto 2012 je imelo dostop do interneta 90,9 % uporabnikov (Statističen urad Kanade, anketa o porabi v gospodinjstvu, Survey of Household Spending 2012 – Statistics Canada).

Zdravstveni sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji je urejen tako, da del stroškov uporabnikom za zdravstveno storitev pokrije zdravstveno zavarovanje, razliko do celotne vrednosti pa uporabnik plača sam oziroma iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveno zavarovanje je sestavni del sistema zdravstvenega varstva in se ga uvršča v Bismarckov model, ki temelji na solidarnosti (Keber, Albreht, Arzenšek et al. 2003, 20).

Po podatkih Statističnega urada RS za leto 2012 se je za javne izdatke za zdravstveno varstvo v Sloveniji porabilo 8,9 % BDP oziroma 1.890 evrov na prebivalca (Statistični urad RS 2014).

V Sloveniji je internet v prvem četrtletju 2008 uporabljalo 59 % uporabnikov v gospodinjstvu (Pavlič Nikolič et al. 2012, 319–323). V prvem četrtletju 2014 je imelo v Sloveniji dostop do interneta 97 % gospodinjstev z otroki (Statistični urad RS 2014).

V Sloveniji se neobvezno (samoplačniško) cepljenje izvaja proti naslednjim nalezljivim boleznim: humani virusi papiloma, gripa, klopni meningoencefalitis (KME), meningokokni meningitis, norice, pnevmokokne okužbe, tuberkuloza in rotavirusne okužbe (rotavirusi so črevesni virusi, ki okužijo skoraj vse otroke do petega leta starosti). Te storitve niso v programu obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato jih morajo (cepivo) plačati starši sami. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje se je v letu 2012 cepilo proti rotavirusnim okužbam 5.277 otrok, kar pomeni 26,3 %, v letu 2013 pa se je cepilo 20,79 % otrok, starih od treh mesecev do petih let – predšolska doba. Cena neobveznega (samoplačniškega) cepiva je od 160 do 200 evrov, odvisno od proizvajalca (Nacionalni inštitut za javno zdravje 2014).

Iz dosedanjih raziskav smo izpostavili dve raziskavi:

Primerjali smo dve državi, Slovenijo in Kanado, in ugotovili, da se razlikujeta v zdravstvenem sistemu, zdravstvenemu zavarovanju kot tudi po BDP, ki ga namenjata za zdravstvo, ne razlikujeta pa se po uporabi internetnega komuniciranja na gospodinjstvo. V Sloveniji se je povečala uporaba internetnega komuniciranja, in sicer ga je v letu 2008 uporabljalo 59 % gospodinjstev, v prvem četrtletju 2014 pa 97 % gospodinjstev z otroki.

Iz slovenske raziskave smo ugotovili, da če potekajo strokovno utemeljene informacije, uporabniki izkažejo zaupanje v storitev. Zaupanje izkažejo tudi skupini, ki ji pripadajo, to so njihovi sorodniki, prijatelji, in se odločijo za zdravstveno storitev. Niso pa bili zadovoljni z mediji in z njihovimi podanimi informacijami.

Iz raziskave, ki je bila izvedena v Kanadi, smo ugotovili, da promocija zdravja in zdravstvene informacije pozitivno vplivajo na starše otrok, da se lažje odločijo za storitev. Če se na trgu pojavi nova zdravstvena storitev, ji je potrebno predhodno nameniti čim več informacij in uporabnikom ponuditi zloženke, da si ne iščejo zdravstvenih vsebin na internetu.

Pri pregledu literature in analiziranju raziskav smo ugotovili, da je bilo na področju kakovosti zdravstvene storitve v preteklosti opravljenih veliko raziskav. Na temo »Dejavniki kakovosti zdravstvene storitve« z vidika neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok pa še ni bilo podobne raziskave. Zato bomo z našo raziskavo, ki vključuje dejavnike kakovosti zdravstvene storitve, vsaj deloma zapolnili to raziskovalno vrzel.

2.6 Sklep

V nalogi smo obravnavali dejavnike kakovosti zdravstvene storitve. V teoretičnem delu smo opredelili glavna teoretična spoznanja s področja kakovosti na splošno, analizirali dejavnike kakovosti storitve, opredelili kakovost zdravstvene storitve, dejavnike kakovosti zdravstvene storitve, opredelili izvajalce v zdravstveni dejavnosti in opisali poslovno-organizacijski model v zdravstvu. V nadaljevanju smo pregledali in predstavili dosedanje raziskave na področju kakovosti v zdravstvu in zaznavanja uporabnika storitve, na koncu teoretičnega poglavja pa podali še sklep.

Avtorji opisujejo različne definicije pojma kakovosti, uporabniki pa odgovarjajo na različne načine zdravstvenim organizacijam, in sicer ali so dobili storitev, kot so jo želeli ali ne. Vsak uporabnik ima tudi različne poglede na kakovost. Organizacija je tako seznanjena z njihovimi potrebami in željami, kar načrtovalcem zdravstvene dejavnosti predstavlja izziv in nalogo. Kakovost je potrebno vzdrževati in nadgrajevati ter prav tako tudi preverjati.

Pri pregledu strokovne teorije s področja dejavnikov kakovosti zdravstvenih storitev je značilno mnenje avtorjev, da spadajo v tisti sklop, ki je namenjen in usmerjen k uporabniku. Izpostavili smo naslednje dejavnike kakovosti: komunikacija, informacija, varnost, učinkovitost in dostopnost. Avtorji opisujejo, da je namen komuniciranja ta, da uporabniki pridobijo potrebne informacije, da se lažje odločijo in vključijo v storitev. Uporabniku se tako krepi njegovo zaupanje do zdravstvenega sistema in do zdravstvenih strokovnjakov.

Zadovoljstvo je eno od meril kakovosti, pomembnih za uporabnika, za organizacijo pa je predpogoj, da si ohrani njegovo zaupanje v njihove storitve.

Poslovno-organizacijski model v zdravstvu je s strani avtorjev definiran kot sistem, ki je usmerjen v izboljšanje kakovosti proizvoda ali procesa. S tem se poveča zadovoljstvo uporabnikov in uspešnost zdravstvenih ustanov. Namen in cilj usmerjata zaposlene, da prispevajo k izboljšanju storitve. Zdravstvene ustanove si tako pridobijo zaupanje uporabnikov, zaposleni so bolj učinkoviti, uspešni in znižajo se stroški poslovanja.

Avtorji v raziskavah trdijo, da sta kakovost in zadovoljstvo tesno povezana med seboj in da ju zdravstvene organizacije pogosto uporabljajo za osnovo pri ocenjevanju kakovosti storitve. Omenjajo tudi, da če se na tržišču pojavi nova zdravstvena storitev, ji je potrebno predhodno

nameniti dovolj informacij. Uporabniki naj prepoznajo bolezen, cepivo in cepljenje tako, da se jih predhodno kakovostno informira.

Uporabniki zaznavajo kakovost zdravstvene storitve kot celoto. Poslovodstvo in zaposleni v zdravstvenih organizacijah pa naj si prizadevajo, da uporabniku kljub družbenim in finančnim razmeram nudijo najboljšo storitev: kakovostno komunikacijo, informiranje, učinkovitost, varnost in dostopnost. V povratnih informacijah na različne načine organizaciji posredujejo, kaj je zanje kakovosten proizvod ali proces.

Ugotovili smo, da ni bilo opravljene še nobene raziskave o dejavnikih kakovosti zdravstvene storitve, zato bomo v naslednjem poglavju predstavili raziskavo »Dejavniki kakovosti zdravstvene storitve in zadovoljstvo uporabnikov«.

3 RAZISKAVA O VPLIVU DEJAVNIKOV KAKOVOSTI ZDRAVSTVENE STORITVE NA ZADOVOLJSTVO UPORABNIKA

To poglavje je namenjeno empiričnemu delu magistrske naloge. Namen je raziskati dejavnike kakovosti zdravstvene storitve, ki je odločujoča za uporabnika. To smo skušali doseči z empirično raziskavo. V tem poglavju bomo predstavili načrt za zbiranje podatkov, ki zajema oblikovanje ankete in določitev vzorca. Pri načrtovanju, po mnenju raziskovalcev Easterby Smitha, Thorpa in Lowa (2007, 63), se v raziskavo vključi zbiranje podatkov, in sicer tiste, ki izpolnjujejo namen in cilje raziskave.

Empirični del naloge je bil zasnovan kot kvantitativna metoda zbiranja podatkov. Easterby Smith, Thorpe in Lowe (2007, 163) menijo, da se kvantitativna metoda obdeluje ločeno od zbiranja, priprave, analize podatkov in interpretacije rezultatov. Raziskava je potekala v naslednjih fazah: opredelitev problema in teoretičnih izhodišč, določitev namena in ciljev, določitev vzorca, opredelitev predpostavk in omejitev, sestava ankete, izvedba anketiranja in zbiranje podatkov. Zbrane podatke smo analizirali s pomočjo statističnega računalniškega programa SPSS, ki se ga sicer uporablja pri analizi družboslovnih podatkov. Na koncu naloge smo podali še predstavitev izidov raziskave, predloge za izboljšanje, povzetek celotne raziskave, prispevek k stroki in predloge za nadaljnje raziskovanje.

3.1 Metodologija

Z uporabo kvantitativne metode smo izvedli raziskavo, v kateri smo analizirali dejavnike kakovosti zdravstvene storitve. Za zbiranje podatkov smo uporabili anketo, ki se je izvedela v oddelkih za predšolske otroke ZD.

Vprašalnik

Raziskavo smo opravili s pomočjo vprašalnika, ki je obsegal vprašanja zaprtega tipa in z vnaprej pripravljenimi odgovori.

Zdravstveni sodelavci so vse starše otrok pred ali po opravljenem pregledu povabili k sodelovanju, da izpolnijo vprašalnik v tiskani obliki.

Odnos do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja smo merili z dvema vprašanjema, in sicer: *Ali ste se že oziroma ali se še nameravate odločiti za neobvezno (samoplačniško) cepljenje?* Anketiranci so na vprašalniku obkrožili (Da, sem že cepil oziroma nameravam v bližnji prihodnosti, NE in ne nameravam v bližnji prihodnosti in Brez odgovora).

V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje priporočili svojim prijateljem in znancem? Uporabniki so ocenjevali na lestvici od 0 (sploh ne bi priporočil) do 10 (zagotovo bi priporočil).

V tretjem sklopu vprašalnika smo navedli sedem virov informacij o zdravstveni storitvi. Anketirali smo jih s pomočjo Likertove 5-stopenjske lestvice od 1 (sploh nisem pridobil informacij) do 5 (pridobil sem veliko informacij). Spraševali smo jih o virih informacij: *zdravnika-pediatra; s pomočjo priporočil družine, prijateljev in znancev; s pomočjo medicinske sestre; iz knjig, časopisov, revij; preko medijev in s pomočjo zdravstvenih organizacij.*

V četrtem sklopu vprašanj so anketiranci s pomočjo Likertove 5-stopenjske lestvice od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam) ocenjevali osem trditev, ki se navezujejo na samoplačniško zdravstveno storitev in na trditve, ki so se nanašale na informiranje staršev o cepljenju: *Obvezno cepljenje otrok naj še vedno ostane del zdravstvene storitve; Država bi morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj samoplačniška; Na pediatričnem oddelku ZD opazijo na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.); Zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD me redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj; Na pediatričnem oddelku ZD je dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja); Cepljenje (obvezno in neobvezno) je učinkovito; Cepljenje (obvezno in neobvezno) je varno; Cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja je ustrezna.*

Zadnji, peti sklop vprašalnika je sestavljen iz demografskih vprašanj, in sicer: *anketirance smo spraševali po spolu, starosti, izobrazbi, številu otrok, okolju, v katerem živijo (mestno, primestno, na podeželju), o skupnem mesečnem družinskem dohodku in sorodstvenem razmerju, ki ga imajo do otroka (starš, sorodnik, skrbnik, ipd.).*

Vplive vira informacij o cepljenju (komunikacija, mnenja o cepljenju in vpliv demografskih dejavnikov na odnos do neobveznega cepljenja) smo merili z ustreznimi bivariatnimi statističnimi metodami.

3.2 Zbiranje podatkov in opis vzorca

Populacijo predstavljajo starši otrok, ki so pripeljali zdrave otroke v ZD na preventivni pregled ali po oceno o razvoju. Starost otrok je bila od treh mesecev do petih let (predšolska doba). Z raziskavo smo želeli ugotoviti, kateri so tisti dejavniki kakovosti, ki jih potrebujejo starši, da zaznajo storitev kot kakovostno.

Na začetku ankete smo anketirance nagovorili z namenom raziskave, predvidenim časom, ki ga bodo porabili za reševanje. Za izvedbo ankete smo se dogovorili z zdravniki-pediatrji in glavnimi medicinskimi sestrami v dispanzerjih za predšolske otroke ZD, ki so anketiranje tudi izvedli. Anketirane osebe so izpolnjene ankete oddale v skrinjico, s čimer je bila zagotovljena tudi njihova anonimnost.

Ankete smo zbirali na sedmih mestih, in sicer v: ZD Ljubljana, enota Bežigrad, oddelek zdravstvenega varstva predšolskih otrok; ZD Ivančna Gorica, otroški in šolski dispanzer; ZD Ljubljana, enota Center, oddelek zdravstvenega varstva otrok in mladine; ZD Litija, oddelek zdravstvenega varstva otrok in mladine; Na teh mestih je bilo anketiranje izvedeno od junija do julija 2013. V ZD dr. Božidarja Lavriča Cerknica, otroške in šolske ambulante; ZD dr. Julija Polca Kamnik, dispanzer za predšolske otroke in šolarje; Dispanzerju za otroke in mladostnike Žalec, d. o. o., pa smo anketiranje izvedli od oktobra do decembra 2013. Prejeli smo 459 ustrezno rešenih vprašalnikov. Kar predstavlja 92 % vzorca zajetih anketirancev v raziskavo. Zbrane podatke smo statistično obdelali s statističnim programom SPSS.

Opis vzorca

V raziskavi je sodelovalo 459 oseb, 87 (19,0 %) moških in 372 (81,0 %) žensk (preglednica 1).

Največ anketirancev (180 oseb, 39,2 % vzorca) ima dokončano srednjo šolo, 121 (26,4 %) jih ima univerzitetno izobrazbo ali več, visoko strokovno šolo ima 76 (16,6 %) anketirancev, višjo šolo 65 (14,2 %) anketirancev, osnovno šolo ali manj pa ima 13 (2,8 %) anketirancev (preglednica 1).

287 (62,5 %) anketirancev ima od 30 do 39 let, mlajših je 126 (27,5 %), 40 (8,7 %) anketirancev ima od 40 do 49 let, 50 let ali več pa imajo štirje (0,9 %) anketiranci (preglednica 1).

Polovica jih živi na podeželju (231 oseb, 50,3 % vzorca), 139 (30,3 %) v mestu, 86 (18,7 %) pa v primestnem okolju (preglednica 1).

341 (74,3 %) anketirancev je skupni družinski mesečni dohodek ocenilo kot povprečen, 68 (14,8 %) anketirancev ga ocenjuje kot nižji od povprečja, 48 (10,5 %) anketirancev pa skupni družinski mesečni dohodek ocenjuje kot višji od povprečja (preglednica 1).

