

UNIVERZA V LJUBLJANI

EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

**PORABNIKOVO VREDNOTENJE
ZDRAVSTVENIH STORITEV**

Ljubljana, avgust 2003

MAJA REMIC

IZJAVA

Študentka MAJA REMIC izjavljam, da sem avtorica tega diplomskega dela, ki sem ga napisala pod mentorstvom prof. dr. Iče Rojšek, in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 25. avgusta 2003

Podpis

KAZALO

1. UVOD	1
1.1. PROBLEMATIKA	1
1.2. NAMEN	1
1.3. CILJI	2
1.4. METODE DELA	2
1.5. STRUKTURA POGLAVIJ	2
2. ZDRAVSTVO IN POSEBNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV	3
2.1. ZDRAVSTVO	3
2.2. POSEBNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV	4
3. KAKOVOST STORITEV	5
3.1. OPREDELITEV KAKOVOSTI STORITEV	6
3.2. VRSTE KAKOVOSTI STORITEV	7
3.3. KAKOVOST ZDRAVSTVENIH STORITEV	9
3.4. MERJENJE KAKOVOSTI STORITEV	10
3.5. MODELI KAKOVOSTI STORITEV	12
3.5.1. <i>Model Servqual</i>	12
3.5.1.1. <i>Pričakovanja porabnikov</i>	12
3.5.1.2. <i>Zaznavanja porabnikov</i>	14
3.5.1.3. <i>Sestavine Servqual modela</i>	16
3.5.1.4. <i>Uporabnost rezultatov modela Servqual</i>	18
3.5.1.5. <i>Kritike modela Servqual</i>	19
3.5.2. <i>Model vrzeli</i>	22
3.5.3. <i>Model Servperf</i>	23
4. RAZISKAVA	24
4.1. POSTOPEK RAZISKAVE	24
4.1.1. <i>Opredelitev problema</i>	24
4.1.2. <i>Namen in cilji raziskave</i>	24
4.1.3. <i>Preiskovalno raziskovanje z globinskimi intervjuji</i>	25
4.1.4. <i>Raziskovalne hipoteze</i>	25
4.1.5. <i>Velikost in tip vzorca</i>	27
4.1.6. <i>Zbiranje podatkov</i>	27
4.1.7. <i>Vprašalnik in izbira metode</i>	28
4.2. REZULTATI RAZISKAVE	29
4.2.1. <i>Sestava vzorca</i>	29
4.2.2. <i>Rezultati univariatne analize</i>	30
4.2.3. <i>Preverjanje hipotez</i>	31
4.2.3.1. <i>Povezanost spola z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev</i>	31
4.2.3.2. <i>Povezanost stalnega prebivališča z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev</i>	33
4.2.3.3. <i>Povezanost izobrazbe z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev</i>	34
4.2.3.4. <i>Povezanost starosti z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev</i>	36
4.2.3.5. <i>Povezanost zdravstvenega stanja z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev</i>	38
4.2.4. <i>Preverjanje zanesljivosti vprašalnika</i>	39
5. SKLEP	40

LITERATURA	42
VIRI	44
SLOVARČEK	1
PRILOGE	1
PRILOGA A: MODEL UPRAVLJANJA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI	1
PRILOGA B: OPOMNIK	2
PRILOGA C: ANKETNI VPRAŠALNIK	3
PRILOGA Č: TABELE IN SLIKE SESTAVE VZORCA	6
PRILOGA D: OCENE ZAZNANE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV	10
PRILOGA E: POMEMBNOST RAZLIČNIH DIMENZIJ KAKOVOSTI	12
PRILOGA F: IZRAČUNI ARITMETIČNIH SREDIN ZA ZAZNANO KAKOVOST IN POMEMBNOST RAZLIČNIH DIMENZIJ GLEDE NA SPREMENLJIVKE	13
PRILOGA G: STATISTIČNI PREIZKUSI HIPOTEZ	16
PRILOGA H: PREVERJANJE RAZLIK V POMEMBNOSTI RAZLIČNIH DIMENZIJ KAKOVOSTI	18
PRILOGA I: PREVERJANJE ZANESLJIVOSTI VPRAŠALNIKA	21

1. UVOD

1.1. PROBLEMATIKA

Storitveni sektor je v zadnjih letih postal poglavitni zaposlovalec in gonilna sila gospodarstev v večini razvitih držav (Dotchin, Oakland, 1994, str. 25; Philip, Hazlett, 1997, str. 260). V preteklosti je bilo zdravstvenim storitvam zagotovljeno stabilno in varno okolje, v zadnjem času pa se tudi na tem področju pojavlja čedalje večja konkurenca. Porabniki postajajo čedalje bolj izobraženi, izražajo svoje želje in zahtevajo visoko kakovost storitev.

S krepitvijo konkurence in čedalje večjo deregulacijo na področju zdravstvenih storitev mnoge organizacije iščejo dobičkonosne poti za diferenciacijo. Ena od strategij, ki se je v različnih storitvenih dejavnostih že izkazala za uspešno, je diferenciacija na podlagi kakovosti storitev. Dostava superiorne kakovosti je tudi v storitvenih dejavnostih postala pogoj za uspeh, v bolj konkurenčnih panogah pa celo za preživetje posameznega podjetja oz. organizacije (Mei, Dean, White, 1999, str. 136).

Delovanje zdravstvenih organizacij se spreminja, zato morajo svoje poslovanje prilagajati novim razmeram na trgu. Če želijo le-te dolgoročno preživeti morajo sprejeti tržni način poslovanja ob ohranjanju svojega prvenstvenega poslanstva.

Zaradi omenjenih sprememb so se tudi v zdravstvu pojavile potrebe po dobrem poslovanju, ki ima potrebna znanja tako iz poslovanja kot tudi iz zdravstva. Njihov pomen se kaže tudi v skrbi za večjo kakovost storitev, predvsem s strani usmerjenosti k porabnikom, saj se izvajalčevo pojmovanje kakovosti nemalokrat razlikuje od porabnikovega razumevanja tega koncepta. Za uspešno poslovanje na dolgi rok mora zdravstvena organizacija poznati in zadovoljiti želje in potrebe svojih porabnikov. Porabnik oblikuje zaznavanje kakovosti storitve na podlagi primerjave svojih pričakovanj z dejansko izvedbo storitve.

Raziskave o kakovosti zdravstvenih storitev v Sloveniji so zaenkrat še redke. Predvsem javne zdravstvene organizacije svojih porabnikov še ne poznajo, nimajo informacij o tem, kaj želijo, kakšne potrebe imajo in kako zaznavajo kakovost njihovih storitev.

1.2. NAMEN

Namen diplomskega dela je opredeliti, razložiti in vrednotiti kakovost zdravstvenih storitev s poudarkom na porabnikovem razumevanju kakovosti zdravstvenih storitev. Prikazati želim priložnosti, ki se kažejo na področju zdravstva, njegove učinkovitosti in na koncu tudi ekonomske upravičenosti. Osredotočila se bom na zdravstvene organizacije na področju

splošnega zdravstva. Za uspešno poslovanje v sodobnem, hitro spreminjajočem se okolju je pomembno, da zdravstvene organizacije upoštevajo koncept poslovanja, ki je usmerjen predvsem k porabniku in njegovim potrebam. Le zadovoljni porabniki bodo namreč ostali zvesti.

1.3. CILJI

Cilji diplomskega dela izhajajo iz namena dela. Kažejo se v proučevanju dosedanjih teoretičnih in praktičnih prispevkov s področja kakovosti storitev ter v prenašanju tako pridobljenih spoznanj na področje zdravstvenih storitev. Hkrati želim proučiti tudi značilnosti in posebnosti zdravstvenih storitev.

V drugem delu diplomskega dela želim na praktičnem primeru prikazati enega od možnih načinov merjenja zaznane kakovosti zdravstvenih storitev z zornega kota porabnikov.

1.4. METODE DELA

V diplomskem delu bom uporabila tako teoretične kot tudi empirične metode. Teoretični del je zasnovan na poglobljenem proučevanju sekundarnih virov, predvsem tuje strokovne literature. V tem delu prikazujem različna spoznanja, ki jih želim v kar največji meri prenesti na področje zdravstvenih storitev.

V empiričnem delu bom za pridobivanje podatkov uporabila metodo osebnega anketiranja porabnikov. Anketirala bom porabnike splošnih zdravstvenih storitev v Sloveniji. Za obdelavo pridobljenih podatkov in analizo rezultatov bom uporabila univariatne in bivariatne statistične analize.

1.5. STRUKTURA POGLAVIJ

Diplomsko delo obsega pet poglavij. Prva tri se nanašajo na teoretični pregled zdravstvenih storitev in kakovosti storitev, četrto poglavje predstavlja empirični del diplomskega dela, peto poglavje pa sklep dela.

Prvo poglavje je uvod v diplomsko delo. V njem opisujem problematiko, namen, cilje in uporabljene metode dela.

V drugem poglavju bom na kratko opredelila značilnosti storitev in podrobneje predstavila zdravstvene storitve ter njihove posebnosti.

V tretjem poglavju podrobneje obravnavam kakovost storitev. V prvem delu podajam različne opredelitve kakovosti storitev in jih primerjam z opredelitvami kakovosti pri izdelkih. Navedem tudi različna pojmovanja kakovosti zdravstvenih storitev. V drugem delu navedem vrste kakovosti storitev, v tretjem delu pa opredelim kakovost zdravstvenih storitev. V četrtem delu opisujem različne načine merjenja kakovosti storitev in poskušam razložiti, zakaj je merjenje pomembno, v petem pa proučujem različne modele kakovosti storitev.

Četrto poglavje sestavlja empirični del diplomske naloge, v katerem najprej opisujem postopek raziskave (opredelitev problema, namen in cilji raziskave, preiskovalno raziskovanje z globinskimi intervjuji, raziskovalne hipoteze, velikost in tip vzorca, zbiranje podatkov ter vprašalnik in izbira metode), v drugem delu pa predstavljam rezultate izvedene raziskave.

Peto poglavje predstavlja sklep diplomskega dela.

2. ZDRAVSTVO IN POSEBNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV

2.1. ZDRAVSTVO

Zdravje je po opredelitvi WHO¹ stanje popolne fizične, mentalne in socialne blaginje, novejša gledanja pa zdravje opredeljujejo kot seštevek dobrega fizičnega stanja, ustrezne prehrane, zdravega okolja, uspešnega obvladovanja stresov in odgovornosti za lastno zdravje (Forštnarič, 1996, str. 3). Zdravje je pomembno tako za vsakega posameznika kot tudi za družbo na splošno, zato ne preseneča dejstvo, da se je po drugi svetovni vojni v vseh državah uveljavilo prepričanje, da je zdravje ena od osnovnih človekovih pravic, za katero je dolžna skrbeti celotna družba².

Po mnenju nekaterih je zdravstveni sektor eden izmed najhitreje rastočih v celotnem storitvenem sektorju zaradi treh razlogov: trenda staranja prebivalstva, povečevanja pričakovanih porabnikov zdravstvenih storitev in pojavljanja novih metod in načinov zdravljenja (Curry, Sinclair, 2002, str. 197).

Eden od dejavnikov, ki zagotavljajo zdravje, je zdravstvo, ki ga sestavljajo bolnišnice, ambulate, zavarovalnice ter zdravnik kot osrednji element, brez katerega zdravstvo ne bi moglo delovati. Čeprav je zdravnikovo delo le del celotne ponudbe zdravstvenih storitev, je njegov vpliv in delovanje eden od glavnih dejavnikov celotne ponudbe tako v medicinskem kot tudi ekonomskem pogledu.

¹ WHO – World Health Organization (ang. za Svetovna zdravstvena organizacija).

² Zaradi velikega pomena zdravstvene dejavnosti se je uveljavilo prepričanje, da se zdravstvo ne sme v celoti prepustiti delovanju trga, ki je usmerjen predvsem k doseganju dobička.

Za zdravstvo so značilne tri revolucije. Prva revolucija se nanaša na obdobje, v katerem je prihajalo do naglih sprememb in izboljšav tako v medicini kot tudi v tehnologiji. V drugi revoluciji so največji pomen pripisovali zniževanju in obvladovanju stroškov, v središču tretje revolucije pa je porabnik zdravstvenih storitev ter njegove potrebe. Od zdravstvenih organizacij in zaposlenih se pričakuje osredotočenost tako na tehnično kot tudi na funkcionalno kakovost; slednja se kaže predvsem v boljšem razumevanju in zadovoljevanju porabnikovih potreb in želja (Tomes, Ng, 1995, str. 25). Do tretje revolucije je prišlo zaradi zahtev po boljši in učinkovitejši razporeditvi sredstev, s posledično večjim osredotočenjem na kakovost storitev. Prav zaradi omenjenega pa bodo morale zdravstvene organizacije boljše opredeliti in zadovoljevati porabnikove potrebe in želje (Curry, Sinclair, 2002, str. 198).

Osnovni namen zdravstvenih organizacij je še vedno postavljanje diagnoz, zdravljenje, rehabilitacija in izobraževanje pacientov, vendar se v novejšem času superiorna kakovost zdravstvenih storitev ocenjuje predvsem s stališča take dostave storitve, ki bo zagotovila zadovoljevanje bolj »mehkih« potreb³ in želja pacientov. Te se kažejo predvsem v uslužnosti, izkazovanju sočutja, vživljanju v položaj pacienta s strani zdravstvenega osebja ter udobnosti in možnosti izbire hrane pri pacientih, ki so nastanjeni v bolnišnicah (Angelopoulou, Kangis, Babis, 1988, str. 14). Singh poudarja, da se je kakovost zdravstvenih storitev v preteklosti merila predvsem s stališča ponudnikov teh storitev, ne pa s stališča porabnikov, katerim so tovrstne storitve namenjene (Johns, 1999, str. 965).

2.2. POSEBNOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV

Kotlerjeva opredelitev storitev pravi, da je storitev vsako dejanje ali delovanje, ki ga ena stran lahko ponudi drugi, po svoji naravi neotipljiva in ne pomeni posedovanja česarkoli. Proizvodnja storitve je lahko ali pa tudi ne vezana na fizični izdelek (Kotler, 1998, str. 464). Storitve je torej proces oziroma aktivnost, ki poteka v interakciji med ponudnikom in porabnikom in je v svojem bistvu neotipljiva.

Tudi za zdravstvene storitve je značilno, da so neotipljive (bolnik, ki se odloči za plastično operacijo, ne more videti končnega rezultata, dokler operacija ni končana), spremenljive (dva bolnika sta lahko zdravljeni z enakim postopkom, ki bo pri enem učinkovit, pri drugem pa ne), neločljive (bolnik mora biti prisoten pri operaciji, saj predstavlja fizični objekt, na katerem se storitev dostavlja) in minljive (kirurg ne more operirati na zalogo). Zavedati se moramo, da so splošne značilnosti storitev pri zdravstvenih storitvah še močnejše poudarjene, saj se le-te po svojih lastnostih precej razlikujejo od ostalih. Za razliko od ostalih človekovih potreb spadajo potrebe po zdravstvenih storitvah med tako imenovane nepredvidljive in nezaželene. Koriščenje zdravstvenih storitev se sproži šele, ko je to res nujno, in sicer ob bolezni, nepopolnem funkcioniranju ali nevarnosti smrti.

³ Potrebe, ki se ne nanašajo zgolj na jedro zdravstvenih storitev.

Zdravstvene storitve spadajo v sklop storitev, za katere je značilno, da so usmerjene na ljudi in zahtevajo visoko stopnjo interakcije med ponudnikom in porabnikom. Te interakcije običajno povzročijo visoko osebno vpletenost pacienta. Dosedanje raziskave na tem področju so razkrile, da ima interakcija s ponudnikom zdravstvenih storitev velik vpliv na zaznavanje kakovosti storitve (Winsted, 2000a, str. 402). Med najbolj zaželenimi vedenjskimi značilnostmi, ki jih porabniki iščejo pri zdravstvenem osebju, so skrbnost, odkritost, razumevanje, sposobnost komuniciranja in prijaznost, ki se na lestvici uvrščajo višje kot sama strokovnost (Winsted, 2000b, str. 401).

Posebnost zdravstvenih storitev se kaže tudi v tem, da imajo običajno pacienti in zdravniki formalen in dolgoročnejši odnos, vpleteno je precejšnje tveganje, hkrati pa lahko porabnik zgolj zaupa v značilnosti oziroma rezultat. Za zadovoljstvo porabnikov zdravstvenih storitev je nujno zaupanje v zdravnika, saj se porabnik ne spozna na postopke zdravljenja in se mora ob vsaki taki priložnosti posvetovati z zdravnikom. Le-ta določi diagnozo in primerno zdravljenje ter oceni, koliko in katere storitve so za porabnika najbolj primerne. Zaupanje v ponudnika je še posebno pomembno pri profesionalnih storitvah, za katere je značilno, da so visoko strokovne narave ter da porabnik nima primerne znanja za ocenjevanje sprejetih odločitev s strani ponudnika (Johns, 1999, str. 966). Prav zaradi omenjenega so pri profesionalnih storitvah izredno pomembni fizični dokazi, ki porabniku pomagajo oceniti kakovost storitve že pred samo dostavo (Dotchin, Oakland, 1994, str. 23).

V primerjavi z ostalimi storitvami se pri zdravstvenih storitvah pojavlja še ena večja posebnost, ki se kaže pri plačevanju tovrstnih storitev. V odnos ponudnik – porabnik se vrine še tretji subjekt, in sicer zdravstvena zavarovalnica, kot plačnik storitev (glej prilogo A, slika A1). Država s predpisi ureja financiranje tovrstnih storitev na podlagi solidarnosti⁴.

3. KAKOVOST STORITEV

V zadnjem času se ogromno pozornosti (tako v znanstvenih kot tudi v poslovnih krogih) namenja konceptu kakovosti storitev, predvsem zaradi velikega vpliva, ki ga ima le-ta na stroške⁵, finančne rezultate, porabnikovo zadovoljstvo in zvestobo. S krepitvijo konkurence na področju storitev so mnoge organizacije začele iskati dobičkonosne poti za diferenciacijo. Ena od strategij, ki se je v različnih storitvenih dejavnostih že izkazala za uspešno, je diferenciacija na podlagi kakovosti storitev. Dostava superiorne kakovosti je tudi v storitvenih dejavnostih postala pogoj za uspeh, v bolj konkurenčnih panogah pa celo za preživetje posameznega podjetja oziroma organizacije. Trend osredotočanja na porabnika kot ocenjevalca kakovosti storitev se čedalje bolj prenaša tudi na ponudnike v javnem sektorju

⁴ Neelastično povpraševanje je argument za brezplačno zagotavljanje zdravstvenih storitev tudi za tiste, ki imajo preizek dohodek, da bi krili stroške tovrstnih storitev (Prevolnik, 1997, str. 6).

⁵ Crosby poudarja, da je kakovost zastoj in da stroške povzročajo neakovostne stvari – vse aktivnosti, ki niso že prvič narejene tako, kot bi morale biti (Clarke, Yarrow, 1997, str. 267).

(Lin, Chiu, Hsieh, 2001, str. 59; Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988, str. 12; Wisniewski, 2001a, str. 995).

Kakovost storitev je v veliki meri odvisna od interakcije med ponudnikom in porabnikom. Boljša kot je ta interakcija, boljši je lahko rezultat oziroma kakovost dostavljene storitve. To pomeni, da do slabe kakovosti lahko pride bodisi zaradi ponudnika bodisi zaradi porabnika (ne sodeluje tako, kot bi moral). Prav zaradi tega se mnogokrat izpostavlja pomembnost izobraževanja tako ponudnikov kot tudi porabnikov določene storitve (Svensson, 2001, str. 377).

V praksi se čedalje bolj poudarja koncept celovite kakovosti, ki mora slediti naslednjim načelom (Kotler, 1998, str. 57):

- kakovost se poveča le, če to zaznajo porabniki,
- kakovost se mora odražati pri vsaki dejavnosti podjetja, ne le pri končni kakovosti izdelka ali storitve,
- kakovost zahteva od zaposlenih popolno predanost (to je možno samo, če so zaposleni prepričani o kakovosti ter motivirani in usposobljeni, da jo posredujejo),
- kakovost zahteva visoko kakovost pri dobaviteljih in ostalih partnerjih,
- kakovost je vedno možno izboljšati (nikdar ne moremo doseči take kakovosti, da je ne bi bilo mogoče izboljšati),
- za boljšo kakovost so včasih potrebne korenite spremembe,
- kakovost je brezplačna,
- kakovost je nujna, vendar kot taka ne zagotavlja obstoja na današnjih trgih,
- usmeritev h kakovosti ne more rešiti slabo zasnovanega izdelka ali storitve.

3.1. OPREDELITEV KAKOVOSTI STORITEV

V literaturi lahko najdemo kar nekaj različnih opredelitev kakovosti izdelkov. Gronroos poudarja, da je merjenje kakovosti izdelkov tradicionalno povezano s tehničnimi specifikacijami izdelka, opredelitve kakovosti pa se še vedno nanašajo predvsem na proizvodnjo izdelkov. Crosby opredeljuje kakovost izdelkov kot skladnost z zahtevami in specifikacijami⁶, Juran poudarja primernost za uporabo (izpostavlja pomembnost zadovoljevanja porabnikovih potreb), Garvin pa kakovost meri s štejem notranjih napak (tiste, ki so odkrite, preden izdelek zapusti tovarno) in zunanjih napak (tiste, ki so bile odkrite oziroma so se pojavile šele pri uporabi izdelka) (Mei, Dean, White, 1999, str. 136). Zaradi razlik med izdelki in storitvami pa zgoraj opisane opredelitve ne moremo enostavno prenesti na storitveni sektor.

⁶ To pomeni, da morajo organizacije definirati zahteve in specifikacije, še zmeraj pa ostaja vprašanje, katere zahteve in specifikacije je treba opredeliti.

Opredelevanje kakovosti storitev je problematično zaradi specifičnih lastnosti storitev (neotipljivost, spremenljivost, neločljivost in minljivost). Pojem kakovosti ima v splošnem pozitiven prizvok, vendar pa je potrebno poudariti, da kakovost lahko zavzema različne vrednosti, ki se raztezajo od najslabših do najboljših.

Kakovost je večdimenzionalen pojem, saj jo lahko ocenjujemo objektivno (laboratorijski testi, usklajenost s standardi itd.) ali subjektivno (temelji na psihološki oceni posameznika). Prav zaradi tega je kakovost težko opredeliti, še posebno, če govorimo o kakovosti storitev.

Strokovnjaki se strinjajo, da je kakovost storitev neka splošna ocena o superiornosti le-te, razhajajo se predvsem o naravi te ocene (Robinson, 1999, str. 23). Zeithamlova opredeljuje kakovost storitev kot dostavo odlične oziroma superiorne storitve glede na porabnikova pričakovanja (Zeithaml, Bitner, 1996, str. 117). Opredelevanje Ameriškega združenja za nadzor kakovosti pravi, da je kakovost skupek lastnosti in značilnosti izdelka oziroma storitve, ki vplivajo na njegovo sposobnost, da zadovolji izražene ali naznačene potrebe (Kotler, 1998, str. 56). Parasuraman kakovost storitev opredeli kot razliko oziroma vrzel med porabnikovimi pričakovanji (kakšno storitev bi želel dobiti) in njegovim zaznavanjem dobljene storitve. Če so pričakovanja večja od zaznane koristi, je zaznana kakovost nižja od zadovoljive, kar se odraža kot nezadovoljstvo s kakovostjo dostavljene storitve (Danaher, Mattsson, 1994, str. 5). Lewis in Booms menita, da je kakovost storitev mera, s katero označujemo, koliko se zaznana kakovost storitev ujema s porabnikovimi pričakovanji. Dostava visoke kakovosti storitev se kaže kot dosledno doseganje porabnikovih pričakovanj (Bateson, 1991, str. 509). Če strnem našete opredelitve kakovosti storitev, velja, da je kakovost tisto, kar zaznajo porabniki, hkrati pa mora storitev temeljiti na željah in potrebah le-teh.

