

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Alenka Tvrčkovič

Kakovost storitev v javnem zdravstvenem zavodu – študija primera

Diplomsko delo

Ljubljana, 2013

**UNIVERZA V LJUBLJANI
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE**

Alenka Tvrčkovič

Mentorica: izr. prof. dr. Simona Kustec Lipicer

Kakovost storitev v javnem zdravstvenem zavodu – študija primera

Diplomsko delo

Ljubljana, 2013

Medicus curat, natura sanat.

Kakovost storitev v javnem zdravstvenem zavodu – študija primera

V nalogi sem proučevala delovanje javnega zdravstvenega zavoda (JZZ), center za zdravljenje bolezni otrok. Zanimalo me je predvsem, če deluje po načelih novega javnega menedžmenta in na kakšen način so se načela uveljavila v JZZ. Največji poudarek v nalogi je na proučevanju kakovosti storitve ter posledično zadovoljstva uporabnikov s storitvami JZZ. Kakovost storitve sem merila z modelom SERVQUAL. Raziskava je pokazala, da je storitev v proučevanem JZZ izjemno kakovostna, da delovanje organizacije JZZ izhaja iz načel novega javnega menedžmenta. Pričakovanja anketirancev so bila presežena v vseh razsežnostih modela SERVQUAL. Rezultatom navkljub menim, da moramo na prakse zasebnega sektorja gledati z distance in da ni dobro prenašati prakse iz zasebnega v javno okolje. JZZ, ki je bil predmet raziskave, je edinstven v Sloveniji in primer dobre prakse še ne pomeni, da jih je moč uporabiti za druge JZZ.

Ključne besede: novi javni menedžment, model SERVQUAL, kakovost storitve, javni zdravstveni zavod.

Quality service in public health institute – case study

The main focus of this diploma thesis is the analysis of the organizational structure of public health institute for children, Center za zdravljenje bolezni otrok (CZBO), which is located in Šentvid pri Stični, Slovenia. My goal was to find out if this public institute is organized on the principles of new public management (NPM), which principles are/are not present in their organizational structure, and what kind of service is provided by the mentioned institute. Quality service was measured by SERVQUAL model. A questionnaire was distributed among parents whose children were in the hospital between May 13, 2013 and May 17, 2013. The survey showed exceptional service quality as all respondents' expectations were exceeded. The analysis of facts and data collected from the interview with institute's GM and yearly report shows that all NPM principles are incorporated in the organizational structure of the institute. Despite the result, I believe that we need to study managerial principles, practices used in private institutes /companies with critical distance before we start implementing them in public institutions. Also, it is definitely not a good practice (advisable) to blindly transfer principles from the private to the public environment. CZBO, which has been the subject of research, is unique in Slovenia and it is therefore just an exceptional example of good practice.

Keywords: New public management, SERVQUAL, Quality Service, Public Health Institute.

KAZALO:

1 UVOD	7
1.1 Namen in cilji.....	9
1.2 Raziskovalna vprašanja.....	9
1.3 Raziskovalne metode in tehnike.....	10
1.4 Metodološke omejitve.....	10
1.5 Struktura poglavij.....	11
2 TEORETIČNE PODLAGE	12
2.1 Menedžment.....	12
2.1.1 Menedžment v javnih zavodov.....	12
2.1.2 Menedžment javnih zdravstvenih zavodov.....	15
2.1.3 Novi javni menedžment.....	20
2.2 Kakovost in zadovoljstvo.....	23
2.2.1 Kakovost storitev.....	23
2.2.2 Kakovost storitev v zdravstvu.....	26
2.2.3 Kakovost storitev in zadovoljstvo uporabnikov.....	28
2.2.3.1 Zadovoljstvo bolnikov.....	30
2.2.4. Razsežnosti kakovosti storitev.....	30
2.2.5 Modeli kakovosti storitev.....	32
2.2.5.1 Model SERVQUAL.....	35
3 EMPIRIČNI DEL	38
3.1 Načela NJM v CZBO.....	39
3.1.1. Predstavitev CZBO.....	39
3.1.2 Rezultat analize intervjuja in poslovnega poročila.....	40
3.2 Zadovoljstvo uporabnikov in kakovost storitev v CZBO.....	44
3.2.1 Opis anketnega vprašalnika.....	44
3.2.2 Vzorec raziskave.....	46
3.2.3 Obdelava podatkov.....	46
3.2.4 Analiza rezultatov anketnega vprašalnika.....	47
3.2.5 Sklepne ugotovitve analize anketnih vprašalnikov.....	56
4 UGOTOVITVE IN PRIPOROČILA	57
5 LITERATURA	59

PRILOGA A: VPRAŠALNIK.....	64
KAZALO TABEL:	
Tabela 2.1: Pregled pojmovanja koncepta NJM.....	21
Tabela 3.1: Ravni zadovoljstva.....	47
Tabela 3.2: Pričakovanja o zanesljivosti vodstva.....	49
Tabela 3.3: Pričakovanja glede odzivnosti zdravstvenih delavcev.....	49
Tabela 3.4: Pričakovanja o zaupanju zdravstvenim delavcem.....	50
Tabela 3.5: Pričakovanja o empatičnosti zdravstvenih delavcev.....	50
Tabela 3.6: Pričakovanja o zunanjem videzu CZBO.....	51
Tabela 3.7: Izkušnje z zanesljivostjo vodstva CZBO.....	51
Tabela 3.8: Izkušnje o odzivnosti zdravstvenih delavcev v CZBO.....	52
Tabela 3.9: Izkušnje glede zaupanja zdravstvenim delavcem v CZBO.....	52
Tabela 3.10: Izkušnje o empatičnosti zdravstvenih delavcev	52
Tabela 3.11: Zaznave zunanjega videza CZBO in zaposlenih.....	53
Tabela 3.12: Ocene pričakovanj in izkušnje anketirancev glede po kategorijah modela Servqual.....	54
Tabela 3.13: Pričakovanja in izkušnje anketiranih staršev.....	55
KAZALO SLIK:	
Slika 3.1: Starost anketiranih staršev.....	47
Slika 3.2: Spol anketiranih staršev.....	48
Slika 4.3: Stopnja izobrazbe anketiranih staršev.....	48