Praktično vsi anketiranci (448 oseb, 97,6 %) so starši otroka, ki je bil pripeljan na pregled, 8 (1,7 %) anketirancev je z otrokom v sorodstvenem razmerju, dva anketiranca (0,4 %) sta svoje razmerje do otroka, ki sta ga pripeljala na pregled, označila pod drugo, en anketiranec (0,2 %) pa ni odgovoril na vprašanje o njegovem razmerju do otroka, ki ga je pripeljal na pregled (preglednica 1).

Ankete smo zbirali na sedmih mestih. V juniju in juliju 2013 so se ankete zbirale v: ZD Ljubljana, enota Bežigrad, oddelek zdravstvenega varstva predšolskih otrok; ZD Ivančna Gorica, v otroškem in šolskem dispanzerju; Zdravstvenem domu Ljubljana, enota Center, oddelek zdravstvenega varstva otrok in mladine; ZD Litija, oddelek zdravstvenega varstva otrok in mladine; V novembru in decembru 2013 so se zbirale ankete v: ZD dr. Božidarja

Lavriča Cerknica, otroške in šolske ambulante; v Dispanzerju za otroke in mladostnike, d. o. o., Žalec in ZD dr. Julija Polca Kamnik, dispanzer za otroke in šolarje (preglednica 1).

Preglednica 1: Spol, izobrazba, starost, okolje, skupni družinski mesečni dohodek in razmerje do otroka, ki je bil pripeljan na pregled

Spremenljivka	Kategorije	n	%	%v
Spol	Moški	87	19,0 %	19,0 %
	Ženski	372	81,0 %	81,0 %
Izobrazba	Osnovna šola ali manj	13	2,8 %	2,9 %
	Srednja šola	180	39,2 %	39,6 %
	Višja šola	65	14,2 %	14,3 %
	Visoka strokovna šola	76	16,6 %	16,7 %
	Univerzitetna ali več	121	26,4 %	26,6 %
	Brez odgovora	4	0,9 %	/
Starost	Manj kot 30 let	126	27,5 %	27,6 %
	30 do 39 let	287	62,5 %	62,8 %
	40 do 49 let	40	8,7 %	8,8 %
	50 let ali več	4	0,9 %	0,9 %
	Brez odgovora	2	0,4 %	/
V kakšnem okolju živite?	Mestno	139	30,3 %	30,5 %
	Primestno	86	18,7 %	18,9 %
	Na podeželju	231	50,3 %	50,7 %
	Brez odgovora	3	0,7 %	/
Skupni družinski mesečni dohodek	Nižji od povprečja	68	14,8 %	14,9 %
	Povprečen	341	74,3 %	74,6 %
	Višji od povprečja	48	10,5 %	10,5 %
	Brez odgovora	2	0,4 %	/
Razmerje do otroka, ki je bil pripeljan na pregled.	Starš	448	97,6 %	97,8 %
	Sorodnik	8	1,7 %	1,7 %

Spremenljivka	Kategorije	n	%	%v
	Drugo	2	0,4 %	0,4 %
	Brez odgovora	1	0,2 %	/
Testirno mesto	1	66	14,4 %	14,4 %
	2	46	10,0 %	10,0 %
	3	7	1,5 %	1,5 %
	4	65	14,2 %	14,2 %
	5	76	16,6 %	16,6 %
	6	160	34,9 %	34,9 %
	7	39	8,5 %	8,5 %

n – število, % – delež v odstotkih, %_v – delež veljavnih v odstotkih

3.3 Opis podatkov

Neobvezno (samoplačniško) se je že cepilo oziroma se jih namerava cepiti v bližnji prihodnosti 52,1 % anketirancev, 45,5 % pa se jih še ni neobvezno (samoplačniško) cepilo in se tudi ne nameravajo v bližnji prihodnosti.

Anketirance smo prosili, da na lestvici od 0 (sploh ne bi priporočil) do 10 (zagotovo bi priporočil) ocenijo, v kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem. Povprečna ocena je le 5,27, polovica anketirancev pa je ocenilo z oceno 5 ali manj.

Navedli smo sedem virov informacij o cepljenju, anketirance pa prosili, da na lestvici od 1 (sploh nisem pridobil informacij) do 5 (pridobil sem veliko informacij) ocenijo, v kolikšni meri so pridobili informacije o cepljenju iz posameznega navedenega vira.

Anketiranci so največ informacij pridobili preko interneta, saj je povprečna ocena 3,58, sledi zdravnik pediater (povprečna ocena 3,31), od naštetih virov pa so informacije o cepljenju najredkeje pridobili s pomočjo zdravstvenih inštitucij (povprečna ocena 2,95) oziroma preko medijev (povprečna ocena 2,99) (preglednica 2).

Preglednica 2: Viri informacij o cepljenju

Informacije sem pridobil ...	Ocena (%)					n	PV	SO
	1	2	3	4	5			
... preko interneta.	8,9 %	8,0 %	24,9 %	32,9 %	25,4 %	426	3,58	1,20
... s pomočjo zdravnika-pediatra.	11,6 %	12,8 %	29,9 %	24,4 %	21,3 %	431	3,31	1,26
... s pomočjo priporočil družine, prijateljev in znancev.	11,4 %	13,6 %	31,8 %	29,7 %	13,6 %	428	3,20	1,18
... s pomočjo medicinske sestre.	14,6 %	15,3 %	30,3 %	23,9 %	16,0 %	419	3,11	1,27
... iz knjig, časopisja, revij.	15,0 %	18,5 %	28,7 %	23,1 %	14,7 %	428	3,04	1,27
... preko medijev.	12,8 %	19,2 %	33,4 %	25,6 %	9,0 %	422	2,99	1,15
... s pomočjo zdravstvenih organizacij.	15,6 %	17,5 %	34,0 %	22,9 %	10,1 %	424	2,95	1,20

n – število veljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

V nadaljevanju smo ocenjevali, v kolikšni meri se uporabniki strinjajo z osmimi trditvami, ki se navezujejo na neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok, in sicer po lestvici od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam) (preglednica 3).

Tri trditve so se nanašale na informiranje staršev o cepljenju. Zdi se, da je stopnja informiranja na zadovoljivi ravni, lahko pa bi bila nekoliko boljša, saj je povprečna ocena strinjanja s trditvijo, da je na pediatričnem oddelku ZD dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.), 3,73, s trditvijo se popolnoma strinja 28,1 % anketirancev. S trditvijo, da jih zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj, se popolnoma strinja 33,4 % anketirancev, povprečna ocena strinjanja pa je 3,80. Od treh trditev, ki se nanašajo na informiranje o cepljenju, je s povprečno oceno 3,97 najvišja stopnja strinjanja s trditvijo, da na pediatričnem oddelku ZD opazijo na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).

S trditvijo, da je cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja ustrezna, se popolnoma strinja le 11,1 % anketirancev, povprečna ocena strinjanja pa je le 2,71, kar pomeni, da lahko sklepamo, da se staršem v večini zdi cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja previsoka. Po drugi strani je razmeroma visoko strinjanje s trditvama, da naj obvezno cepljenje otrok še vedno ostane del zdravstvene storitve, s trditvijo se popolnoma strinja kar 65,6 % anketirancev, ter da bi morala država iz obveznega zdravstvenega zavarovanja plačati tudi neobvezna (samoplačniška) cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj neobvezna

(samoplačniška), s trditvijo se popolnoma strinja kar 58,8 % vprašanih. Povprečna ocena strinjanja s trditvijo, da je cepljenje varno, je 3,59, s trditvijo se popolnoma strinja le 22,7 % vprašanih, povprečna ocena strinjanja s trditvijo, da je cepljenje učinkovito, pa je 3,72, se popolnoma strinja le 24,6 % anketirancev.

Preglednica 3: Mnenje o neobveznem (samoplačniškem) cepljenju otrok

Trditev	Ocena (%)					n	PV	SO
	1	2	3	4	5			
Zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD me redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj.	3,1 %	9,3 %	25,4 %	28,8 %	33,4 %	452	3,80	1,10
Na pediatričnem oddelku ZD opazim na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	2,2 %	5,5 %	22,4 %	33,0 %	36,8 %	451	3,97	1,01
Na pediatričnem oddelku ZD je dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	2,9 %	9,9 %	27,0 %	32,1 %	28,1 %	445	3,73	1,07
Cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja je ustrezna.	21,5 %	19,9 %	36,2 %	11,3 %	11,1 %	442	2,71	1,24
Obvezno cepljenje otrok naj še vedno ostane del zdravstvene storitve.	5,2 %	4,3 %	10,9 %	13,9 %	65,6 %	439	4,30	1,15
Cepljenje (obvezno in neobvezno) je varno.	4,7 %	8,8 %	32,2 %	31,5 %	22,7 %	444	3,59	1,08
Cepljenje (obvezno in neobvezno) je učinkovito.	3,4 %	6,7 %	28,9 %	36,5 %	24,6 %	447	3,72	1,02
Država bi morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj samoplačniška.	5,5 %	3,5 %	13,2 %	18,9 %	58,8 %	454	4,22	1,15

n – število veljavnih odgovorov, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon

3.4 Preverjanje hipotez

Hipoteza 1: *»Odnos do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja je povezan z virom informacij, s pomočjo katerega so bile pridobljene informacije o cepljenju.«*

Odnos do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja smo merili z dvema vprašanjema, in sicer z vprašanjem, ali so se že samoplačniško cepili (oziroma se nameravajo v bližnji prihodnosti) ter z vprašanjem, v kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem.

Najprej smo s t-testom za neodvisne vzorce preverili, če obstaja statistično značilna razlika v virih informacij o cepljenju med anketiranci, ki so se oziroma se nameravajo neobvezno (samoplačniško) cepiti v bližnji prihodnosti in anketiranci, ki tega niso storili in tudi ne nameravajo. Izkazalo se je, da so starši, ki so že neobvezno (samoplačniško) cepili otroka oziroma nameravajo to storiti v bližnji prihodnosti, glede na povprečne vrednosti pridobili več informacij iz vseh naštetih virov, statistično značilne razlike pa smo ugotovili pri pridobitvi informacij s pomočjo zdravstvenih organizacij ($t = 4,961$, $p < 0,001$), s pomočjo zdravnika-pediatra ($t = 5,693$, $p < 0,001$), s pomočjo medicinske sestre ($t = 4,616$, $p < 0,001$), s pomočjo priporočil družine, prijateljev in znancev ($t = 5,107$, $p < 0,001$) ter preko interneta ($t = 3,547$, $p < 0,001$), o statistično značilnih razlikah pa ni mogoče govoriti pri informacijah o cepljenju, ki so jih pridobili preko medijev ($t = 1,383$, $p = 0,167$) ter iz knjig, časopisja in revij ($t = 1,925$, $p = 0,055$) (preglednica 4).

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverili, v kolikšni meri je pogostost uporabe navedenih virov informacij o cepljenju povezana s stopnjo priporočil za neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok prijateljem in znancem. Izkazalo se je, da tisti, ki so neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok v večji meri priporočili svojim prijateljem in znancem, statistično značilno več informacij pridobijo s pomočjo znanstvenih organizacij ($r = 0,257$, $p < 0,001$), s pomočjo zdravnika-pediatra ($r = 0,330$, $p < 0,001$), s pomočjo medicinske sestre ($r = 0,349$, $p < 0,001$) ter preko interneta, nismo pa ugotovili statistično značilne povezanosti s pridobivanjem informacij o cepljenju preko medijev ($r = 0,026$, $p = 0,599$) oziroma pridobivanje informacij iz knjig, časopisja oziroma revij ($r = -0,063$, $p = 0,196$).

Preglednica 4: Primerjava virov informacij med anketiranci, ki neobvezno (samoplačniško) cepijo svojega otroka in ostalimi

Informacije sem pridobil...	Neobvezno (samoplačniško) cepljenje otroka	N	PV	SO	SN	t	df	p																																																																																
... s pomočjo zdravstvenih organizacij.	Da	215	3,21	1,14	0,08	4,961	411	0,000																																																																																
	Ne	198	2,64	1,18	0,08				... s pomočjo zdravnika-pediatra.	Da	222	3,61	1,16	0,08	5,693	418	0,000	Ne	198	2,93	1,29	0,09	... s pomočjo medicinske sestre.	Da	213	3,38	1,18	0,08	4,616	406	0,000	Ne	195	2,81	1,29	0,09	... s pomočjo priporočil družine, prijateljev in znancev.	Da	222	3,47	1,10	0,07	5,107	416	0,000	Ne	196	2,89	1,20	0,09	... preko medijev.	Da	213	3,06	1,15	0,08	1,383	409	0,167	Ne	198	2,90	1,16	0,08	... preko interneta.	Da	219	3,77	1,11	0,07	3,547	387	0,000	Ne	196	3,35	1,29	0,09	... iz knjig, časopisja, revij.	Da	219	3,14	1,24	0,08	1,925	415	0,055	Ne
... s pomočjo zdravnika-pediatra.	Da	222	3,61	1,16	0,08	5,693	418	0,000																																																																																
	Ne	198	2,93	1,29	0,09				... s pomočjo medicinske sestre.	Da	213	3,38	1,18	0,08	4,616	406	0,000	Ne	195	2,81	1,29	0,09	... s pomočjo priporočil družine, prijateljev in znancev.	Da	222	3,47	1,10	0,07	5,107	416	0,000	Ne	196	2,89	1,20	0,09	... preko medijev.	Da	213	3,06	1,15	0,08	1,383	409	0,167	Ne	198	2,90	1,16	0,08	... preko interneta.	Da	219	3,77	1,11	0,07	3,547	387	0,000	Ne	196	3,35	1,29	0,09	... iz knjig, časopisja, revij.	Da	219	3,14	1,24	0,08	1,925	415	0,055	Ne	198	2,90	1,28	0,09										
... s pomočjo medicinske sestre.	Da	213	3,38	1,18	0,08	4,616	406	0,000																																																																																
	Ne	195	2,81	1,29	0,09				... s pomočjo priporočil družine, prijateljev in znancev.	Da	222	3,47	1,10	0,07	5,107	416	0,000	Ne	196	2,89	1,20	0,09	... preko medijev.	Da	213	3,06	1,15	0,08	1,383	409	0,167	Ne	198	2,90	1,16	0,08	... preko interneta.	Da	219	3,77	1,11	0,07	3,547	387	0,000	Ne	196	3,35	1,29	0,09	... iz knjig, časopisja, revij.	Da	219	3,14	1,24	0,08	1,925	415	0,055	Ne	198	2,90	1,28	0,09																								
... s pomočjo priporočil družine, prijateljev in znancev.	Da	222	3,47	1,10	0,07	5,107	416	0,000																																																																																
	Ne	196	2,89	1,20	0,09				... preko medijev.	Da	213	3,06	1,15	0,08	1,383	409	0,167	Ne	198	2,90	1,16	0,08	... preko interneta.	Da	219	3,77	1,11	0,07	3,547	387	0,000	Ne	196	3,35	1,29	0,09	... iz knjig, časopisja, revij.	Da	219	3,14	1,24	0,08	1,925	415	0,055	Ne	198	2,90	1,28	0,09																																						
... preko medijev.	Da	213	3,06	1,15	0,08	1,383	409	0,167																																																																																
	Ne	198	2,90	1,16	0,08				... preko interneta.	Da	219	3,77	1,11	0,07	3,547	387	0,000	Ne	196	3,35	1,29	0,09	... iz knjig, časopisja, revij.	Da	219	3,14	1,24	0,08	1,925	415	0,055	Ne	198	2,90	1,28	0,09																																																				
... preko interneta.	Da	219	3,77	1,11	0,07	3,547	387	0,000																																																																																
	Ne	196	3,35	1,29	0,09				... iz knjig, časopisja, revij.	Da	219	3,14	1,24	0,08	1,925	415	0,055	Ne	198	2,90	1,28	0,09																																																																		
... iz knjig, časopisja, revij.	Da	219	3,14	1,24	0,08	1,925	415	0,055																																																																																
	Ne	198	2,90	1,28	0,09																																																																																			

N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, SN – standardna napaka povprečja, t – t-statistika t-testa za neodvisne vzorce, df – prostorske stopnje, p – statistična značilnost (2.sm.)