3.2. VRSTE KAKOVOSTI STORITEV

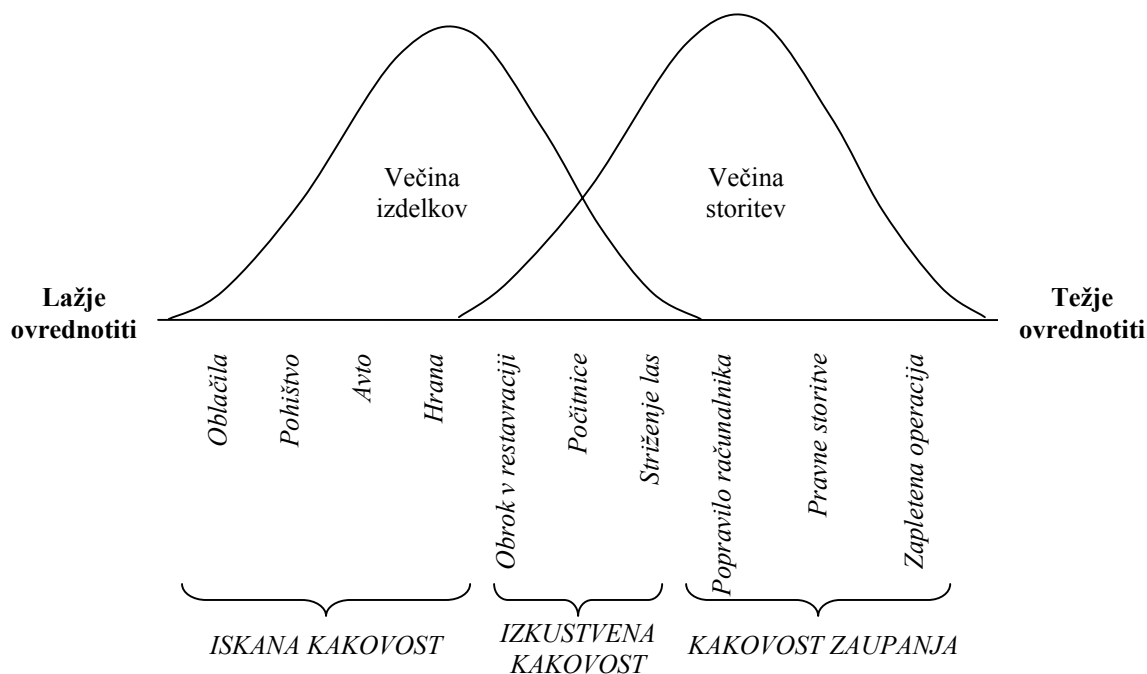
Različni avtorji koncept kakovosti razumejo različno, kar posledično vodi v različne delitve kakovosti. V tem odseku jih bom naštela le nekaj.

Prva delitev se nanaša na način, po katerem lahko porabniki kakovost ovrednotijo. Vse izdelke in storitve razporedimo na premico glede na to, ali je ocena njihove kakovosti še pred nakupom lahka ali težka oziroma kdaj lahko podamo sklep, v kolikšni meri je bila storitev kakovostna. Na podlagi tega lahko ločimo iskano kakovost, izkustveno kakovost in kakovost zaupanja (glej sliko 1, str. 8).

- Iskana kakovost vključuje značilnosti, ki jih porabnik lahko ocenjuje pred nakupom ali porabo. Sem sodijo stil, barva, oblika, cena, vonj itd. Iskana kakovost je značilna predvsem za izdelke in fizične sestavine storitev (oprema, prostori).
- Izkustveno kakovost lahko ocenimo šele po nakupu izdelka ali storitve, saj je močno povezana z osebnim zaznavanjem porabnika (prijaznost osebja, okus požite hrane, vtis o zdravstveni storitvi).

- Kakovost zaupanja zajema značilnosti, ki jih porabnik težko ovrednoti celo po nakupu in porabi. Kakovost zaupanja prevladuje pri profesionalnih storitvah, ki jih izvajajo strokovnjaki (Lovelock, Wright, 1999, str. 128).

Slika 1: Vpliv značilnosti predmetov menjave na porabnikovo ovrednotenje kakovosti



Vir: Lovelock, Wright, 1999, str. 129.

Druga delitev temelji na dejstvu, da porabniki kakovost ocenjujejo drugače kot strokovnjaki. Ločimo dve vrste kakovosti, in sicer (Potočnik, 2000, str. 159):

- objektivno kakovost, ki jo je možno laboratorijsko ali kako drugače izmeriti in primerjati s standardi, ter
- subjektivno kakovost, katere ni možno natančno izmeriti, saj gre za porabnikovo oceno, določena pa je s subjektivnimi, psihološkimi zaznavami porabnikov, ki ocenjujejo kakovost pod vplivom vrednot, pričakovanj, čustev in sposobnosti zaznavanja.

Gronroos (Palmer, 1994, str. 174; Anderson, 1995, str. 33) loči med tehnično in funkcionalno kakovostjo, ki naj bi bili dva pola izvajanja storitev. Superiorna kakovost storitve je lahko eden od načinov diferenciacije in pridobitve konkurenčne prednosti, vendar pa je tehnično prednost dolgoročno težko pridobiti, saj jo konkurenti hitro kopirajo. Dobra tehnična kakovost je v sodobnem svetu čedalje bolj nujen, in ne tudi zadosten pogoj za konkurenčno prednost, saj se konkurenčni boj čedalje bolj odvija na temelju funkcionalne kakovosti.

- Tehnična kakovost, ki je ocena vsebine storitve, se nanaša na rezultat izvedbe storitve (čakalni čas za obisk zdravnika, stopnja smrtnosti, stopnja uspešno izvedenih zdravljenj). V literaturi jo lahko najdemo tudi pod pojmom standardna kakovost, saj jo

lahko definiramo in ocenjujemo po postavljenih standardih. To vrsto kakovosti lahko merijo in ocenjujejo tako ponudniki kot tudi porabniki.

- Funkcionalna kakovost zajema oceno načinov oziroma postopkov med dostavo storitve (obsega psihološko interakcijo med porabnikom in izvajalcem in se nanaša na vprašanje, kako je določena storitev dostavljena – npr. odnos zdravstvenega osebja do pacientov, čistost ambulant, kakovost hrane v bolnišnici). To vrsto kakovosti težko merimo objektivno.

Gronroos poudarja, da na porabnikovo zaznavanje kakovosti storitev močno vpliva tudi sloves storitvene organizacije, ki je odvisen tako od tehnične kot tudi od funkcionalne kakovosti.

Lehtinen in Lehtinen (1982) (Bateson, 1991, str. 509) trdita, da je kakovost storitev odvisna od interakcije med porabniki in elementi, ki sestavljajo storitveno organizacijo. Na tej osnovi razlikujeta med:

- fizično kakovostjo, ki vključuje fizične vidike storitev (na primer oprema in poslovni prostori),
- kakovostjo podjetja, ki vključuje sloves podjetja v okolju, ter
- kakovostjo interakcije, ki se nanaša na interakcijo med kontaktnim osebjem in porabniki, ter med porabnikom in ostalimi porabniki.

Kakovost storitev delita tudi po času vrednotenja le-teh (Forštnarič, 1996, str. 24). Na tej osnovi poznamo:

- procesno kakovost, ki jo uporabniki vrednotijo med izvajanjem storitev, in
- končno kakovost, ki jo porabniki ocenjujejo po dostavi storitve, povezana pa je s končnim izidom storitve.

Ta delitev vsebinsko sovпада z Gronroosovo delitvijo na tehnično in funkcionalno kakovost.

Ovretveit (1996) (Curry, Stark, Summerhill, 1999, str. 330) loči tri vrste kakovosti javnih storitev glede na to, kdo kakovost ocenjuje in s kakšnimi kriteriji. Ta delitev zagotavlja vključenost vseh zainteresirani strani. Sem spadajo:

- kakovost, ki jo opredeljujejo porabniki (povedo, kaj želijo od storitve),
- kakovost, ki jo opredeljujejo strokovnjaki (ali je storitev izvedena v skladu z ustaljeno prakso), ter
- kakovost, ki jo opredeljuje poslovodstvo v javnih organizacijah (najbolj učinkovita in produktivna uporaba virov).

3.3. KAKOVOST ZDRAVSTVENIH STORITEV

V preteklosti se je kakovost zdravstvenih storitev merila predvsem s tehničnega stališča (stopnja umrljivosti, stopnja posegov brez zapletov, čas čakanja itd.) in zaznavanja ponudnikov (zdravnikov, medicinskih sester) teh storitev. Potrebe in želje porabnikov niso bile pomembne. S pojavom tretje revolucije v zdravstvu so se organizacije začele zavedati, da

je pomembna predvsem zaznana kakovost storitev s strani porabnikov, na drugi strani pa so tudi porabniki postali bolj izobraženi in zahtevni, ocenjujejo kakovost in menjajo ponudnike, če so z dostavljeno kakovostjo nezadovoljni⁷. Kakovost je postala pogoj za pridobivanje zvestobe strank.

Kakovost zdravstvenih storitev je zelo pomembna, saj je porabnik v bolezenskem stanju ne more preverjati in tudi ne primerjati z drugimi ponudniki, poleg tega pa porabniki niso strokovno usposobljeni in vedo manj kot zdravniki. Le-ti namreč nastopajo kot agenti, ki odločajo, kaj pacienti potrebujejo in kakšen način zdravljenja bi bil zanje najbolj primeren (Prevolnik, 1997, str. 11).

Ovretveit (1996) opredeljuje kakovost zdravstvenih storitev kot popolno doseganje potreb tistih porabnikov, ki zdravstvene storitve najbolj potrebujejo, z najnižjimi stroški za organizacijo⁸, znotraj meja, ki jih postavljajo porabniki in predpisi. Kakovost zdravstvenih storitev se kaže predvsem v skladnosti dostavljene storitve s pričakovanji porabnikov. Pogled na ocenjevanje kakovosti javnih storitev se je spremenil. Čedalje manj je strokovnega (analitično ocenjevanje končnega izida) in čedalje več demokratičnega ocenjevanja, ki izpostavlja pomen zaznavanja kakovosti s strani porabnikov (Curry, Stark, Summerhill, 1999, str. 328).

Grace (1989) je mnenja, da se kakovost storitev začne z zadovoljstvom porabnikov, ki se nanaša tako na notranje (preventiva, diagnostika, zdravljenje, rehabilitacija in izobraževanje) kot tudi na zunanje (na primer privlačno fizično okolje, prijaznost zdravstvenega osebja) vidike storitve (Angelopoulou, Kangis, Babis, 1998, str. 15).

Maxwellova (1984) opredelitev kakovosti zdravstvenih storitev poudarja predvsem naslednje elemente: dostopnost, enakost, učinkovitost, uspešnost, sprejemljivost in pomembnost (Clarke, Yarrow, 1997, str. 269).

Milakovich (1991) poudarja, da je kakovost zdravstvenih storitev kombinacija moderne tehnologije, dostopnosti zdravljenja po zmernih stroških in osredotočenosti na pacienta (Angelopoulou, Kangis, Babis, 1998, str. 15).

3.4. MERJENJE KAKOVOSTI STORITEV

Za poslovanje in trženje tako proizvodnih kot tudi storitvenih podjetij je nujno spremljanje kakovosti, za katero mora podjetje že vnaprej izbrati načine merjenja. Pri proizvodnih

⁷ V Veliki Britaniji je bil že leta 1989 sprejet akt »Usmerjenost k pacientu«, ki govori o tem, da pacient ne sme biti le pasivni prejemnik zdravstvenih storitev ter da mora biti dostava zdravstvenih storitev osredotočena predvsem na paciente in njihove potrebe. Večji poudarek je torej dan zaznani kakovosti zdravstvenih storitev s stališča pacientov (Curry, Stark, Summerhill, 1999, str. 327).

⁸ Element stroškov poudarja nujnost ekonomičnosti in razporeditve sredstev v najbolj učinkovite rabe.

podjetjih so le-ti ponavadi bolj objektivni kot pri storitvenih. Merjenje nam daje povratne informacije, ki so potrebne za uspešno sprejemanje poslovnih odločitev, za spremljanje poslovanja ter za učinkovito razporejanje virov.

Edwardsen (1994) poudarja, da so izhodiščna točka za razvoj kakovostne storitve merjenje in analize, ki izvirajo iz le-tega. Poudarja tudi, da se največkrat pojavijo problemi, ker snovalci načinov merjenj v organizaciji ne vedo točno, kaj naj bi se merilo (Bryslan, Curry, 2001, str. 392). Carlzon je v zvezi s tem poudaril, da posameznik brez informacij ne more prevzeti odgovornosti, tisti, ki pa informacije ima, pa le-to nosi kljub temu, da sam stvari ne more spreminjati (Grinstead, Timotey, 1994, str. 29).

Zaradi posebnosti storitev v primerjavi z izdelki je težko opredeliti in specificirati kakovost storitev, še težje pa je le-to meriti, vendar pa je prav merjenje tisto, ki storitvenim organizacijam in poslovodstvu daje povratne informacije o značilnostih porabnikovega zaznavanja kakovosti storitev. Zeithamlova poudarja, da je eden glavnih razlogov slabe kakovosti storitev prav nepoznavanje porabnikov in njihovih pričakovanj s strani storitvene organizacije. Mnogo teh namreč poseduje vse potrebne vire in znanja za dostavo visoko kakovostnih storitev, njihov problem je nepoznavanje lastnih porabnikov (Palmer, 1994, str. 175).

Kakovost storitev lahko merimo z zornega kota ponudnikov (izvajalcev) ali z zornega kota porabnikov storitev, vendar je treba poudariti, da slednji kakovost opredeljujejo in ocenjujejo drugače kot ponudniki. Parasuraman (1985) in mnogi drugi strokovnjaki menijo (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988, str. 16), da porabniki kakovost opredeljujejo kot razkorak med skupno vrednostjo zaznanih koristi in koristmi, ki so jih pred nakupom pričakovali od storitve⁹. Ponudnik oziroma izvajalec kakovost storitev ocenjuje s primerjanjem izvedbe storitve in dogovorjenih standardov.

Merjenje kakovosti organizacijam omogoča ocenjevanje vpeljanih sprememb pri izvajanju storitev (merjenje pred in po spremembah), identificiranje problemov, ki vplivajo na kakovost (kaj vpliva na slabo zaznavanje kakovosti določene storitve) in postavitve jasnih standardov za dostavo storitve. Že Galileo Galilei¹⁰ je rekel, da merjene stvari lahko izboljšamo (Bryslan, Curry, 2001, str. 392).

V zadnjem času se je zaradi pomanjkanja objektivnih meril uveljavilo merjenje kakovosti storitev s stališča porabnikov (čedalje bolj se uveljavlja prepričanje, da je kakovost to, kar rečejo porabniki). Porabniki najpogosteje ocenjujejo kakovost storitev na podlagi tistih značilnosti, za katere menijo, da so jih sposobni oceniti (zdravstveno storitev najpogosteje

⁹ Vrednotenje storitev je kompleksen proces, na katerega vplivajo številne socialne, psihološke ter situacijske spremenljivke. Začne se z izborom ponudnika storitev, nadaljuje v procesu dostave in se ne konča niti po končani dostavi.

¹⁰ Štej, kar je možno šteti. Meri, kar se da meriti. Naredi merljivo, kar se ne da meriti.

ocenjujejo na podlagi prijaznosti osebja, čistosti in urejenosti čakalnic in ambulant, manjkrat pa na podlagi dejansko izvedene storitve).

V preteklosti se je kakovost storitev merila predvsem s stališča zaznavanja porabnikov o dobljeni storitvi, sodobno gledanje pa poudarja pomembnost merjenja tako zaznavanj kot tudi pričakovanj, saj prav na podlagi slednjih organizacija pridobi koristne informacije za izboljšave. Skelcher (1992) pri tem opozarja, da merjenja, ki se osredotočajo predvsem na zaznavanja porabnikov sicer dajejo neko splošno informacijo o zadovoljstvu z obstoječo storitvijo, vendar pa ne identificirajo porabnikovih potreb, s tem pa tudi ne dajejo informacij o tem, ali so bile le-te zadovoljene (Wisniewski, 2001b, str. 381).

Na koncu naj opozorim, da merjenje kakovosti ni zastoj (zahteva tako finančne, kot tudi človeške vire) in mora kot tako predstavljati neko vrednost. Če se organizacija odloči za merjenje kakovosti mora biti le-to izvedeno natančno in strokovno, prav tako pa mora biti organizacija kot celota pripravljena sprejeti različne spremembe, ki jih lahko narekujejo dobljeni rezultati.

3.5. MODELI KAKOVOSTI STORITEV

V literaturi obstaja več modelov za merjenje zaznane kakovosti storitev. Največ pozornosti bom namenila modelu Servqual¹¹ in modelu vrzeli, ki sta najbolj uporabljena zaradi njune enostavnosti in razumljivosti ter praktične uporabnosti. V četrtem poglavju je predstavljen celoten proces raziskave, ki temelji na modelih Servqual in Servperf. Z omenjeno raziskavo želim prikazati, na kakšen način je možno meriti porabnikovo zaznavanje kakovosti zdravstvenih storitev.

3.5.1. Model Servqual

Ker model kakovosti storitev Servqual temelji na dveh pomembnih konceptih (pričakovanja in zaznavanja), sem se odločila, da ju natančneje predstavim že na tem mestu.

3.5.1.1. Pričakovanja porabnikov

Pričakovanja igrajo pomembno vlogo pri vrednotenju storitev. Že pred nakupom izdelka ali storitve ima vsak posameznik določena pričakovanja v zvezi s kakovostjo izdelka ali storitve. Ravni pričakovanj se razlikujejo med posamezniki in se spreminjajo v času (so dinamična). Donnelly in Shiu (1999) v zvezi s tem poudarjata, da se pričakovanja v času povečujejo, ker se večji poudarek pripisuje kakovosti. Raven storitev, ki ga je želela prejšnja generacija, je ponavadi nesprejemljiv za kasnejše generacije (Wisniewski, 2001b, str. 381).

¹¹ Servqual – okrajšava za Service Quality (ang. kakovost storitev).

Porabnikova pričakovanja so mnenja o izvedbi določene storitve, ki služijo kot standard za ocenjevanje izvedbe (Zeithaml, Bitner, 1999, str. 76). Iz omenjene opredelitve sledi, da je poznavanje porabnikovih pričakovanj prvi in najpomembnejši korak za dostavo kakovostne storitve. Gilbert (1982) opredeljuje pričakovanja kot individualna prepričanja o bodoči izvedbi storitve, v katerih odseva pričakovana storitev (Camilleri, O'Callaghan, 1998, str. 128), Parasuraman (1988) pa jih definira kot želje in zahteve porabnikov, za katere menijo, da bi jih ponudnik moral zadovoljiti (Philip, Hazlet, 1997, str. 263).

Storitvene organizacije morajo v vsakem trenutku vedeti, kakšna so pričakovanja njihovih porabnikov in kaj vpliva nanje. Spremljati morajo, v kolikšni meri in na katerih področjih so porabnikova pričakovanja dosežena ter kje so potrebne izboljšave. Če storitvena organizacija teh podatkov nima, lahko (Zeithaml, Bitner, 1996, str. 76):

- izgubi lastne porabnike, saj odidejo h konkurentu, ki njihova pričakovanja pozna in jih zato bolje zadovolji,
- zapravi ogromno denarja, časa in ostalih virov za spremembe, ki v kupčevih očeh ne pomenijo veliko,
- propade, predvsem v panogah, za katere je značilen srdit konkurenčni boj.

V nadaljevanju navajam različne pojme, ki so tesno povezani s porabnikovimi pričakovanji. V splošnem ločimo dejavnike, ki vplivajo na želeno storitev, dejavnike, ki vplivajo na zadostno storitev in tiste, ki vplivajo tako na želeno kot tudi zadostno storitev (Lovelock, Vandermerwe, Lewis, 1999, str. 126). Za lažjo predstavo dejavnike grafično ponazarjam na sliki 2 (str. 14).

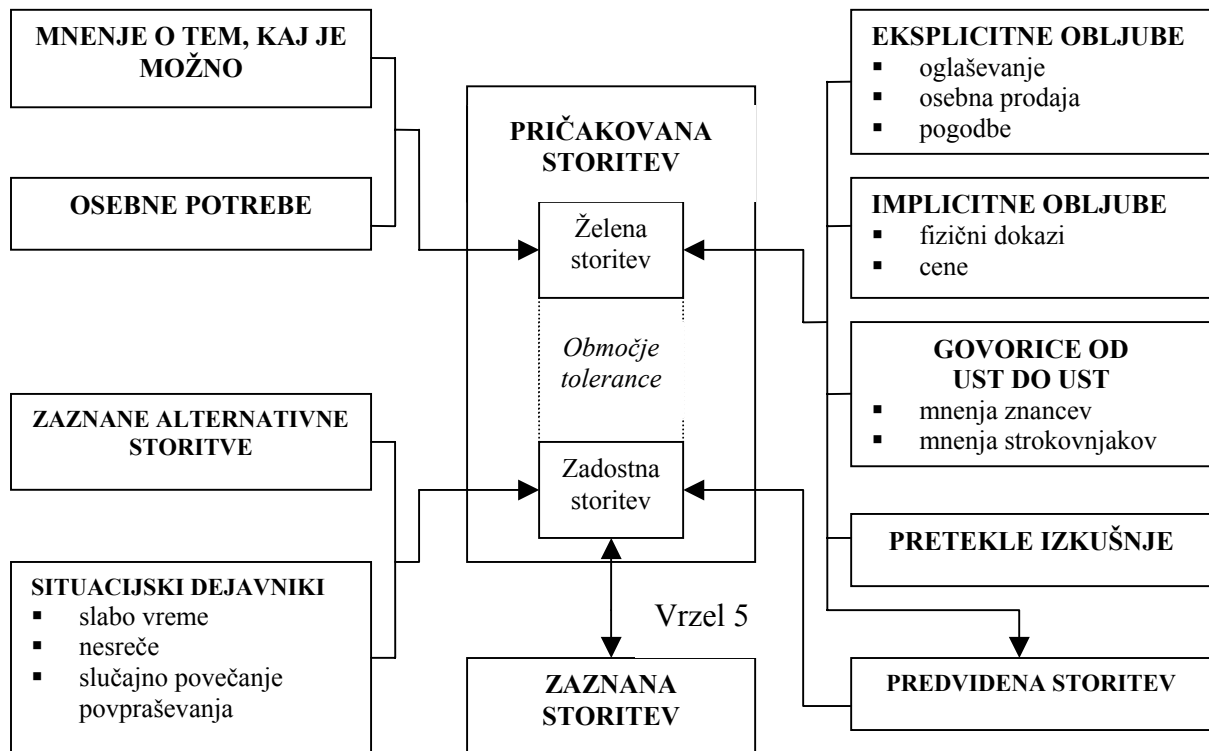
Želena storitev je storitev za katero porabniki upajo, da jo bodo dobili (je kombinacija tistega, kar porabniki lahko dobijo in bi hkrati morali dobiti v pogledu njihovih osebnih potreb). Kljub temu, da bi bila porabnikom bolj všeč t.i. idealna storitev, pa ti ponavadi nimajo tako nerealnih pričakovanj, saj se zavedajo, da podjetja ne morejo vedno dostaviti najboljše možne storitve.

Zadostna storitev je opredeljena kot minimalna raven storitve, pri kateri porabniki še ne bodo nezadovoljni. Na zadostno storitev vplivata dva dejavnika, in sicer zaznane alternative (porabnik, ki meni, da lahko dobi primerljivo storitev pri drugih ponudnikih ali pa storitev opravi sam, zahteva višjo raven zadostne storitve kot nekdo, ki meni, da nima drugih alternativ) in situacijski dejavniki (okolščine, za katere se porabniki zavedajo, da jih ponudniki storitev ne morejo kontrolirati).

Raven tako zadostne kot tudi zelene storitve je odvisna od eksplicitnih obljub s strani storitvene organizacije (vse oblike komuniciranja storitvene organizacije morajo biti čimbolj realne, saj se nerealne obljube odražajo na nezadovoljstvu porabnikov), implicitnih obljub (privlačno fizično okolje in visoke cene vplivajo na višja pričakovanja), govorice od ust do ust (ta dejavnik je najbolj izrazit pri storitvah, ki vsebujejo veliko izkustvenih značilnosti) ter

preteklih izkušenj (mnogokrat so podlaga za primerjavo s sedanjo izkušnjo). Predvidena storitev neposredno vpliva na zadostno storitev (če je predvidena dobra storitev, bo tudi raven zadostne storitve višja kot v primeru, da je predvidena slabša storitev).

Slika 2: Dejavniki, ki vplivajo na pričakovanja porabnikov



Vir: Lovelock, Vandermerwe, Lewis, 1999, str.126; Zeithaml, Bitner, 1996, str. 91.