1 UVOD

Glede na dejstvo, da se v naši družbi vse bolj uveljavlja mnenje, da je javni menedžment javno dobro, da davkoplačevalci zahtevamo več in bolje za manj, sem se odločila raziskati, kako delujejo javni zdravstveni zavodi v Sloveniji. Zanimalo me je predvsem, če javni zdravstveni zavodi delujejo po načelih novega javnega menedžmenta (dalje beri: NJM¹, ang. New Public Management – NPM). Raziskavo sem omejila na en javni zdravstveni zavod in v njem iskala elemente NJM. Javni zdravstveni zavod, ki sem ga izbrala za proučevanje, je Center za zdravljenje boleznih otrok (dalje beri: CZBO) v Šentvidu pri Stični. V sklopu naloge se bom prav posebej osredotočila na proučevanje kakovosti storitve, ki jo zagotavlja CZBO ter posledično na zadovoljstvo uporabnikov njihovih storitev.

S preoblikovanjem toge birokratske strukture javne uprave ter s pojavom miselnosti, ki jo poznamo pod imenom NJM, se je, s pomočjo uporabe metod in znanj iz zasebnega sektorja, začela zavest o proučevanju kakovosti storitev javnega sektorja ter posredno tudi kakovosti v upravljanju javnih zdravstvenih zavodih.

V storitvenih dejavnostih lahko kakovost razdelimo na tehnično in funkcionalno (Groenroos 1984). Tehnična kakovost v zdravstveni dejavnosti se nanaša na natančnost diagnoz in postopkov zdravljenja, medtem ko funkcionalna kakovost obsega oskrbo pacienta ter njegovo osebno percepcijo storitev v bolnici. Dojemanje funkcionalne kakovosti, ki jo posameznik dojame zelo osebno, avtorji Bolton in Drew ter Zeithaml (v Babakus in Mangold 1992, 768) opredeljujejo kot najpomembnejšo variablo pri dojetju vrednot za uporabnika neke usluge. V nalogi bom zaradi obsežnosti tematike obravnavala le kakovost, osredotočeno na paciente, torej funkcionalno kakovost.

Kakovost se je v slovensko zdravstvo šele začela uvajati. Še vedno je veliko nejasnosti, kako naj bi kakovost vpeljali v vsakdanjo zdravstveno prakso. Leta 2004 je Ministrstvo za zdravje RS ustanovilo Oddelek za kakovost v zdravstvu, ki je zaradi nesodelovanja zdravniške stroke in vlade pri izpeljavi načrtov izvajanja kakovosti šele leta 2005 pripravil nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti in uvedel kazalnike v področne dogovore in pripravil konference na temo kakovosti. (Ministrstvo za zdravje, 2006) Danes nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu temeljijo na načelih

¹ Novi javni menedžment – NJM: ang. New Public Management – NPM

uspešnosti, varnosti, učinkovitosti, pravočasnosti, enakosti ter osredotočanju na paciente, bolj ali manj uspešno jim sledijo vsi javni zdravstveni zavodi in bolnice (Ministrstvo za zdravje 2010).

Kakovost storitev je v literaturi različno opredeljena. Avtorji Parasuraman, Zeithaml in Berry (Bateson 1992) ter Groenroos (2000) menijo, da lahko samo uporabniki storitev ocenjujejo kakovost. Po njihovem mnenju so storitve kakovostne, kadar presegajo pričakovanja, ki jih ima posameznik v zvezi z določeno storitvijo. Ter so prav tako mnenja, da kakovosti ne moremo meriti »objektivno«, oz. je ne moremo določiti s količinskimi merili, ampak le kot območje med želeno in dejansko prejeta storitvijo, ki jo zazna posameznik.

V literaturi zasledimo kar nekaj modelov za merjenje kakovosti storitev, na podlagi katerih avtorji ponujajo različne načine, s katerimi lahko presojava kakovost storitev. Nekateri so primerni za uporabo v javnem sektorju, drugi v zasebnem. V nalogi bom uporabila model Parasuramana in drugih – model SERVQUAL², ki je doživel največjo podporo oz. praktično uporabo (Uran 2004, 20). Cviklova, trdi (prav tam), da je njegova največja uporabnost v predpripravljenem konceptu merjenja kakovosti storitev s pomočjo skrbno oblikovanega vprašalnika, ki ga je z manjšimi modifikacijami moč uporabiti za širok spekter storitev. Ter je uporaben tako v javnem kot v zasebnem sektorju.

Model SERVQUAL ali model petih vrzeli oz. razkorakov so razvili Zeithaml, Parasuraman in Berry (1990) in je v svetovni literaturi pogosto citiran model za merjenje kakovosti storitev. Avtorji (Zeithaml 1990) so model SERVQUAL razvili z namenom, da bi uporabniki storitev lahko merili zaznane kakovosti storitev v primerjavi z njihovimi pričakovanji. Model SERVQUAL meri kakovost storitev prek petih kriterijev oz. razsežnosti kakovosti (Bateson 1992): zanesljivost, odzivnost, zaupanje, usmerjenost k odjemalcu in vidnost (fizični dokazi). Namen modela je meriti odjemalčeva pričakovanja v zvezi s storitvijo neke storitvene panoge (npr. v zdravstvu) in njegove zaznave o izvedbi storitve določenega ponudnika (npr. javni zdravstveni zavod) te storitve. Merilo kakovosti po tem modelu je torej razlika med pričakovanji in zaznavami za vsako razsežnost kakovosti. Končni rezultat pove, ali so bila (odjemalčeva) pričakovanja presežena ali ne (Zeithaml in drugi 1990).