Ker smo ugotovili, da anketiranci, ki neobvezno (samoplačniško) cepijo otroke, več informacij o cepljenju pridobijo iz navedenih virov ter da bi anketiranci, ki so bolj informirani o cepljenju, tudi v večji meri priporočili neobvezno (samoplačniško) cepljenje, hipotezo sprejmemo in trdimo, da je odnos do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja povezan z virom informacij, s pomočjo katerega so bile pridobljene informacije o cepljenju.

Hipoteza 2: »Uspešno obveščanje zdravstvenih institucij o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj, je pozitivno povezano z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.«

S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, v kolikšni meri se razlikuje strinjanje s trditvami, ki merijo mnenje o informiranju o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj, med anketiranci, ki neobvezno (samoplačniško) cepijo svojega otroka in ostalimi. Izkazalo se je, da se anketiranci, ki so že neobvezno (samoplačniško) cepili otroka oziroma ga nameravajo v bližnji prihodnosti, statistično značilno bolj strinjajo s trditvijo, da na pediatričnem oddelku ZD na vidnem mestu opazijo zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.) kot anketiranci, ki se niso in se ne nameravajo odločiti za neobvezno (samoplačniško) cepljenje otroka ($t = 2,912$, $p = 0,004$), medtem ko statistično značilnih razlik nismo ugotovili v stopnji strinjanja s trditvama, da jih zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj ($t = 1,679$, $p = 0,094$) ter da je na pediatričnem oddelku ZD dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.) (preglednica 5).

Preglednica 5: Primerjava mnenj o obveščanju o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj med anketiranci, ki neobvezno (samoplačniško) cepijo svojega otroka in ostalimi

Trditev	Neobvezno (samoplačniško) cepljenje otroka	N	PV	SO	SN	t	df	p																								
Zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD me redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj.	Da	235	3,90	1,10	0,07	1,679	439	0,094																								
	Ne	206	3,73	1,07	0,07				Na pediatričnem oddelku ZD opazim na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	Da	234	4,10	0,99	0,06	2,912	438	0,004	Ne	206	3,82	1,01	0,07	Na pediatričnem oddelku ZD je dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	Da	230	3,81	1,08	0,07	1,818	432	0,070	Ne
Na pediatričnem oddelku ZD opazim na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	Da	234	4,10	0,99	0,06	2,912	438	0,004																								
	Ne	206	3,82	1,01	0,07				Na pediatričnem oddelku ZD je dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	Da	230	3,81	1,08	0,07	1,818	432	0,070	Ne	204	3,62	1,05	0,07										
Na pediatričnem oddelku ZD je dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	Da	230	3,81	1,08	0,07	1,818	432	0,070																								
	Ne	204	3,62	1,05	0,07																											

N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, SN – standardna napaka povprečja,

t – t-statistika t-testa za neodvisne vzorce, df – prostorske stopnje, p – statistična značilnost (2.sm.)

Glede na Pearsonov korelacijski koeficient bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok bolj priporočili svojim prijateljem in znancem anketiranci, ki se bolj strinjajo s trditvami, da jih zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj ($r = 0,184$, $p < 0,001$), da na pediatričnem oddelku ZD opazijo na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.) ($r = 0,147$, $p = 0,002$) ter da je na pediatričnem oddelku ZD dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.) ($r = 0,126$, $p = 0,009$), povezanost je namreč šibka, a še vedno statistično značilna.

Hipotezo sprejmemo in trdimo, da je uspešno obveščanje zdravstvenih organizacij o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj, pozitivno povezano z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.

Hipoteza 3: »Mnenje o obveznosti, varnosti, učinkovitosti cepljenja in dostopnost neobveznega (samoplačniškega) cepljenja, je povezano z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.«

S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, če se med anketiranci, ki neobvezno (samoplačniško) cepijo svojega otroka in tistimi, ki otrok neobvezno (samoplačniško) ne cepijo, razlikuje mnenje o obveznosti, varnosti, učinkovitosti in dostopnosti neobveznega cepljenja. Izkazalo se je, da se anketiranci, ki otroke neobvezno (samoplačniško) cepijo, statistično značilno bolj strinjajo s trditvami, da je cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja ustrezna ($t = 3,240$, $p = 0,001$), da je cepljenje varno ($t = 5,917$, $p < 0,001$) in učinkovito ($t = 6,873$, $p < 0,001$), da naj obvezno cepljenje otrok še vedno ostane del zdravstvene storitve ($t = 4,196$, $p < 0,001$) ter da bi država morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj neobvezna (samoplačniško) ($t = 3,171$, $p = 0,002$) (preglednica 6).

Preglednica 6: Primerjava mnenj o obveščanju glede neobveznega (samoplačniškega) cepljenja med anketiranci, ki samoplačniško cepijo svojega otroka in ostalimi

Trditve	Neobvezno (samoplačniško) cepljenje otroka	N	PV	SO	SN	t	df	p
Cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja je ustrezna.	Da	233	2,86	1,26	0,08	3,240	429	0,001
	Ne	198	2,48	1,18	0,08			
Obvezno cepljenje otrok naj še vedno ostane del zdravstvene storitve.	Da	227	4,53	0,92	0,06	4,196	351	0,000
	Ne	201	4,06	1,33	0,09			
Cepljenje (obvezno in neobvezno ali samoplačniško) je varno.	Da	231	3,86	0,95	0,06	5,917	393	0,000
	Ne	202	3,26	1,14	0,08			
Cepljenje (obvezno in neobvezno ali samoplačniško) je učinkovito.	Da	232	4,01	0,87	0,06	6,873	391	0,000
	Ne	204	3,37	1,07	0,07			
Država bi morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj neobvezna (samoplačniška).	Da	235	4,39	0,99	0,06	3,171	387	0,002
	Ne	208	4,04	1,28	0,09			

N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, SN – standardna napaka povprečja,

t – t-statistika t-testa za neodvisne vzorce, df – prostorske stopnje, p – statistična značilnost (2.sm.)

Glede na Pearsonov korelacijski koeficient bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok svojim prijateljem in znancem bolj priporočili anketiranci, ki se v večji meri strinjajo s trditvami, da je cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja ustrezna ($r = 0,189$, $p < 0,001$), da je cepljenje varno ($r = 0,497$, $p < 0,001$) in učinkovito ($r = 0,484$, $p < 0,001$), da naj obvezno cepljenje otrok še vedno ostane del zdravstvene storitve ($r = 0,347$, $p < 0,001$) ter da bi država morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna (samoplačniška) cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj samoplačniška ($r = 0,293$, $p < 0,001$).

Hipotezo sprejmemo in trdimo, da je mnenje o obveznosti, varnosti, učinkovitosti cepljenja in dostopnost neobveznega (samoplačniškega) cepljenja povezano z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.

Hipoteza 4: »Demografski dejavniki so povezani z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.«

Da otroka niso neobvezno (samoplačniško) cepili in ga tudi ne nameravajo v bližnji prihodnosti, je odgovorilo 37,0 % anketirancev moškega in 48,8 % ženskega spola, vendar se povezanost glede na χ^2 test ni izkazala za statistično značilno ($\chi^2 = 3,673$, $p = 0,055$) (preglednica 7).

Preglednica 7: Primerjava mnenj glede na neobvezno (samoplačniško) cepljenje otroka glede na spol staršev

		Spol		
		Moški	Ženski	Skupaj
<i>Ali ste se že oziroma se še nameravate odločiti za neobvezno (samoplačniško) cepljenje svojega otroka?</i>	Da, sem že cepil oziroma nameravam cepiti v bližnji prihodnosti	Število 51	188	239
		% (stolpec) 63,0 %	51,2 %	53,3 %
	Ne in ne nameravam v bližnji prihodnosti	Število 30	179	209
		% (stolpec) 37,0 %	48,8 %	46,7 %
Skupaj	Število	81	367	448
	% (stolpec)	100,0 %	100,0 %	100,0 %

$\chi^2 = 3,673$, $p = 0,055$

Otroka cepi oziroma namerava neobvezno (samoplačniško) cepiti v bližnji prihodnosti približno polovica anketirancev, ki živijo v mestnem okolju oziroma na podeželju, od anketirancev, ki živijo v primestnem okolju, pa jih otroka neobvezno (samoplačniško) cepi oziroma namerava cepiti v bližnji prihodnosti skoraj dve tretjini, povezanost med okoljem in neobveznim (samoplačniškim) cepljenjem pa je tudi statistično značilna ($\chi^2 = 7,513$, $p = 0,023$) (preglednica 8).

Preglednica 8: Primerjava mnenj na neobvezno (samoplačniško) cepljenje otroka glede na okolje

		V kakšnem okolju živite?				
			Mestno	Primestno	Na podeželju	Skupaj
<i>Ali ste se že oziroma se še nameravate odločiti za neobvezno (samoplačniško) cepljenje svojega otroka?</i>	Da, sem že cepil oziroma nameravam cepiti v bližnji prihodnosti	Število	65	57	114	236
		% (stolpec)	49,6 %	66,3 %	50,0 %	53,0 %
	Ne in ne nameravam v bližnji prihodnosti	Število	66	29	114	209
		% (stolpec)	50,4 %	33,7 %	50,0 %	47,0 %
Skupaj		Število	131	86	228	445
		% (stolpec)	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

$$\chi^2 = 7,513, p = 0,023$$

Z Mann-Whitneyevim U-testom smo preverili, če se anketiranci, ki so že oziroma nameravajo neobvezno (samoplačniško) cepiti otroka v bližnji prihodnosti, od preostalih razlikujejo v starosti, številu otrok ter skupnem mesečnem dohodku v njihovem gospodinjstvu. Izkazalo se je, da so anketiranci, ki so že oziroma nameravajo neobvezno (samoplačniško) cepiti otroka v bližnji prihodnosti, statistično značilno bolj izobraženi ($Z = -3,294, p = 0,001$) ter imajo višji skupni družinski mesečni dohodek ($Z = -3,409, p = 0,001$), nismo pa ugotovili statistično značilnih razlik v starosti ($Z = -1,724, p = 0,085$) in številu otrok ($Z = -0,120, p = 0,905$).

S t-testom za neodvisne vzorce smo preverili, če med spoloma obstaja razlika v oceni in v kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje priporočili svojim prijateljem in znancem. Izkazalo se je, da med spoloma ni statistično značilnih razlik ($t = 1,048, p = 0,295$) (preglednica 9).

Preglednica 9: Primerjava priporočanja neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok prijateljem in znancem med spoloma

Trditev	Spol	N	PV	SO	SN	t	df	p
V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem?	Moški	84	5,60	2,88	0,31	1,048	449	0,295
	Ženski	367	5,20	3,16	0,17			

N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, SN – standardna napaka povprečja, t – t-statistika t-testa za neodvisne vzorce, df – prostorske stopnje, p – statistična značilnost (2.sm.)

Z enosmerno analizo variance (ANOVA) smo preverili, če se stopnja priporočanja neobveznega (samoplačniškega) cepljenja prijateljem in znancem razlikuje med anketiranci, ki živijo v različnih okoljih. Glede na povprečne vrednosti bi svojim prijateljem in znancem neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok najbolj priporočili anketiranci, ki živijo v primestnem okolju, vendar med anketiranci, ki živijo v različnih okoljih, ni mogoče potrditi statistično značilnih razlik ($F = 0,870$, $p = 0,420$) (preglednica 10).

Preglednica 10: Primerjava priporočanja neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok prijateljem in znancem glede na okolje

Trditev	Okolje	N	PV	SO	SN	F	p
V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem?	Mestno	136	5,32	3,08	0,26	0,870	0,420
	Primestno	86	5,58	2,94	0,32		
	Na podeželju	226	5,08	3,17	0,21		

N – število, PV – povprečna vrednost, SO – standardni odklon, SN – standardna napaka povprečja, F – F-statistika enosmerne analize variance (ANOVA), p – statistična značilnost (2.sm.)

S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo poskušali ugotoviti, če so s stopnjo priporočanja neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok prijateljem in znancem povezani izobrazba, starost, število otrok in skupni družinski mesečni dohodek. Izkazalo se je, da izobrazba ($r_s = 0,007$, $p = 0,891$), starost ($r_s = 0,009$, $p = 0,846$), skupni družinski mesečni dohodek ($r_s = 0,081$, $p = 0,088$) in število otrok ($r_s = 0,-0,013$, $p = 0,789$) niso statistično značilno povezani s stopnjo priporočanja neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok prijateljem in znancem.

Ker nismo ugotovili določene povezanosti med odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja in okoljem, izobrazbo in skupnim družinskim mesečnim dohodkom, hipotezo

zavrne in trdimo, da demografski dejavniki niso povezani z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.

3.5 Predstavitev izidov raziskave

Iz podatkov smo s pomočjo statistične analize preverjali hipoteze in s pridobljenimi rezultati zaznali tiste dejavnike kakovosti zdravstvene storitve, ki vplivajo na uporabnike.

Preverjanje vpliva, ali bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje priporočili svojim prijateljem in znancem.

Na lestvici od 0 (sploh ne bi priporočil) do 10 (zagotovo bi priporočil) so ocenili, v kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem. Povprečna ocena je le 5,27, polovica anketirancev pa je obkročila oceno 5 ali manj (preglednica 11).

Preglednica 11: Priporočanje neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok svojim prijateljem in znancem

N	Veljavni	451
	Manjkajoči	8
	Povprečna vrednost	5,27
	Mediana	5,00
	Standardni odklon	3,107
	Asimetrija	-,182
	St. napaka asimetrije	,115
	Sploščenost	-,861
	St. napaka sploščenosti	,229
	Minimum	0
	Maksimum	10

Pogostost uporabe navedenih virov informacij o cepljenju v povezavi s stopnjo priporočitve neobveznega (samoplačniškega) cepljenja otrok prijateljem in znancem.

S Pearsonovim korelacijskim koeficientom smo preverili, v kolikšni meri je pogostost uporabe navedenih virov informacij o cepljenju povezana s stopnjo priporočitve neobveznega

(samoplačniškega) cepljenja otrok prijateljem in znancem. Izkazalo se je, da tisti, ki bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok v večji meri priporočili svojim prijateljem in znancem, statistično značilno več informacij pridobijo s pomočjo zdravstvenih organizacij ($r = 0,257$, $p < 0,001$), s pomočjo zdravnika-pediatra ($r = 0,330$, $p < 0,001$), s pomočjo medicinske sestre ($r = 0,349$, $p < 0,001$) ter preko interneta, nismo pa ugotovili statistično značilne povezanosti s pridobivanjem informacij o cepljenju preko medijev ($r = 0,026$, $p = 0,599$) oziroma pridobivanje informacij iz knjig, časopisja oz. revij ($r = -0,063$, $p = 0,196$) (preglednica 12).