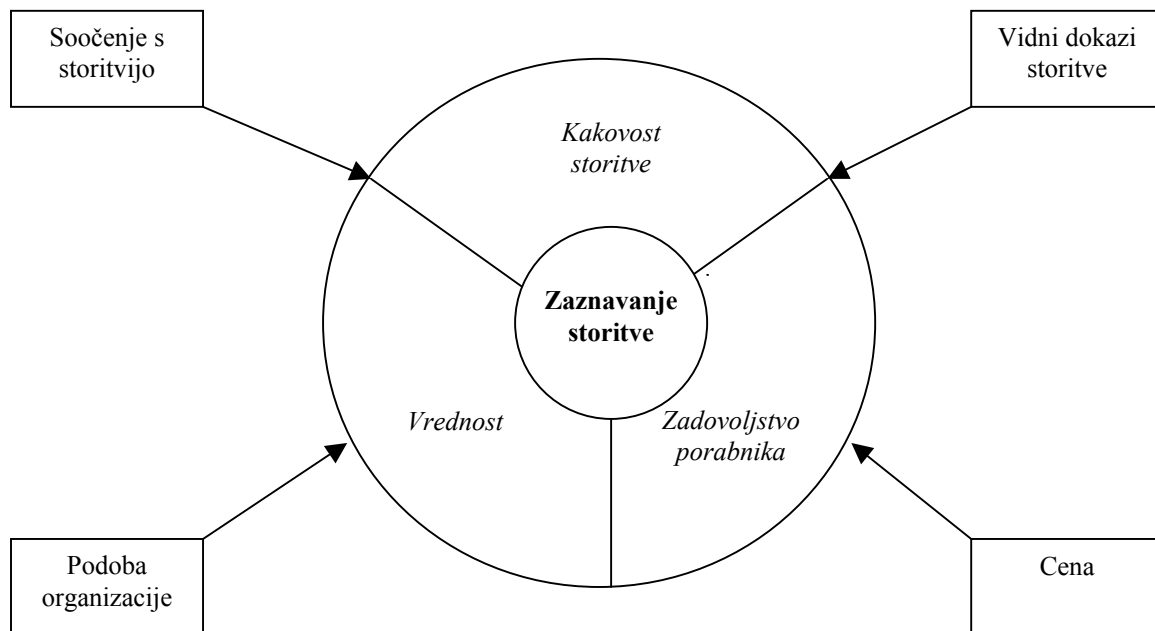
Ena od značilnosti storitev je tudi njihova spremenljivost. Mera, do katere porabniki to spremenljivost sprejemajo in dopuščajo, se imenuje območje tolerance. Na sliki 2 (str. 12) je vidno, da zadostna storitev predstavlja minimalno raven sprejetja s strani porabnikov (storitve, ki ne dosežejo te ravni, pri porabnikih povzročijo nezadovoljstvo), storitve, ki presežejo raven zelene storitve pa povzročajo izjemno zadovoljstvo. Območje tolerance je torej območje, v katerem porabniki ne zaznavajo posebnega zadovoljstva ali nezadovoljstva.

3.5.1.2. Zaznavanja porabnikov

Zaznavanje je proces, v katerem porabnik izbira, razporeja in si razlaga vstopajoče podatke, z namenom, da bi si iz njih ustvaril smiselno podobo sveta (Kotler, 1998, str. 186). Teas (1993) pa zaznavanja opredeljuje kot osebno dožemanje izkušene storitve (Camilleri, O'Callaghan, 1998, str. 128).

Na zaznavanje porabnikov vplivajo štiri dejavniki (soočenje s storitvijo, vidni dokazi storitve, cena in podoba organizacije), ki jih bom natančneje obravnavala na tem mestu (Zeithaml, Bitner, 1996, str.104). Za boljšo predstavbo jih navajam tudi grafično (slika 3).

Slika 3: *Dejavniki, ki vplivajo na porabnikova zaznavanja*



Vir: Zeithaml, Bitner, 1996, str. 104.

Vsako porabnikovo *soočenje s storitvijo* (trenutek resnice) vpliva na splošno zadovoljstvo in s tem na njegovo zvestobo. Vsako soočenje s storitvijo predstavlja kritično točko, ki odloča o zadovoljstvu in nadaljnjem sodelovanju. Nekatere storitve imajo več trenutkov resnice kot ostale, kombinacija pozitivnih in negativnih soočenj pa se bo pri porabnikih odražala kot stopnja negotovosti o določenem ponudniku. Poznamo več načinov soočenj s storitvijo: posredno soočenje (ni neposrednega stika porabnika in storitvene organizacije, kakovost pa porabnik ocenjuje na podlagi fizičnih dokazov in kakovosti tehničnih procesov), soočenje po telefonu (kakovost ocenjujejo na podlagi glasu, znanja osebe in učinkovitega obravnavanja zadev) in osebno soočenje (ocenjevanje fizičnih dokazov ter besedno in nebesedno komuniciranje).

Neotipljivost storitev je vzrok za porabnikovo iskanje *dokazov storitev*. Poznamo tri elemente dokazov storitev (ljudje, procesi in fizični dokazi), le-ti pa so vsak zase ali skupno vidni ob vsakem stiku porabnika z organizacijo in imajo pomembno vlogo pri ocenjevanju kakovosti in zadovoljstva.

Tudi *podoba in ugled organizacije* ponavadi vplivata na porabnikovo zaznavanje storitve. V primeru, da ima organizacija dober ugled v porabnikovih očeh, ena slaba izkušnja ne bo usodna.

Nenazadnje na porabnikova zaznavanja vpliva tudi *cena*. Ta namreč odraža primerno vrednost, kakovost, ki naj bi jo porabnik pridobil.

3.5.1.3. Sestavine Servqual modela

Model Servqual so leta 1985 kot odgovor na pomanjkanje raziskav s področja merjenja kakovosti storitev razvili Parasuraman, Zeithaml in Berry. Pri razvoju metode so avtorji zaradi njene širše uporabnosti preučevali pet vrst storitev, in sicer s področja popravila in vzdrževanja izdelkov, bančne dejavnosti, telefonije, zavarovalniške dejavnosti ter dejavnosti poslovanja s kreditnimi karticami. Rezultati te raziskave so narekovali opredelitev kakovosti storitev kot razliko oziroma vrzel med pričakovanji in zaznavanji storitev s strani porabnikov ter razkrili deset dimenzij kakovosti, ki jih porabniki posredno ali neposredno uporabljajo pri vrednotenju kakovosti storitev. Omenjene dimenzije so poimenovali (Buttle, 1996, str. 9):

- *vidni dokazi storitve* (porabniki se zaradi neopredmetenosti storitev velikokrat naslanjajo na vidne dokaze, kamor spadajo oprema, poslovni prostori, videz kontaktnega osebja, komunikacijski material itd.),
- *zanesljivost* (ali je storitvena organizacija sposobna izvesti tisto, kar je bilo porabniku obljubljeno že prvič, in to v dogovorjenem času),
- *odzivnost* (sem spada pripravljenost osebja, da hitro in učinkovito postreže porabnika),
- *strokovnost zaposlenih* (ali so zaposleni strokovno usposobljeni in imajo za opravljanje svojih nalog zahtevana znanja ter sposobnosti),
- *dostopnost* (pomeni možnost enostavne vzpostavitve stika s ponudnikom storitve ter vključuje možnosti dostopa, lokacijo, obratovalni čas ter ustrezen čakalni čas),
- *uslužnost strežnega osebja* vključuje prijaznost, spoštljivost in vljudnost kontaktnega osebja do porabnikov,
- *komuniciranje* (pomeni, da so porabniki sprotno obveščeni v jeziku, ki ga razumejo, ter jih zaposleni znajo poslušati; ker se porabniki med seboj razlikujejo, mora biti prilagojen tudi jezik, v katerem se sporazumevajo),
- *varnost* (pomeni, da je porabnik tako fizično kot tudi finančno oddaljen od nevarnosti, tveganj in dvomov),
- *razumevanje in poznavanje porabnikov* vključuje trud zaposlenih, da se vživijo v položaj porabnika in s tem razumejo njegove individualne potrebe in želje, ter
- *verodostojnost* (pomeni, da je izvajalec storitev vreden zaupanja ter je pošten in odkrit do porabnika).

Leta 1988 so na temelju faktorske analize omenjenih deset dimenzij oziroma kriterijev kakovosti storitev združili v pet osnovnih dimenzij (Brown, Bell, 1998, str. 91):

- zanesljivost
 - vidni dokazi storitve
 - odzivnost
- } te tri dimenzije so ostale nespremenjene
- vzbujanje zaupanja, kamor spadajo strokovnost zaposlenih, uslužnost strežnega osebja, verodostojnost in varnost
 - vživljanje v položaj porabnika, kamor spadajo dostopnost, komuniciranje in poznavanje porabnikov.

Merski instrument pri model Servqual je sestavljen iz dveh delov, v vsakem od teh pa je 22 trditev. Prvi del meri porabnikova pričakovanja (kakšna naj bi bila po njihovem mnenju odlična storitvena organizacija), drugi pa njegova zaznavanja dobljene storitve pri konkretni storitveni organizaciji (kakšno storitev jim je storitvena organizacija v resnici dostavila). Anketiranec oceni svoja pričakovanja in zaznavanja na sedemstopenjski Likertovi lestvici, kjer številka ena pomeni, da se s posamezno trditvijo sploh ne strinja, sedem pa, da se zelo strinja.

Razlika oziroma vrzel med zaznavanji in pričakovanji se pri tem modelu upošteva za merilo kakovosti storitev. Vrzel za vsakega anketiranca in vsako dimenzijo kakovosti izračunamo po formuli (Robinson, 1999, str. 21):

$$SQ_j = \frac{\sum_{i=1}^{n_j} P_{ij} - E_{ij}}{n_j}$$

SQ_j – kakovost storitve pri dimenziji j
 E_{ij} – ocenjeno pričakovanje za i -to trditev v j -ti dimenziji
 P_{ij} – zaznana izvedba ponudnika za i -to trditev v j -ti dimenziji
 n_j – število trditev v j -ti dimenziji

Povprečni rezultat za vsako od petih dimenzij nato izračunamo kot tehtano povprečje ocen vseh anketiranih, povprečno kakovost neke storitve pa kot tehtano povprečje rezultatov za vseh pet dimenzij¹².

Treba je poudariti, da so rezultati ponavadi negativni, manj negativni rezultati pa pomenijo boljšo kakovost kot bolj negativni. Storitvena organizacija mora analizirati tudi pozitivne rezultate pri posameznih dimenzijah kakovosti, saj to lahko pomeni, da se preveč pogloblja v kakovost ene od dimenzij, ki za porabnike ni tako pomembna kot druge.

Na podlagi izvedenih empiričnih testiranj Parasuraman, Zeithaml in Berry (1988) (Robinson, 1999, str. 21) trdijo, da je Servqual zanesljivo in veljavno orodje za merjenje kakovosti

¹² Za utež uporabimo relativno pomembnost, ki jo anketiranci pripisujejo različnim dimenzijam (v anketo vključimo vprašanje, pri katerem anketiranci razdelijo 100 točk na pet dimenzij kakovosti, glede na pomembnost, ki jo pripisujejo vsaki posamezni dimenziji). Ta, tretji, del je v vprašalnik vključen pri novejši verziji modela Servqual.

storitev ter poudarjajo njegovo široko uporabnost za različne storitve (za nekatere je seveda potrebno prilagoditi posamezne trditve).

3.5.1.4. Uporabnost rezultatov modela Servqual

Model Servqual lahko uporabljamo za različne namene. V tem delu opisujem, kaj lahko storitvena organizacija izlušči iz raziskave, da bo le-ta opravičila stroške (Youssef, Nel, Bovaird, 1995, str. 73; Wisniewski, 2001b, str. 382-386; Youssef, Nel, Bovaird, 1996, str. 27).

A. Razumevanje sedanje kakovosti storitev

Prvobitna uporabnost modela Servqual je, da tako poslovodje kot tudi ostali zaposleni v storitveni organizaciji razumejo, kakšna je sedanja kakovost njihovih storitev v očeh porabnikov in kje se pojavljajo vrzeli. Različne dimenzije kakovosti kažejo področja, na katerih so pričakovanja in zaznavanja posebej visoka (oziroma posebno nizka) ter na katerih so vrzeli največje. Za praktične izboljšave je primerno analizirati posamezne trditve, iz katerih lahko izluščimo specifičen problem, ki se pojavlja.

B. Uteži

Rezultati nam dajejo vpogled tudi v relativno pomembnost, ki jo porabniki pripisujejo vsaki od petih dimenzij kakovosti. Primerjavo pomembnosti lahko izvedemo tako za določeno storitev (npr. ugotovimo, da je pri določeni storitvi za porabnike najbolj pomembna zanesljivost, najmanj pomembni pa se jim zdijo vidni dokazi) kot tudi za različne storitve (npr. ugotovimo, kaj je bistvena razlika med storitvama A in B). Takšno analizo lahko naredimo samo, če je v vprašalnik vključen tretji del (del, ki od anketirancev zahteva, da po pomembnosti razvrstijo dimenzije kakovosti). Če preučimo podatke, ki nam kažejo kakovost storitev, in podatke o relativni pomembnosti posamezne dimenzije, dobimo pomembno informacijo o tem, kje so spremembe najbolj nujne in za porabnika pomembne.

C. Oblikovanje in primerjava različnih segmentov porabnikov

Praktično imajo vse storitve skupine porabnikov, ki se med seboj razlikujejo po potrebah v zvezi s posameznimi dimenzijami kakovosti. Na podlagi te metode lahko najprej oblikujemo različne segmente, kasneje pa jih je treba spremljati in analizirati (nekateri segmenti se zmanjšujejo, drugi se povečujejo, hkrati pa lahko nastajajo tudi novi, ki imajo nove potrebe in želje). Storitvena organizacija si na tak način lahko pridobi konkurenčno prednost, saj bo nek nov segment oskrbovala boljše kot konkurenca, ki ne ve, da se je pojavil nov segment.

D. Primerjava storitev

Rezultate raziskave lahko uporabimo za primerjavo dveh storitev, ki jih ponuja ena organizacija. Primerjava je mogoča tudi kadar so nekatere trditve različne (prilagojene posebnostim določene storitve). Ta analiza nam daje pomembne informacije za razporeditev sredstev za izboljšanje kakovosti znotraj teh dveh storitev. Druga možnost je tudi primerjava

istih storitev, ki jih ponuja preučevana organizacija in konkurenti, ali pa različne poslovne enote (če ima storitvena organizacija več geografsko razpršenih enot). S pomočjo te primerjave lahko ugotovimo, na katerih področjih smo boljši in na katerih slabši od konkurence.

E. Kakovost izvedbe skozi čas

Kakovost storitev se skozi čas spreminja. Prav zaradi omenjenega dejstva je pomembno, da se ta metoda uporablja kontinuirano¹³. Glavni cilj tovrstnih raziskav je zapiranje vrzeli, s ponovnimi raziskavami pa lahko ugotovimo, ali so bile izvedene spremembe dobre (ali jih zaznavajo porabniki) in, ali so se pojavile kakšne nove vrzeli, ki bi jih bilo treba zapreti.

F. Postavljanje standardov

S pomočjo omenjenega modela lahko izluščimo, kako porabniki definirajo kakovostno storitev in kaj se jim zdi pomembno. Na podlagi tega lahko vodstvo storitvene organizacije postavi določene standarde, ki bodo zagotavljali boljšo kakovost (manjšo spremenljivost) storitev. Sicer je res, da je postavljanje standardov v storitvenih dejavnostih težje kot pri proizvodnih in da se na veliko področjih standardov ne da postaviti, vendar je pomembno, da jih postavimo tam, kjer se to da.

Metoda Servqual je tudi dobro sprejeta pri poslovođstvih in drugih zaposlenih v storitvenih organizacijah. Asubonteng (1996) pravi, da je Servqual pri poslovođstvu popularna metoda saj združuje splošno aplikativnost ter fleksibilnost z enostavnostjo. Poslovođstvo se zaveda, da rezultati verjetno niso objektivno zrcalo realnosti, ampak koristne informacije, ki kažejo smer, v katero naj storitvena organizacija krene (Wisniewski, 2001b, str. 386).

3.5.1.5. Kritike modela Servqual

Model Servqual kljub veliki priljubljenosti in uporabnosti kritizirajo številni strokovnjaki. Kritike lahko razdelimo na teoretične in praktične, v nadaljevanju pa jih bom na kratko opisala (Buttle, 1996, str. 10-24; Webster, Hung, 1994, str. 51; Saunders, Williams, 2000, str. 221).

A. Teoretične kritike modela Servqual se nanašajo na:

- *model vrzeli*, saj naj ne bi bilo zadosti dokazov, da porabniki kakovost vrednotijo kot razliko med zaznavanji in pričakovanji,
- *procesno usmeritev*, saj se model Servqual osredotoča predvsem na kakovost procesa dostave, in ne na končno kakovost (kakovost izida),

¹³ Priporoča se, da kakovost storitev po metodi Servqual merimo vsako leto, saj s tem omogočimo primerjavo med različnimi leti, prav tako pa na podlagi zaporednih raziskav lahko analiziramo, ali so porabniki zaznali uvedene spremembe pri izvedbi storitev (ali so bile spremembe opažene in ali so se nanašale na tiste dimenzije kakovosti, za katere so bile mišljene) (Bryceland, Curry, 2001, str. 392).

- *dimenzije kakovosti*, ki naj ne bi bile univerzalne (pri različnih storitvah naj bi porabniki kakovost ocenjevali na podlagi različnih, ne pa univerzalnih dimenzij).

B. Praktične kritike modela Servqual se nanašajo na naslednje:

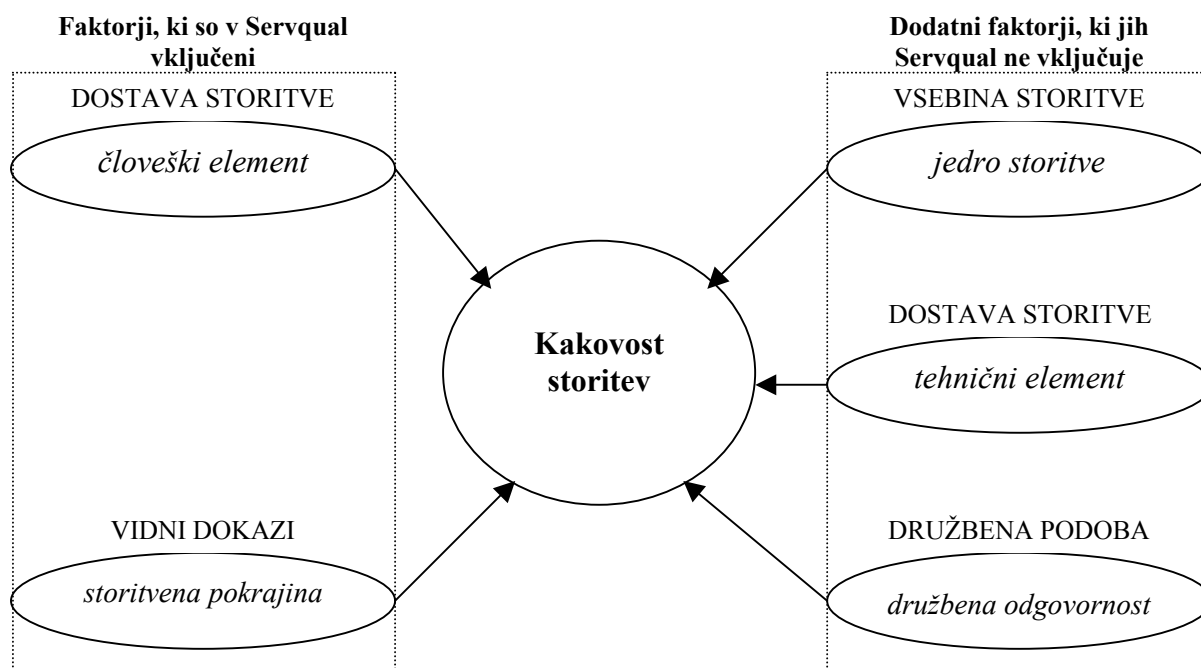
- *pričakovanja*, ki morda ne obstajajo oziroma niso dovolj jasno izoblikovana, naj ne bi služila kot osnova za določanje kakovosti storitev, hkrati pa naj pričakovanja ne bi bila enoznačen koncept (nekateri porabniki imajo v tej zvezi v mislih želeno storitev, drugi še zadostno, spet tretji pa predvideno storitev);
- *trditve*, saj celotne kompleksnosti posamezne dimenzije kakovosti ne moremo oceniti zgolj na podlagi štirih ali petih trditve, poleg tega pa so avtorji v prvotnih različicah vprašalnika uporabili 13 parov trditve v pozitivni obliki in 9 parov v negativni obliki, kar se je izkazalo za slabo (večje število napak zaradi nerazumevanja ter daljši čas, potreben za izpolnjevanje vprašalnika);
- *trenutke resnice*, saj se porabnikovo vrednotenje kakovosti storitev spreminja glede na različne trenutke resnice;
- *merilno (Likertovo) lestvico*, ki naj bi imela premalo verbalnih oznak (anketiranci naj bi bili zaradi omenjenega nagnjeni k obkroževanju skrajnih ocen), poleg tega pa naj anketiranci ne bi vedeli, kaj pomenijo srednje ocene (»ne vem«, »ne morem se odločiti«, »ne razumem trditve«);
- *sestavo vprašalnika*, saj naj bi se nekateri anketiranci dolgočasili, drugi pa celo zmedli ob odgovarjanju na dva dela, ki imata v osnovi enake trditve, le prirejene za ocenjevanje pričakovanj in zaznavanj (nekateri so zato predlagali označevanje stopnje pričakovane in zaznane kakovosti v istem stavku), poleg tega pa obstajajo še pomisleki glede časovnega redosleda odgovarjanja (ali oba dela po opravljeni storitvi ali prvi del, ki se nanaša na pričakovanja pred izvedbo storitve, drugi del, ki se nanaša na zaznavanje, pa po njej).

Drugi del kritik modela Servqual se nanaša predvsem na njegovo nepopolnost pri merjenju kakovosti storitev. Sureshchandar (2002) pravi, da model Servqual vsebuje le dva od petih kritičnih faktorjev, ki determinirajo kakovost storitev, kamor poleg vloge zaposlenih pri dostavi storitve (človeški element) in storitvene pokrajine uvršča še jedro storitve, tehnični element dostave ter družbeno odgovornost (glej sliko 4, str. 21).

Tudi Rust in Oliver (1994) poudarjata, da je jedro storitve vsaj tako pomembno kot dostava le-te (Sureshchander, Rajendran, Anantharaman, 2002a, str. 14). Mnogo poslovođij storitvenih organizacij se preveč posveča načinom dostave storitev in včasih pozabijo, da zaznano kakovost opredeljuje tudi jedro storitve kot osnovni element¹⁴.

¹⁴ Potreba po vključitvi tega elementa se kaže predvsem pri storitvah, ki strokovno niso zahtevne in jih porabniki lažje ocenjujejo. Pri profesionalnih storitvah (kamor spadajo tudi zdravstvene storitve) ta vidik ni tako pomemben, saj porabniki nimajo zahtevanih znanj, da bi ocenjevali delo strokovnjaka.

Slika 4: Prikaz kritičnih faktorjev, ki determinirajo porabnikovo zaznavanje kakovosti storitev



Vir: Sureshchander, Rajendran, Anantharaman, 2002a, str. 15.

Model Servqual po mnenju kritikov ne zajema tudi tehničnega elementa dostave, ki naj bi bil pomemben element pri zaznavanju kakovosti storitev. Proces dostave storitev naj bi bil standardiziran in poenostavljen tako, da bi porabniki učinkovito, brez nepotrebne čakanja, dobili storitev. Pomembno vlogo pri tem elementu igrajo računalniki in ostali tehnični pripomočki, ki pomagajo pri standardizaciji kakovosti storitev (Sureshchander, Rajendran, Kamalanabhan, 2001, str. 114).

Tretji element, ki naj ne bi bil vključen v model Servqual, je družbena odgovornost storitvene organizacije in z njo povezana podoba le-te. Zemke in Schaaf (1990) sta ugotovila, da porabniki zahtevajo enako obravnavo s strani storitvene organizacije za vse in da mora le-ta ponuditi primerno storitev za dano ceno¹⁵. Ta element je z zaznavo kakovosti in zvestobo porabnikov povezan predvsem z dobro podobo organizacije v družbi (Sureshchander, Rajendran, Anantharaman, 2002a, str. 15).

Asubonteng (1996) sicer pravi, da bo model Servqual najpopularnejša metoda za merjenje kakovosti storitev vse dotlej, dokler se ne bo pojavil model, ki bi odpravljal pomanjkljivosti modela Servqual, hkrati pa bi ostal tako enostaven (Wisniewski, 2001b, str. 382).

¹⁵ Storitvena organizacija naj bo družbeno odgovorna in naj se vede kot dober državljan.

3.5.2. Model vrzeli

Avtorji modela vrzeli so prav tako Parasuraman, Zeithaml in Berry. Ta model je logično nadaljevanje in poglobitev modela Servqual, saj opredeljuje pet vrzeli (peta vrzel se nanaša na razliko med porabnikovim zaznavanjem storitev in njegovimi pričakovanji v zvezi s storitvijo) in služi kot orodje, s katerim naj storitvena organizacija odkrije razloge za nastanek katerekoli od petih vrzeli. Ko so vrzeli znane in razlogi za njihov nastanek odkriti, je potrebno opredeliti strategije za njihovo zmanjšanje. V nadaljevanju bom opisala vseh pet vrzeli ter strategije za zmanjšanje le-teh (Curry, Herbert, 1998, str. 341). Za lažjo predstavbo sem na sliki 5 (str. 23) model prikazala tudi grafično.

Vrzel 1 je vrzel med pričakovanji porabnikov in zaznavanjem teh pričakovanj s strani poslovodstva. Nastane kot posledica pomanjkanja trženjskih raziskav, neprimerne komunikacije ali prevelikega števila ravni poslovodstva v podjetju. Vodstvo v storitvenih organizacijah pogosto ne ve, kaj njihovi porabniki pričakujejo oziroma na podlagi česa oblikujejo svoja pričakovanja. Strategije za zmanjšanje te vrzeli vključujejo predvsem boljše poznavanje porabnikov ter njihovih pričakovanj (večja vlaganja v trženjske raziskave, dosledna analiza pritožb, izboljšanje komunikacije med kontaktnim osebjem in poslovodstvom ter zmanjšanje števila ravni med poslovodstvom in porabniki).