² (skovanka iz ang. besed: Service(s) – storitev in Quality – kakovost)

1.1 Namen in cilji naloge

Glavni namen naloge je raziskati, ali se (in katera) podjetniška načela, značilna za zasebni sektor, uporabljajo pri upravljanju javnega zdravstvenega zavoda. Tako nameravam v nalogi predstaviti koncept NJM v njegovem ožjem okviru in poiskati njegove elemente na konkretnem primeru javnega zdravstvenega zavoda, CZBO. Zanima me, kateri elementi NJM so prisotni v CZBO. Posebno pozornost bom v nalogi namenila elementu kakovosti. Opredelila bom pojem kakovosti v splošnem pomenu ter v kontekstu javnih zdravstvenih zavodov in poiskala povezavo med kakovostjo storitve in zadovoljstvom pacientov. Namen empiričnega dela bo tako ugotoviti zadovoljstvo pacientov s kakovostjo storitev v konkretnem javnem zdravstvenem zavodu, glede na izbran model kakovosti storitev. Izsledke in ugotovitve, dobljene s pomočjo raziskave, pa bo možno uporabiti za izboljšanje dela javnega zdravstvenega zavoda ter posledično za izboljšanje zadovoljstva pacientov.

Cilji naloge so:

1. Ugotoviti, kateri elementi NJM so prisotni v izbranem javnem zdravstvenem zavodu.
2. Ugotoviti, v kakšni meri so udeleženci v raziskavi zadovoljni s kakovostjo zdravstvenih storitev v javnem zdravstvenem zavodu, glede na pričakovanja in zaznave.
3. Ugotoviti, s katerim delom usluge v javnem zdravstvenem zavodu so udeleženci v raziskavi najbolj/najmanj zadovoljni.
4. Priporočila za prakso.

1.2 Raziskovalna vprašanja:

Iz ciljev izpeljana raziskovalna vprašanja so:

1. Kateri elementi NJM so prisotni v izbranem javnem zdravstvenem zavodu?
2. Kateremu elementu (razsežnosti) kakovosti udeleženci v raziskavi pripisujejo največji pomen? Kateremu najmanjši?
3. Pri katerem elementu (razsežnosti) kakovosti je največji/najmanjši razkorak med izkušnjami uporabnikov in njihovimi pričakovanji.

4. Kakšne so izkušnje udeležencev v raziskavi glede na njihova pričakovanja?

1.3 Raziskovalne metode in tehnike:

V nalogi bom uporabila kombinacijo kvantitativne in kvalitativne raziskovalne metode zbiranja podatkov. Uporabila bom naslednje temeljne metode raziskovanja:

- Konceptualna analiza in interpretacija, kjer bom s preučevanjem primarne in sekundarne, tako domače kot tuje znanstvene literature opredelila teoretična izhodišča novega javnega menedžmenta, menedžmenta javnih zavodov, menedžmenta javnih zdravstvenih zavodov, kakovosti storitev, kakovost storitev v javnih zdravstvenih zavodih, kakovost storitev in zadovoljstvo uporabnikov storitev, razsežnosti kakovosti storitev, modele kakovosti storitev ter podrobneje v tem okviru – model SERVQUAL.
- Anketiranje: Anketni vprašalnik je SERVQUAL vprašalnik, ki so ga za ocenjevanje kakovosti storitve v zdravstvenih ustanovah uporabili avtorji Babakus in Mangold (1992).
- Intervju: s pomočjo katerega bom preverila, kateri elementi NJM obstajajo v CZBO.

1.4 Metodološke in vsebinske omejitve

Poglavitna metodološka omejitev naloge je, da raziskava temelji na primeru enega javnega zdravstvenega zavoda. Posledično rezultatov ne bo mogoče posploševati na vse javne zdravstvene organizacije, ki se ukvarjajo s hospitaliziranim zdravljenjem, temveč bodo uporabni le za potrebe in prihodnji razvoj konkretne bolnišnice. Druga omejitev je, da so anketirani starši otrok, ki so v oskrbi v javnem zdravstvenem zavodu. S tem bomo dobili njihove izkušnje z bolnico in le posredno izkušnje pravih uporabnikov storitev, njihovih otrok. Prav tako predstavlja omejitev dejstvo, da se je anketa opravila v enem delu. Rezultati bi bili bolj objektivni, če bi se anketa izvedla pred sprejemom otrok v bolnišnico in po končani oskrbi.

Omejitev predstavlja tudi dejstvo, da je bilo v obdobju raziskave v bolnici hospitaliziranih le 31 otrok, kar je malo, glede na to, da podobne raziskave zajemajo večje število anketirancev.

Vsebinsko omejitev predstavlja opredeljevanje kakovosti storitev, saj lahko pojem presojava na podlagi različnih kriterijev. Če bi želela presojati kakovost storitev v javnih zdravstvenih organizacijah na osnovi vseh kriterijev, bi presegla okvire naloge, zato se bom osredotočila le na opredeljevanje kakovost storitev z vidika odjemalcev z vidika njihovih pričakovanj in izkušenj – ter pri tem izhajala iz modela SERVQUAL. Glede na specifičnost obravnavane usluge (zdravstvena usluga), ter glede na dejstvo, da cilj naloge ni iskanje tržne skupine potrošnikov (bolezen ne izbira), podatki v nalogi ne bodo analizirani glede na spol anketirancev.

1.5 Struktura poglavij

Naloga je sestavljena iz treh delov. V prvem delu so predstavljeni namen in cilji naloge. Iz slednjih so izpeljana raziskovalna vprašanja, ki predstavljajo smernice pričujoče raziskave. V uvodu so predstavljene tudi metodološke in vsebinske omejitve pričujoče raziskave.