Glede na Pearsonov korelacijski koeficient bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok bolj priporočili svojim prijateljem in znancem anketiranci, ki se bolj strinjajo s trditvami, da jih zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj ($r = 0,184$, $p < 0,001$), da na pediatričnem oddelku ZD opazijo na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.) ($r = 0,147$, $p = 0,002$) ter da je na pediatričnem oddelku ZD dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.) ($r = 0,126$, $p = 0,009$), povezanost je namreč šibka, a še vedno statistično značilna (preglednica 12).

Glede na Pearsonov korelacijski koeficient bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok svojim prijateljem in znancem bolj priporočili anketiranci, ki se v večji meri strinjajo s trditvami, da je cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja ustrezna ($r = 0,189$, $p < 0,001$), da je cepljenje varno ($r = 0,497$, $p < 0,001$) in učinkovito ($r = 0,484$, $p < 0,001$), da naj obvezno cepljenje otrok še vedno ostane del zdravstvene storitve ($r = 0,347$, $p < 0,001$) ter da bi država morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna (samoplačnika) cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj neobvezna (samoplačniška) ($r = 0,293$, $p < 0,001$) (preglednica 12).

Preglednica 12: Povezanost s priporočili neobveznega (samoplačniškega) cepljenja svojim prijateljem in znancem s pridobljenimi viri informacij

Spremenljivka		V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem?
... s pomočjo zdravstvenih organizacij.	Pearsonov koeficient	,257**
	p (2.sm.)	,000
	N	416
... s pomočjo zdravnika-pediatra.	Pearsonov koeficient	,330**

Spremenljivka		V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem?
	p (2.sm.)	,000
	N	425
... s pomočjo medicinske sestre.	Pearsonov koeficient	,349**
	p (2.sm.)	,000
	N	412
... s pomočjo priporočil družine, prijateljev in znancev.	Pearsonov koeficient	,244**
	p (2.sm.)	,000
	N	421
... preko medijev.	Pearsonov koeficient	,026
	p (2.sm.)	,599
	N	415
... preko interneta.	Pearsonov koeficient	,178**
	p (2.sm.)	,000
	N	419
... iz knjig, časopisja, revij.	Pearsonov koeficient	-,063
	p (2.sm.)	,196
	N	422
Zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD me redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj.	Pearsonov koeficient	,184**
	p (2.sm.)	,000
	N	444
Na pediatričnem oddelku ZD opazim na vidnem mestu zdravstveni promocijski	Pearsonov koeficient	,147**

Spremenljivka		V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem?
material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	p (2.sm.)	,002
	N	443
Na pediatričnem oddelku ZD je dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	Pearsonov koeficient	,126**
	p (2.sm.)	,009
	N	437
Cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja je ustrezna.	Pearsonov koeficient	,189**
	p (2.sm.)	,000
	N	434
Obvezno cepljenje otrok naj še vedno ostane del zdravstvene storitve.	Pearsonov koeficient	,347**
	p (2.sm.)	,000
	N	433
Cepljenje (obvezno in neobvezno) je varno.	Pearsonov koeficient	,497**
	p (2.sm.)	,000
	N	437
Cepljenje (obvezno in neobvezno) je učinkovito.	Pearsonov koeficient	,484**
	p (2.sm.)	,000
	N	439
Država bi morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna (samoplačniška) cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj samoplačniška.	Pearsonov koeficient	,293**
	p (2.sm.)	,000
	N	446
Izobrazba	Spearmanov koeficient	,007

Spremenljivka		V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem?
	p (2.sm.)	,891
	N	447
Starost	Spearmanov koeficient	,009
	p (2.sm.)	,846
	N	449
Skupni družinski mesečni dohodek	Spearmanov koeficient	,081
	p (2.sm.)	,088
	N	449
Število otrok	Spearmanov koeficient	-,013
	p (2.sm.)	,789
	N	435

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

Z Mann-Whitneyevim U-testom smo preverili, če se anketiranci, ki so že oziroma nameravajo neobvezno (samoplačniško) cepiti otroka v bližnji prihodnosti, od preostalih razlikujejo v stopnji izobrazbe, starosti, številu otrok ter skupnem mesečnem dohodku v njihovem gospodinjstvu. Izkazalo se je, da so anketiranci, ki so že oziroma nameravajo neobvezno (samoplačniško) cepiti otroka v bližnji prihodnosti, statistično značilno bolj izobraženi ($Z = -3,294$, $p = 0,001$) ter imajo višji skupni družinski mesečni dohodek ($Z = -3,409$, $p = 0,001$), nismo pa ugotovili statistično značilnih razlik v starosti ($Z = -1,724$, $p = 0,085$) in številu otrok ($Z = -0,120$, $p = 0,905$) (preglednici 13 in 14).

Preglednica 13: Povezanost neobveznega (samoplačniškega) cepljenja s stopnjo izobrazbe, številom otrok v družini in njihovim mesečnim dohodkom

	Neobvezno (samoplačniško) cepljenje otroka	N	Povprečni rang	Seštevek rangov
<i>Izobrazba</i>	Da	235	240,56	56530,50
	Ne	209	202,20	42259,50
	Skupaj	444		
<i>Starost</i>	Da	237	231,90	54960,00
	Ne	209	213,98	44721,00
	Skupaj	446		
<i>Skupni družinski mesečni dohodek</i>	Da	237	238,32	56482,50
	Ne	209	206,69	43198,50
	Skupaj	446		
<i>Število otrok (če je starš otroka, ki ga je pripeljal na pregled)</i>	Da	228	217,13	49505,00
	Ne	204	215,80	44023,00
	Skupaj	432		

Preglednica 14: Povezanost neobveznega (samoplačniškega) cepljenja s starostjo in izobrazbo

	Izobrazba	Starost	Skupni družinski mesečni dohodek	Število otrok (če je starš otroka, ki ga je pripeljal na pregled)
Mann-Whitney U	20314,500	22776,000	21253,500	23113,000
Wilcoxon W	42259,500	44721,000	43198,500	44023,000
Z	-3,294	-1,724	-3,409	-,120
Stat. zn. (2.sm.)	,001	,085	,001	,905

Grupirna spremenljivka: Ali ste se že oziroma se še nameravate odločiti za samoplačniško cepljenje svojega otroka?

S Spearmanovim korelacijskim koeficientom smo poskušali ugotoviti, če so s stopnjo priporočanja neobveznega (samoplačniškega) cepljena otrok prijateljem in znancem povezani izobrazba, starost, število otrok in skupni družinski mesečni dohodek. Izkazalo se je, da izobrazba ($r_s = 0,007$, $p = 0,891$), starost ($r_s = 0,009$, $p = 0,846$), skupni družinski mesečni dohodek ($r_s = 0,081$, $p = 0,088$) in število otrok ($r_s = 0,-0,013$, $p = 0,789$) niso statistično značilno povezani s stopnjo priporočanja samoplačniškega cepljenja otrok prijateljem in znancem (preglednica 15).

Preglednica 15: Povezanost s priporočili neobveznega (samoplačniškega) cepljenja svojim prijateljem in znancem glede na izobrazbo, mesečni dohodek in število otrok v družini

Spremenljivka		V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem?
...s pomočjo zdravstvenih organizacij.	Pearsonov koeficient	,257**
	p (2.sm.)	,000
	N	416
... s pomočjo zdravnika-pediatra.	Pearsonov koeficient	,330**
	p (2.sm.)	,000
	N	425
... s pomočjo medicinske sestre.	Pearsonov koeficient	,349**
	p (2.sm.)	,000
	N	412
... s pomočjo priporočil družine, prijateljev in znancev.	Pearsonov koeficient	,244**
	p (2.sm.)	,000
	N	421
... preko medijev.	Pearsonov koeficient	,026
	p (2.sm.)	,599
	N	415
... preko interneta.	Pearsonov koeficient	,178**

Spremenljivka		V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem?
	p (2.sm.)	,000
	N	419
... iz knjig, časopisja, revij.	Pearsonov koeficient	-,063
	p (2.sm.)	,196
	N	422
Zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD me redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj.	Pearsonov koeficient	,184**
	p (2.sm.)	,000
	N	444
Na pediatričnem oddelku ZD opazim na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	Pearsonov koeficient	,147**
	p (2.sm.)	,002
	N	443
Na pediatričnem oddelku ZD je dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	Pearsonov koeficient	,126**
	p (2.sm.)	,009
	N	437
Cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja je ustrezna.	Pearsonov koeficient	,189**
	p (2.sm.)	,000
	N	434
Obvezno cepljenje otrok naj še vedno ostane del zdravstvene storitve.	Pearsonov koeficient	,347**
	p (2.sm.)	,000
	N	433
Cepljenje (obvezno in neobvezno) je varno.	Pearsonov koeficient	,497**
	p (2.sm.)	,000
	N	437
Cepljenje (obvezno in neobvezno) je učinkovito.	Pearsonov koeficient	,484**

Spremenljivka		V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem?
	p (2.sm.)	,000
	N	439
Država bi morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj neobvezna (samoplačniška).	Pearsonov koeficient	,293**
	p (2.sm.)	,000
	N	446
Izobrazba	Spearmanov koeficient	,007
	p (2.sm.)	,891
	N	447
Starost	Spearmanov koeficient	,009
	p (2.sm.)	,846
	N	449
Skupni družinski mesečni dohodek	Spearmanov koeficient	,081
	p (2.sm.)	,088
	N	449
Število otrok	Spearmanov koeficient	-,013
	p (2.sm.)	,789
	N	435

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$

3.6 Predlogi za izboljšanje

Na podlagi pridobljenih rezultatov v nadaljevanju predstavljamo priporočila za izboljšanje kakovosti zdravstvene storitve, ki vplivajo na njene uporabnike. Za uporabnika je pomembno, da se ga spoštuje, se upošteva njegove potrebe, se ga informira, komunicira, da mu je storitev dostopna, učinkovita, pravična in da se mu zagotovi varno storitev.

Iz raziskave je razvidno, da je 52,1 % vprašanih uporabnikov že ali bodo v prihodnosti opravili neobvezno (samoplačniško) cepljenje za otroka, prav tako jih 12,2 % meni, da bi ga priporočili svojim znancem in prijateljem.

Družina, prijatelji, znanci so socialna skupina, ki je v medosebnem odnosu in njihovo sporazumevanje poteka iz "oči v oči". Med njimi se spletajo socialni odnosi in drug drugemu predstavljajo stališča, vedenja in informacije o storitvi. Med njimi prihaja do odprte komunikacije, ljudje se med seboj poslušajo, delijo nasvete in vplivajo eden na drugega. Taka komunikacija temelji na zaupanju do nasprotne osebe in do drugih.

V raziskavi so bili vključeni vsi dejavniki kakovosti storitve, ki jih ocenjuje uporabnik. Spraševali smo jih, iz katerih virov pridobijo informacije o cepljenju.

Uporabniki so ocenili, da si največ informacij pridobijo preko interneta (25,4 %).

Z razvojem IKT so se pojavile tudi nove oblike širjenja informacij. Uporabniki imajo na voljo ob vsakem času prost dostop do spletnega brskalnika globalnih informacij. Svetovni zdravstveni portali so dostopni vsem, informacije o zdravstvenih vsebinah si poiščejo sami uporabniki in tisti trenutek ne potrebujejo zdravnika ali drugega zdravstvenega strokovnjaka. Informacije niso omejene in to jim zagotavlja anonimnost. Tako jim splet ponuja razne vire informacij o zdravstvenih storitvah preko forumov, internetnih klepetalnic, laičnih spletnih strani, raznih spletnih aplikacij, alternativnih strani ipd. Zato so marsikatero informacije o zdravstvenih vsebinah nepreverjene, vprašljive in zavajajoče. Verodostojnost informacij je tako lahko za uporabnika problematična. Naš zdravstveni sistem je konservativen in na zunanje vplive slabo odreagira. V državi nimamo službe, ki bi vršila nadzor nad kakovostjo spletnih zdravstvenih informacij na nacionalni in tudi ne na regionalni ravni.

Priporočamo:

1. Spletnim stranem zdravstvenih organizacij, ki informirajo uporabnika in vršijo na spletu promocijo preventivnih zdravstvenih vsebin, priporočamo, da si prizadevajo za kakovost, tako da je vsaka zdravstvena informacija podprta s strokovnimi izsledki in argumenti, da je razumljiva, in to tako, da se ciljne skupine poenotijo s podanimi informacijami. Organizacije naj bi uporabnike informirale, kdo jim podaja informacijo, kakšen namen imajo, kdo je plačnik, kdo je avtor podane informacije, kdo je odgovoren za posodobitev spletne strani in kdaj so bile te informacije popravljene.
2. Da pristojne službe nad tako občutljivimi informacijami, kot so bolezen, zdravljenje te, preprečevanje bolezni, ukrepanje in promocija preventivnih zdravstvenih programov, pripravijo sistemsko ureditev na področju spleta, ki bo nadzorovana.
3. Vse strokovne preverjene informacije naj bi imele že na vstopu v zdravstveno spletno stran oznako kakovosti, ki bi usmerjala uporabnika do strokovne razlage in s tem do pravih informacij.

4. Dostopnost spletne strani naj bi bila enostavna, tako da jo lahko uporablja vsak uporabnik, ne glede na izobrazbo in starost. Vsebina spletnih strani naj ima kazalo, kje se nahaja preverjena vsebina, in možnost povezave z drugimi podobnimi spletnimi stranmi.
5. Na sistemski ravni naj se tehnično poenotijo vse zdravstvene organizacije in doseže enotnost zdravstvenih portalov, ki naj ponudijo uporabnikom strokovne in pravilne informacije o zdravstvenih vsebinah.

V raziskavi je bilo ugotovljeno, da si pridobijo uporabniki najmanj informacij preko tradicionalnih medijev (9,0 %).

Množični mediji so orodje, kjer potujejo informacije do ciljnih skupin. Imajo vlogo prenašanja informacij. Teme o zdravstvenih vsebinah se v medijih pojavljajo tako, da jih uporabniki gledajo na televiziji, slišijo na radiu ali berejo v dnevnem časopisu, revijah in so lahko tudi v digitalni obliki. Mediji so okno v svet za uporabnike in omogočajo, da sprejemajo informacije, vplivajo na medosebne odnose s pogovori v družini, pri sorodnikih ali prijateljih in si krepijo vedenje. Laična javnost se na neustrezne komunikacijske nepravilnosti vedno bolj odziva. Zahteva uporabnikov po kakovostni zdravstveni promociji, boljši osveščenosti, vse večje potrošništvo, spremembe financiranja zdravstvenih storitev, vse to naštetu zahteva večjo medijsko prisotnost. Mediji so pripomogli k povečanju ponudbe zdravstvenih vsebin, ker so ugotovili, da jih uporabniki potrebujejo.