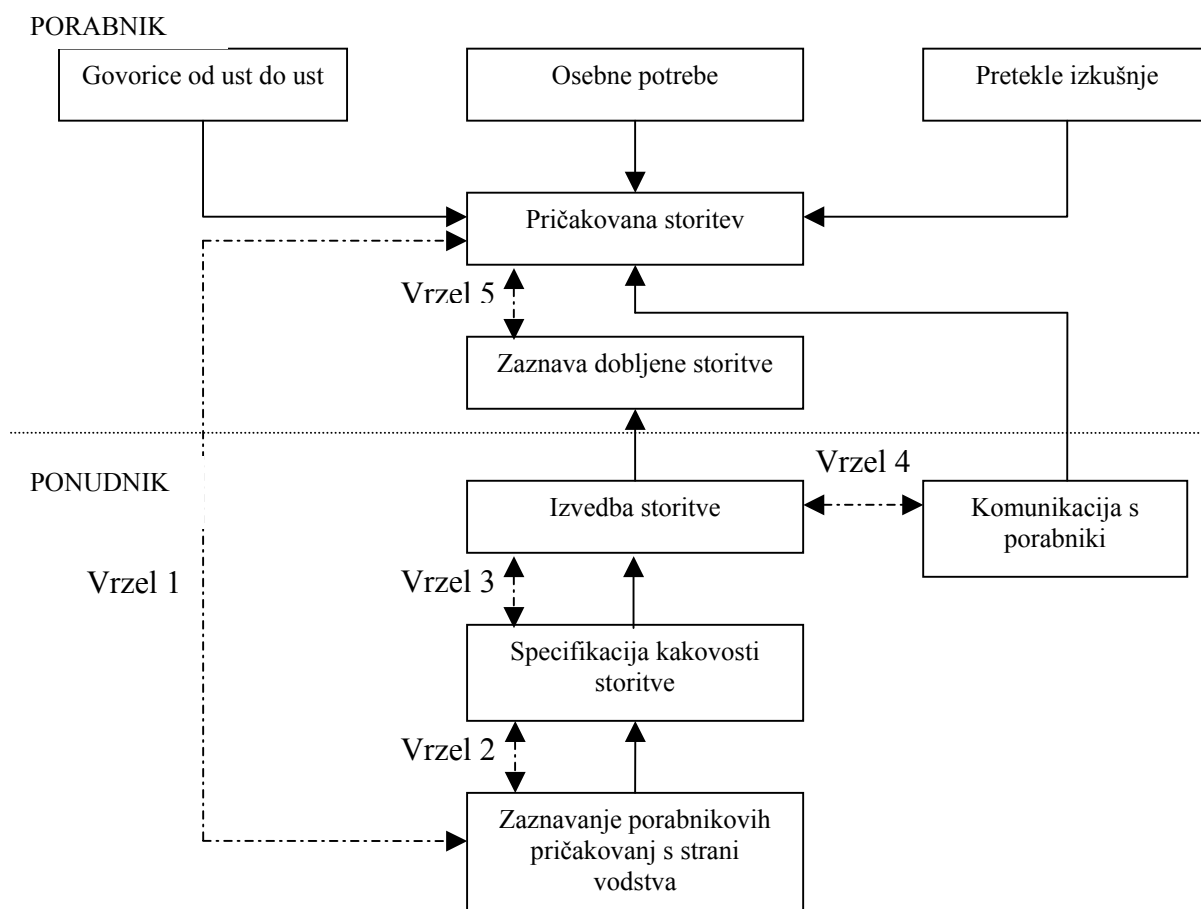
Vrzel 2 je vrzel med zaznavanjem pričakovanj pri poslovodstvu ter natančno opredelitvijo standardov kakovosti. Pojavi se lahko zaradi nepredanosti kakovosti, zaznavanja nezmožnosti postavitve standardov, neprimerne standardizacije in pomanjkanja konkretnih ciljev. Poslovodstvo lahko sicer pravilno zazna porabnikova pričakovanja, ne določi pa natančnih standardov, ki bi kakovost zagotavljali.

Vrzel 3 je vrzel med specifikacijo (standardi) kakovosti in izvajanjem storitve. Nastane lahko zaradi prezapletenih ali nasprotujočih standardov, pomanjkanja timskega dela, neustreznega izobraževanja, preobremenjenosti, nesposobnosti osebja ali zaradi nepripravljenosti za izpolnjevanje standardov.

Vrzel 4 je vrzel med dejanskim izvajanjem storitve in zunanjim komuniciranjem. Nastane zato, ker včasih organizacije porabnikom obljublajo preveč in obljub ne izpolnijo ali, ker dajo kontaktnemu osebju premalo informacij. Vrzel zapremo oziroma zmanjšamo s tem, da pri komuniciranju s porabniki obljubimo samo to, kar bo porabnik res dobil (kar organizacija lahko izpolni) in da damo kontaktnemu osebju vse potrebne informacije.

Vrzel 5 je vrzel med pričakovano in zaznано storitvijo. Za zmanjšanje te vrzeli je treba zmanjšati oziroma zapreti preostale štiri vrzeli ter dobro poznati dejavnike, ki vplivajo na porabnikova pričakovanja in njihova zaznavanja.

Slika 5: Model vrzeli



Vir: Youssef, Nel, Bovaird, 1996, str. 16.

Prednost modela vrzeli je v tem, da ponuja splošno razumevanje in rešitve, ki so uporabne na različnih področjih delovanja (model ne odkriva specifičnih napak pri kakovosti storitev, ki se pojavljajo v specifičnih storitvenih organizacijah). Vsaka storitvena organizacija mora poiskati svoj način za določanje in zagotavljanje kakovosti storitev (Lovelock, 1999, str. 492).

3.5.3 Model Servperf

V skladu s številnimi kritikami metode Servqual, predvsem glede upravičenosti uporabe pričakovanj pri ocenjevanju kakovosti storitev, je nastala metoda Servperf¹⁶, katere avtorja sta Cronin in Taylor. Ta model meri le zaznano kakovost storitev, torej porabnikovo izkušnjo z določeno storitvijo, ne pa tudi vrzeli med pričakovanji in zaznavanji določene storitve. Avtorja menita, da na kakovost storitev neposredno vpliva le zaznavanje izvedbe storitve, zato naj bi na tej podlagi pridobili boljše informacije o kakovosti storitev kot pri modelu Servqual, na katerem model Servperf sicer temelji (Philip, Gazlett, 1997, str. 267).

Cronin in Taylor (1992) sta izvedla praktičen preizkus, v katerega sta vključila štiri različice modelov:

- Servqual: kakovost storitve = zaznavanje – pričakovanje
- Servperf: kakovost storitve = zaznavanje
- tehtan Servperf: kakovost storitve = pomembnost dimenzije x zaznavanje
- tehtan Servqual: kakovost storitve = pomembnost dimenzije x (zaznavanje – pričakovanje)

Vprašalnik je bil sestavljen iz 22 trditev (tako kot pri modelu Servqual), anketiranci pa so vsako trditev ocenjevali na sedemstopenjski Likertovi lestvici. Iz rezultatov, ki sta jih dobila, sta izluščila, da je boljša metoda za ocenjevanje kakovosti storitev Servperf (Robinson, 1999, str. 22).

4. RAZISKAVA

4.1. POSTOPEK RAZISKAVE

4.1.1. Opredelitev problema

V čedalje bolj konkurenčnem okolju so tudi slovenske zdravstvene organizacije prisiljene svojim porabnikom ponuditi čimbolj kakovostne storitve in si s tem zagotoviti konkurenčno prednost oziroma preživetje na dolgi rok. Pri tem je najbolj pomembno, da vemo, na kakšen način porabniki ocenjujejo kakovost zdravstvenih storitev ter kako kakovostne se jim zdijo.

Konkurenca na področju zdravstvenih storitev se je v Sloveniji pojavila šele v zadnjih nekaj letih. Poleg tega je treba poudariti, da so se šele v zadnjem času začele delati raziskave o porabnikovem zaznavanju kakovosti tudi v javni sferi. Menim, da so poleg obstoječih raziskav, ki so bile narejene v okviru medicinske stroke, potrebne tudi take, ki bodo problematiko osvetljevale še z drugih zornih kotov. In prav v slednjem vidim svoj prispevek.

4.1.2. Namen in cilji raziskave

Namen raziskave je prikazati način s katerim lahko merimo porabnikovo zaznavanje kakovosti zdravstvenih storitev (povezovanje teoretičnih spoznanj s področja kakovosti storitev in njihove aplikacije v praksi). Poleg tega bom v raziskavi preverila, kako zadovoljni so anketirani porabniki zdravstvenih storitev v Sloveniji.

¹⁶ Servperf je angleška okrajšava za service performance.

Cilji raziskave izhajajo iz namena. Oceniti želim raven kakovosti zdravstvenih storitev v Sloveniji s stališča porabnikov ter povezati posamezne rezultate z demografskimi značilnostmi prebivalstva, poleg tega pa nameravam raziskati pomembnost posameznih dimenzij kakovosti zdravstvenih storitev v Sloveniji.

4.1.3. Preiskovalno raziskovanje z globinskimi intervjuji

Za globinske intervjuje sem se odločila, ker sem pred postavitvijo raziskovalnih hipotez potrebovala bolj poglobljen vpogled v obravnavani problem (predvsem, na podlagi česa porabniki zaznavajo kakovost zdravstvenih storitev). Globinske intervjuje sem izvedla z devetimi osebami (pet žensk in štirje moški iz različnih starostnih skupin, nekateri iz mesta, drugi s podeželja, z različno izobrazbo in zdravstvenim stanjem), intervju pa je v povprečju trajal 40 minut. Intervju sem vodila s pomočjo opomnika (glej prilogo B), ki sem ga pripravila že vnaprej.

Glavna spoznanja na podlagi globinskih intervjujev so bila, da so moški, starejši, manj izobraženi ter tisti, ki prebivajo na podeželju in ki imajo kronično bolezen, v povprečju bolj zadovoljni s kakovostjo zdravstvenih storitev. Splošna ugotovitev, ki se je porajala iz omenjenih devetih intervjujev, je bila, da so intervjuvanci zadovoljni s kakovostjo zdravstvenih storitev, pogrešajo pa predvsem prijaznost in odzivnost osebja pri svojih splošnih zdravnikih.

V preiskovalni fazi raziskave sem izvedla tudi študijo sekundarnih virov (že izvedenih raziskav o zaznavanju kakovosti zdravstvenih storitev s strani porabnikov (pacientov) tako v Sloveniji kot po svetu, teoretični prispevki itd.).

4.1.4. Raziskovalne hipoteze

Na temelju preiskovalne faze raziskave sem oblikovala šest hipotez, ki jih bom v fazi opisne raziskave preverjala.

H1 *Moški v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo bolj kot ženske.*

Raziskava na temo »Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine«¹⁷, ki je bila narejena v okviru doktorskega dela na Medicinski fakulteti v Ljubljani, je prišla do zaključka, da razlike v skupnem zadovoljstvu moških in žensk niso statistično značilne (Kersnik, 2001, str. 71), vendar sem na podlagi globinskih intervjujev ugotovila, da so moški v povprečju bolj zadovoljni s kakovostjo zdravstvenih storitev kot ženske. Moški, ki so sodelovali pri globinskih intervjujih so bolj poudarjali, da se zaposleni v zdravstvenih organizacijah trudijo po najboljših močeh, da je zdravstveno osebje prijazno in prostori urejeni. Nasprotno so

¹⁷ Anketiranje so izvedli v marcu 1998.

ženske predstavnice videle več pomanjkljivosti (predvsem kar se tiče prijaznosti osebja), poleg tega pa sta dve ženski tudi povedali, da sta že dvomili v strokovnost svojega zdravnika. Dve od sodelujočih sta povedali, da sta nezadovoljni predvsem z otrokovim splošnim zdravnikom (prav zaradi tega je možno, da so ženske v povprečju bolj nezadovoljne s kakovostjo zdravstvenih storitev, saj zdravnike obiskujejo tudi z otrokom, za katerega zahtevajo še večjo kakovost opravljenih storitev).

H2 *Anketiranci, ki živijo v mestu, v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo slabše kot anketiranci, ki živijo na podeželju.*

Drugo hipotezo sem postavila na podlagi globinskih intervjujev, ki so razkrili, da anketiranci, ki živijo v mestu, v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo slabše kot anketiranci, ki živijo na podeželju. To bi lahko pojasnili z bolj »prijateljskimi« in domačimi odnosi, ki vladajo v ordinacijah zunaj večjih mest, kar so posebej izpostavljali tisti, ki živijo na podeželju. Zanimivo je, da so trije, ki živijo v mestu in so sodelovali pri intervjujih izpostavili prav neprijaznost in nedostopnost osebja, nobeden od petih pa ni poudaril prijaznosti zaposlenih, medtem, ko so prijaznost izpostavili kar trije, ki živijo na podeželju. Prav tako je eden od intervjuvanih, ki živi v mestu izpostavil nečistočo, medtem ko tega med tistimi, ki živijo na podeželju ni izpostavil nihče. Zanimivo se mi zdi tudi dejstvo, da je samo eden od intervjuvanih (ki živi na podeželju) navedel, da ne najde pomanjkljivosti pri obisku svojega splošnega zdravnika.

H3 *Bolj izobraženi anketiranci v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo slabše kot manj izobraženi.*

Zgoraj omenjena raziskava ni uspela dokazati vpliva izobrazbe na skupno oceno zadovoljstva, kar pa ni v skladu z ugotovitvami tujih avtorjev, ki so pri bolj izobraženih porabnikih našli nižje zadovoljstvo (Kersnik, 2001, str. 48 in 71). Bolj izobraženi so tudi pri globinskih intervjujih navajali več pomanjkljivosti (izpostavljena odzivnost in prilagodljivost osebnim željam in potrebam), dve osebi (z višjo in visoko izobrazbo) pa sta navedli, da sta že dvomili v strokovnost svojega splošnega zdravnika. Poleg tega so manj izobraženi večkrat zatrdili, da ne vedo kakšne so njihove pravice v zvezi z zdravstvenimi storitvami in, da se ne bi v nobenem primeru pritožili bodisi svojemu zdravniku, bodisi pristojnim inštitucijam.

H4 *Mlajši anketiranci v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo slabše kot starejši anketiranci.*

Prej omenjena slovenska raziskava je potrdila, da so starejši bolniki praviloma bolj zadovoljni kot mlajši. Do enakega zaključka je prišlo tudi več tujih raziskovalcev (Kersnik, 2001, str. 70). Tudi globinski intervjuji so pokazali, da se mlajši porabniki bolj zavedajo kakšne so njihove pravice (za razliko od starejših se mlajši bolj zavedajo, da zdravstvo plačujejo), poleg tega pa so navajali več pomanjkljivosti (izpostavljena prijaznost osebja in odzivnost) kot starejši.

H5 *Anketiranci, ki imajo kronična obolenja, v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo bolje kot tisti, ki teh obolenj nimajo.*

Zgoraj omenjena raziskava ni potrdila te hipoteze, vendar so jo potrdile mnoge raziskave, ki so bile izvedene v tujini (Kersnik, 2001, str. 71). To hipotezo sem prav tako postavila na podlagi globinskih intervjujev, saj sta dve osebi s kronično boleznijo navedli več prednosti (predvsem zaradi tega, ker večkrat obiščeta splošnega zdravnika, posledično pa imata zaradi tega z osebjem v ordinaciji tudi boljše odnose).

4.1.5. Velikost in tip vzorca

Populacijo za mojo raziskavo predstavljajo tako moški kot ženske v starosti nad 15 let, ki živijo na območju Slovenije in so že vsaj enkrat obiskali splošnega zdravnika. Glede na to, da z raziskavo v prvi vrsti želim prikazati enega od načinov za merjenje porabnikovih zaznavanj kakovosti zdravstvenih storitev, nameravam anketirati 160 oseb.

Znotraj neverjetnostnega vzorca bom uporabila priložnostni vzorec, to pomeni, da bom osebe anketirala priložnostno – anketirani bodo porabniki, ki se bodo v času anketiranja nahajali v čakalnicah splošnih zdravnikov in bodo pripravljene sodelovati v raziskavi.

4.1.6. Zbiranje podatkov

Podatke sem pridobila s pomočjo anketnih vprašalnikov, ki sem jih razdelila porabnikom, ki so čakali pred ordinacijami splošnih zdravnikov (čakalnice). Ker sem ugotovila, da pacienti niso zainteresirani za reševanje anketnega vprašalnika po končanem obisku pri splošnem zdravniku, sem v vprašalnik vključila filtrirno vprašanje, v katerem me je zanimalo, ali je bil anketiranec že kdaj pri tem splošnem zdravniku, ki ga namerava obiskati v času anketiranja.

Anketo sem izvajala v času od 11. do 18. junija 2003 tako v dopoldanskem kot tudi popoldanskem času (zato, da sem zajela čimbolj raznolike predstavnike ciljne populacije), poleg tega pa sem (zaradi istega razloga) anketne vprašalnike razdeljevala po različnih čakalnicah ordinacij, tako da sem zajela različno zdravstveno osebje. Vprašalnik sem dala izpolnjevati vsem, ki so se nahajali v izbranih čakalnicah in so bili pripravljene sodelovati. Anketiranje sem tudi geografsko razpršila (tako po večjih, kot tudi po manjših zdravstvenih domovih oziroma ordinacijah). Anketirala sem v treh krajih, in sicer v Kranju, Ljubljani z okolico in Šenčurju. Anketiranci so za izpolnjevanje vprašalnika potrebovali od pet do deset minut.

Približno 70 odstotkov naprošenih se je izpolnjevanju anketnih vprašalnikov odzvalo takoj, ostali pa so izpolnjevanje zavrnili predvsem zaradi pomanjkanja časa (bili so tik pred vstopom v ordinacijo splošnega zdravnika).

4.1.7. Vprašalnik in izbira metode

Pri sestavi vprašalnika sem se oprla na metodo Servqual, upoštevala pa sem tudi splošna navodila za sestavo vprašalnika:

- vprašanja morajo biti jasna in čim krajša,
- vprašanja morajo biti anketirancu razumljiva, torej ne smejo vsebovati zapletenih strokovnih izrazov,
- izogibati se je treba nejasnim, dvoumnim in zavajajočim vprašanjem,
- od splošnih vprašanj je treba prehajati h konkretnim,
- občutljiva vprašanja naj bodo zastavljena na koncu vprašalnika.

Vprašalnik (glej prilogo C) je sestavljen iz treh delov. V prvem delu mora anketiranec obkrožiti oceno, ki najbolje opisuje njegovo (ne)strinjanje s trditvijo (merimo porabnikove izkušnje). Neposredno pred prvim delom so navedena kratka navodila, ki anketiranca seznanjajo z načinom reševanja tega dela. Znotraj tega dela je pet sklopov trditev, ki preverjajo različne dimenzije kakovosti zdravstvenih storitev (dimenzijo zanesljivosti sestavljajo trditve 1, 6, 9, 13, 20; dimenzijo odzivnosti sestavljajo trditve 2, 10, 15, 19; dimenzijo vidnih dokazov storitve sestavljajo trditve 3, 8, 14, 18; dimenzijo vživljanja v položaj posameznika sestavljajo trditve 4, 7, 12, 17, 22; dimenzijo vzbujanja zaupanja pa trditve 5, 11, 16 in 21).

V drugem delu anketiranca prosim, da sto točk razdeli po petih dimenzijah kakovosti glede na to, kakšno pomembnost pripisuje vsaki od njih. Tudi ta del se začne z navodili za izpolnjevanje, ki pa so poleg tega podkrepljena tudi s grafičnim prikazom. Ta del nam bo povedal, kaj se anketiranim porabnikom zdravstvenih storitev zdi najpomembneje in katera dimenzija je zanje najmanj pomembna.

Tretji del sestavljajo demografska vprašanja (spol, starost, izobrazba, prebivališče) in vprašanje o kroničnih boleznih, ki nam bodo služila za preverjanje hipotez.

Trditve so namenoma oblikovane v trdilni (pozitivni) obliki, saj se na oblikovanje nikalnih (negativnih) trditev nanaša veliko kritik, ki izpostavljajo zlasti nerazumevanje in zmedenost anketirancev pri reševanju (seveda se zato pojavlja veliko napak)¹⁸.

Vprašalnik sem preizkusila na desetih anketirancih, ki razen slabe formulacije nekaterih trditev niso imeli pripomb. Pred samim anketiranjem sem ugotovljene nepravilnosti odpravila.

¹⁸ Prvotno različico Servqual je sestavljalo približno tretjino trditev v negativni obliki, saj so avtorji želeli pritegniti pozornost in razmišljanje anketirancev.

Odločila sem se za kombinacijo metode Servqual in Servperf. Struktura vprašalnika je povzeta po metodi Servqual, vendar bom merila zgolj zaznavanja, ne pa tudi pričakovanj. Kot rečeno, se v stroki pojavlja vrsta pomislekov glede uporabe metode Servqual, saj doslej narejene raziskave niso potrdile hipoteze, da porabniki kakovost storitev res ocenjujejo kot razliko med pričakovanji in zaznavanji. Model Servqual je bil sicer že pogosto uporabljen v številnih storitvenih dejavnostih. Tudi nekaj raziskav s področja zdravstvenih storitev se je že oprlo na omenjeni model, s katerim so ugotavljali zaznano kakovost s stališča porabnikov¹⁹. Omenjene raziskave so potrdile, da se model osredotoča na za zdravstvo primerne dimenzije kakovosti (Bell, Brown, Morris, 1995, str. 41).

Empirični test, ki sta ga izvedla Cronin in Taylor je razkril, da so rezultati najboljši pri uporabi neponderiranega modela Servperf, najslabši pa pri uporabi ponderiranega Servquala (Robinson, 1999, str. 22). Prav zaradi tega dejstva sem pri končni analizi uporabila neponderirane podatke.

4.2. REZULTATI RAZISKAVE

4.2.1. Sestava vzorca

V raziskavi je sodelovalo 152 anketirancev, od tega je bilo 60% (91) žensk in 40% (61) moških, kar prikazujem na sliki Č1 v prilogi Č. V vzorcu je nekoliko več žensk (v slovenski populaciji je 51,19% žensk in 48,81% moških²⁰, vendar se s staranjem povečuje delež žensk), kar je verjetno tudi posledica dejstva, da je bilo med čakajočimi več žensk.

Na podlagi odprtega vprašanja o starosti anketiranca sem pri analizi podatkov oblikovala tri starostne razrede. Med vsemi anketiranci je bilo največ takih, ki so spadali v skupino od 31 do 50 let (52%), 28% je bilo takih, ki so spadali v skupino od 51 let naprej, 20% pa takih, ki so bili mlajši od 31 let (glej prilogo Č, slika Č2). Razlog za take razlike med skupinami je najbrž v tem, da so mlajši bolj zdravi (manjkrat obiščejo svojega splošnega zdravnika), starejši od 50 let pa so bolj pogosto zavračali sodelovanje (bali so se, da jih bodo zaposleni v zdravstveni organizaciji prehitro povabili v ordinacijo).

Anketirance sem prosila, da navedejo kraj stalnega bivališča. Na podlagi tega podatka sem pri analizi anketirance razvrstila v dve skupini, in sicer na tiste, ki živijo v mestu, in na tiste, ki živijo na podeželju. Meja med njima je bila 20.000 prebivalcev. Kot je razvidno iz slike Č3 v prilogi Č, je bilo v raziskavo vključenih 57% (87) anketirancev s stalnim prebivališčem v mestu in 43% (65) s stalnim prebivališčem na podeželju.

¹⁹ Swartz in Brown (1989), Lam (1997), Raspollini (1997), Curry in Stark (2000), Youssef, Nel in Bovaird (1996), Sewell (1997), Pagouni (1997), Brown in Bell (1991), Anderson (1993), Knutson (1991), Johns in Tyas (1996) in drugi.

²⁰ [URL:http://www.stat.si/popis2002/si/rezultati/rezultati_red.asp?ter=SLO&st=2]

Pri vprašanju o izobrazbi sem oblikovala tri razrede; prvi razred je vključeval osnovno šolo ali manj, drugi poklicno ali srednjo šolo, tretji pa višjo šolo ali več. Iz slike Č4 v prilogi Č je razvidno, da ima kar 72% (110) anketirancev poklicno ali srednješolsko izobrazbo, 15% (23) anketirancev ima višješolsko izobrazbo ali več, 13% (19) anketirancev pa ima osnovnošolsko izobrazbo ali manj.

Iz slike Č5 v prilogi Č je razvidno, da je bilo v vzorec zajetih 76% (115) anketirancev, ki nimajo kroničnih obolenj in 24% (37) anketirancev, pri katerih so prisotna kronična obolenja. S temi podatki nameravam preverjati, ali je zdravstveno stanje anketirancev povezano z zaznano kakovostjo zdravstvenih storitev.