Drugi del predstavljajo teoretične podlage naloge. In sicer opredelitev prvega sklopa pojmov: novi javni menedžment, menedžment javnih zavodov, menedžment javnih zdravstvenih zavodov ter opredelitev drugega sklopa pojmov: kakovost storitev, kakovost storitev v zdravstvu, zadovoljstvo uporabnikov, zadovoljstvo pacientov ter razsežnosti oz. dimenzije kakovosti. Nato so naštet in opisani modeli za presojanje kakovosti. Teoretični del je zaključen z razsežnostmi kakovosti storitev po modelu SERVQUAL.

Sledi tretji del naloge ali empirični del, ki je razdeljen v dva sklopa. V prvem sklopu je predstavljen CZBO, nato so na podlagi intervjuja in analize poslovnega poročila iz leta 2012 opredeljeni elementi NJM v CZBO. Drugi sklop sestavlja analiza ankete izvedene v CZBO. Predstavljen je anketni vprašalnik ter podana analiza anketnih vprašalnikov, kateri sledi interpretacija dobljenih rezultatov. Rezultate anketne raziskave nameravam prikazati v obliki slik in tabel s komentarjem.

V sklepnem delu naloge so podani: ugotovitve raziskave, zaključki in priporočila za nadaljnje delovanje CZBO.

2 TEORETIČNE PODLAGE

2.1 MENEDŽMENT

Menedžment je širok pojem, ki ga avtor Možina (1994, 16) opredeli kot planiranje, organiziranje, vodenje in kontroliranje dela v organizaciji. Glavne naloge menedžmenta so: koordinacija človeških materialnih in finančnih virov s cilji organizacije, povezovanje organizacije z zunanjim okoljem in odzivanje na potrebe družbe, razvijanje organizacijskega vzdušja, učinkovito opravljanje nalog, izpeljevanje različnih poslovnih dejavnosti razvojne, informacijske in odločitvene narave (prav tam).

2.1.1 MENEDŽMENT JAVNIH ZAVODOV

V poglavju bom opredelila izraz menedžment javnih zavodov, predstavila zakonski okvir delovanja, njegove funkcije in značilnosti ter predstavila razliko med privatnim in javnim menedžmentom.

Javni zavod je v Republiki Sloveniji opredeljen z Zakonom o zavodih (čl. 1.), ki pravi: "Zavodi so organizacije, ki se ustanovijo za opravljanje dejavnosti vzgoje in izobraževanja, znanosti, kulture, športa, zdravstva, socialnega varstva, otroškega varstva, invalidskega varstva, socialnega zavarovanja ali drugih dejavnosti, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička." Posledično menedžment javnih zavodov izhaja in deluje v skladu z načeli in merili, ki jih predvideva zakon.

Pojem menedžment v javni upravi srečamo šele v novejši literaturi, kot zamenjavo za pojem javna administracija ali administracija v javni upravi, ki se uporablja od začetka 20. stoletja. Menedžment v javni upravi predstavlja odmik od togega, okorelega, inertnega, premalo učinkovitega birokratskega upravljanja javne uprave. Nastal je kot posledica naftne krize, v sedemdesetih letih dvajsetega stoletja, ko so bile države prisiljene, da začnejo s korenito reorganizacijo javne uprave ter s tem ohranijo rast države blaginje in kvaliteto življenja. Poslovnež, ki deluje v javni upravi, je takrat zamenjal birokratskega uradnika (Možina in drugi 1994, 939–940).

Prvi pomembni teoretiki upravljanja javne uprave so Frederick Winslow Taylor s teorijo znanstvenega upravljanja, Henry Fayol z modelom tehnicističnega upravljanja in Max Weber z modelom birokratskega upravljanja (Perko Šeparović 2006, 21–28).

Kot nadgradnjo teh teorij sta Gulick in Urwick predstavila model, ki ga danes imenujemo klasični model menedžmenta v javni upravi in ima naslednje funkcije: planiranje, organiziranje, kadriranje, vodenje, koordiniranje, poročanje in financiranje. Model se označuje s kratico: POSDCORB³, njegova značilnost je, da se ne ukvarja z vsebino vodenja, ampak s funkcijami in metodami, ter da politike in naloge razume kot dane. Ohranja se kot genotipski model menedžmenta v javni upravi, mnogim kritikam navkljub. Glavna kritika modela POSDCORB se nanaša na njegovo funkcionalnost, ker ne vključuje evalvacije, ki organizaciji daje povratno informacijo ter ji tako omogoča, da ne ponavlja svojih napak. Danes model teoretiki dopolnjujejo, trend sprememb pa širi pooblastila menedžerjev preko meja organizacije in k bolj aktivnemu odnosu do okolja. Tak model sta predstavila avtorja Garson in Overman, ter ga poimenovala PAFHRIER⁴ (Možina in drugi 1994, 943–945).

Če izhajamo iz modela POSDCORB in PAFHRIER, lahko zaključimo, da so funkcije, potrebne za dobro upravljanje javnih zavodov, naslednje (Možina in drugi 1994, 943–946):

- Planiranje: funkcija planiranja, ki je bila v klasičnem modelu omejena na realizacijo programov in politik, se tako razširi tudi na kritično presojo le-teh.
- Organiziranje ima funkcijo oblikovanja strukture zavoda, njihovih oddelkov in kompetenc in njim pripadajočo moč ter odgovornost ter hkrati tudi povezovanje s pomembnimi telesi zunaj zavoda.
- Kadriranje ima nalogo: zaposlitve ustreznih ljudi, načrtovanja razvoja kadrov, napredovanja ter optimalne uporabe njihovih potencialov.

³ POSDCORB pomeni: Planning, Organizing, Staffing, Directing, Co-Ordinating, Reporting, Budgeting (Behn 2011).

⁴ PAFHRIER pomeni: Policy Analysis, Financial management, Human Resources, Information management, External Relation (Garson in Overman 1993).