Priporočamo:

1. Poslovodstvo v zdravstvenih organizacijah je odgovorno za komuniciranje z mediji, zato naj ima vgrajeno v sistem organizacije tudi smernice komuniciranja. Vsaka organizacija naj ima strategijo, taktiko, načrt, vodenje in sistematično izobraževanje zdravstvenih strokovnjakov za komuniciranje z medij, ki naj delujejo v timu. Vsa sporočila, ki se jih posreduje medijem, je potrebno strukturirati, nadzorovati, vzdrževati in tako krepiti verodostojnost zdravstvene organizacije. V timu naj sodeluje zdravstveni govorec, ki je usposobljen za komuniciranje z mediji tako, da prepozna specifičnost različnih medijev.
2. Zdravstvene organizacije naj bi imele z mediji pošteno komunikacijo, tako da se med njimi razvije partnerski odnos, ki vodi v zaupanje in tako izboljša kakovostno medijsko poročanje.
3. Medijske hiše naj bi imele oddelek za zdravstvo, ki bi pokrival zdravstvene vsebine. Tako bi si pridobile zaupanje zdravstvenih strokovnjakov. Medijsko odmevne zdravstvene vsebine naj bi se predstavljale jasno, in to tako, da so informacije celovite in takoj na voljo.
4. Uporabnike naj bi se obvarovalo tega, da bi se med njimi začele širiti negativne novice, in to tako, da bi se jim pravočasno posredovalo prave informacije s strokovno razlago, ki je enostavna, razumljiva, poštena in primerna tudi za laično javnost. Uporabniki si na tak način ne bi pridobili občutka, da bi dvomili o verodostojnosti informacij.

V drugem sklopu raziskave so se trditve nanašale na pridobljene informacije, ki jih starši otrok pridobijo o zdravstveni organizaciji.

Med vsemi trditvami so bile najbolj ocenjene informacije, ki jih uporabniki vidijo na vidnem mestu: zdravstveni promocijski material (brošure, napotke, vabila na razna predavanja o otroku ipd.) na pediatričnem oddelku ZD (36,8 %).

Na vsakem trgu obstajata povpraševanje in ponudba. S tržnimi prijemi si ponudniki pridobijo ali obdržijo kupca in predstavijo sebe. Vsaka organizacija, ki načrtuje in ponuja uporabnikom storitve, raziskuje trg in upošteva uporabnika glede na njegova pričakovanja in želje.

Priporočamo:

1. Odločitev posloводства za trženje, ki naj ob tem določi: kakšno vsebino in obliko bo imelo reklamno sporočilo, izbran način oglaševanja ter kolikšna naj bo poraba finančnih sredstev na podlagi povratnih informacij.
2. Preventivne promocijske zdravstvene vsebine naj bi bile namenjene za izboljšanje obveščenosti uporabnikov in spodbujanje izvajalcev h kakovosti storitve.
3. Oglaševalci z oglasom zajamejo čim večjo določeno populacijo. Uporabniki si z branjem, gledanjem ali poslušanjem pridobijo potrebne informacije. Zato naj uporabnikom pošiljajo sporočila preko različnih medijev in hkrati ponujajo kakovostne informacije.
4. Informacije na sporočilih, letakih, brošurah in naslovi naj bodo zanimivi, naj ne vsebujejo praznih fraz, vsebina naj bo berljiva in deluje skladno in v zaporedju.
5. Preventivne promocijske zdravstvene vsebine naj bodo primerno vizualno oblikovane in obravnavane celostno.
6. Preventivne promocijske zdravstvene vsebine naj se dopolnjujejo in naj vsebujejo aktualne podatke o storitvi. Če se vsebina sklicuje na raziskave, naj te temeljijo na ustreznih dokazih in virih. Zdravstvena organizacija naj bodočega in sedanjega potrošnika informira o storitvi, tako da ta zavzame stališče in da komunikacija ni enosmerna.
7. Promocijska zdravstvena gradiva naj bodo življenjska, nevsiljiva in ne smejo biti žaljiva ali ustrahujoča. Jasno mora organizacija dati vedeti, da z zdravstvenim preventivnim promocijskim gradivom cilja na ciljno skupino, kateri je oglas namenjen in kaj uporabnik želi, da se ta lažje odloči za nakup.
8. Preventivno promocijsko zdravstveno gradivo naj ima čim več slikovnega gradiva, saj si tako uporabniki lažje zapomnijo vsebino. Navedena naj bo tudi informacija o ceni.

Ugotovljeno je bilo, da so uporabniki najslabše ocenili ceno neobveznega (samoplačniškega) cepljenja (11,1 %).

Zdravstveni trg ima ponudbo in povpraševanje in na drugi strani dostopnost do zdravstvenih storitev, ki je v rokah izvajalcev. Dostop do javne zdravstvene mreže je ena od državljskih pravic uporabnikov, ne glede na njihovo ekonomsko, socialno in zdravstveno stanje. Tudi v našem sistemu zdravstva imamo različno povpraševanje in različno dostopnost do zdravstvenih storitev. Zato se uporabniki zdravstvene storitve znajdejo v neenakopravnem položaju. Tržni mehanizem v zdravstvu se nanaša na lastnike in dobavitelje, ne pa na uporabnike – plačnike, kar pomeni, da je sistem neučinkovit in prihaja do nezadovoljstva med uporabniki. Na trgu se pojavljajo: kupec (uporabnik) prodajalec (zdravnik) in plačnik (zavarovalnica). Trženje novih storitev naj bi imelo poudarek na kakovosti storitev s strani izvajalcev.

Priporočamo:

1. Starši otrok plačajo zdravstveno storitev (cepljenje poti nekaterim nalezljivim boleznim) iz lastnih sredstev, čeprav prispevajo finančna sredstva v zdravstveni sistem. Zato priporočamo, da se za vse otroke omogoči brezplačno cepljenje s pogojem, da privolitev za storitev podajo njihovi starši ali skrbniki. Veliko večji finančni strošek za državo je, če zbolijo otroci za nalezljivo boleznijo, za starše pa izostanek z dela, kar vpliva na njihov mesečni dohodek.
2. Uvedba izravnalne sheme z namenom preprečevanja neenakosti pri prispevnih stopnjah. Pravična in ustrezna zdravstvena storitev, kot si jo zaslužijo uporabniki.
3. Določiti standarde in normative kakovosti ter preglednosti zdravstvene storitve.
4. Sporazum države s farmacevtskimi organizacijami, ki izdelujejo cepiva o realni ceni cepiv.
5. Ponudba in povpraševanje sta v rokah izvajalcev, zato uporabniki potrebujejo več informacij o novih storitvah.

4 SKLEP

V zadnjem delu magistrske naloge bomo najprej povzeli celotno raziskavo. Teorijo in prakso bomo povezali z ugotovitvami iz empirične raziskave. Preko proučevane strokovne literature domačih in tujih avtorjev s področja kakovosti storitve, dejavnikov kakovosti, dejavnikov kakovosti v zdravstveni dejavnosti in poslovno-organizacijskega modela v zdravstvu smo prišli do novih spoznanj, ki so vezana na naše področje. V nadaljevanju bomo z novimi spoznanji zapisali še prispevek k stroki in ob samem zaključku predstavili predloge za nadaljnje raziskovanje.

4.1 Povzetek celotne raziskave

Za kakovost ni enotne definicije, saj jo avtorji različno razlagajo v literaturi. Ozretič Došen, Škare in Škare (2009, 27–44) pravijo, da je kakovost dožemanje tistega, kar presega pričakovanja. Strinjamo se s Kersnikom (1998, 21), ki pravi, da je kakovost lastnost storitve, s katero presojamo, ali je določena storitev dosegla namen ali ne. (Ritonja 1998b, 214–218) Kakovost mora biti sestavni del celotnega poslovnega procesa v organizaciji, zato se morajo truditi vsi zaposleni, ker so uporabniki njihovi ocenjevalci. Kot pojasnjujejo Bulc, Kersnik, Boerma et al. (2009, 1–17), se kakovost v osnovnem zdravstvenem varstvu ocenjuje na osnovi zadovoljstva uporabnikov, dostopnosti, učinkovitosti, informiranosti, varnosti, pravičnosti in finančni učinkovitosti (Šuster Erjavec 2013, 2). Kakovost je odvisna od pričakovanj uporabnika. Uporabniki želijo kakovostno storitev, vendar jo težko vnaprej opredelijo. Zanje je pomemben končni izid.

V magistrski nalogi smo v uvodu opredelili obravnavani problem, predstavili teoretična izhodišča, namen in cilje raziskave, formirali hipoteze, predstavili predvidene raziskovalne metode ter predpostavke in možne omejitve pri obravnavanem problemu. V drugem delu smo opredelili kakovost, storitev, uporabnike, analizirali dejavnike zaznavanja kakovosti, izvajalce v zdravstveni dejavnosti, opredelili poslovno-organizacijski model v zdravstvu in pregledali dosedanje raziskave, ter podali sklep teoretičnega dela naloge. V tem delu smo opravili analizo 143 bibliografskih enot strokovne literature in virov ter za povzemanje ključnih ugotovitev uporabili metodi deskripcije in kompilacije.

Tretje poglavje, ki zajema raziskovalni del magistrske naloge, obsega načrt raziskave, metodologijo, zbiranje podatkov. Tu smo preverili hipoteze in na koncu podali še izide raziskave. S kvantitativno metodo smo izvedli raziskavo in analizirali dejavnike kakovosti, ki vplivajo na uporabnike, da se odločijo za zdravstveno storitev. V raziskavi je sodelovalo 459 naključno izbranih staršev (19,0 % moških in 81,0 % žensk), ki smo jih anketirali na sedmih testirnih mestih. Starši so otroke pripeljali v ZD (pediatrični oddelek) na preventivni pregled ali po oceno o razvoju. Podatke smo zbirali z anketo, ki so jo pred ali po pregledu otroka izpolnili starši ali skrbniki. Vprašalnik je bil enostaven in je zagotavljal anonimnost. Podatke

smo analizirali in uredili s statističnim programom SPSS v programskem okolju Windows, jih obdelali in uporabili statistične metode.

Odnos do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja smo merili z dvema vprašanjema, in sicer z vprašanjem, ali so se že samoplačniško cepili (oziroma se nameravajo v bližnji prihodnosti) ter z vprašanjem, v kolikšni meri bi samoplačniško cepljenje otrok priporočili svojim prijateljem in znancem.

Na prvo anketno vprašanje, na katero so anketiranci odgovorili z Da, »sem že neobvezno (samoplačniško) cepil oziroma nameravam cepiti v bližnji prihodnosti«, se je s trditvijo popolnoma strinjalo 52,1 % anketirancev. Z NE, "otroke ne bom neobvezno (samoplačniško) cepil in jih ne nameravam tudi v prihodnje", je odgovorilo 45,5 % anketirancev.

Delovanje javne zdravstvene službe obstaja zaradi uporabnikov. Veliko vlogo pri storitvi ima ozaveščenost uporabnikov (Česen 2003, 109). Uporabniki imajo širše znanje, so bolj informirani in se vključujejo v zdravstveno storitev (Kersnik 1998, 4). Informacije pozitivno vplivajo na starše otrok, če se izvaja kakovostna promocija zdravja ob sodelovanju staršev, katerim se posledično izboljša njihovo znanje, obnašanje in prepričanje glede bolezni ter zdravljenja te (Dube et al. 2012, 1069–1080). Po mnenju Šternove (2001, 32–34) uporabniki zdravstvene storitve nimajo na voljo vseh podatkov ali pa jih tudi ne razumejo, kar vpliva na njihovo odločanje. (Snoj 1998, 34) Viri informacij, ki jih zaznajo uporabniki, preden se odločijo za nakup nove storitve, so povezani z njihovim spominom (Marolt 1994, 89–90). Povratna informacija služi uporabniku in organizaciji kot ocena kakovosti storitve.

Anketiranci, ki bi priporočili neobvezno (samoplačniško) zdravstveno storitev svojim prijateljem in znancem, so ocenjevali na lestvici od 0 (sploh ne bi priporočil) do 10 (zagotovo bi priporočil).

Storitev bi priporočilo svojim prijateljem in znancem 12,2 % vprašanih. Da storitve ne bi priporočali svojim znancem in prijateljem, jih je odgovorilo 12,2 % anketiranih.

Židanik (2000, 26–34) opredeljuje odnos med zdravstvenim osebjem in uporabnikom zdravstvene storitve in pravi, da je pomemben začetni odnos pri sami storitvi, ki jo priporočajo prijatelji, znanci, sorodniki. Uporabniki primerjajo zdravstveno storitev z drugimi podobnimi storitvami, enako pa primerjajo tudi odnos z zdravstvenim osebjem.

Če opravijo zdravstveno storitev njihovi najbližji, se uporabniki ravnaajo skladno s skupino, ki ji pripadajo. V takih skupinah je cepljenje precej promovirano. Socialni pritiski vplivajo na njihove odločitve, trdijo Podlesek, Roškar in Komidar (2010). Osebna komunikacija izboljša medosebne odnose, najpomembnejši pa je osebni stik, do katerega prihaja ob svetovanju, spremljanju in izvajanju storitve (Potočnik 2000, 132). Med uporabniki (znanci, prijatelji, sodelavci, sorodniki, člani družine) se spletajo socialni komunikacijski kanali, ko si sporočajo

informacije »od ust do ust« (Ule in Kline 1996, 66–67). Taka komunikacija prinaša večji učinek na uporabnika in na njegovo odločanje, kar se zazna pri njegovem zadovoljstvu (Snoj 2003, 54).

Ker velik del anketirancev ni samoplačniško cepil svojih otrok in jih tudi ne namerava v prihodnje, in prav te storitve ne bi priporočal svojim prijateljem in znancem, lahko na podlagi rezultatov sklepamo, da odnos uporabnikov do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja ni na zadovoljivi ravni.

Snoj (1998, 158) pravi, da je zadovoljstvo uporabnika s storitvami sestavina ocene kakovosti storitve (Šuster Erjavec 2013, 1–13). Zadovoljstvo prihaja iz zadovoljive ponudbe, nezadovoljstvo pa iz razočaranja. Strinjamo se tudi s trditvijo, da je kakovost storitve predhodnik zadovoljstva uporabnikov (Macur 2013, 1703–1716). Kakovost uporabniki ocenijo kot vrednost storitve - da so zadovoljni s storitvijo - nakup pa je odvisen od njihovega zadovoljstva (Ozretič Došen, Škare in Škare 2009, 27–44). Uporabnik je zadovoljen s storitvijo, trdijo avtorji, ko je del storitve odvisen od njih samih, drugi del pa od zdravstvenega sistema. Zadovoljstvo in kakovost sta tesno povezana med seboj in naraščanje enega vodi v naraščanje drugega.

Uporabnike smo spraševali po obveščanju zdravstvenih organizacij o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj, kar je povezovalno z odnosom do neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.

Navedli smo sedem virov informacij o cepljenju, ki so jih ocenjevali anketiranci po Likertovi 5-stopenjski lestvici od 1 (sploh nisem pridobil informacij) do 5 (pridobil sem veliko informacij).

Ocenili so, da si pridobijo največ informacije preko interneta v 25,4 %. Najslabše pa so uporabniki ocenili informacije iz medijev (9,0 %).