4.2.2. Rezultati univariatne analize

V tem delu bom analizirala trditve, dimenzije in skupen rezultat vprašalnika s pomočjo osnovnih statističnih mer.

Analiza posameznih trditev je pokazala, da se porabniki v povprečju najmanj strinjajo s trditvijo 22 (zaposleni v ordinaciji vašega splošnega zdravnika so vam na voljo 24 ur na dan (naročanje zvečer, urgentno zdravljenje)), kar je po eni strani logično, saj je v Sloveniji sistem zdravstva urejen tako, da splošni zdravniki delajo do določene ure, pacient, ki potrebuje zdravstvene storitve v drugem času, pa lahko obišče dežurne zdravnike, ki delajo po večjih krajih. Anketiranci so se v povprečju najbolj strinjali s trditvijo 14 (zaposleni v ordinaciji vašega splošnega zdravnika so urejeni (čiste uniforme, negovano osebje)), kar je prav tako logično, saj zdravstveni poklic to zahteva (glej prilogo D, slika D1).

Anketiranci so v povprečju najslabše zaznavali dimenzijo vživljanja v položaj porabnika (povprečna ocena 4,374), najbolje pa dimenzijo vzbujanja zaupanja (povprečna ocena 5,286). Povprečna ocena skupne kakovosti v vzorcu znaša 4,994 (glej prilogo D, slika D2).

Naslednja izračunana mera je modus, ki pove, za katero oznako so se porabniki največkrat odločili. Pri večini trditev je modus 6 ali 7, izjeme so trditve 18 (ordinacija vašega splošnega zdravnika ima lepo urejeno parkirišče ter privlačne hodnike, čakalnice in ordinacije), kjer je modus 5, 6 (zaposleni v ordinaciji vašega splošnega zdravnika vam znajo že v naprej natančno povedati, kdaj boste na vrsti) in 12 (zaposleni v ordinaciji vašega splošnega zdravnika vam prisluhnejo in vas obveščajo o stvareh, ki so za vas pomembne), kjer je modus 4 ter 22 (zaposleni v ordinaciji vašega splošnega zdravnika so vam na voljo 24 ur na dan (naročanje zvečer, urgentno zdravljenje)), kjer je modus 1. Od vseh najbolj izstopa slednji, zaradi že zgoraj omenjenih dejstev (glej prilogo D, tabela D1).

Najbolj razpršeno so anketiranci odgovarjali na trditve 6 (zaposleni v ordinaciji vašega splošnega zdravnika vam znajo že v naprej natančno povedati, kdaj boste na vrsti), kjer je

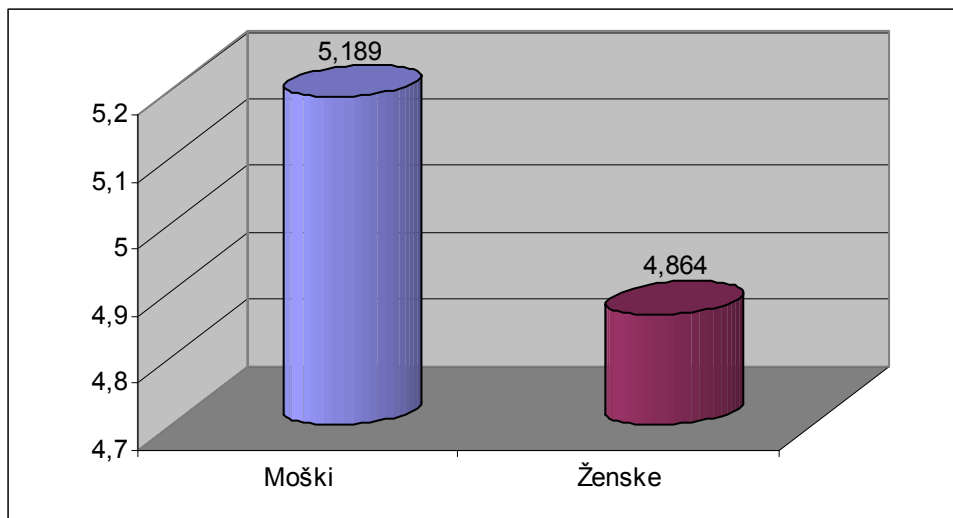
standardni odklon znašal 2,004, najmanj pa na trditve 14 (zaposleni v ordinaciji vašega splošnega zdravnika so urejeni (čiste uniforme, negovano osebje)), kjer je standardni odklon znašal 0,935. Pri tej trditvi pa je tudi največji minimum obkrožene oznake. Pri vseh trditvah je vsaj en anketiranec obkrožil najvišjo oceno (glej prilogo D, tabela D1).

Anketiranci so največjo pomembnost v povprečju pripisovali dimenziji vzbujanja zaupanja (povprečno število danih točk je 26,67), najmanjšo pa dimenziji vživljanja v položaj porabnika (povprečno število danih točk je 15,30). Najpogosteje dano število točk se po dimenzijah ne spreminja (povsod znaša 20 točk). Standardni odklon pri dimenziji vživljanja v položaj porabnika (7,502) kaže na veliko zgoščenost točkovanja okrog srednje vrednosti, standardni odklon pri dimenziji odzivnosti (11,537) pa odseva največjo razpršenost točkovanja med vsemi dimenzijami. Pri ekstremnih vrednosti je zanimivo, da maksimum doseže dimenzija odzivnosti (80 točk) (glej prilogo E, tabela E1 in slika E1).

4.2.3. Preverjanje hipotez

4.2.3.1. Povezanost spola z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev

Slika 6: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na spol



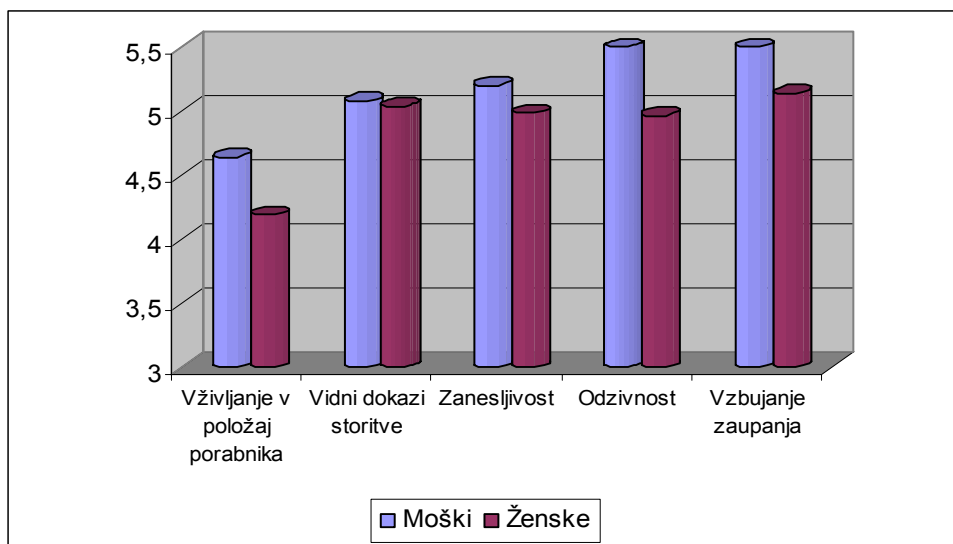
Vir: Priloga F, tabela F1.

Iz slike 6 je razvidno, da moški (povprečna ocena znaša 5,189) v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo bolje kot ženske (povprečna ocena znaša 4,864). To sem hotela dokazati tudi s prvo hipotezo (moški v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo bolje kot ženske). Za preizkus te domneve sem uporabila t-preizkus skupin. S pomočjo SPSS izračunana stopnja značilnosti je $\alpha = 0,042$ (glej prilogo G, tabela G1). Razlika je torej značilna. To pomeni, da na podlagi vzorčnih podatkov zavrnemo ničelno domnevo in

sprejememo sklep, da moški v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo boljše kot ženske.

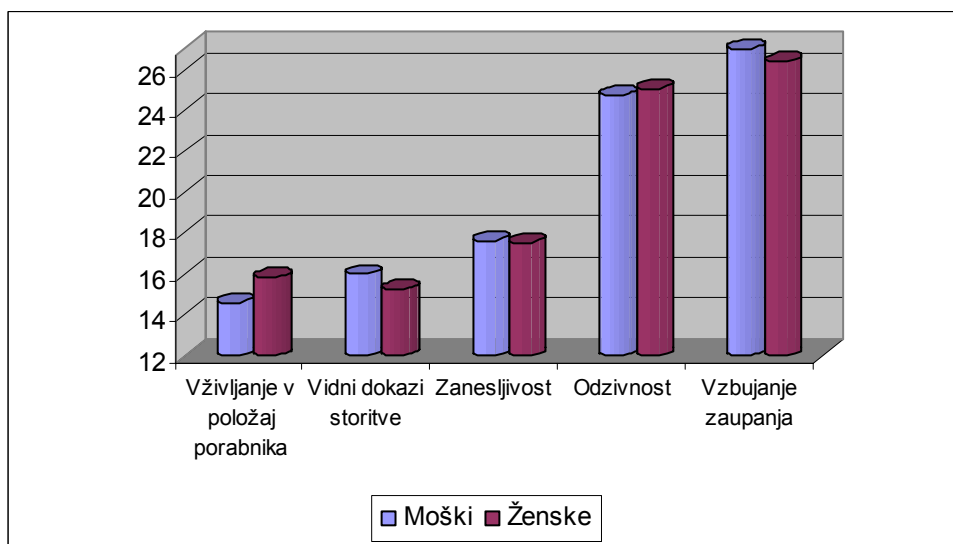
Iz slike 7 je vidno, da moški boljše ocenjujejo vse dimenzije kakovosti, razen vidnih dokazov storitve, kjer praktično ni razlik med spoloma. Največja razlika v oceni kakovosti zdravstvenih storitev je pri odzivnosti (moški 5,512, ženske pa 4,967).

Slika 7: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na spol



Vir: Priloga F, tabela F2.

Slika 8: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na spol



Vir: Priloga F, tabela F3.

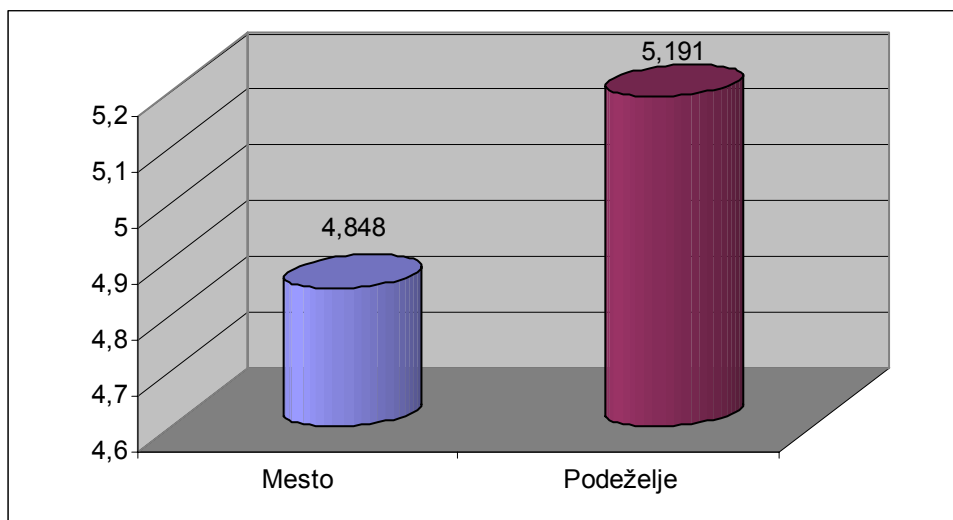
Poleg tega, kakšne razlike se pojavljajo pri zaznavanju storitev, je pomembno tudi, ali obstajajo razlike glede na pomembnost, ki so jo anketiranci pripisovali posameznim dimenzijam. To je vidno iz slike 8, ki kaže, da so bile dimenzije med spoloma enako

rangirane, največja razlika med spoloma pa se kaže pri dimenziji vživljanja v položaj porabnika, vendar ni statistično značilna (priloga H, tabela H1).

4.2.3.2. Povezanost stalnega prebivališča z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev

Iz slike 9 je razvidno, da so anketiranci, ki imajo stalno prebivališče v mestu, kakovost zdravstvenih storitev ocenili v povprečju slabše kot tisti, ki živijo na podeželju (kar sem želela preveriti z drugo hipotezo). Za preizkus te domneve sem uporabila t-preizkus skupin. S pomočjo SPSS izračunana stopnja značilnosti je $\alpha = 0,033$ (glej prilogo G, tabela G2). Razlika je torej značilna. To pomeni, da na podlagi vzorčnih podatkov zavrnilo ničelno domnevo in sprejememo sklep, da anketiranci, ki živijo v mestu, v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo slabše kot anketiranci, ki živijo na podeželju.

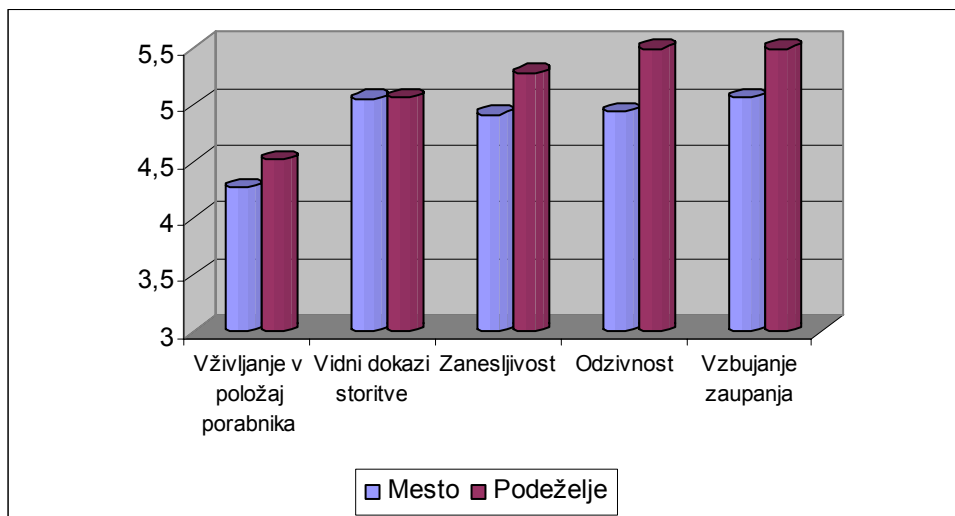
Slika 9: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na prebivališče



Vir: Priloga F, tabela F4.

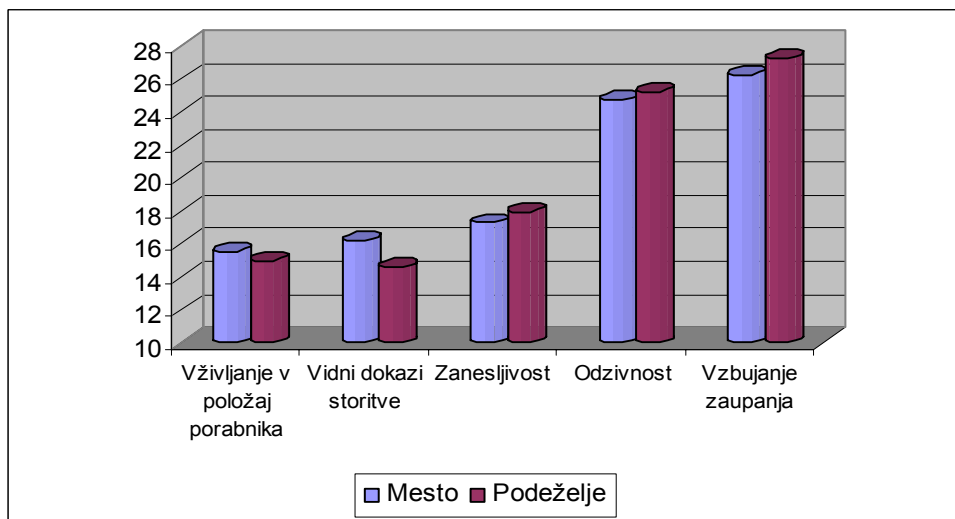
Iz slike 10 (str. 34) je razvidno, da anketiranci, ki živijo na podeželju, bolje ocenjujejo vse dimenzije kakovosti. Največja razlika v oceni kakovosti zdravstvenih storitev je pri odzivnosti, najmanjša, skoraj zanemarljiva, pa pri vidnih dokazih storitev. Boljše ocene anketirancev iz podeželja gre najbrž pripisati dejstvu, da so na podeželju odnosi z zaposlenimi v ordinacijah splošnih zdravnikov precej bolj prijateljski in neformalni. Slika 11 (str. 34) kaže zanimivo odstopanje med anketiranci iz mesta in tistimi s podeželja pri dimenzijah vživljanje v položaj porabnika in vidnih dokazih storitev, katerima anketiranci iz mesta pripisujejo večji pomen. Nobena od navedenih razlik ni statistično značilna (priloga H, tabela H2).

Slika 10: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na prebivališče



Vir: Priloga F, tabela F5.

Slika 11: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na prebivališče

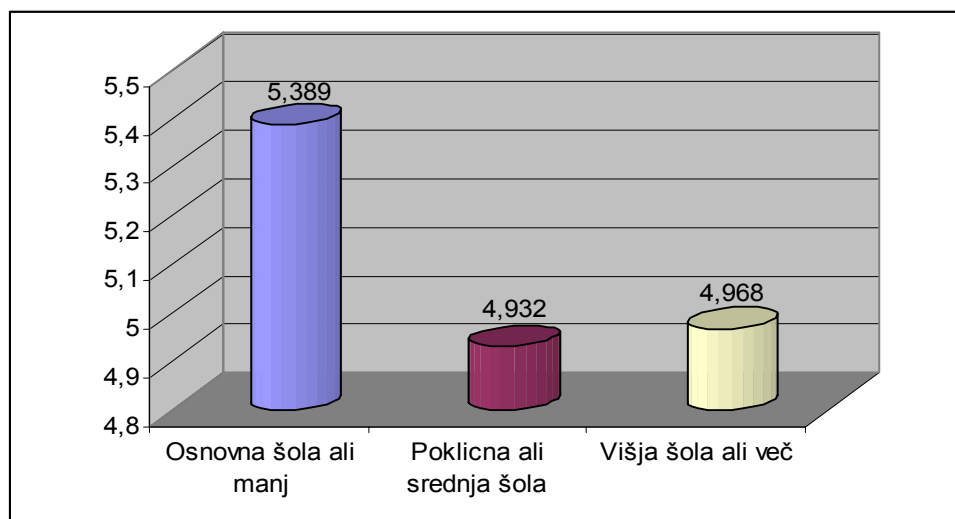


Vir: Priloga F, tabela F6.

4.2.3.3. Povezanost izobrazbe z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev

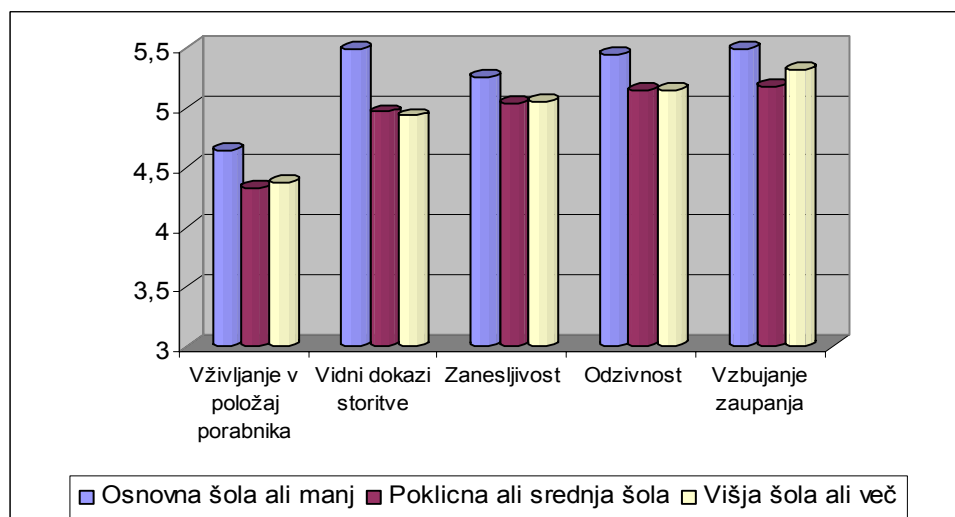
Iz slike 12 (str. 35) je razvidno, da so manj izobraženi anketiranci (osnovna šola ali manj) kakovost zdravstvenih storitev v povprečju ocenili boljše kot bolj izobraženi (višja šola ali več). To sem želela preveriti s tretjo hipotezo, ki sem jo preizkusila z analizo variance, s katero preizkusimo domnevo o enakosti aritmetičnih sredin iz več populacij (skupin). Tako izračunana stopnja značilnosti je $\alpha = 0,271$ (glej prilogo G, tabela G3). Razlika ni značilna. To pomeni, da na podlagi vzorčnih podatkov ne moremo sklepati, da je izobrazba anketirancev povezana z zaznano kakovostjo zdravstvenih storitev.

Slika 12: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na izobrazbo



Vir: Priloga F, tabela F7.

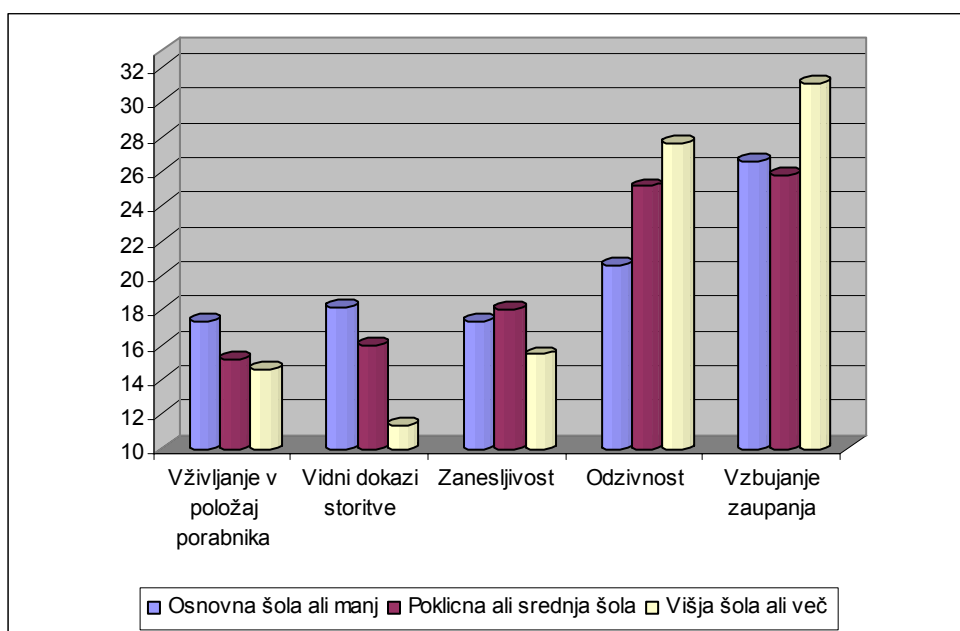
Slika 13: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na izobrazbo



Vir: Priloga F, tabela F8.

Slika 13 sicer kaže, da anketiranci, ki imajo osnovno šolo ali manj, v povprečju bolje vrednotijo vse dimenzije kakovosti. Menim, da je to posledica dejstva, da se z izobrazbo povečuje znanje o tem, kaj porabnik lahko zahteva od storitvene organizacije. Slika 14 (str 36) kaže zanimivo odstopanje anketirancev z višjo izobrazbo ali več. Zelo majhen pomen dajejo vidnim dokazom storitve, daleč največji pomen pa dajejo odzivnosti in vzbujanju zaupanja. Statistično značilna je le razlika pri dimenziji vidni dokazi storitev (stopnja značilnosti $\alpha = 0,044$) (glej prilogo H, tabela H3).

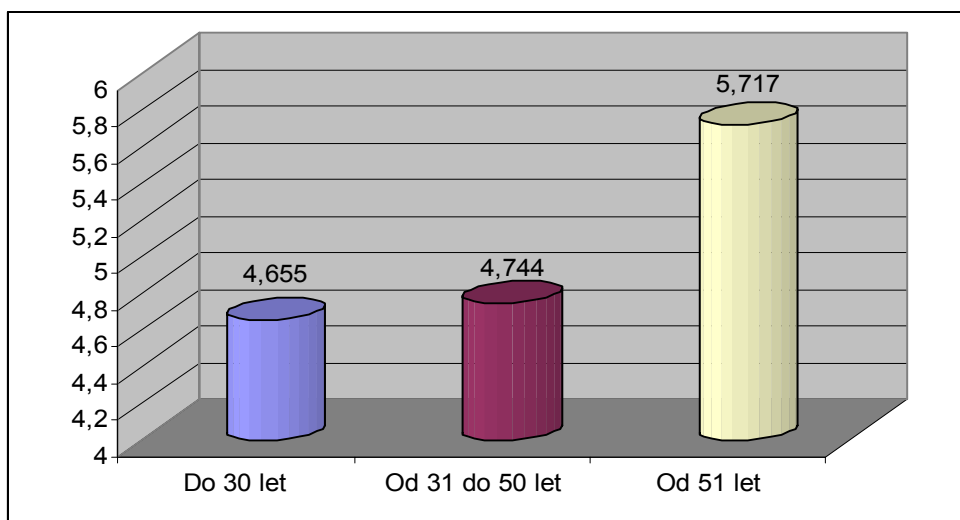
Slika 14: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na izobrazbo



Vir: Priloga F, tabela F9.