- Vodenje: predstavlja odločanje v skladu s splošnimi normami in usmerjanje zaposlenih v realizacijo teh odločitev.
- Koordiniranje: usklajevanje dejavnosti med posameznimi enotami in integracija zaposlenih v podjetje.
- Poročanje: ne samo nadrejenim o opravljenem delu, ampak tudi promocija zavoda širši politični in strokovni javnosti.
- Financiranje: oblikovanje finančnih planov, tekoče računovodstvo, finančna kontrola.
- Evalvacija: povratna informacija o realiziranih ciljih.

Zgoraj predstavljene funkcije so temelji in osnove vsem sodobnim modelom upravljanja. Modeli, ki so sledili tako imenovanim klasičnim modelom, so odgovori na različne družbene situacije vse do naftne krize v sedemdesetih letih prejšnjega stoletja, ko se je razvil model NJM in z njim korenite spremembe ter dojemanje upravljanja javne uprave.

Glavne značilnosti javnega menedžmenta so (Možina in drugi 2004, 940–941):

- normativno določen okvir delovanja;
- prisilne oblike regulacije poslovanja s strani države;
- kompleksno okolje, v katerem deluje;
- ranljivost, ker so programi oblikovani s strani vladnih organov in tako v nasprotju z menedžerskimi cilji;
- uresničevanje pretežno kratkoročnih načrtov zaradi menjav političnih elit;
- veliko število različnih in splošnih ciljev;
- delovanje pod močnim zunanjim finančnim in političnim pritiskom;
- težko objektivno vrednotiti (meriti) uspešnost glede na dobiček in izgubo;
- tvegano je uvajati decentralizacijo in delegiranje menedžerskih kompetenc, ker ni mogoče jasno meriti rezultatov delovanja;
- onemogočeno je definiranje ciljnih skupin, posledica tega je, da javni sektor nima dovolj posluha za potrebe uporabnikov;
- velik pomen imajo načela: enak dostop do storitev, pravičnost in varnost, zato se obnašajo defenzivno in delujejo centralistično;
- toge norme pri zaposlovanju, odpuščanju, nagrajevanju in napredovanju delavcev;
- ohlapna eksekutivna hierarhija;
- motivi delovanja so statusne narave: splošni ugled države, varnost zaposlitve.

V literaturi najdemo različne teze glede podobnosti oziroma različnosti privatnega in javnega menedžmenta. Od tega, da je javni management nekaj povsem specifičnega. Do druge skrajnosti, ki pravi, da je menedžment splošen pojem, ki je prisoten tako v javni kot privatni organizaciji ali pa teza, da je javni menedžment le manj učinkovita oblika privatnega menedžmenta (Možina in drugi 1994, 940).

Možina in drugi (1994, 967) pišejo, da ima menadžer manager v javnem sektorju podobne funkcije kot menadžer manager v privatnem, s tem da se prvi prilagaja administrativnemu, drugi pa tržnemu okolju. Dodaja še, da je okolje javnega zavoda kompleksnejše in vsiljuje raznovrstne (politične, socialne, ekonomske) cilje, ki so si pogosto v nasprotju. Zaradi takega pluralizma ciljev pa je težje meriti uspešnost javnih zavodov.

Po Možini in drugih (1994, 940–941) so razlike med privatnim in javnim menedžmentom naslednje:

- Javne organizacije imajo povsem normativno določen okvir delovanja (institucionalizirano okolje), privatne pa ne. Posledično lahko vlada v javnih organizacijah uveljavlja prisilo.
- Javne organizacije imajo kompleksnejše okolje kot okolje privatnih.
- Vlada pogosto intervenira v spreminjanje programov v javnih organizacijah, posledično javne organizacije težko uresničujejo dolgoročne cilje. Pogosto imajo številčne in protislovne cilje. Glede na to, da socialni in politični cilji (enakost in pravičnost) nasprotujejo ekonomskim ciljem. Posledica tega je drugačna notranja dinamika javnih organizacij, ki je za razliko od privatnih bolj odvisna od vladnega okolja.
- Javne organizacije so bolj defenzivne in imajo togo s predpisi omejeno poslovno politiko.

2.1.2 MENEDŽMENT JAVNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODOV

Definiranje pojma zdravstvenega menedžmenta je v zadnjih desetletjih postalo kompleksnejše kot nekoč, ker procesa vodenja ne opredeljujemo več le z vidika njegovih nalog. Novejša definicija zdravstvenega menedžmenta namreč opredeljuje

vodenje kot proces ustvarjanja možnosti, odstranjevanja ovir, sproščanja kreativnosti, spodbujanja inovativnosti in nudenja pomoči sodelavcem v organizaciji. Velik pomen imata znanstveno raziskovanje in učenje menedžmenta za razvijanje novih delovnih pristopov, metod in procesov v smislu razvijanja sposobnosti menedžerjev. Vse to pa danes predstavlja še poseben izziv zaradi konfliktnosti ciljev, ki jih predstavljajo na eni strani uporabniki (želja po višji kakovosti storitev), na drugi strani izvajalci (zahtevi po boljših delovnih pogojih) in na tretji strani institucionalni plačniki (zniževanje realnega obsega finančnih virov) (Ritonja 1998, 1–2).

Tako kot delovanje javnih zavodov je tudi delovanje zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji opredeljeno z zakonom (Zakon o javnih zavodih, Zakon o zdravstveni dejavnosti). Glede na to, da je že v Ustavi Republike Slovenije (51. člen) zagotovljena temeljna pravica do zdravstvenih storitev vsem državljanom, lahko trdimo da so pravila izvajanja javne zdravstvene službe in ravnanja menedžerjev določena in nadzorovana s strani države (Česen 2003, 23–25).