Delovanje javne zdravstvene službe obstaja zaradi uporabnikov. Veliko vlogo pri storitvi pa ima ozaveščenost uporabnikov (Česen 2003, 109). Zdravstveno komuniciranje je strateški pristop za informiranje javnosti o perečih javnozdravstvenih problemih z namenom, da so zdravstvene teme prisotne v javnosti (Zaletel Kragelj, Eržen in Premik 2007, 295–297). Informiranje in vključevanje uporabnikov in njihovih svojcev v storitev po mnenju avtorice prispeva, da se skrajšujejo zdravstvene obravnave na primarni ravni. Vpliva predvsem na: zniževanje stroškov storitve in povečanje stroškovne učinkovitosti zdravstvenega sistema. Z informiranjem uporabnika in aktivno vlogo uporabnika se krepi zaupanje uporabnika v sistem, okrepi se njegovo odločanje, odgovornost, spoštovanje in dostojanstvo. Zdravstveni sodelavci jim morajo zagotavljati informacije in znanje (Pajnkihar 2009, 23–29). Komunikacija spreminja vedenje ljudi, kar posledično povzroči spremembo njihovih stališč

(Ule in Kline 1996, 25). Postman (2001, 122) meni, da je glavni namen oglaševanja pritegniti pozornost ciljnih skupin.

Internetno komuniciranje (ITK) se obravnava kot medosebno komuniciranje, ki je prisotno v vsakdanjem življenju (Lenarčič 2010, 454–468). Računalniško posredovana informacija ne odraža samo družbenih odnosov, ampak odraža posameznika ali skupino, ki si med seboj izmenjujeta izkušnje (Atanasova in Petrič 2014, 85–106). Namen in cilj organizacije je, da se prenašajo specializirane vsebine in da se ozavešča in informira uporabnike (Škerlep 1998, 1–21). Pavlič Nikolič et al. (2012, 319–323) pravijo, da se informacije, pridobljene z interneta, razlikujejo po obsegu in kakovosti in da so napisane preveč kritično in za uporabnika zdravstvene storitve preveč zavajajoče.

Uporabniki so ocenjevali osem trditev, ki se navezujejo na samoplačniško cepljenje otrok. S pomočjo Likertove 5-stopenjske lestvice od 1 (sploh se ne strinjam) do 5 (popolnoma se strinjam).

Izkazalo se je, da anketiranci, ki so že neobvezno (samoplačniško) cepili otroka oziroma ga nameravajo v bližnji prihodnosti, na pediatričnem oddelku ZD na vidnem mestu opazijo zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.), s to trditvijo se popolnoma strinja 36,8 %.

Dostopnost do informacij in komunikacija v zdravstvenem sistemu morata biti pravočasna in prilagojena tistim uporabnikom, na katere se storitev nanaša (Kalčina in Močnik Drnovšek 2005, 9). Oglaševanje storitve se pokaže kot kakovostno in privlačno za uporabnike, usmerja neodločene uporabnike in jim sporoča o novih storitvah. Pri teh sporočilih so pomembne ciljne skupine, ki jim je oglaševanje namenjeno (Potočnik 2000, 133). Če pride na tržišče novo cepivo ali nova zdravstvena storitev, pravijo avtorji, ji je potrebno predhodno nameniti več informacij, da jo uporabniki prepoznajo in da se informacije o storitvi vgradijo v zloženke (Dube et al. 2012, 1069–1080).

Uporabnike smo spraševali po mnenju neobveznega (samoplačniškega) cepljenja.

Se pa uporabniki v 65,6 % strinjajo, da naj ostane obvezno cepljenje še vedno del zdravstvene storitve, 58,8 % vprašanih se strinja, da naj država iz obveznega zdravstvenega zavarovanja plača tudi neobvezno (samoplačniško) cepljenje proti nalezljivim boleznim. Najmanj pa se uporabniki strinjajo z oceno, da je cepljenje varno, na to jih je pritrdilno odgovorilo 22,7 %. 24,6 % vprašanih staršev otrok pa meni, da je tudi učinkovito.

Osnovni namen javnega zdravstva je, da je država do uporabnikov odgovorna, da je storitev učinkovita, dostopna vsem prebivalcem pod enakimi pogoji. Družbene skupine, ki so sicer zdrave in so za prihodnost družbe izjemno pomembne, so otroci. Zanje se oblikujejo posebni zdravstveni programi, ki so dogovorjeni na nacionalni ravni in razdeljeni na konkretne

izvajalce s pogodbami in z javnim plačnikom. Z obsegom pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je opredeljena tudi zdravstvena storitev (cepljenje) otrok proti nalezljivim boleznim (Česen 2003, 33–34, 46, 242). Uporabniki so plačniki zdravstvenih prispevkov in imajo pravico vedeti, kaj se jim ponuja v okviru zdravstvenega varstva (Dovjak Plešej 1998, 567–570). Razlog za nastanek trženja zdravstvene storitve je predvsem v neučinkovitosti obstoječega javnega zdravstvenega sistema (Ozretič Došen, Škare in Škare 2009, 27–44).

Avtorja Bršič in Tajnikar (2007, 78–84) obravnavata zdravstveno storitev (cepljenje) in pravita, da bi si morala ta javna dobrina pridobiti boljši položaj v družbi. Dube et al. (2012, 1069–1080) pa trdijo, da zdravstvena storitev (cepljenje) velja za enega najbolj uspešnih javnozdravstvenih ukrepov.

Najmanj so anketiranci ocenili trditev, da je cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja previsoka (11,1 %).

Cena storitve pomaga uporabniku, da si pridobi mnenje o kakovostni storitvi in njegovi vrednosti (Snoj 2003, 44–45). Cenovna dostopnost in razmerje med ceno in ponudbo storitev glede zdravstvenega zavarovanja ali neposrednega plačila, na drugi strani pa uporabnikov dohodek, obstoječe zdravstveno zavarovanje ter zmožnost plačila za storitev (Hlebec 2012, 249–256). Za zadovoljstvo uporabnika je cena pomembna, posebno pri monopolnih organizacijah, kjer ni konkurence kot v tržnih organizacijah. Če uporabniki niso zadovoljni s storitvijo, izrazijo nezadovoljstvo do celotne organizacije (Šuster Erjavec 2013, 13–16). Če pa se uporabniki pritožujejo zaradi cene določene zdravstvene storitve, to ni težava, tedaj uporabniki sporočajo, da imajo težave pri sporazumevanju (Kersnik 1998, 237–238). V primarnem zdravstvenem varstvu naj imajo vsi uporabniki kakovostno zdravstveno in cenovno učinkovito storitev iz javnih sredstev (Ihan 2013).

Demografski dejavniki

Anketiranci, ki nameravajo samoplačniško cepiti otroka v bližnji prihodnosti ali pa so ga že, je 53,3 % vprašanih.

Raziskava je pokazala, da tisti anketiranci, ki so že cepili otroka ali bodo opravili to storitev v prihodnje, so statistično bolj izobraženi in imajo višji skupni družinski mesečni dohodek. Samoplačniško storitev pa bi priporočali prijateljem in znancem tisti, ki živijo v primestnem okolju.

Pesjak (2007, 38–45) pravi, da se komunikacija gradi na medosebnih odnosih in da imajo bolj izobraženi uporabniki boljši socialno-ekonomski položaj, praviloma bolje razumejo in izrabljajo pridobljene informacije. Organizacija naj bi podajala informacije v družbeno okolje na način, da ne bi prihajalo do neenakosti med uporabniki. (Snoj 1998, 12) Povpraševanje po

storitvah, ki so neposredno namenjene družinskim članom, so povezane z demografskimi dejavniki (starost, spol, izobrazba, prebivališče, število družinskih članov, mesečni dohodek).

4.2 Prispevek k stroki

Prispevek magistrske naloge k stroki temelji na teoretičnih in empiričnih ugotovitvah. V teoretičnem delu smo prispevali s sistematičnim pregledom domače in tuje strokovne literature avtorjev s področja kakovosti storitev, dejavnikov kakovosti, kakovosti v zdravstveni dejavnosti, dejavnikov kakovosti v zdravstvu in poslovno-organizacijskega modela v zdravstvu.

Iz že narejenih raziskav smo ugotovili, da če informacije potekajo pravilno in strokovno utemeljeno, uporabniki izkažejo zaupanje v storitev. Uporabniki, ki so bili zadovoljni z zdravstveno storitvijo, so se predhodno posvetovali s svojci in prijatelji. Če uporabijo zdravstveno storitev (cepljenje) njihovi najbližji, delujejo v skladu s skupino, ki ji pripadajo. Ugotovili smo tudi, da je promocija preventivnih programov in drugih zdravstvenih informacij pozitivno vplivala na starše otrok.

Za zdravstveno storitev se lažje odločijo, če je plačana s strani države. Iz raziskav je bilo tudi ugotovljeno, da so uporabniki pogosto izkazali nezadovoljstvo z informacijami iz medijev. Če se na trgu pojavi nova neobvezna (samoplačniška) storitev, ji je potrebno predhodno nameniti dovolj informacij in uporabnikom ponuditi preventivne promocijske zloženke, da jim ni potrebno iskati informacij o storitvi na internetu.

Praktični del raziskave so ugotovitve empirične raziskave. Na izbrani populaciji smo preverili vpliv dejavnikov kakovosti zdravstvene storitve. Po opravljeni raziskavi po pridobljenih rezultatih smo opredelili dejavnike, ki vplivajo na zaznavanje kakovosti. Ti lahko služijo poslovodstvu v zdravstvu pri načrtovanju novih zdravstvenih storitev za doseganje višje kakovosti, ob upoštevanju ekonomskih, etičnih in političnih kriterijev.

Rezultati naše raziskave so pokazali, da je 52,1 % vprašanih uporabnikov že oziroma bodo v bližnji prihodnosti opravili neobvezno (samoplačniško) cepljenje za otroka. 12,2 % ali s povprečno oceno 5,27 so starši ocenili (z oceno 5 ali manj), da bi neobvezno (samoplačniško) storitev priporočili svojim znancem in prijateljem. Družina, prijatelji, znanci so socialna skupina in so v medosebnem odnosu. Med njimi se spletajo socialni odnosi in drug drugemu predstavljajo stališča, vedenja in informacije o storitvi.

25,4 % uporabnikov je ocenilo, da si največ informacij pridobijo preko interneta, ki so jim na voljo ob vsakem času. Svetovni zdravstveni portali so dostopni vsem, informacijo o zdravstvenih vsebinah si poiščejo sami in se posledično ne odločajo za zdravnika ali drugega zdravstvenega strokovnjaka. To dokazuje, da so marsikatero informacije o zdravstvenih vsebinah nepreverjene, vprašljive in zavajajoče.

Zdravstveni promocijski preventivni material, ki ga opazijo uporabniki v ZD, je bil v naši raziskavi ocenjen s 36,8 %. Uporabniki se s pomočjo gradiva vključujejo v zdravstveno storitev, poveča se jim znanje o bolezni, cepivu in cepljenju.

Uporabniki si najmanj informacij pridobijo preko tradicionalnih medijev (9 %). Množični mediji so orodje, kjer se informacije posredujejo do ciljnih skupin. Laična javnost se na neustrezne informacijske nepravilnosti vedno bolj odziva in je tudi bolj kritična.

Najslabše so ocenili ceno neobveznega (samoplačniškega) cepljenja, strinja se samo 11,1 % anketirancev. Starši otrok sami plačajo storitev (cepljenje) proti nekaterim nalezljivim boleznim, zato naj bi država z ustrezno finančno zdravstveno politiko poskrbela brezplačno cepljenje za vse otroke.

Iz že opravljenih in iz naše raziskave smo ugotovili, da so zahteve staršev otrok povsod enake ne glede na razvitost države, porabo bruto domačega proizvoda na prebivalstvo za zdravstvo ali ceno zdravstvene storitve neobveznega (samoplačniškega) cepljenja. Želijo si boljšo informiranost in komunikacijo. Država naj bi poskrbela za brezplačno zdravstveno storitev (cepljenje) in naj bi starše otrok s preventivnimi promocijskimi zloženkami in preventivni programi ozaveščala o bolezni, cepivu in cepljenju.

Z raziskavo smo želeli prispevati k boljšemu spoznavanju pojma kakovosti storitve, pojma kakovosti zdravstvene storitve, dejavnikov kakovosti in poslovno-organizacijskega modela v zdravstvu. Prispevek k stroki smo s pomočjo raziskave na več področjih želeli ponuditi načrtovalcem novih zdravstvenih storitev kot usmeritev za nadaljnje raziskovanje.

4.3 Predlogi za nadaljnje raziskovanje

Zdravstvene storitve spadajo v del storitev, zato predlagamo *nadaljnje raziskovanje* po naslednjih vsebinah in področjih:

V raziskavo je potrebno vključiti uporabnike zdravstvene storitve:

Raziskava za uporabnika: Pri nadaljnjem raziskovanju bi bilo smiselno, da se raziskava opravi enkrat letno, ko bi se obravnavalo dejavnike kakovosti. Predlagamo povečanje vzorca anketirancev (staršev otrok). Pridobili bi več podatkov in posledično tudi bolj primerljive statistične rezultate.

V nadaljnje raziskovanje naj bi se vključilo potrebe uporabnika, ko se na tržišču pojavi nova zdravstvena storitev, ki zaradi stroškov pogojuje natančno načrtovanje.

V raziskavo o zadovoljstvu uporabnikov kakovostne zdravstvene storitve bi bilo smiselno vključiti vse javne zdravstvene organizacije, vključno z zaposlenimi.

- *Raziskava o komunikaciji:* Priporočamo, da se raziskava razširi na vse zdravstvene organizacije, primerja se pridobljene rezultate in se jih na osnovi rezultatov uveljavi v obliki smernic in standardov kakovosti.
- *Raziskava za zaposlene:* Priporočamo, da se v raziskavo vključijo zaposleni v zdravstvu. Pridobili bi informacije o posameznih dejavnikih, kako ti vplivajo na kakovost in na njihovo delo z uporabniki.
- *Raziskovanje:* Zaposlenim je potrebno ponuditi izobraževanje, ki bo vsebovalo komunikacijske vsebine.
- *Izobraževanje za medije:* Usposabljanje za zdravstvene govorce v zdravstvenih organizacijah pri komuniciranju z mediji.
- *Raziskave o samostojnosti:* Medicinskim sestram in drugemu zdravstvenemu osebju je potrebno omogočiti več samostojnosti pri obravnavi in komuniciranju z uporabniki in jim nuditi sistematično izobraževanje na področju kakovosti storitve.
- *Raziskave o izobraževanju:* Opraviti raziskavo o izobraževalnih preventivnih promocijskih zdravstvenih vsebinah za starše z namenom: informiranje, izobraževanje in nagovarjanje k cepljenju.

Empirično preveriti dostop do telekomunikacijskih storitev za uporabnika.