4.2.3.4. Povezanost starosti z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev

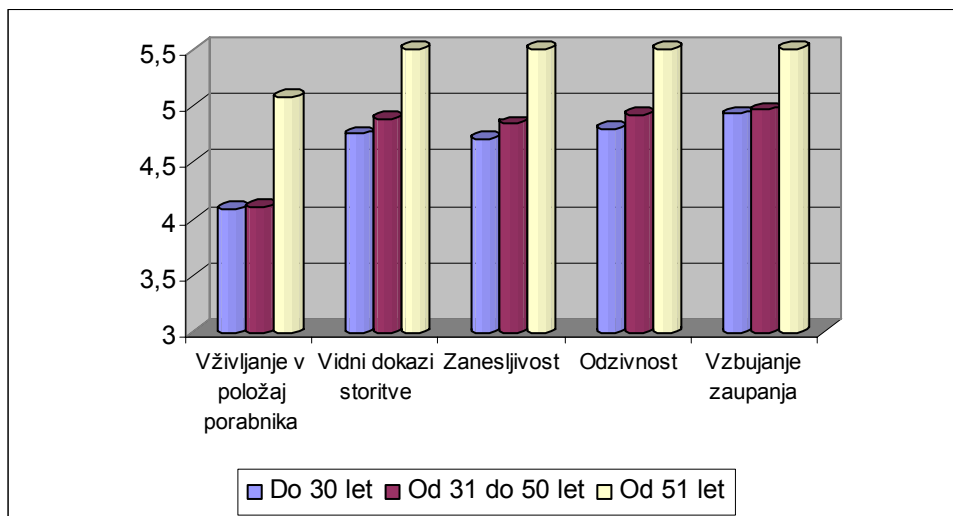
Slika 15: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na starost



Vir: Priloga F, tabela F10.

Iz slike 15 je razvidno, da so starejši anketiranci (od 51 let dalje) kakovost zdravstvenih storitev v povprečju ocenili bolje kot mlajši. To sem želela preveriti s četrto hipotezo. Hipotezo sem preizkusila z analizo variance. Tako izračunana stopnja značilnosti je $\alpha = 0,000$ (glej prilogo G, tabela G4). Razlika je značilna. To pomeni, da na podlagi vzorčnih podatkov zavrnemo ničelno domnevo pri zanemarljivi stopnji značilnosti in sprejmemo sklep, da so starejši anketiranci v povprečju bolj zadovoljni s kakovostjo zdravstvenih storitev kot mlajši.

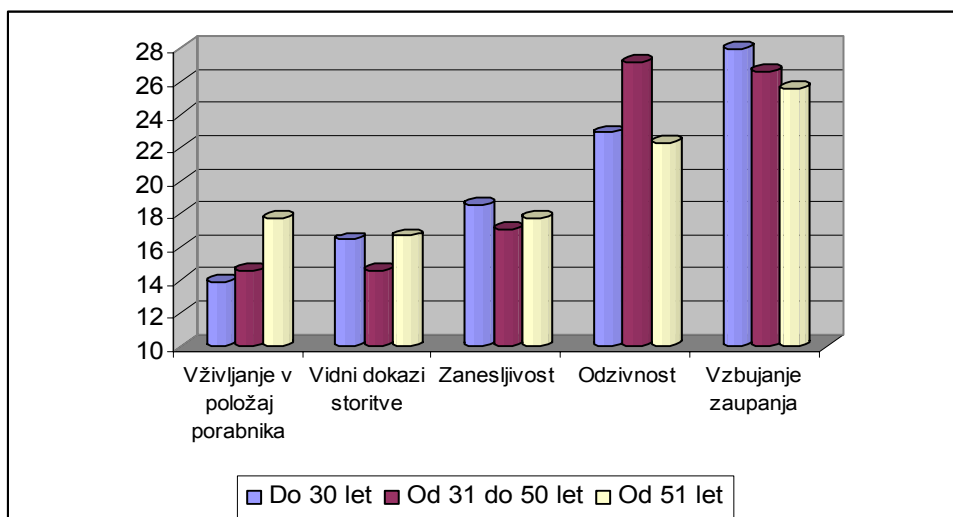
Slika 16: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na starost



Vir: Priloga F, tabela F11.

Slika 16 kaže, da anketiranci, ki so starejši od 51 let, v povprečju bolje vrednotijo vse dimenzije kakovosti. Menim, da je to posledica dejstva, da so starejši ljudje večino svojega življenja živeli v socializmu, kjer je bila raven kakovosti precej slabša kot danes. Na sliki 17 sta zanimivi odstopanja pri vrednotenju odzivnosti (starosta skupina 31 do 50 let) in vživljanju v položaj porabnika (starosta skupina od 51 let naprej). Ti dve razliki sta statistično značilni. Izračunana stopnja značilnosti pri dimenziji odzivnosti je $\alpha = 0,046$, pri dimenziji vživljanja v položaj porabnika pa $\alpha = 0,041$ (glej prilogo H, tabela H4).

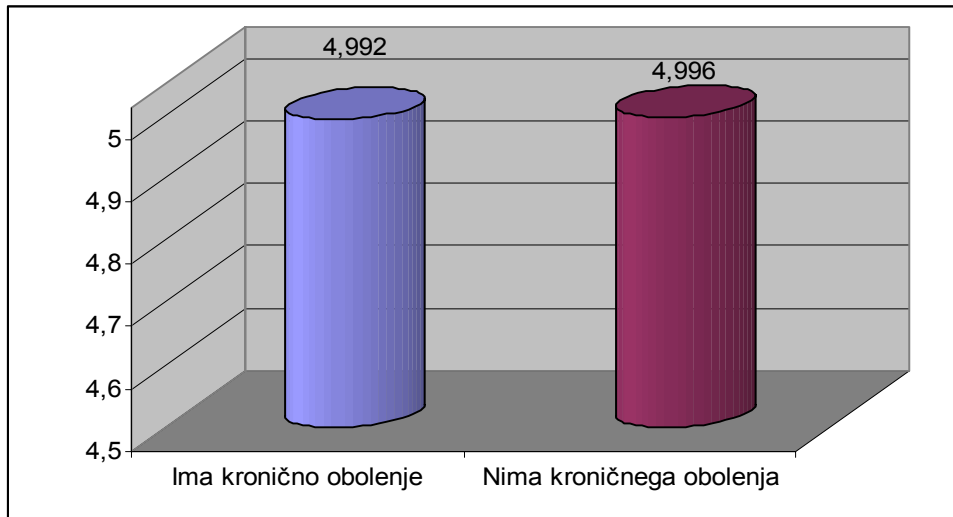
Slika 17: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na starost



Vir: Priloga F, tabela F12.

4.2.3.5. Povezanost zdravstvenega stanja z zaznavanjem kakovosti zdravstvenih storitev

Slika 18: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na zdravstveno stanje anketirancev



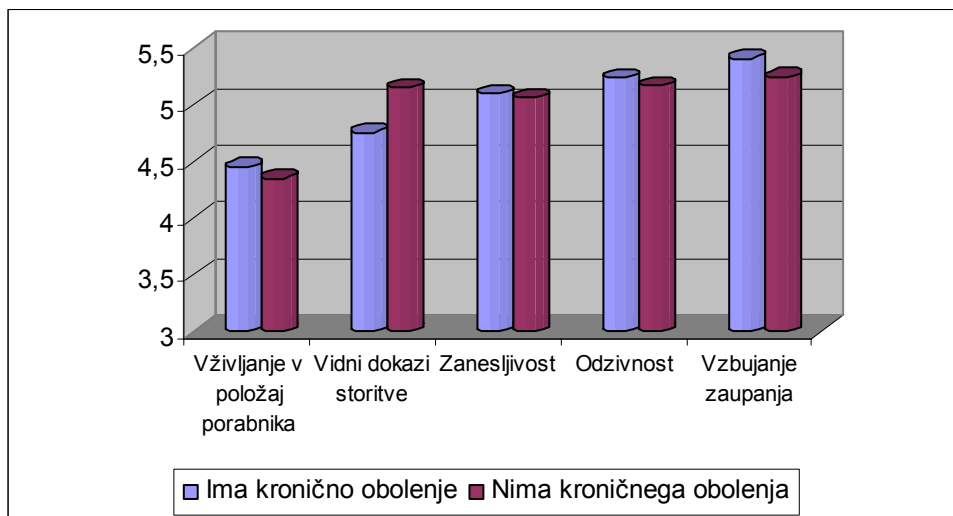
Vir: Priloga F, tabela F13.

Slika 18 kaže, da ni velikih razlik v vrednotenju kakovosti zdravstvenih storitev med anketiranci, ki imajo kronično bolezen, in tistimi, ki je nimajo. Razliko med omenjenima skupinama sem želela preveriti s peto hipotezo (anketiranci, ki imajo kronična obolenja, v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo bolje kot tisti, ki teh obolenj nimajo). Za preizkus te domneve sem uporabila t-preizkus skupin. S pomočjo SPSS izračunana stopnja značilnosti je $\alpha = 0,988$ (glej prilogo G, tabela G5). Razlika ni značilna. To pomeni, da na podlagi vzorčnih podatkov ne moremo sklepati, da anketiranci, ki imajo kronična obolenja, v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo bolje kot tisti, ki teh obolenj nimajo.

Iz slike 19 (str. 39) je razvidno, da anketiranci s kroničnim obolenjem vidne dokaze storitve ocenjujejo v povprečju precej slabše kot tisti, ki teh obolenj nimajo (to dejstvo je presenetilo, saj sta osebi s kroničnim obolenjem pri globinskih intervjujih navajali več prednosti kot tisti, ki teh obolenj niso imeli).

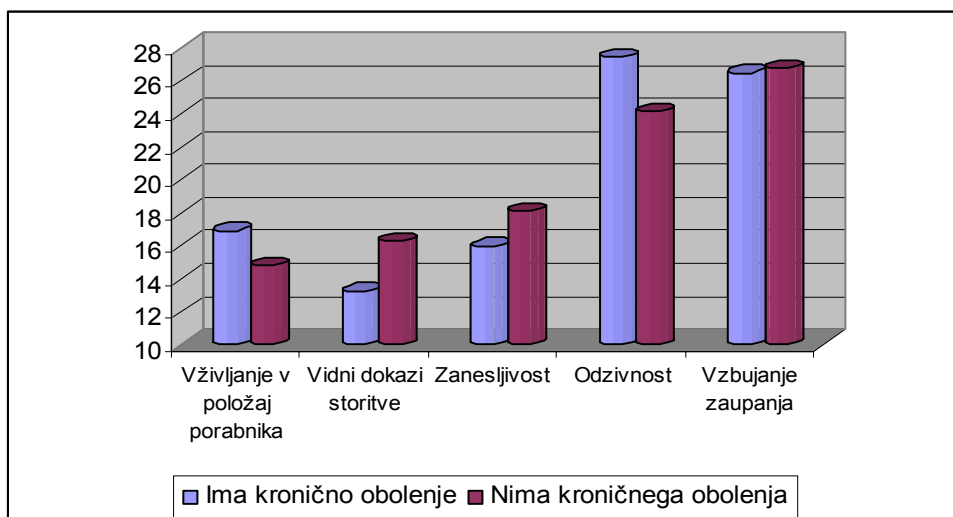
Slika 20 (str. 39) kaže, da je za anketirance s kroničnim obolenjem najbolj pomembna odzivnost (kar je glede na njihovo zdravstveno stanje logično), kjer se pojavljajo tudi največje razlike med anketiranci s kroničnim obolenjem in tistimi, ki teh obolenj nimajo. Razlika ni statistično značilna (priloga H, tabela H5).

Slika 19: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na zdravstveno stanje



Vir: Priloga F, tabela F14.

Slika 20: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na zdravstveno stanje



Vir: Priloga F, tabela F15.

4.2.4. Preverjanje zanesljivosti vprašalnika

Pri sestavljanju in uporabi vprašalnika je potreben pogoj za dober merski postopek zanesljivost vprašalnika. To pomeni, da morajo rezultati kazati čimbolj natančno podobo tistega, kar merimo. Zanesljivost se namreč kaže v odsotnosti slučajne napake in pove, v kolikšni meri daje izbrani merski postopek enake rezultate pri ponavljanju merjenja na istih enotah. Stroka je razvila več metod preverjanja zanesljivosti (notranje konsistentnosti), od katerih je najbolj uporabljena izračun koeficienta Cronbach alfa. Slednjega izračunamo kot aritmetično sredino korelacijskih koeficientov vseh v model vključenih spremenljivk.

Koeficient lahko zavzame vrednosti med 0 in 1, pri čemer vrednosti pod 0,6 nakazujejo nezanesljivost, vrednosti nad 0,8 pa zelo veliko zanesljivost (Malhotra, 2002, str. 293).

Koeficient Cronbach alfa za celoten vprašalnik, ki je bil podlaga pričujočemu diplomskemu delu, znaša 0,9548, parcialni koeficienti, ki pojasnjujejo zanesljivost znotraj posameznih dimenzij kakovosti, pa se gibljejo med 0,8296 in 0,9220 (podrobni izračuni so v prilogi I). Izračunani koeficienti torej kažejo na zelo veliko zanesljivost tako celotnega vprašalnika, kot tudi njegovih sestavnih delov (dimenzij kakovosti).

5. SKLEP

V sedanjem, hitro spreminjajočem se okolju je tudi za zdravstvene organizacije bistvenega pomena poznavanje porabnika (kakšne so njegove želje in potrebe, kako je zadovoljen s kakovostjo storitev itd.). Konkurenčni boj se je tudi na področju zdravstvenih storitev začel zaostroovati, zato je za posamezne zdravstvene organizacije izredno pomembno, da poleg pridobivanja novih porabnikov znajo obdržati tudi obstoječe.

Ena od morda najboljših poti za diferenciacijo zdravstvene organizacije je diferenciacija na podlagi superiorne kakovosti. Prvi korak pri doseganju tega cilja je dobro poznavanje svojih porabnikov. V svetu so poznane in uveljavljene mnoge metode, ki merijo kakovost storitev ne samo s tehničnega (ponudnikovega), ampak tudi s porabnikovega vidika.

Zdravstvene storitve spadajo v sklop storitev, za katere je značilno, da so usmerjene na ljudi in zahtevajo visoko stopnjo interakcije med ponudnikom in porabnikom. Poleg tega je pomembno poudariti, da so zdravstvene storitve strogo profesionalnega značaja, kar pomeni, da porabniki težko ovrednotijo izid procesa storitve, saj je za to potrebno strokovno znanje. V primerjavi z ostalimi storitvami se pri zdravstvenih storitvah pojavlja še ena večja posebnost, ki se kaže pri plačevanju tovrstnih storitev. V odnos ponudnik – porabnik se vrine tretji subjekt, in sicer zdravstvena zavarovalnica kot plačnik storitev.

Zaznana kakovost storitev je v veliki meri odvisna od interakcije med ponudnikom in porabnikom. Boljša kot je ta interakcija, boljši je lahko rezultat oziroma kakovost dostavljene storitve. Še posebno pa je pomembna kakovost zdravstvenih storitev, saj jo porabnik v bolezenskem stanju ne more niti preverjati niti primerjati z drugimi ponudniki. To je poleg kompleksnosti pojma kakovosti dodaten razlog, da so različni avtorji kakovost zdravstvenih storitev obravnavali ločeno od ostalih storitev.

Kakovost zdravstvenih storitev se je v preteklosti merila predvsem s tehničnega vidika in z vidika ponudnikov (zdravnikov, medicinskih sester), s pojavom tretje revolucije v zdravstvu pa so se organizacije začele zavedati, da je pomembna predvsem kakovost storitev, ki jo

zaznajo porabniki, na drugi strani pa so tudi porabniki postali bolj izobraženi in zahtevni (ocenjujejo kakovost in menjajo ponudnike, če so z dostavljeno kakovostjo nezadovoljni).

V diplomskem delu sem podrobno opisala metodo Servqual, model vrzeli in metodo Servperf. Vse metode se uporabljajo za merjenje kakovosti storitev. Znotraj metode Servqual sem opisala dva koncepta, na katerih metoda temelji, in sicer zaznavanja ter pričakovanja. Pri raziskavi, ki je sledila teoretičnemu delu, sem uporabila kombinacijo metode Servqual in Servperf. Po metodi Servqual sem povzela 22 trditev, merski koncept pa po metodi Servperf (merimo samo porabnikova zaznavanja, ne pa tudi pričakovanj).

Raziskavo sem začela z globinskimi intervjuji, na podlagi katerih sem postavila raziskovalne hipoteze in sestavila anketni vprašalnik. Tega sem razdeljevala pacientom v čakalnicah pred ordinacijami splošnih zdravnikov. Vprašalnik je bil sestavljen iz treh delov. V prvem je pet sklopov trditev, ki preverjajo različne dimenzije kakovosti zdravstvenih storitev. V drugem delu sem anketirance zaprosila, da sto točk razdelijo na pet dimenzij kakovosti glede na to, kakšno pomembnost jim pripisujejo. V tretjem delu so bila demografska vprašanja in vprašanje o zdravstvenem stanju.

Iz odgovorov, pridobljenih z anketnimi vprašalniki, sem ugotovila, da moški, starejši in tisti, ki živijo na podeželju, kakovost zdravstvenih storitev v povprečju ocenjujejo bolje kot ženske, mlajši in tisti, ki živijo v mestu. Ugotovila sem tudi, da zdravstveno stanje (prisotnost kroničnih obolenj) in izobrazba v povprečju nista povezana z zaznano kakovostjo zdravstvenih storitev.

Zdravstvene organizacije se morajo zavedati, da je za uspešno poslovanje na daljši rok potrebno tovrstne raziskave izvajati periodično, saj se želje in potrebe porabnikov v času spreminjajo, poleg tega pa morajo zdravstvene organizacije preverjati, na kakšen način so njihovi porabniki zaznali spremembe v poslovanju, ki so jih naredili na podlagi prej izvedenih raziskav.

LITERATURA

1. Anderson Elizabeth A.: Measuring service quality at a university health clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (1995), 2, str. 32-37.
2. Angelopoulou Penelope, Kangis Peter, Babis George: Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11 (1998), 1, str. 14-20.
3. Bateson John E. G.: *Managing services marketing*. 2. izdaja. USA: The Dryden Press, 1992. 594 str.
4. Bell Louise, Brown Reva Berman, Morris Barbara: Involving patients in the provision of community care: a change in philosophy. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (1995), 2, str. 38-43.
5. Brown Reva Berman, Bell Louise: Patient-centred audit: a users' quality model. *Managing Service Quality*, 8 (1998), 2, str. 88-96.
6. Brysland Alexandria, Curry Adrienne: Service improvements in public services using SERVQUAL. *Managing Service Quality*, 11 (2001), 6, str. 389-401.
7. Buttle Francis: SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30 (1996), 1, str. 8-32.
8. Camilleri David, O'Callaghan Mark: Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11 (1998), 4, str. 127-133.
9. Clarke Doug, Yarrow David: "I find the term customer offensive". *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 10 (1997), 7, str. 267-276.
10. Curry Adrienne, Herbert David: Continuous improvement in public services – a way forward. *Managing Service Quality*, 8 (1998), 5, str. 339-349.
11. Curry Adrienne, Sinclair Emma: Assessing the quality of physiotherapy services using Servqual. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15 (2002), 5, str. 197-205.
12. Curry Adrienne, Stark Sandra, Summerhill Lesley: Patient and stakeholder consultation in healthcare. *Managing Service Quality*, 9 (1999), 5, str. 327-336.
13. Danaher Peter J., Mattsson Jan: Customer Satisfaction during the Service Delivery Process. *European Journal of Marketing*, 28 (1994), 5, str. 5-14.
14. Dotchin John A., Oakland John S.: Total Quality Management in Services. Part 3: Distinguishing Perceptions of Service Quality. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 11 (1994), 4, str. 6-28.
15. Forštnarič Mateja: *Kakovost zdravstvenih storitev v očeh uporabnikov in izvajalcev*. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1996. 49 str.
16. Grinstead Nigel, Timoney Roison: Seamless service. *Health Manpower Management*, 20 (1994), 1, str. 27-29.
17. Gustafson Bobette M.: A Customer-Friendly Revenue Cycle Improves Patient Satisfaction, *Loyalty. Healthcare Financial Management*, 2002, 1, str. 76-78.

18. Johns Nick, Tyas Phil: Customer Perceptions of Service Operations: Gestalt, Incident or Mythology? *The Service Industries Journal*, 17 (1997), 3, str. 474-488.
19. Johns Nick: What is this thing called service? *European Journal of Marketing*, 33 (1999), 9, 10, str. 958-973.
20. Kersnik Janko: Zadovoljstvo bolnikov z zdravnikom družinske medicine. Doktorsko delo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, 2001. 147 str.
21. Kotler Philip: *Marketing management. (Trženjsko upravljanje) 2. izdaja*. Ljubljana: Slovenska knjiga, 1998. 832 str.
22. Lin Neng-Pai, Chiu Hung-Chang, Hsieh Yi-Ching: Investigating the relationship between service providers' personality and customers' perceptions of service quality across gender. *Total Quality Management*, 12 (2001), 1, str. 57-67.
23. Lovelock Christopher, Vandermerwe Sandra, Lewis Barbara: *Services marketing. A European perspective. X izdaja*. London: Prentice Hall Europe, 1999. 718 str.
24. Lovelock Christopher, Wright Lauren: *Principles of service marketing and management. 1. izdaja*. New Jersey: Upper Saddle River, 1999. 414 str.
25. Malhotra Naresh K.: *Basic Marketing Research. Applications to Contemporary Issues*. Georgia Institute of Technology: Prentice Hall, 2002. 685 str.
26. Mei Amy Wong Ooi, Dean Alison M., White Cristopher J.: Analysing service quality in the hospitality industry. *Managing Service Quality*, 9 (1999), 2, str. 136-143.
27. Meiling Andreja: Kakovost storitev kot sestavina marketinga v proizvodnih in storitvenih podjetjih. Diplomsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1994. 57 str.
28. Palmer Adrian: *Principles of services marketing*. UK: McGraw-Hill, 1994. 345 str.
29. Parasuraman A, Zeithaml Valarie A., Berry Leonard L.: SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64 (1988), 1, str. 12-26.
30. Philip George, Hazlett Shirley-Ann: The measurement of service quality: new P-C-P attributes model. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 14 (1997), 3, str. 260-286.
31. Potočnik Vekoslav: Trženje storitev. Ljubljana: Gospodarski vestnik, 2000. 229 str.
32. Prevolnik Rupel Valentina: *Ekonomski vidiki odločanja v zdravstvu*. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1997. 85 str.
33. Robinson Stewart: Measuring service quality: current thinking and future requirements. *Marketing Intelligence & Planning*, 17 (1999), 1, str. 21-32.
34. Rogelj Roman: *Vaje iz statistike 2. 2. dopolnjena izdaja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1999. 244 str.
35. Rovan Jože, Turk Tomaž: *Analiza podatkov z SPSS za Windows. 1. izdaja*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1999. 226 str.
36. Saunders Mark N. K., Williams Christine S.: Towards a new approach to understanding service encounters: establishing, learning from and reconciling different views. *Journal of European Industrial Training*, 24 (2000), 2,3,4, str. 220-227.
37. Sureshchandar G. S., Rajendran Chandrasekharan, Anantharaman R. N.: The relationship between management's perception of total quality service and customer perceptions of service quality. *Total Quality Management*, 13 (2002b), 1, str. 69-88.