Avtorica Ritonja (1998, 26–28) pravi, da je najpomembnejši cilj menedžmenta v zdravstvenih javnih zavodih zagotavljanje ravnotežja med ekonomskimi in socialnimi vidiki zdravstvene oskrbe prebivalstva, posebno v odnosu do dostopnosti in pravičnosti. Realizacijo takega cilja lahko zagotovita le profesionalni in kakovostni menedžment in vzpostavljanje sistemov kakovosti v zdravstvu. S tem, da morajo biti izvajalci menedžerskih nalog sistematično usposobljeni za izvajanje menedžerske vloge v zdravstvu. Tovrstno izobraževanje in usposabljanje sta temeljni pogoj za uspešno obvladovanje problemov in vodenje javnega zdravstvenega zavoda.

Temeljni okvir za učinkovito delovanje menedžmenta v javnih zdravstvenih zavodih deli Hočevar (2008, 5) v štiri segmente:

1. Segment organiziranja: izhaja iz vprašanja kako kaj narediti.
2. Segment načrtovanja: katerega temeljno izhodišče je vedno pacient in njegove koristi.
3. Segment vodenja: izpeljan iz tega, da so glavni vir javnega zdravstvenega zavoda ljudje in njihovo znanje.

4. Segment preverjanja učinkovitosti: konkretnije to pomeni upravljanje zdravstvenega zavoda s pomočjo ciljev, ki so merljivi in predstavljajo opravljeno delo.

Če pogledamo funkcije menedžmenta javnih zavodov, predstavljene v prejšnjem poglavju, bi v javnih zdravstvenih zavodih pomenilo sledeče:

Planiranje:

V primeru zdravstvene oskrbe ljudi na državni ravni je dolgoročno planiranje naloga države. Za dolgoročno planiranje zdravstva v svetu skrbi tudi WHO (angl. world health organization) – svetovna zdravstvena organizacija.

Opredelevanje ciljev in načrtovanje strategij za realizacijo le-teh sta v javnih zdravstvenih organizacijah določena kot izhodišča, od katerih ne smejo odstopati. Izvajanje storitev je obvezno, nedopustno je opuščanje ali spreminjanje programov, poleg tega je izbira strategij še finančno omejena (Česen 2003, 37).

Organiziranje:

Menedžment javnega zavoda, v mojem primeru javnega zdravstvenega zavoda, se mora odločiti za pravo število smiselnih in potrebnih organizacijskih enot in mednje porazdeliti naloge, moč in odgovornost. Javni zdravstveni zavod stremi k najlažjemu doseganju zastavljenih ciljev. Cilji in poslanstvo organizacije morajo biti dobro znani, da menedžment ve, koliko zdravstvenih in drugih delavcev bo vključenih v organizacijo, kako naj bodo usposobljeni in kako medsebojno povezani, da se bodo programi opravljali učinkovito in uspešno. Statičnost javnih zdravstvenih programov olajša naloge organiziranja menedžerjev v javnih zdravstvenih zavodih. Za uspešno in učinkovito opravljanje zdravstvenih programov seveda vsak zdravstveni javni zavod potrebuje ustrezne in zadostne materialne in človeške vire (prav tam, 87–118).

Kadriranje:

Zaposlitev ustreznih ljudi, njihovo razporeditev, usposabljanje in napredovanje.

Vodenje:

Zakonsko določen okvir delovanja menedžerjem v javnih zdravstvenih zavodih narekuje tudi načrtovanje in vodenje tekoče in naložbene dejavnosti, predpisuje politiko

zaposlovanja, nagrajevanja in odpuščanja delavcev. Sama izvršilna moč vodilnega menedžmenta je okrnjena v mnogih bistvenih prvinah vodenja organizacije (prav tam, 23–25).

Vodstvo javnih zdravstvenih zavodov, za razliko od zasebnega sektorja, svojih izdelkov tudi ne more tržiti ali izbirati kupcev. Prihranjene so jim vse tržne odločitve o proizvodnji in prodaji zdravstvenih storitev, ki so v pridobitni organizaciji vir poslovnega tveganja. Okolje delovanja je vnaprej odločeno in predvidljivo, tako proučevanje trga zdravstvenih storitev ni potrebno (prav tam, 32–34).

Koordiniranje:

Delitev dela v zdravstvenem javnem zavodu sama po sebi še ne zagotavlja učinkovitejšega in uspešnega doseganja načrtovanih ciljev. Dejavnost posameznikov in organizacijskih enot je treba tudi smiselno povezovati in usklajevati (koordinirati), če želimo bolnikom nuditi hitro in kakovostno zdravljenje. Velja pa, da zdravstvena dejavnost vsekakor potrebuje manj koordinacije, kot je potrebno v nekaterih industrijskih panogah. Zdravstveni delavci namreč relativno samostojno opravljajo različne zaključene oblike zdravstvene dejavnosti (delo splošnega zdravnika, specialista v ambulanti, zobozdravnika, patronažnih sester ipd.). Kljub temu pa je v procesih zdravljenja bolnikov potrebna koordinacija dela različnih izvajalcev, čeprav so manj odvisni drug od drugega (Pečar 2003, 138–140).

Poročanje in nadzor:

Česen navaja, da dejavnost kontroliranja v zdravstvenem javnem zavodu zadeva izvajanje zdravstvenih programov in njihovega financiranja. Pri nadzoru izvajanja zdravstvenih programov ni bistvenih razlik v primerjavi s pridobitnimi organizacijami. Pri financiranju pa se razlikuje od pridobitnih organizacij glede na to, da poslovanje zdravstvenega javnega zavoda ne temelji na zasebni lastnini materialnih zmogljivostih in tržnih odnosih. Glavna področja nadzora nad opravljanjem zdravstvene dejavnosti pa opredeli kot:

- ustreznost vsebine in obsega zdravstvenih programov,
- ustreznost in zadostnost zdravstvenega osebja, medicinske opreme in prostorov,
- obseg dela in produktivnost dela,
- celovita kakovost zdravstvene oskrbe,
- dostopnost bolnikov do zdravstvene oskrbe,

– položaj bolnikov v procesih zdravljenja in zadovoljstvo bolnikov (2003,185–186).