LITERATURA IN VIRI

- Albreht, Tit. 2005. Razvoj analitike zdravstvenih potreb in zdravstvenih sistemov. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, 163–172.
- Andoljšek, Žiga. 2003. Celovito obvladovanje kakovosti v javnem sektorju. *Uprava*, 1 (2): 128–141.
- Andreassen, Tor Wallin. 2000. Antecedents to satisfaction with Service Recovery. *European Journal of Marketing*, 34 (1/2): 156–175.
- Angelopoulou, Penelope, Peter Kangis in George Babis. 1998. Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11 (1): 14–20.
- Atanasova, Sara in Gregor Petrič. 2014. *Spletne skupnosti: tipologija in temeljne značilnosti*. Družboslovne razprave, 30 (75): 85–106.
- Batalden, Paul B. in Frank Davidoff. 2007. What is »quality improvement« and how can it transform healthcare? *Quality and Safety Health Care*, 16 (1): 2–3.
- Bergman, Bo in Bengt Klefsjö. 1994. *Quality: from customer needs to customer satisfactions*. McGraw–Hill Book Company London, 16.
- Bohinc, Marija. 1999. Zadovoljstvo bolnikov kot element menedžmenta v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege*, 33 (3/4): 159–163.
- Bohinc, Marija in Andrej Iršič. 1998. Zadovoljstvo bolnikov kot element kakovosti v zdravstvu. V *Izzivi managementa*, ur. Goran Vuković. 81–89. Kranj: Moderna organizacija.
- Božić, Josip in Brigita Skela Savič. 2012. Pomen informiranosti pacienta s pooperativno bolečino pri uporabi epiduralne analgezije. 386–394. *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje-prispevek k zdravju posameznika in družbe*. 5. mednarodna znanstvena konferenca. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice, 7. – 8. 6. 2012.
- Brcar, Polona in Andreja Černač Meglič. 2008. Priročnik za starše, mladostnike in mladostnice: *Vodnik po zdravstvenih pravicah otrok, mladostnic in mladostnikov*. Ljubljana: UNICEF Slovenija.
- Brajša, Pavao. 1994. *Managerska komunikologija – komuniciranje, problemi in konflikti v podjetju*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Brščič, Bernard in Maks Tajnikar. 2007. Zdravstvene storitve kot ekonomske dobrine. *Zdravstveno varstvo: revija za teorijo in prakso preventivnega zdravstvenega varstva*, 46 (2): 78–84.
- Bulc, Mateja, Janko Kersnik, Wienke Boerma in Martina Peliny. 2009. Raziskava o zagotavljanju kakovosti v slovenskem osnovnem zdravstvu. *Zdravstveno varstvo*, 48 (1): 1–17.
- Choi, Kui Son, Lee Hanjoon, Kim Chankon in Lee Sunhee. 2005. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of service marketing*, 19 (3): 140–149.

- Clarke, Doug in David Yarrow. 1997. »I find the term customer offensive«. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10 (7): 267–276.
- Curry, Adrienne in Emma Sinclair. 2002. Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15 (5): 197–205.
- Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
- Dagger, Tracy S., Jillian C. Sweeney in Lester W. Johnson. 2007. A Hierarchical Model of Health Service Quality. Scale Development and Investigation of an Integrated Model. *Journal of Service Research*, 10 (2): 132–142.
- Dajčman Davorin. 2007. Država in civilna družba kot subjekt odločanja mej v privatizaciji zdravstva. *ISIS*, 16 (8/9): 160.
- De Maeseneer, Jan. 2005. Primarno zdravstveno varstvo iz evropske perspektive. *Zdravstveno varstvo*, 44 (4): 171–172.
- Donabedian, Avedis. 1982. *Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor, MICH: Health Administration Press, (2).
- Dovjak Plešej, Maja. 1998. Kakovost v zdravstvu skozi oči pacienta. *Zdravstveni vestnik*, 67 (10): 567–570.
- Dovjak Plešej, Maja in Tone Dolčič. 1998. *Pravice in dolžnosti pacientov*. Ljubljana: Mednarodni inštitut za potrošniške raziskave.
- Dube, E, J. A Bettinger, B. Halperin, R. Bradet, F. Lavoie, C. Sauvageau, V. Gilca in N. Boulianne. 2012. Determinants of parents decision to vaccinate their children against rotavirus: results of longitudinal study. *Health Education Research*, 27 (6): 1069–1080.
- Easterby Smith, Mark, Richard Thorpe in Andy Lowe. 2007. *Raziskovanje v managementu*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management.
- Entwistle, A. Vikki, TA Sheldon, AJ Sowden in IS Watt. 1996. Supporting consumer involvement in decision making: What constitutes quality in consumer health information. *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (5): 425–437.
- Evens, Sarah in Heather McNeill. 2004. Quantum Sufficit – Just Enough. *American Family Physician*, 69 (11): 2515.
- Filej, Bojana. 1999. Zdravje za vse 21. stoletje. *Obzornik zdravstvene nege*, 33 (3/4): 165–170.
- Fitzpatrick, Ray. 1991. Surveys on patients satisfaction: I-Important general considerations. *British Medical Journal*, 302 (6781): 887–889.
- Flere, Sergej. 2000. *Sociološka metodologija: temelji družboslovnega raziskovanja*. Maribor: Univerza v Mariboru, Pedagoška fakulteta.
- Fras, Zlatko in Marjan Pajntar. 2002. Kako merimo kakovost zdravstvenega varstva. 139. Skupščina slovenskega zdravniškega društva. *Zdravstveni vestnik*, 71 (12): 737–741.
- Fuchs, Christian. 2008. *Internet and Society: Social Theory in the information age*. London Routledge, 21.

- Gabrijelčič Blenkuš, Mojca. 2012. Koncept zdravja v vseh politikah v političnem cilku. 43–51. *Vse vladni pristop za zdravje blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Gadžijev, M. Eldar. 2001. Nekaj misli o komunikacijah v zdravstvu. Ljubljana: *ISIS*, 10 (2): 56–57.
- Gazvoda, Marija Tatjana. 2004. Zadovoljstvo varovancev kot pomemben del poslovne odličnosti. *V Kakovost – različni pristopi, skupen cilj*, ur. Darinka Žargi et al. 152–155. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost.
- Gorenak, Irena in Anita Goričan. 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvenem varstvu: primer Zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Revija za teorijo in prakso preventivnega zdravstvenega varstva*, 50 (3): 175–184.
- Gričar, Jože. 1994. Kontroliranje. *V Management*, ur. Stane Možina. 706–742. Radovljica: Didakta.
- Hass, Leonard. J, Jennifer P. Leiser, Michael K. Magill in Osman N. Sanyer. 2005. Management of the Difficult Patient. *American family physician*, 72 (10): 2063–2068.
- Health21: health for all policy framework for the WHO European Region. 1999. *European Health for All series No 6*. Copenhagen: WHO/EURO, Regional Office.
- Hibbard, H. Judith. 1998. Use of Outcome Data by Purchasers and Consumers: New Strategies and New Dilemmas. *The International Journal of Quality ad Health Care*, 10 (6): 503–508.
- Hlebec, Valentina. 2012. Percepcija ovir pri dostopu do zdravstvenih storitev. 249–256. *Kakovostna zdravstvena obravnava skozi izobraževanje, raziskovanje in multiprofesionalno povezovanje - prispevek k zdravju posameznika in družbe*. 5. Mednarodna znanstvena konferenca. Jesenice: Visoka šola za zdravstveno nego Jesenice. 7. – 8. 6. 2012.
- Ihan, Alojz 2013. Slovenski zdravstveni sistem, zdravje kot strategija odločanja. *Dnevni časopis »Delo«*, sobotna priloga, 19. 6. 2013, 10–11.
- Ishikawa, Kaoru. 1989. *Kako celovito obvladovati kakovost*. Japonska pot. Ljubljana: Tehnološka založba Slovenije.
- Kadivec, Saša in Danica Šprajcar. 2009. Biti obveščen pomeni vedeti in sodelovati. (142 B). 1–6. 7. *Kongres zdravstvene in babiške nege Slovenije*. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije. Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in tehnikov Slovenije. Ljubljana: 11. – 13. 5. 2009.
- Kalčina, Liana (prev.). 1998. *Razvoj in izvajanje sistemov izboljševanja kakovosti v zdravstvenem varstvu*. 1–47. Ljubljana: Založništvo sveta Evrope. Informacijski dokumentacijski center Sveta Evrope pri Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani.
- Kalčina, Liana in Vlasta Močnik Drnovšek. 2005. Pacientove pravice. *Zbirka Slovenija in Svet Evrope*. Ljubljana: Informacijski dokumentacijski center Svet Evrope.
- Kaplan, S. Robert in David P. Norton 2000. *Uravnotežen sistem kazalnikov: preoblikovanje v dejanja*. The blanced Scorecard. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Kaučič, Igor in Franc Grad. 2000. *Ustavna ureditev Slovenije*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

- Keber, Dušan. 2003. Utrjevanje vrednost in vzpodbujanje sprememb: zdravstvena reforma. *Zdravniški vestnik*, 72 (2): 57–58.
- Keber, Dušan, Tit Albrecht, Polona Brcar, Silva Pečar Čad, Irena Kirar Fazarinc, Mladen Markota, Dorjan Marušič, Sonja Grobovšek Opara, Radivoje Pribaković Brinovec, Andrej Robida, Mateja Rok Simon, Jožica Šelb Šemerl, Janja Šešok, Nevenka Kelšin, Alenka Kraigher, Daša Moravec Berger, Danica Rotar Pavlič, Marija Seljak, Polona Truden Dobrin, Maks Tajnikar, Andrej Kovačič, Petra Došenović Bonča, Jože Arzenšek in Julijana Mlakar Bizjak. 2003. *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek*. Ljubljana: Vlada RS, Ministrstvo za zdravje.
- Kern Pipan, Karmen. 2012. Vpliv vodenja, TQM in modela odličnosti EFQM na učinkovitost poslovanja in kakovost življenja. 1–14. *Zbornik referatov 21. Strokovne konference Slovenskega združenja za kakovost in odličnost (SZKO)*. Portorož: 8. – 9.11. 2012.
- Kersnik, Janko. 1998. *Kakovost v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino-SZO. Zbirka PIP.
- Kersnik, Janko. 1999. Zadovoljstvo bolnikov. *Medicinski razgledi*, 38 (3): 389–394.
- Kersnik, Janko. 2008. Komunikacija: zdravnik, medicinska sestra, bolnik. 11. *Jesensko srečanje članov društva ekonomistov v zdravstvu*. Laško: Terme Laško – Thermana, 16. – 17. 10. 2008: 39–42.
- Kmecl, Matjaž. 2002. Slovenska kulturna in zgodovinska izkušnja za informacijsko družbo. Slovenska akademija znanosti in umetnosti. *Organizacija znanja*, 7(3/4): 64–68.
- Konvencija Združenih narodov o otrokovih pravicah (KOP), Uradni list SFRJ, MP, št. 15/90. Akt o notifikaciji nasledstva glede konvencij Organizacije združenih narodov in konvencij, sprejetih v Mednarodni agenciji za atomsko energijo, *Uradni list RS*, št. 35/92, MP, št. 9/92.
- Kotler, Philip. 1996. *Marketing Management – Trženjsko upravljanje; analiza, načrtovanje, izvajanje, načrtovanje, izvajanje nadzorovanje*, prev. Neli Česen et al. Slovenska izdaja. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Kraigher, Alenka. Cepljenje v Sloveniji. 51. *4 Slovenski kongres preventivne medicine: Izzivi javnega zdravja v tretjem tisočletju*. 2007. Sekcija za preventivno medicino slovenskega zdravniškega društva. Portorož: 17. – 19. 5. 2007.
- Krošelj Naumov, Slavica. 1996. Učinkovitost komunikacije med člani negovalnega tima v bolnišnici. *Obzornik zdravstvene nege*, 30 (3/4): 109–117.
- Koprivnikar Helena. 2012. Zdravje kot ključni vidik družbenega in ekonomskega razvoja. 34–42. *Vse vladni pristop za zdravje blaginjo prebivalcev in zmanjševanje neenakosti v zdravju*. Ljubljana: Inštitut za varovanje zdravja RS.
- Lenarčič, Blaž. 2010. Sociabilnost posameznikov med teritorialno in omrežno organizacijo družbe. *Teorija in praksa*, 47 (2/3): 454–468.
- Likon, Branka. 2013. Trženje storitev in pomen ugotavljanja zadovoljstva porabnikov za zagotavljanje kakovosti. Ljubljana: *IBS Newsletter*. IBS Mednarodna poslovna šola 3 (2). [Http://porocevalec.ibs.si/sl/component/content/article/50-letnik-3-t-2/176](http://porocevalec.ibs.si/sl/component/content/article/50-letnik-3-t-2/176) (10. 9. 2014).
- Lovelock, Christopher H. in Lauren Wright. 1999. *Principles of service marketing and management*. Upper Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.

- Macur, Mirna. 2000. *Vpliv privatizacije na kakovost zdravstvenih storitev – evalvacija z vidika uporabnika*. Doktorska disertacija, Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Macur, Mirna. 2013. Quality in health care: possibilities and limitations of quantitative research instruments among health care users. Quality & quantity. *International Journal of Methodology*, 47(3): 1703–1716.
- Makari, Zdenka. 1999. Pomen komuniciranja z bolnikom oziroma varovancem ob sprejemu v splošno ambulantno. *Obzornik zdravstvene nege*, 33 (3/4): 183–186.
- Marolt, Janez. 1994. *Management in tehnologija zagotavljanja kvalitete*. Kranj: Moderna organizacija.
- Marolt, Janez in Boštjan Gomišček. 2005. *Management kakovosti*. Kranj: Moderna organizacija.
- Marušič, Dorjan, Biserka Simčič, Breda Hajnrih, Saša Kadivec, Zdenka Kramar, Tanja Mate, Mircha Poldrugovac in Valentina Prevolnik Rupel. 2009. *Priročnik za oblikovanje kliničnih poti*. Ljubljana: RS Ministrstvo za zdravje.
- Milne, Ruairidh in Sandy Oliver. 1996. Evidence-based Consumer Health Information: Developing Teaching in Critical Appraisal Skills. *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (5): 439–445.
- Močnik, Urška. 2013. Javno zdravstvo – grešni kozel finančne krize? *Dnevni časopis »Delo«*, 14. 2. 2013.
- Možina, Stane in Janez Damjan. 1994. Komunikacija v organizaciji. ur. Stane Možina. 558–600. *V Management*. Radovljica: Didakta.
- Možina, Stane, Mitja Tavčar, Nada Zupan in Ana Nuša Knežević. 2004. *Poslovno komuniciranje*. Evropske razsežnosti. Maribor: Obzorja.
- Nacionalni inštitut za varovanje zdravja. 2014. [Http://www.nijz.si/gradiva_publicacije](http://www.nijz.si/gradiva_publicacije). (15. 12. 2014).
- Oblak, Tanja. 2000. Mitske podobe o »življenju na mreži«: o poljubnih identitet o izgubljeni skupnosti v kibernetnem prostoru. *Teorija in praksa*, 37 (6): 1052–1068.
- Oblak Črnič Tanja in Jernej Prodnik. 2012. Pristranost interneta in (ne)moč spletnih občinstev. *Družboslovne razprave*, 28 (7): 51–70.
- Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj (Canada - OECD). 2014. [Http://www.oecd.org/canada/](http://www.oecd.org/canada/) (15. 12. 2014).
- Ozretič Došen, Đurđana, Vatroslav Škare in Tatjana Škare. 2009. Merjenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zaščite SERVQUAL instrumentom. *Revija za socialnu politiku*, 17 (1): 27–44.
- Pajnkihar, Majda. 2009. Pacientove pravice in dolžnosti. 23–29. *Zbornik predavanj*. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.
- Pajntar, Marjan, Branimir Leskošek 2002. Projekt »Kakovost v zdravstvenem varstvu Slovenije.« *ISIS*, 11(1): 49–52.
- Pavlič Nikolič Milena, Barbka Huzjan, Sergeja Košir Jošt in Katja Perdan Pirkmajer. 2012. Viri informacij in informiranosti z revmatoidnim artritisom. *Obzornik zdravstvene nege Slovenije*, 46 (4): 319–323.