38. Sureshchander G. S., Rajendran Chandraseharan, Anantharaman R. N.: Determinants of customer-perceived service quality: a confirmatory factor analysis approach. *Journal of Services Marketing*, 16 (2002a), 1, str. 9-34.
39. Sureshchander G. S., Rajendran Chandraseharan, Kamalanabhan T.J.: Customer perceptions of service quality: A critique. *Total Quality Management*, 12 (2001), 1, str. 111-124.
40. Svensson Göran: The quality of bi-directional service quality in dyadic service encounters. *Journal of Services Marketing*, 15 (2001), 5, str. 357-378.
41. Svetec Simona: Določanje storitev in cen storitev za bolnišnice v Sloveniji. Magistrsko delo. Ljubljana: Ekonomska fakulteta, 1996. 125 str.
42. Tomes Anne E., Ng Stephen Chee Peng: Service quality in hospital care: the development of an in-patient questionnaire. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8 (1995), 3, str. 25-33.
43. Webster Calum, Hung Li-Chu: Measuring Service Quality and Promoting Decentring. *The TQM Magazine*, 6 (1994), 5, str. 50-55.
44. Winsted Kathryn Frazer: Patient satisfaction with medical encounters. A cross-cultural perspective. *International Journal of Service Industry Management*, 11 (2000a), 5, str. 399-421.
45. Winsted Kathryn Frazer: Service behaviors that lead to satisfied customers. *European Journal of Marketing*, 34 (2000b), 3,4, str. 399-417.
46. Wisniewski Mik: Assessing customer satisfaction with local authority services using SERVQUAL. *Total Quality Management*, 12 (2001a), 7&8, str. 995-1002.
47. Wisniewski Mik: Using SERVQUAL to assess customer satisfaction with public sector services. *Managing Service Quality*, 11 (2001b), 6, str. 380-388.
48. Youssef Fayek N., Nel Delon, Bovaird Tony: Health care quality in NHS hospitals. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 9 (1996), 1, str. 15-28.
49. Youssef Fayek, Nel Deon, Bovaird Tony: Service quality in NHS hospitals. *Journal of Management in Medicine*, 9 (1995), 1, str. 66-74.
50. Zeithaml Valerie A., Bitner Mary Jo: *Services Marketing*. 1. izdaja. New York: McGraw-Hill, 1996. 700 str.

VIRI

1. Anketni vprašalnik.
2. Prebivalstvo po spolu, gospodinjstva, stanovanja in stavbe po občinah, Slovenija, Popis 2002 – prvi podatki.
[URL:http://www.gov.si/popis2002/popisni_rezultati/obcine/popis_2002_a-k.htm], 22. 6. 2003.
3. Statistični urad RS, Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj 2002.
[URL:http://www.stat.si/popis2002/si/rezultati/rezultati_red.asp?ter=SLO&st=2], 29. 6. 2003.

SLOVARČEK

service performance

izvedba storitve

service quality

kakovost storitve

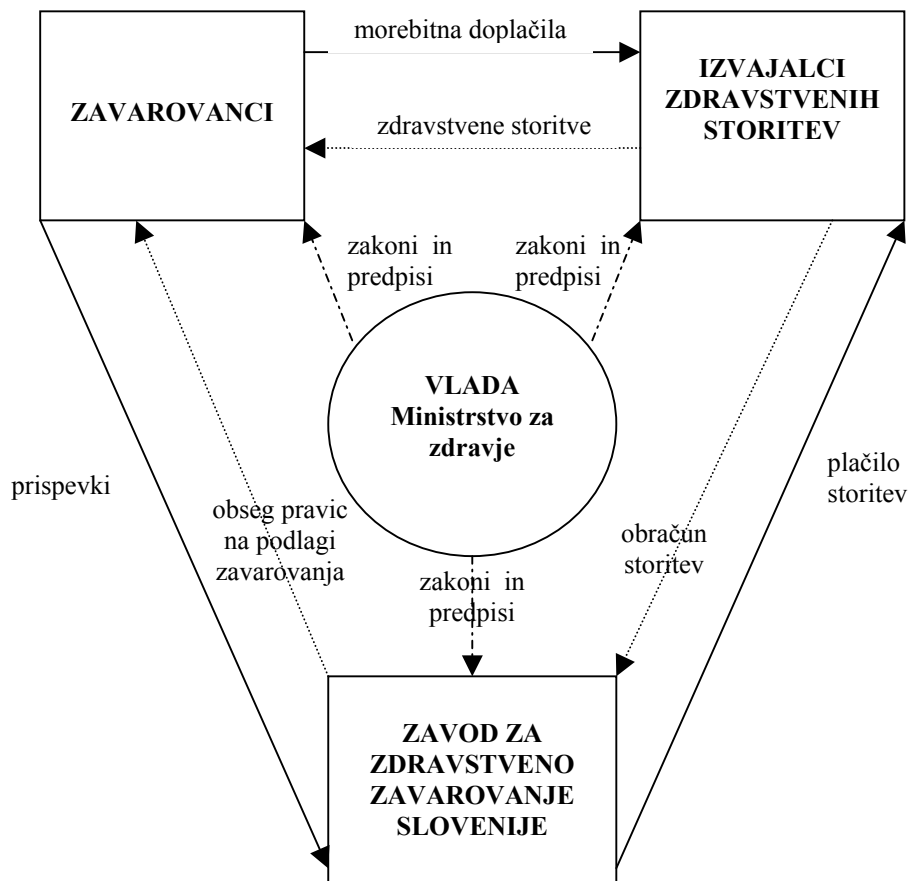
WHO – World Health Organization

Svetovna zdravstvena organizacija

PRILOGE

PRILOGA A: MODEL UPRAVLJANJA OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V SLOVENIJI

Slika A1: Model upravljanja obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji



Vir: Svetec, 1996, str. 21.

PRILOGA B: OPOMNIK

- Kako ste zadovoljni z zdravstvom v Sloveniji?
- Kaj menite o zasebnih zdravstvenih ordinacijah?
- Kaj Vam je pri Vašem splošnem zdravniku najbolj / najmanj všeč?
- Kako / na kakšen način ste izbrali Vašega splošnega zdravnika (po priporočilih znancev, prijateljev, po naključju, s pomočjo vez in poznanstev, ...)?
- Kakšen pomen pripisujete urejenosti prostorov, okolice?
- Ali ste že kdaj podvomili v strokovnost Vašega zdravnika?
- Kakšen pomen pripisujete poistovetenju zdravnika z Vami?
- Kolikokrat letno obiščete Vašega splošnega zdravnika?
- Ali veste kakšne so vaše pravice v zvezi z zdravstvom?
- Ali ste se že kdaj pritožili v zvezi z Vašim splošnim zdravnikom in v katerem primeru bi se?
- Demografski podatki intervjuvanca.

PRILOGA C: ANKETNI VPRAŠALNIK

Vprašalnik o kakovosti zdravstvenih storitev

Vprašalnik pred vami je del diplomskega dela na Ekonomski fakulteti v Ljubljani. Namen diplomskega dela je preučiti zaznano kakovost zdravstvenih storitev v Sloveniji s stališča pacientov. **Vprašalnik se nanaša na ordinacijo Vašega splošnega zdravnika in je anonimen.**

* Ali ste v preteklosti že vsaj enkrat obiskali Vašega splošnega zdravnika? **DA NE**
(če ste odgovorili z NE, Vam ni treba nadaljevati z odgovarjanjem)

Pri spodnjih 22-ih trditvah obkrožite eno od števil, ki najbolje opisuje Vaše izkušnje (1 pomeni, da se s trditvijo sploh ne strinjate, 7 pa pomeni, da se s trditvijo v celoti strinjate).

Št. Trditev	Ocena
1. V Vaši kartoteki so (po Vašem mnenju) točne informacije o Vašem zdravstvenem stanju.	1 2 3 4 5 6 7
2. Odnos, ki ga imajo zaposleni (zdravnik, medicinske sestre itd.) v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika Vam vliiva zaupanje (zaposleni so pošteni, zaupljivi ter uživajo ugled).	1 2 3 4 5 6 7
3. V ordinaciji Vašega splošnega zdravnika so kartice za naročanje, razne brošure, označbe in ostala dokumentacija prijetni na pogled.	1 2 3 4 5 6 7
4. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika si prizadevajo, da bi delovali izključno v Vašem interesu.	1 2 3 4 5 6 7
5. V ordinaciji Vašega splošnega zdravnika se počutite varno (zaupate v odločitve zdravnika in ostalega zdravstvenega osebja).	1 2 3 4 5 6 7
6. Zaposleni ordinaciji Vašega splošnega zdravnika Vam znajo že vnaprej natančno povedati, kdaj boste na vrsti.	1 2 3 4 5 6 7
7. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika se posvečajo vsakemu pacientu posebej (vedo za Vašo zdravstveno preteklost, poznajo Vaše posebne želje in zahteve).	1 2 3 4 5 6 7
8. Ordinacija Vašega splošnega zdravnika ima sodobne prostore in opremo.	1 2 3 4 5 6 7
9. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika ne spreminjajo dogovorjenih terminov (čas pregleda, odmor za malico).	1 2 3 4 5 6 7
10. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika storitve opravijo hitro (hitro naročanje na pregled, hitro reševanje problemov, povratni telefonski klic).	1 2 3 4 5 6 7
11. Z ordinacijo Vašega splošnega zdravnika lahko hitro in enostavno kontaktirate (hitro se javijo na telefon, mogoč dostop do zdravnika kljub temu, da niste naročeni).	1 2 3 4 5 6 7

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 12. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika Vam prisluhnejo in Vas obveščajo o stvareh, ki so za Vas pomembne. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. Ko imate problem, so Vam zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika resnično pripravljene pomagati. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika so urejeni (čiste uniforme, negovano osebje). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika so Vam je vedno pripravljene pomagati (odgovarjati na zastavljena vprašanja, svetovati). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika vedno znajo odgovoriti na Vaša vprašanja. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika razumejo Vaše posebne potrebe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Ordinacija Vašega splošnega zdravnika ima lepo urejeno parkirišče ter privlačne hodnike, čakalnice in ordinacije. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika niso nikoli preveč zaposleni, da bi se Vam posvetili (odgovor na pritožbe, informacije). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Na ordinacijo Vašega splošnega zdravnika se lahko zanesete (storitev bodo opravili pravilno že prvič). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika so vljudni in spoštljivi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Zaposleni v ordinaciji Vašega splošnega zdravnika so Vam na voljo 24 ur na dan (naročanje zvečer, urgentno zdravljenje). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Pri naslednjem vprašanju Vas prosim, da 100 točk razporedite med spodnjih 5 trditev glede na to, kako pomembne se Vam zdijo naslednje lastnosti pri zdravstvenih storitvah:

- | Št. Trditev | Točke |
|---|--------------|
| 1. Ordinacija splošnega zdravnika obljubljeni opravi v dogovorjenem času. | |
| 2. Prostori in zaposleni v ordinaciji splošnega zdravnika so lepo urejeni. | |
| 3. Zaposleni v ordinaciji splošnega zdravnika mi hitro in učinkovito pomagajo. | |
| 4. Zaposleni v ordinaciji splošnega zdravnika so strokovno usposobljeni, prijazni ter odkriti. | |
| 5. Z zaposlenimi v ordinaciji splošnega zdravnika lahko hitro navežem kontakt, hkrati pa razumejo moje težave in sočustvujejo z mano. | |

Vsota 100

Pri naslednjih vprašanjih obkrožite številko pred podanim odgovorom ali ga vpišite na črto:

- | | | |
|--|-----------|-------|
| * Imate kakršnakoli kronična obolenja? | 1. da | 2. ne |
| * Spol | 1. M | 2. Ž |
| * Starost | _____ let | |

* *Kraj bivanja*

* *Izobrazba*

1. OŠ ali manj 2. poklicna ali srednja 3. višja ali več

Hvala, ker ste si vzeli čas!

Maja Remic

PRILOGA Č: TABELE IN SLIKE SESTAVE VZORCA

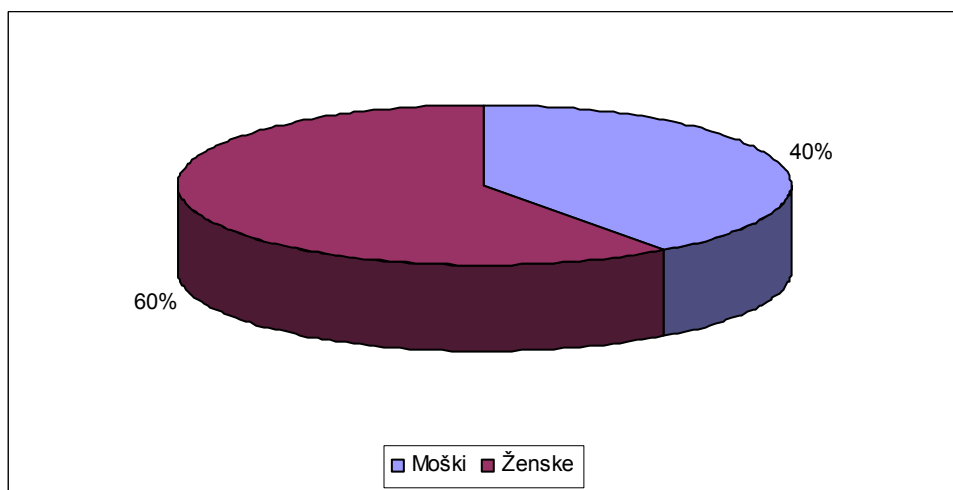
Tabela Č1: Struktura anketirancev glede na spol

		spol			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	61	40,1	40,1	40,1
	2	91	59,9	59,9	100,0
Total		152	100,0	100,0	

Legenda: 1 – moški, 2 – ženske

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Slika Č1: *Struktura anketirancev glede na spol*



Vir: Tabela Č1.

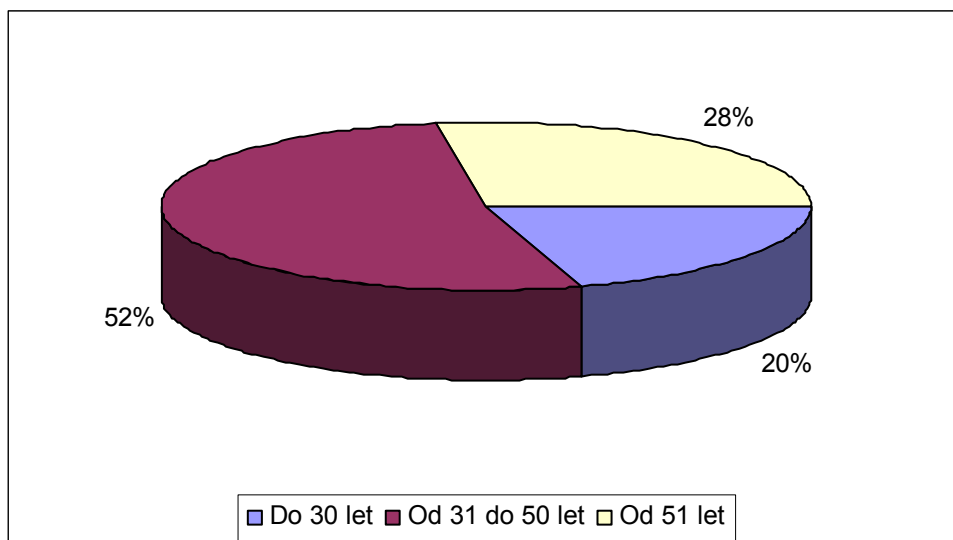
Tabela Č2: Struktura anketirancev glede na starost

		starost			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	31	20,4	20,4	20,4
	2	79	52,0	52,0	72,4
	3	42	27,6	27,6	100,0
Total		152	100,0	100,0	

Legenda: 1 – do 30 let, 2 - od 31 do 50 let, 3 – od 51 let naprej

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Slika Č2: *Struktura anketirancev glede na starost*



Vir: Tabela Č2.

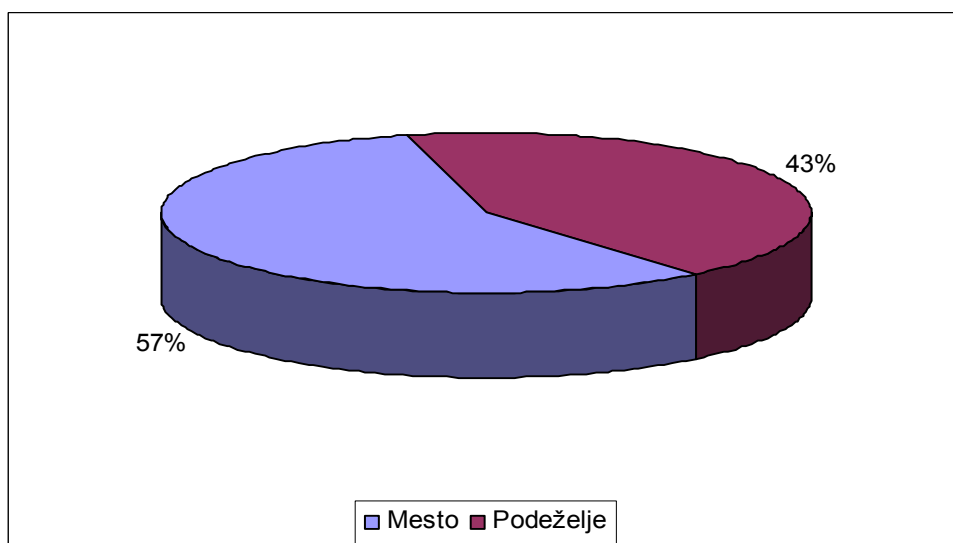
Tabela Č3: *Struktura anketirancev glede na prebivališče*

prebivališče				
	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1	87	57,2	57,2	57,2
2	65	42,8	42,8	100,0
Total	152	100,0	100,0	

Legenda: 1 – mesto, 2 – podeželje

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Slika Č3: *Struktura anketirancev glede na stalno prebivališče*



Vir: Tabela Č3.

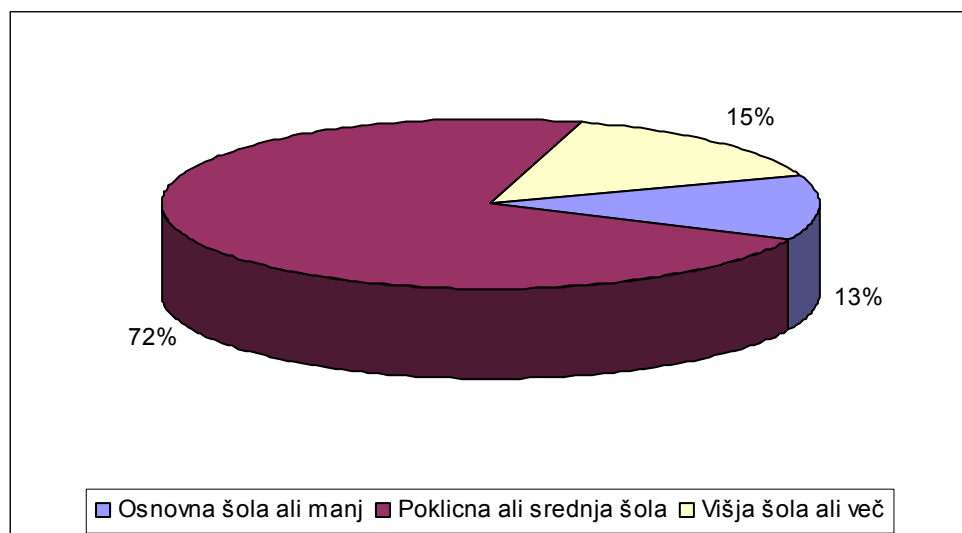
Tabela Č4: Struktura anketirancev glede na izobrazbo

		izobrazba			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	19	12,5	12,5	12,5
	2	110	72,4	72,4	84,9
	3	23	15,1	15,1	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Legenda: 1 – osnovna šola ali manj, 2 – poklicna ali srednja šola, 3 – višja šola ali več

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Slika Č4: Izobrazbena struktura anketirancev



Vir: Tabela Č4.

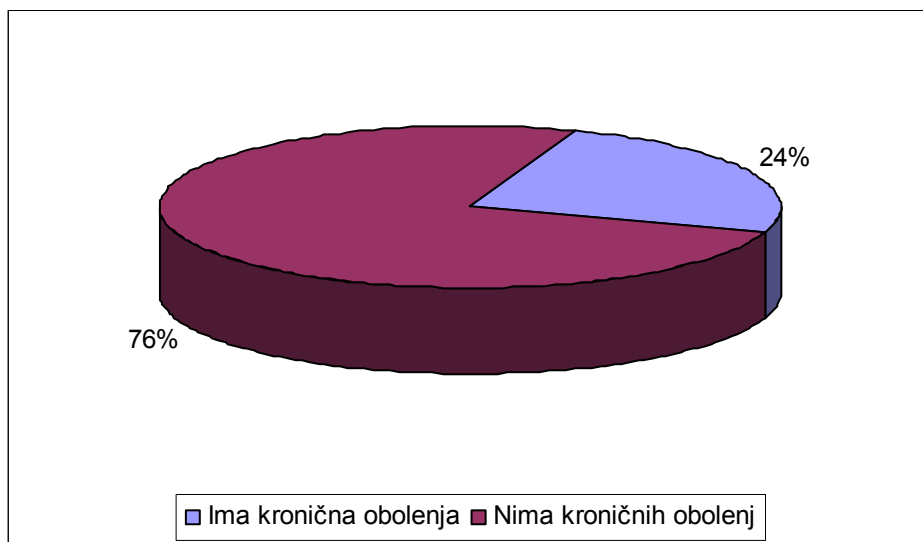
Tabela Č5: Struktura anketirancev glede na zdravstveno stanje (prisotnost kroničnih obolenj)

		kronična obolenja			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	37	24,3	24,3	24,3
	2	115	75,7	75,7	100,0
	Total	152	100,0	100,0	

Legenda: 1 – ima kronično obolenje, 2 – nima kronične bolezni

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Slika Č5: Prisotnost kroničnih obolenj pri anketirancih



Vir: Tabela Č5.

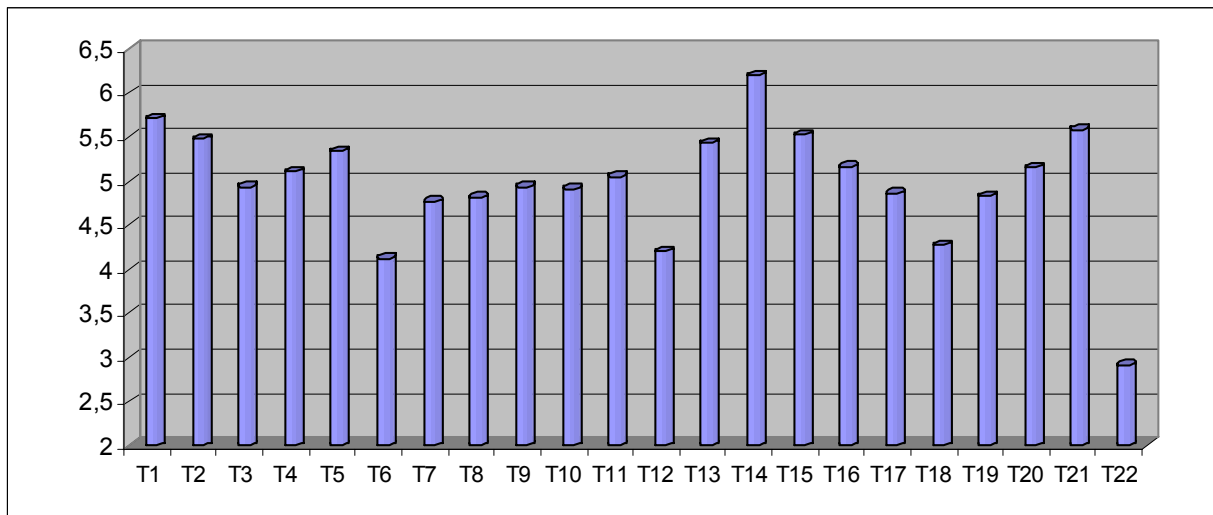
PRILOGA D: OCENE ZAZNANE KAKOVOSTI ZDRAVSTVENIH STORITEV

Tabela D1: Izračunane statistike za univariatno analizo

Trditvev		Aritmetična sredina	Modus	Standardni odklon	Min	Max
	Opis					
T1	točne informacije v kartonu	5,7100	7	1,26400	2	7
T2	vlivanje zaupanja	5,4800	7	1,35700	2	7
T3	označbe, brošure, kartice	4,9300	7	1,62600	1	7
T4	delovanje v vašem interesu	5,1100	7	1,53800	1	7
T5	varnost	5,3400	7	1,61600	1	7
T6	kdaj boste na vrsti	4,1300	4	2,00400	1	7
T7	osebje se vam posveča	4,7700	7	1,81800	1	7
T8	sodobni prostori in oprema	4,8200	7	1,78400	1	7
T9	stalnost dogovorjenih terminov	4,9300	6	1,82600	1	7
T10	storitve so opravljene hitro	4,9100	6	1,80900	1	7
T11	enostavnost kontaktiranja	5,0500	7	1,70200	1	7
T12	poslušajo in informirajo	4,2100	4	1,94800	1	7
T13	reševanje problemov	5,4300	7	1,45900	2	7
T14	urejenost zaposlenih	6,2000	7	0,93500	3	7
T15	pripravljenost pomagati	5,5200	7	1,40000	2	7
T16	zaposleni znajo odgovoriti	5,1600	6	1,58000	1	7
T17	razumejo vaše potrebe	4,8600	6	1,56100	1	7
T18	urejeno parkirišče, čakalnice	4,2800	5	1,71600	1	7
T19	zaposleni se vam posvetijo	4,8300	6	1,69100	1	7
T20	lahko se zanesete	5,1500	7	1,55200	1	7
T21	zaposleni so vljudni in spoštljivi	5,5900	6	1,42100	1	7
T22	vedno na voljo	2,9100	1	1,89400	1	7
D1	vidni dokazi storitve	5,0559	5,75	1,14119	2,25	7,00
D2	zanesljivost	5,0711	4,80	1,21108	1,80	7,00
D3	odzivnost	5,1859	4,50	1,33642	1,75	7,00
D4	vzbujanje zaupanja	5,2862	6,25	1,31138	2,00	7,00
D5	vživljanje v položaj porabnika	4,3737	4,60	1,33157	1,00	7,00
S	skupna kakovost	4,9945	5,90	1,13890	1,94	7,00

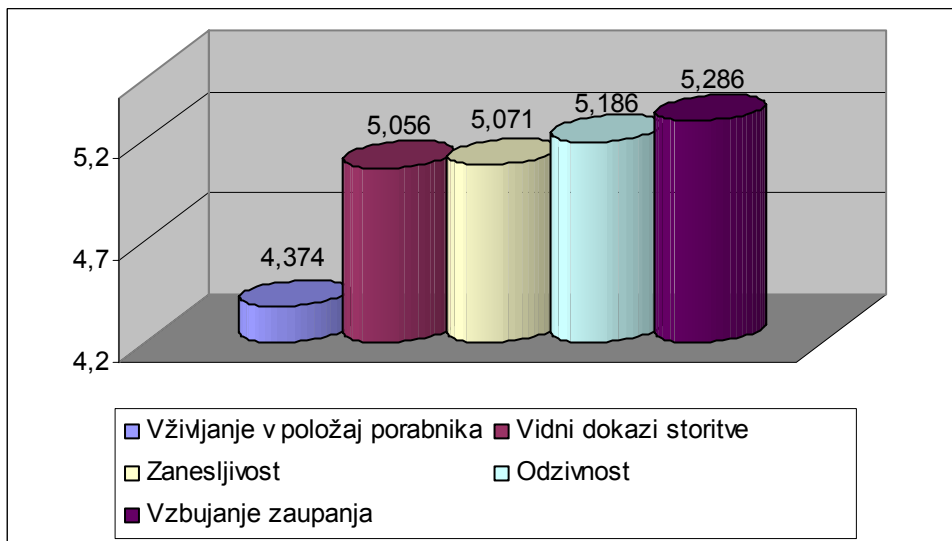
Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Slika D1: Povprečna ocena kakovosti zdravstvenih storitev po posameznih trditvah



Vir: Tabela D1.