Financiranje:

Menedžerji javnih zdravstvenih zavodov so od države odvisni tudi glede finančnih sredstev, ki jim jih dodeli država in s katerimi morajo gospodarno ravnati ter zagotavljati uspešnost in kakovost storitev (Česen 2003, 25–28).

Evalvacija:

Merjenje uspešnosti zdravstvenih javnih zavodov je kompleksno ter otežuje korektno vrednotenje opravljenega dela. Ni lahko najti odgovora o ustreznosti porabe virov in o dosegu zdravstvenih rezultatov. V okviru menedžmenta javnega zdravstvenega zavoda pa lahko merimo poslovno uspešnost. Ocenjuje se, v kolikšni meri so bila spoštovana splošna načela gospodarnosti, po katerih je treba s čim manjšo porabo virov doseči čim boljše poslovne rezultate. Med orodja za ugotavljanje racionalnosti poslovanja se šteje storilnost, gospodarnost v ožjem pomenu (ekonomičnost) vseh proizvodnih tvorcev ter, v primeru tržne dejavnosti, tudi donosnost (rentabilnost) virov. Pri vsem tem ne smemo pozabiti, da je zdravje nematerialna količina, ki se je ne da meriti in je odvisna od posameznikovega organizma (Česen 2003, 25–28).

Kritični pogled na trenutno stanje menedžmenta v javnih zdravstvenih zavodih v Sloveniji povzemam po avtorjih Kovačič in Rusimovič, ki pravita, da so javni zdravstveni zavodi še daleč od razvitega sistema ciljev po zasnovah financ, medčloveških in organizacijskih odnosov, znanja in ustvarjalnosti s skladnim razporejanjem izidov po hierarhiji zaporedja za najboljšo uresničitev interesov vseh udeležencev, ki so značilni za organizacije prihodnosti. Prav tako trdita, da poslovni model temelji na načrtovanju, ki je glede na obseg sredstev odvisen od pretekle porabe, pri tem je pridobivanje sredstev le deloma odvisno od obsega in kakovosti storitev. Pomembno je predvsem zadovoljstvo virov sredstev (ministrstvo, zdravstvene zavarovalnice), manj pa zadovoljstvo uporabnikov (pacientov). Podlage za odločanje v zdravstvenih organizacijah so rutinske in izhajajo iz vnaprej določenega programa. Strateško odločanje je slabo razvito in temelji na obrambnih strategijah v razmerju do okolja zdravstvenih organizacij, ne pa na strategijah rasti (2008, 43–49).

2.1.3 NOVI JAVNI MENEDŽMENT

Novi javni menedžment je miselnost, ki se je začela oblikovati v osemdesetih letih dvajsetega stoletja in predstavlja nov pogled na menedžment v javnem sektorju. To je celota spoznanj in tehnik sodobnega menedžmenta, ki so se iz privatnega sektorja prenesla v javni sektor in v njem vzbudila tekmovalni duh. Miselnost se je razvila iz spoznanj, da javni sektor v primerjavi s privatnim premalo izkorišča pristope, metode in tehnike sodobnega menedžmenta in da deluje preveč zaprto in samozadostno. Rezultat uvajanja pristopa NJM so novi temelji upravljanja in izvajanja javnih storitev, ki so s tem po učinkovitosti in kakovosti primerljivi s storitvami privatnegazasebnega sektorja (Pečar 2003, 16–17). NJM predstavlja uvajanje novih načinov v upravljanje in reformiranje javnega sektorja. Temeljno izhodišče je usmerjenost dejavnosti k uporabniku ter vsesplošna učinkovitost, ki temelji na uporabi menedžerskih metod dela, tržnih pravilih ter na zakonitostih zasebnega sektorja (Kovač 2007, 128; Perko Šeparović 2006, 75).

Univerzalni model NJM, za katerega so značilni: usmerjenost na profesionalni menedžment, uvedba standardov in merjenje uspešnosti, izhodna kontrola, decentralizacija, konkurenca, poslovne metode dela in ekonomična poraba virov, je prvi opredelil Chris Hood leta 1990. Sedem postavk modela izhaja iz zahtev po zmanjšanju javnega sektorja, zniževanju javnih izdatkov, zmanjšanem obdavčevanju in manjšem javnem dolgu (Kovač 2007, 129).

Pregled različnega pojmovanja koncepta NJM najboljše ponazarja Tabela 2.1. V njej so predstavljene bistvene karakteristike NJM, katere lahko v grobem razdelimo na dve celoti. Prva celota idej poudarja izboljšanje na področju managementa in organizacije ter decentralizacijo upravljanja. Druga skupina pa se bolj osredotoča na trg in konkurenco. To bi v praksi pomenilo, da jih je potrebno opazovati z vidika kontinuuma, kjer se gibajo od bolj upravljavskih na eni strani (npr. decentralizaciji in pooblaščenju profesionalnega menedžmenta) ter tržnosti in konkurence na drugi strani (npr. »outsourcingu«) (Androniceanu 2007, 157).