- Payne, Sheila in Jun Walker. 2002. *Psihologija v zdravstveni negi*. Ljubljana: Educy.
- Phillips, A. Kathryn, Lisa A. Bero. 1996. Improving the Use of Information in Medical Effectiveness Research. *International Journal for Quality in Health Care*, 8 (1): 21–30.
- Perič, Barbara, Milena Pišler, Mateja Lorber, Barbara Donik in Miha Kaučič. 2007. Pomen komunikacijskih veščin in medosebnih spretnosti v klinični praksi za študente Visoka zdravstvena šola. Univerza v Mariboru, ur. Bojana Filej in Petra Kersnič. 261–265. Zbornik predavanj in pouterjev 6. *Mednarodnega kongresa zdravstvene in babiške nege 10 – 11. 5. 2007*. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija.
- Pesjak, Katja. 2007. Komunikacija bolnika in zdravnika. ur. Bulc, M. H. Turk, J. Kersnik. 38–45. Vključevanje bolnikov v zdravljenje: *Učno gradivo 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Družinska medicina. (Suppliment, 5/4) Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Poldrugovac, Mircha in Biserka Simčič. 2013. Vodenje kakovosti v slovenskih bolnišnicah. *Ugotovitve na podlagi letnih poročil bolnišnic za leto 2011 na področju kakovosti in varnosti*. Ljubljana: RS Ministrstvo za zdravje.
- Premik, Marjan. 2005. Vpogled v razvoj, funkcije in strukture javnega zdravja. 7–21. *Cvahtetovi dnevi javnega zdravja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje.
- Podlessek, Anja, Saška Roškar in Luka Komidar. 2010. *Vpliv sociodemografskih, zdravstvenih in psiholoških dejavnikov na odločitev glede cepljenja proti pandemski gripi*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Filozofska fakulteta, Oddelek za psihologijo, Inštitut za varovanje zdrava RS. [Http://psy.ff.uni-lj.si/gripa](http://psy.ff.uni-lj.si/gripa). (14. 2. 2013).
- Potočnik, Vekoslav. 2000. *Trženje storitev*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Postman, Paul. 2001. *Nova doba trženja*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (POZZ). *Uradni list RS*, 30/03, 35/03, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06, 64/07, 33/08.
- Pravilnik o odločitvi Programa cepljenja in zaščite z zdravili za leto 2014. *Uradni list RS*, št. 38/14.
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. *Uradni list RS*, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04, 31/05, 83/07, 22/09.
- Ritonja, A. Slavica. 1998. Izboljševanje kakovosti v zdravstvu. Osnovni principi TQ in TQM. *ISIS*, 7 (2): 45–47.
- Ritonja, A. Slavica. 1998a. Management kakovosti v zdravstvu. *ISIS*, 7 (3): 26–28.
- Ritonja, A. Slavica. 1998b. Trajno izboljševanje kakovosti – temeljni princip celovitega managementa kakovosti v zdravstvu. *Organizacija*, 31 (4): 214–218.
- Robida, Andrej in Samo Fakin. 2005. Uvajanje kakovosti v slovenske bolnišnice. V *Inovativnost in spremembe - temelj dolgotrajnega uspeha: Zbornik referatov*. ur. Darinka Žargi et al., 166–170. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost.
- Robida, Andrej, Ane Marie Yazbeck, Bernarda Kociper, Tanja Mate, Dorjan Marušič. 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu. Kakovost v zdravstvu 2006*. Ljubljana: RS, Ministrstvo za zdravje.
- Robida, Andrej. 2009. Pot do odlične zdravstvene prakse. *Vodnik za izboljšanje kakovosti in presojo lastne zdravstvene prakse*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

- Ružič Koželj, Nina. 2004. *Komunikacija v zdravstvu. Kako do uspešne interakcije?* [Http://www.polemika.si/mnenja_in_vrzeli/data/brosura-komunikacija_v_zdravstvu.pdf](http://www.polemika.si/mnenja_in_vrzeli/data/brosura-komunikacija_v_zdravstvu.pdf) (20. 5. 2014), 1–28.
- Saltman, B. Richard in Otile Ferroussier Davis. 2000. The concept of stewardship in health policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6): 732–739.
- Simčič, Biserka, Marko Kiauta, Mircha Poldrugovac, Miran Rems in Andrej Robida. 2010. *Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015)*. Ljubljana: RS Ministrstvo za zdravje.
- Skela Savič, Brigita. 2006. *Izkušnje pacientov: Navodila - anketni vprašalnik*. [Http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/dogodki_konference/kakovost_5jun06/Brigita_Skela_Savi_10_A_Izku_nje_pacientov.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/dogodki_konference/kakovost_5jun06/Brigita_Skela_Savi_10_A_Izku_nje_pacientov.pdf). (20. 5. 2014), 1–36.
- Skela Savič, Brigita. 2011. Znanje zaposlenih in nekateri drugi dejavniki povezani s kakovostjo zdravstvene obravnave. 19–25. *4. dnevi Angele Boškin: Strokovno srečanje: varnost - rdeča nit celostne obravnave pacientov*. Gozd Martuljek: 7. – 8. 4. 2011.
- Skela Savič, Brigita in Andrej Robida. 2012. Kakovost in varnost zdravstvene obravnave: Vloga srednjega menedžmenta. *Obzornik zdravstvene nege*, 46 (1): 9–35.
- Sorkin, Alan. L. 1992. *Health economics: an introduction*. New York: Lexington books.
- Snoj, Boris. 1998. *Marketing storitve*. Koper: Visoka šola za management Koper.
- Snoj, Boris. 2003. *Marketing storitev - skripta*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.
- Splošna deklaracija človekovih pravic*. 1948. Resolucija Generalne skupščine Združenih narodov št. 217 A (III), 10. 12. 1948.
- SSKJ (*Slovar slovenskega knjižnega jezika*). 1991. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
- SSKJ (*Slovar slovenskega knjižnega jezika*). 1995. Ljubljana: Mladinska knjiga.
- Svensson, Göran. 2001. The quality of bi-directional service quality in dyadic service encounter. *Journal of Services Marketing*, 15(5): 357–378.
- Svet Evrope. *Priporočilo Rec (2006)7Odbora ministrov državam članicam o ravnanju z varnostjo pacientov in preprečevanju neželenih dogodkov v zdravstvu*: Odbor ministrov 95. srečanje. Strasbourg: Svet Evrope.
- Statistični urad Kanada, anketa o porabi v gospodinjstvu, Survey of Household Spending, 2012 – Statistics Canada. 2014. [Http://www.statcan.gc.ca/daily](http://www.statcan.gc.ca/daily) – quotiden (15. 12. 2014).
- Statistični urad Republike Slovenije. 2014. [Http://www.stat.si/tema.asp](http://www.stat.si/tema.asp) (15. 12. 2014).
- Škerlep, Andrej. 1998. Model računalniško posredovane komunikacije: tehnološka matrica in praktična raba v družbenem kontekstu. *Internet v Sloveniji*: Projekt RIS 96-98. Izola: Desk, 1–21.
- Štern, Bojanka. 2001. *Poslovno organizacijski vidik ocenjevanja kakovosti v zdravstvenem sistemu*. Magistrsko delo, Maribor: Univerza v Mariboru. Ekonomska – poslovna fakulteta.
- Štern, Bojanka. 2006. Pomen systemskega pristopa k vrednotenju kakovosti zdravstvenem sistemu. *Kakovost v zdravstvu. Zdravstveni vestnik*, 75 (5): 303–308.
- Štern, Bojanka. 2007. Javno zdravje in javno zdravstvo. *Zdravniški vestnik*, 76 (5): 317–322.

- Štern, Bojanka. 2008. Od medicine k ekonomiji in nazaj. *ISIS*, 17 (12): 38–41.
- Šuster Erjavec, Hana. 2013. *Vpliv tržne strukture na zadovoljstvo uporabnikov*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Ekonomska fakulteta.
- Tavčar, I. Mitja. 2005. *Strateški management nepridobitnih organizacij*. Koper: Univerza na Primorskem, Fakulteta za management Koper.
- Toth, Martin. 2006. Privatizacija v zdravstvenem varstvu Sloveniji - napredek ali nazadovanje? *Ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, 22 (3): 76–82.
- Trunk Širca, Nada in Mitja I. Tavčar. 1998. *Management nepridobitnih organizacij*. Koper: Visoka šola za management Koper.
- Tušek Bunc, Ksenja. 2007. Vključevanje bolnikov v zdravljenje. 10–13. *Učno gradivo za 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine*. Družinska medicina. (Suppliment, 2007, 5, 4) Ljubljana: Zavod za razvoj družinske medicine.
- Ule, Mirjana in Miro Kline. 1996. *Psihologija tržnega komuniciranja*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
- Ule, Marjana in Blanka Tivadar. 1998. *Komuniciranje s pljučnimi bolniki*. Raziskovalno poročilo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani. Fakulteta za družbene vede.
- Ustava Republike Slovenije. *Uradni list RS*, št. 33/91, 42/97, 66/00, 24/03, 69/04, 68/06.
- Vec, Tomaž. 2002. Dejavniki učinkovite komunikacije in komunikacijski zakoni. *Socialna pedagogika*, 6 (1): 67–80.
- Verbič, Boris. 1994. *Dobrodošli med najboljšimi: pot do kakovosti v storitveni dejavnosti*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
- Verčič, Dejan. 2007. Pomen partnerstev za uspešno komunikacije na področju zdravstvenega varstva, 45. *4. slovenski kongres preventivne medicine. Izzivi javnega zdravja v tretjem tisočletju*. Zbornik referatov. Sekcija za preventivno medicino. Slovenskega zdravniškega društva. Portorož: 17. – 19. 5. 2007.
- Wilde, Bodil, Bengt Starrin, Gerry Larsson, Mayethel Larsson. 1993. Quality of Care from a Patient Perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7 (2): 113–120.
- Zaletel Kragelj, Lijana, Ivan Eržen in Marjan Premik. 2007. *Uvod v javno zdravje*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta. Katedra za javno zdravje.
- Zakon o lekarniški dejavnosti (uradno prečiščeno besedilo). *Uradni list RS*, št. 9/93, 13/93, 38/99, 86/02, 2/04, 36/04 – UPB1.
- Zakon o nalezljivih boleznih (ZNB). *Uradni list RS*, št. 69/96, 25/04, Odl. US 47/04 - ZdZpZ, 11/05, 33/06 – UPB1.
- Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). *Uradni list RS*, št. 15/08.
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). *Uradni list RS*, št. 9/92, 45I/94, 37/95, 9/96, 59/99, 90/99, 98/99, 31//00, 36/00, 45/01, 131703, 135/03, 2/04, 36/04 - UPB1, 80/04, 23/05 – UPB2, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ). *Uradni list RS*, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98, 6/99, 56/99, 99/01, 42/02, 60/02, 11/03 126/03, 20/04 – UPB1, 62/05, 76/05, 100/05, - UPB2, 100/05, 21/06, 38/06, 72/06 – UPB3, 114/06, 91/07.

- Zavašnik, Jernej. 2009. Pacientove pravice in dolžnosti. 55–65. *Zbornik predavanj*. Maribor: Univerza v Mariboru. Fakulteta za zdravstvene vede Maribor.
- Zdravstveno zavarovanje Kanade, Health Insurance – Canada (Health Insurance). 2014. [Http://www.insurance-canada.ca/consinfo/healthins1.php](http://www.insurance-canada.ca/consinfo/healthins1.php). (15. 12. 2014).
- Zelenika, Ratko. 2000. *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela*. Rijeka: Ekonomski fakultet.
- Židanik Miloš. 2000. Odnos med bolnikom in njegovim terapevtom. *Viceversa*, 30: 26–34.

PRILOGA

Priloga 1 Anketa

ANKETA

Moje ime je Zdenka Kastelic in v okviru študija na Univerzi na Primorskem, Fakulteti za management, pripravljam magistrsko nalogo z naslovom »Dejavniki kakovosti zdravstvene storitve in zadovoljstvo uporabnikov«. Prosim Vas, da si vzamete pet minut časa in odgovorite na zastavljena vprašanja, ki se nanašajo predvsem na odnos do neobveznega (samoplačniškega) in obveznega cepljenja. Anketa je anonimna, rezultati raziskave pa bodo uporabljeni izključno za potrebe naloge.

- 1.** Ali ste se že oz. se še nameravate odločiti za neobvezno (samoplačniško) cepljenje (humani virusi papiloma, gripa, klopni meningoencefalitis, meningokokni meningitis, norice, pnevmokokne okužbe, rotavirusne okužbe, tuberkuloza) svojega otroka?

Obkrožite črko pred ustreznim odgovorom

- a. Da, sem že cepil oz. nameravam cepiti v bližnji prihodnosti,
- b. Ne in ne nameravam v bližnji prihodnosti.

- 2.** V kolikšni meri bi neobvezno (samoplačniško) cepljenje otrok (humani virusi papiloma, gripa, klopni meningoencefalitis, meningokokni meningitis, norice, pnevmokokne okužbe, rotavirusne okužbe, tuberkuloza) priporočili svojim prijateljem in znancem?

Prosimo, ocenite na lestvici od 0 do 10, kjer 0 pomeni »Sploh ne bi priporočil«, 10 pa pomeni »Zagotovo bi priporočil« in obkrožite ustrezno številko.

Sploh ne bi priporočil						↔						Zagotovo bi priporočil
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

- 3.** V kolikšni meri ste pridobili informacije o cepljenju s pomočjo oz. preko navedenih virov?

Prosimo, ocenite na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni »Sploh nisem pridobil informacij«, 5 pa pomeni »Pridobil sem veliko informacij« in obkrožite ustrezno številko.

Priloga 1

Informacije sem pridobil ...

	Sploh nisem pridobil informacij		↔	Pridobil sem veliko informacij	
... pomočjo zdravstvenih organizacij.	1	2	3	4	5
... s pomočjo zdravnika-pediatra.	1	2	3	4	5
... s pomočjo medicinske sestre.	1	2	3	4	5
... s pomočjo priporočil, ki sem jih prejel(a) prek družine, prijateljev in znancev.	1	2	3	4	5
... preko medijev.	1	2	3	4	5
... preko interneta.	1	2	3	4	5
... iz knjig, časopisja, revij.	1	2	3	4	5

4. V kolikšni meri se strinjate z navedenimi trditvami?

Prosimo,

ocenite na lestvici od 1 do 5, kjer 1 pomeni »Sploh se ne strinjam«, 5 pa pomeni »Popolnoma se strinjam« in obkrožite ustrezno številko.

	Sploh se ne strinjam		↔	Popolnoma se strinjam	
Zdravstveni delavci na pediatričnem oddelku ZD me redno obveščajo o zdravstvenih storitvah, ki so pomembne za otrokov razvoj.	1	2	3	4	5
Na pediatričnem oddelku ZD opazim na vidnem mestu zdravstveni promocijski material (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.).	1	2	3	4	5
Na pediatričnem oddelku ZD je dovolj zdravstvenega promocijskega materiala (brošure, napotki, vabila na razna predavanja o otroku ipd.)	1	2	3	4	5
Cena neobveznega (samoplačniškega) cepljenja je ustrezna.	1	2	3	4	5
Obvezno cepljenje otrok naj še vedno ostane del zdravstvene storitve.	1	2	3	4	5
Cepljenje (obvezno in samoplačniško) je varno.	1	2	3	4	5
Cepljenje (obvezno in samoplačniško) je učinkovito.	1	2	3	4	5
Država bi morala plačati iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi neobvezna cepljenja proti nalezljivim boleznim, ki so sedaj samoplačniška.	1	2	3	4	5