Slika D2: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev



Vir: Tabela D1.

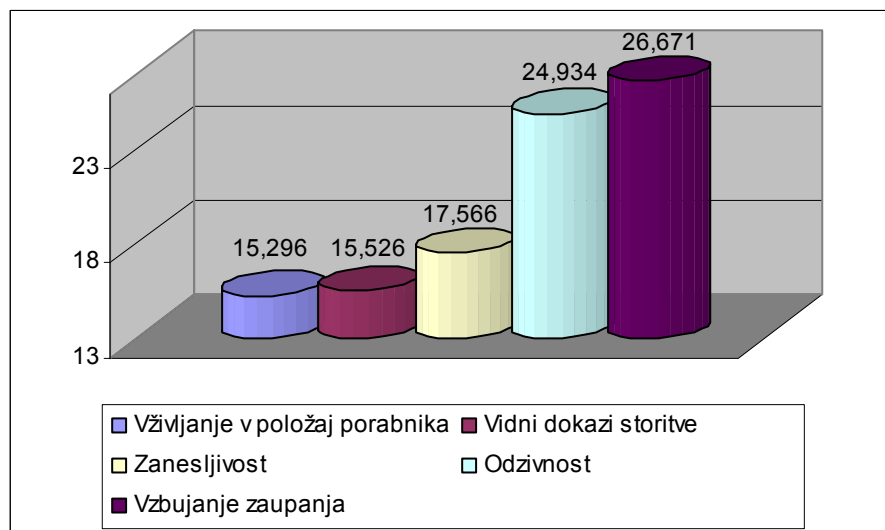
PRILOGA E: POMEMBOST RAZLIČNIH DIMENZIJ KAKOVOSTI

Tabela E1: Izračunane statistike za ocene pomembnosti posameznih dimenzij kakovosti

		Statistics				
		zanesljivost	vidni dokazi storitve	odzivnost	vzbujanje zaupanja	vživljanje v položaj porabnika
N	Valid	152	152	152	152	152
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		17,57	15,53	24,93	26,67	15,30
Mode		20	20	20	20	20
Std. Deviation		7,741	9,528	11,537	11,195	7,502
Minimum		0	0	5	7	0
Maximum		40	60	80	60	40

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Slika E1: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti



Vir: Tabela E1.

PRILOGA F: IZRAČUNI ARITMETIČNIH SREDIN ZA ZAZNANO KAKOVOST IN POMEMBNOST RAZLIČNIH DIMENZIJ GLEDE NA SPREMENLJIVKE

Tabela F1: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na spol

Moški	5,189
Ženske	4,864

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F2: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na spol

	Moški	Ženske
Vživljanje v položaj porabnika	4,646	4,191
Vidni dokazi storitve	5,078	5,041
Zanesljivost	5,200	4,985
Odzivnost	5,512	4,967
Vzbujanje zaupanja	5,512	5,135

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F3: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na spol

	Moški	Ženske
Vživljanje v položaj porabnika	14,557	15,802
Vidni dokazi storitve	15,984	15,220
Zanesljivost	17,623	17,528
Odzivnost	24,754	25,055
Vzbujanje zaupanja	27,082	26,396

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F4: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na prebivališče

Mesto	4,848
Podeželje	5,191

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F5: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na prebivališče

	Mesto	Podeželje
Vživljanje v položaj porabnika	4,267	4,517
Vidni dokazi storitve	5,052	5,062
Zanesljivost	4,915	5,280
Odzivnost	4,940	5,515
Vzbujanje zaupanja	5,066	5,581

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F6: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na prebivališče

	Mesto	Podeželje
Vživljanje v položaj porabnika	15,529	15,000
Vidni dokazi storitve	16,207	14,615
Zanesljivost	17,299	17,923
Odzivnost	24,713	25,231
Vzbujanje zaupanja	26,259	27,231

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F7: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na izobrazbo

Osnovna šola ali manj	5,389
Poklicna ali srednja šola	4,932
Višja šola ali več	4,968

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F8: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na izobrazbo

	Osnovna šola ali manj	Poklicna ali srednja šola	Višja šola ali več
Vživljanje v položaj porabnika	4,642	4,327	4,374
Vidni dokazi storitve	5,724	4,966	4,935
Zanesljivost	5,263	5,042	5,052
Odzivnost	5,447	5,148	5,152
Vzbujanje zaupanja	5,868	5,177	5,326

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F9: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na izobrazbo

	Osnovna šola ali manj	Poklicna ali srednja šola	Višja šola ali več
Vživljanje v položaj porabnika	17,368	15,100	14,565
Vidni dokazi storitve	18,158	15,955	11,304
Zanesljivost	17,368	18,046	15,435
Odzivnost	20,526	25,136	27,609
Vzbujanje zaupanja	26,579	25,764	31,087

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F10: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na starost

Do 30 let	4,655
Od 31 do 50 let	4,744
Od 51 let	5,717

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F11: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na starost

	Do 30 let	Od 31 do 50 let	Od 51 let
Vživljanje v položaj porabnika	4,090	4,109	5,081
Vidni dokazi storitve	4,750	4,883	5,607
Zanesljivost	4,710	4,843	5,767
Odzivnost	4,798	4,921	5,970
Vzbujanje zaupanja	4,927	4,962	6,161

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F12: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na starost

	Do 30 let	Od 31 do 50 let	Od 51 let
Vživljanje v položaj porabnika	13,871	14,570	17,738
Vidni dokazi storitve	16,452	14,557	16,667
Zanesljivost	18,548	17,089	17,738
Odzivnost	22,903	27,152	22,262
Vzbujanje zaupanja	28,226	26,633	25,595

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F13: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev glede na zdravstveno stanje

Ima kronično obolenje	4,992
Nima kroničnega obolenja	4,996

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F14: Povprečna zaznana kakovost zdravstvenih storitev po dimenzijah glede na zdravstveno stanje

	Ima kronično obolenje	Nima kroničnega obolenja
Vživljanje v položaj porabnika	4,449	4,350
Vidni dokazi storitve	4,757	5,152
Zanesljivost	5,097	5,063
Odzivnost	5,243	5,167
Vzbujanje zaupanja	5,412	5,246

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela F15: Povprečna pomembnost različnih dimenzij kakovosti glede na zdravstveno stanje

	Ima kronično obolenje	Nima kroničnega obolenja
Vživljanje v položaj porabnika	16,919	14,783
Vidni dokazi storitve	13,243	16,261
Zanesljivost	15,946	18,087
Odzivnost	27,432	24,130
Vzbujanje zaupanja	26,459	26,739

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

PRILOGA G: STATISTIČNI PREIZKUSI HIPOTEZ

Tabela G1: Preizkus za H1 (moški v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo bolje kot ženske)

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
skupna kakovost	Equal variances assumed	2,765	,098	1,741	150	,084	,3259	,18721	-,04397	,69584
	Equal variances not assumed			1,811	144,116	,072	,3259	,17994	-,02972	,68159

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela G2: Preizkus za H2 (anketiranci, ki živijo v mestu, v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo slabše kot anketiranci, ki živijo na podeželju)

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
skupna kakovost	Equal variances assumed	,029	,866	-1,852	150	,066	-,3431	,18524	-,70911	,02290
	Equal variances not assumed			-1,854	138,455	,066	-,3431	,18508	-,70905	,02284

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela G3: Preizkus za H3 (bolj izobraženi anketiranci v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo slabše kot manj izobraženi)

ANOVA

skupna kakovost

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3,402	2	1,701	1,317	,271
Within Groups	192,459	149	1,292		
Total	195,861	151			

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela G4: Preizkus za H4 (mlajši anketiranci v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo slabše kot starejši anketiranci)

ANOVA

skupna kakovost

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	30,478	2	15,239	13,729	,000
Within Groups	165,383	149	1,110		
Total	195,861	151			

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

Tabela G5: Preizkus za H5 (anketiranci, ki imajo kronična obolenja, v povprečju kakovost zdravstvenih storitev ocenjujejo bolje kot tisti, ki teh obolenj nimajo)

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
skupna kakovost	Equal variances assumed	4,214	,042	-,018	150	,986	-,0039	,21597	-,43060	,42289	
	Equal variances not assumed			-,016	50,782	,988	-,0039	,24541	-,49658	,48887	

Vir: Rezultati anketnega vprašalnika.

PRILOGA H: PREVERJANJE RAZLIK V POMEMBNOSTI RAZLIČNIH DIMENZIJ KAKOVOSTI

Tabela H1: Preverjanje razlik v pomembnosti različnih dimenzij kakovosti glede na spol

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
zanesljivost	Equal variances assumed	2,069	,152	,074	150	,941	,10	1,285	-2,444	2,635
	Equal variances not assumed			,077	144,216	,938	,10	1,235	-2,345	2,536
vidni dokazi storitve	Equal variances assumed	1,076	,301	,483	150	,630	,76	1,581	-2,359	3,887
	Equal variances not assumed			,503	144,354	,616	,76	1,518	-2,237	3,764
odzivnost	Equal variances assumed	,372	,543	-,157	150	,875	-,30	1,915	-4,085	3,484
	Equal variances not assumed			-,162	141,008	,872	-,30	1,859	-3,975	3,373
vzbujanje zaupanja	Equal variances assumed	3,687	,057	,369	150	,712	,69	1,858	-2,984	4,357
	Equal variances not assumed			,386	145,067	,700	,69	1,780	-2,831	4,204
vživljanje v položaj porabnika	Equal variances assumed	,620	,432	-1,005	150	,317	-1,25	1,241	-3,700	1,205
	Equal variances not assumed			-1,027	137,910	,306	-1,25	1,215	-3,650	1,154

Tabela H2: Preverjanje razlik v pomembnosti različnih dimenzij kakovosti glede na prebivališče

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
zanesljivost	Equal variances assumed	1,116	,293	-,491	150	,624	-,62	1,272	-3,138	1,890
	Equal variances not assumed			-,476	120,696	,635	-,62	1,311	-3,220	1,972
vidni dokazi storitve	Equal variances assumed	,015	,904	1,019	150	,310	1,59	1,562	-1,495	4,678
	Equal variances not assumed			1,024	140,634	,307	1,59	1,554	-1,480	4,663
odzivnost	Equal variances assumed	2,240	,137	-,273	150	,785	-,52	1,897	-4,267	3,231
	Equal variances not assumed			-,287	149,543	,775	-,52	1,807	-4,088	3,052
vzbujanje zaupanja	Equal variances assumed	2,147	,145	-,532	150	,596	-,98	1,840	-4,613	2,657
	Equal variances not assumed			-,514	118,628	,608	-,98	1,902	-4,745	2,789
vživljanje v položaj porabnika	Equal variances assumed	,030	,864	,419	150	,676	,52	1,233	-1,920	2,954
	Equal variances not assumed			,420	139,287	,675	,52	1,230	-1,915	2,950

Tabela H3: Preverjanje razlik v pomembnosti različnih dimenzij kakovosti glede na izobrazbo

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
zanesljivost	Between Groups	130,496	2	65,248	1,090	,339
	Within Groups	8918,846	149	59,858		
	Total	9049,342	151			
vidni dokazi storitve	Between Groups	561,726	2	280,863	3,183	,044
	Within Groups	13146,169	149	88,229		
	Total	13707,895	151			
odzivnost	Between Groups	538,172	2	269,086	2,050	,132
	Within Groups	19561,170	149	131,283		
	Total	20099,342	151			
vzbujanje zaupanja	Between Groups	539,240	2	269,620	2,185	,116
	Within Groups	18384,312	149	123,385		
	Total	18923,553	151			
vživljanje v položaj porabnika	Between Groups	98,513	2	49,257	,874	,420
	Within Groups	8400,664	149	56,380		
	Total	8499,178	151			

Tabela H4: Preverjanje razlik v pomembnosti različnih dimenzij kakovosti glede na starost

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
zanesljivost	Between Groups	49,166	2	24,583	,407	,666
	Within Groups	9000,176	149	60,404		
	Total	9049,342	151			
vidni dokazi storitve	Between Groups	155,390	2	77,695	,854	,428
	Within Groups	13552,504	149	90,956		
	Total	13707,895	151			
odzivnost	Between Groups	816,336	2	408,168	3,154	,046
	Within Groups	19283,006	149	129,416		
	Total	20099,342	151			
vzbujanje zaupanja	Between Groups	123,660	2	61,830	,490	,614
	Within Groups	18799,893	149	126,174		
	Total	18923,553	151			
vživljanje v položaj porabnika	Between Groups	356,581	2	178,291	3,263	,041
	Within Groups	8142,597	149	54,648		
	Total	8499,178	151			

Tabela H5: Preverjanje razlik v pomembnosti različnih dimenzij kakovosti glede na zdravstveno stanje

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
zanesljivost	Equal variances assumed	,323	,571	-1,469	150	,144	-2,14	1,458	-5,021	,739
	Equal variances not assumed			-1,601	71,176	,114	-2,14	1,337	-4,807	,525
vidni dokazi storitve	Equal variances assumed	2,795	,097	-1,686	150	,094	-3,02	1,790	-6,554	,519
	Equal variances not assumed			-2,028	88,273	,046	-3,02	1,488	-5,974	-,061
odzivnost	Equal variances assumed	8,643	,004	1,521	150	,130	3,30	2,171	-,988	7,592
	Equal variances not assumed			1,165	43,891	,250	3,30	2,835	-2,413	9,017
vzbujanje zaupanja	Equal variances assumed	,018	,892	-,132	150	,895	-,28	2,123	-4,474	3,915
	Equal variances not assumed			-,131	60,693	,896	-,28	2,127	-4,534	3,974
vživljanje v položaj porabnika	Equal variances assumed	1,015	,315	1,494	150	,137	2,11	1,412	-,681	4,900
	Equal variances not assumed			1,403	55,335	,166	2,11	1,504	-,904	5,122

PRILOGA I: PREVERJANJE ZANESLJIVOSTI VPRAŠALNIKA

Preverjanje zanesljivosti celotnega vprašalnika

Reliability

***** Method 2 (covariance matrix) will be used for this analysis *****

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

1.	TRD1	točne informacije v kartonu
2.	TRD2	vlivanje zaupanja
3.	TRD3	označbe, brošure, kartice
4.	TRD4	delovanje v vasem interesu
5.	TRD5	varnost
6.	TRD6	kdaj boste na vrsti
7.	TRD7	osebje se vam posveča
8.	TRD8	sodobni prostori in oprema
9.	TRD9	stalnost dogovorjenih terminov
10.	TRD10	storitve so opravljene hitro
11.	TRD11	enostavnost kontaktiranja
12.	TRD12	poslušajo in informirajo
13.	TRD13	pripravljenost pomagati
14.	TRD14	urejenost zaposlenih
15.	TRD15	pripravljenost pomagati
16.	TRD16	zaposleni znajo odgovoriti
17.	TRD17	razumejo vase potrebe
18.	TRD18	urejeno parkirišče, čakalnice
19.	TRD19	zaposleni se vam posvetijo
20.	TRD20	lahko se zanesete
21.	TRD21	zaposleni so vljudni in spoštljivi
22.	TRD22	vedno na voljo
23.	KAKOV1	skupna kakovost

Correlation Matrix

	TRD1	TRD2	TRD3	TRD4	TRD5
TRD1	1,0000				
TRD2	,4755	1,0000			
TRD3	,3869	,5067	1,0000		
TRD4	,4597	,7137	,5644	1,0000	
TRD5	,4023	,5831	,3791	,6162	1,0000
TRD6	,2000	,4454	,3256	,4509	,3282
TRD7	,3974	,6091	,3085	,6158	,6606
TRD8	,2727	,3185	,4294	,4613	,3183
TRD9	,4164	,4353	,3978	,5522	,4477
TRD10	,3628	,6241	,3583	,6630	,5381
TRD11	,3149	,5682	,4247	,6226	,5038
TRD12	,3422	,5602	,3325	,6286	,5555
TRD13	,4026	,6535	,4281	,6778	,6811
TRD14	,3287	,4885	,3613	,4404	,3714
TRD15	,4711	,6069	,3700	,6988	,6674
TRD16	,4418	,5716	,4347	,6738	,6783
TRD17	,4796	,6912	,4346	,7484	,7040

TRD18	,2356	,4206	,4742	,4802	,3647
TRD19	,4384	,6568	,4222	,7130	,5283
TRD20	,4817	,6511	,4921	,7117	,7057
TRD21	,4195	,6433	,4266	,6729	,6016
TRD22	,0892	,1269	,0884	,2488	,0962
KAKOV1	,5456	,7831	,6007	,8557	,7471

	TRD6	TRD7	TRD8	TRD9	TRD10
TRD6	1,0000				
TRD7	,5914	1,0000			
TRD8	,3472	,4503	1,0000		
TRD9	,5235	,5162	,3621	1,0000	
TRD10	,5876	,6366	,4034	,5538	1,0000
TRD11	,4988	,5497	,3237	,3868	,5823
TRD12	,4460	,5916	,3274	,5624	,6742
TRD13	,4049	,6573	,3667	,4882	,6944
TRD14	,1139	,3736	,3275	,2598	,3428
TRD15	,3850	,5938	,3487	,5602	,7082
TRD16	,4368	,6359	,4078	,4630	,6539
TRD17	,4944	,7494	,4020	,5799	,7275
TRD18	,3597	,3943	,5229	,3484	,3044
TRD19	,4344	,6099	,3780	,5263	,6212
TRD20	,3538	,5948	,3139	,5249	,5427
TRD21	,4299	,5294	,3301	,4795	,6896
TRD22	,2296	,2481	,0482	,2396	,1969
KAKOV1	,6168	,7896	,5550	,6818	,8042

	TRD11	TRD12	TRD13	TRD14	TRD15
TRD11	1,0000				
TRD12	,5876	1,0000			
TRD13	,5614	,6829	1,0000		
TRD14	,3096	,2750	,4659	1,0000	
TRD15	,5637	,5836	,6832	,4775	1,0000
TRD16	,4917	,5416	,7475	,4082	,7157
TRD17	,5584	,6605	,7883	,4360	,7754
TRD18	,4916	,3906	,4069	,2052	,3507
TRD19	,6521	,6503	,6614	,3691	,6086
TRD20	,5385	,5677	,6408	,4083	,7197
TRD21	,5758	,5795	,6625	,4656	,7515
TRD22	,1493	,1718	,0327	-,0764	,2566
KAKOV1	,7305	,7545	,8122	,4985	,8181

	TRD16	TRD17	TRD18	TRD19	TRD20
TRD16	1,0000				
TRD17	,8201	1,0000			
TRD18	,4547	,4223	1,0000		
TRD19	,6280	,6684	,5507	1,0000	
TRD20	,7273	,7003	,4868	,6638	1,0000
TRD21	,6825	,6964	,3679	,6567	,7195
TRD22	,1353	,1930	,1866	,2353	,2072
KAKOV1	,8134	,8734	,6062	,8153	,8089

	TRD21	TRD22	KAKOV1
TRD21	1,0000		
TRD22	,2205	1,0000	
KAKOV1	,8020	,2852	1,0000

Alpha = ,9548

Standardized item alpha = ,9583

Preverjanje zanesljivosti znotraj dimenzije zanesljivosti

1. TRD1 točne informacije v kartonu
2. TRD6 kdaj boste na vrsti
3. TRD9 stalnost dogovorjenih terminov
4. TRD13 pripravljenost pomagati
5. TRD20 lahko se zanesete
6. ZANES1 zanesljivost

Correlation Matrix

	TRD1	TRD6	TRD9	TRD13	TRD20
TRD1	1,0000				
TRD6	,2000	1,0000			
TRD9	,4164	,5235	1,0000		
TRD13	,4026	,4049	,4882	1,0000	
TRD20	,4817	,3538	,5249	,6408	1,0000
ZANES1	,6209	,7188	,8138	,7704	,7865
ZANES1	ZANES1				
ZANES1	1,0000				

Alpha = ,8602

Standardized item alpha = ,8770

Preverjanje zanesljivosti znotraj dimenzije odzivnosti

1. TRD2 vlivanje zaupanja
2. TRD10 storitve so opravljene hitro
3. TRD15 pripravljenost pomagati
4. TRD19 zaposlebi se vam posvetijo
5. ODZIV1 odzivnost

Correlation Matrix

	TRD2	TRD10	TRD15	TRD19	ODZIV1
TRD2	1,0000				
TRD10	,6241	1,0000			
TRD15	,6069	,7082	1,0000		
TRD19	,6568	,6212	,6086	1,0000	
ODZIV1	,8316	,8786	,8480	,8525	1,0000

Alpha = ,9220

Standardized item alpha = ,9290

Preverjanje zanesljivosti znotraj dimenzije vidni dokazi storitve

1. TRD3 oznacbe, brosure, kartice
2. TRD8 sodobni prostori in oprema
3. TRD14 urejenost zaposlenih
4. TRD18 urejeno parkirisce, cakalnice
5. VIDNI1 vidni dokazi storitve

Correlation Matrix

	TRD3	TRD8	TRD14	TRD18	VIDNI1
TRD3	1,0000				
TRD8	,4294	1,0000			
TRD14	,3613	,3275	1,0000		
TRD18	,4742	,5229	,2052	1,0000	
VIDNI1	,7764	,8075	,5387	,7912	1,0000

Alpha = ,8296

Standardized item alpha = ,8460

Preverjanje zanesljivosti znotraj dimenzije vživljanje v položaj porabnika

1. TRD4 delovanje v vasem interesu
2. TRD7 osebe se vam posveca
3. TRD12 poslušajo in informirajo
4. TRD17 razumejo vase potrebe
5. TRD22 vedno na voljo
6. VZIV1 vživljanjev položaj porabnika

Correlation Matrix

	TRD4	TRD7	TRD12	TRD17	TRD22
TRD4	1,0000				
TRD7	,6158	1,0000			
TRD12	,6286	,5916	1,0000		
TRD17	,7484	,7494	,6605	1,0000	
TRD22	,2488	,2481	,1718	,1930	1,0000
VZIV1	,8294	,8347	,8031	,8602	,5053

Alpha = ,8754

Standardized item alpha = ,8920

Preverjanje zanesljivosti znotraj dimenzije vzbujanje zaupanja

1. TRD5 varnost
2. TRD11 enostavnost kontaktiranja
3. TRD16 zaposleni znajo odgovoriti
4. TRD21 zaposleni so vljudni in spostljivi
5. ZAUP1 vzbujanje zaupanja

Correlation Matrix

	TRD5	TRD11	TRD16	TRD21	ZAUP1
TRD5	1,0000				
TRD11	,5038	1,0000			
TRD16	,6783	,4917	1,0000		
TRD21	,6016	,5758	,6825	1,0000	
ZAUP1	,8388	,7838	,8546	,8486	1,0000

Alpha = ,9086

Standardized item alpha = ,9161