Tabela 2.1: Pregled pojmovanja koncepta NJM

Hood 1991, Dunleavy in Hood 1994	Pollitt 1993 in 1994	Ferlie in drugi 1995	Borrins 1994, Commonwealth 1996	Osbourne in Gaebler 1992
pooblašcanje profesionalnega menedžmenta	decentralizacija avtoritete menedžmenta znotraj javnega sektorja	decentralizacija, ločevanje organizacij, nove oblike korporativnega upravljanja, spremenjena vloga vodij	povečanje avtonomije, še posebej glede centralne nadzorne agencije	decentralizacija vlade: podpiranje bolj fleksibilnih in bolj sploščenih oblik organizacije
razčlenitev enot v kvazi-pogodbene in kvazi-tržne oblike	razdelitev tradicionalne monolitne organizacije v posamezne agencije	razčlenitev med strateškim jedrom in operativno periferijo		preusmeritev vlade: usmerjanje, neizvajanje
premik k večji konkurenčnosti in pogodbeništvu v javnem sektorju, konkurenčnost z zasebnim sektorjem	vpeljevanje tržnih in kvazitržnih mehanizmov za povečanje konkurenčnosti	razvoj in izboljšanje kvazitržnih mehanizmov pri alokaciji resursov javnega sektorja	dojemljivost za konkurenčnost in odprtost glede tega, kaj je mogoče izvajati skozi javni in kaj skozi zasebni sektor	konkurenčnost: konkurenčno zagotavljanje javnih storitev znotraj javnega sektorja ali skozi druge številne alternativne ponudnike
poudarek na zasebnih praksah menedžmenta	jasnejša ločitev med funkcijo uporabnika in ponudnika	ločitev med javnim financiranjem in neodvisnim zagotavljanjem javnih storitev	ustvarjanje sinergije med javnim in zasebnim sektorjem	usmerjenost k ciljem in ne k pravilom
kontrola outputov	kvaliteta, odzivnost do uporabnikov	odgovornosti ponudnikov do uporabnikov, poudarek na kvaliteti storitev	zagotavljanje visoke kvalitete storitev, ki jih uporabniki cenijo, služenje uporabnikom kot potrošnikom	usmerjenost k potrošnikom
jasni standardi, merjenje uspešnosti	merljivi cilji za menedžerje	transparentne metode za ocenjevanje uspešnosti	merjenje organizacijske in posameznikove uspešnosti in nagrajevanje	k rezultatom usmerjena vlada: financiranje outputa ne inputa
večja disciplina in strogosti z javnimi sredstvi	proračunska ovojnica/fiksen proračun	prejeta vrednost za dana sredstva	zagotavljanje človeških in tehnoloških virov, potrebni menedžerjem za doseganje ciljev	podjetniško usmerjena vlada: služenje, ne trošenje
spreminjanje pogodbenih odnosov	downsizing	tržno usmerjena vlada: spreminjanje skozi trg		
deregulacija trga dela	pozorna vlada: preventiva pred kurativo			

Vir: (Androniceanu v Žirovnik 2011, 67)

Androniceanu (prav tam), trdi da so opredelitve NJM precej podobne, kar lahko zaključimo tudi iz zgornje tabele. Kljub vsemu pa med avtorji obstajajo razlike. Avtor Talbot pravi, da Hood v svoji opredelitvi NJM ni izpostavil pravic uporabnikov (odjemalcev, potrošnikov). Za razliko od opredelitev, ki imajo usmerjenost k potrošnikom za enega od glavnih elementov NJM. Ter trdi, da se tudi pristop Osburna in Gaeblerja razlikuje od splošnega pristopa NJM v točki, kjer NJM zastopa načelo, da je „javno slabo in zasebno dobro“. Avtorja v tem segmentu svoje zaupanje dajeta vladi, in podpirata stališče, da privatizacija ni vedno najboljša in edina rešitev ter da v nekaterih primerih birokracija deluje bolje (na primer: socialna varnost) (Talbot v Androniceanu 2007, 155–156).

Temeljna načela NJM sta avtorja Osbourne in Gaebler opredelila z naslednjimi elementi (Osbourne in Gaebler v Žirovnik 2011):

- usmerjanje namesto izvajanja,
- usmerjenost k uporabnikom,
- poslanstvo in strateški menedžment,
- naravnost k rezultatom, uspešnost, učinkovitost in kakovost,
- ekonomičnost,
- avtonomnost in pooblašcanje,
- decentralizacija,
- konkurenčnost,
- preventivnost in proaktivnost,
- tržišče in tržnost,
- upravljanje s človeškimi viri,
- upravna kultura in etika.

Kovačeva (2007, 131) omenjena načela Osbourne in Gaeblerja predstavi kot praktično uvajanje podjetniških konceptov na sledeč način:

- ločitev politične (strateške) in strokovne (operativne, izvajalske funkcije);
- naravnost k rezultatom, uspešnosti in učinkovitosti, h kvaliteti storitev, merjenje učinkov in vzpostavljanje odgovornosti;
- usmerjenost k uporabnikom;

- decentralizacija in delegiranje odgovornosti;
- fleksibilnost preko deregulacije in strateškega menedžmenta;
- uvajanje konkurenčnosti in privatizacija;
- izboljšanje upravljanja človeških virov;
- izboljšanje komunikacije preko deregulacije in uvajanja informacijske tehnologije ter smotrna izraba finančnih sredstev.

Avtor Pečar strne načela NJM v tri kategorije (2003, 18–24):

- tekmovalnost (ločitev strateške in izvajalske funkcije, razpis javnih natečajev, tržni testi, pogodbe, financiranje na podlagi števila uporabnikov, prosta izbira, nadzor);
- razdruževanje (korporatizacija, več lokalnih in izvršnih agencij, drobljenje privatiziranih industrij, standardi uspešnosti, merjenje učinkovitosti, deprofesionalizacija);
- spodbujanje storilnosti (privatizacija lastništva, spremembe zakonodaje, vključevanje trga kapitala, razvoj tehnologij, vrednotenje in podjetniško upravljanje lastnine, fleksibilno nagrajevanje, variabilni delež plače).

V nalogi želim prikazati praktični primer uvajanja elementov NJM v javni sektor. Zgoraj predstavljeni način uvajanja podjetniških konceptov bom uporabila kot teoretično podlago za preverjanje ne/uveljavljanja elementov NJM v javnem zdravstvenem zavodu.

2.2 KAKOVOST IN ZADOVOLJSTVO

Danes se zavedamo, da sta kakovostna storitev in zadovoljstvo uporabnika ključ do poslovnega uspeha, h katerem stremijo vsi, tako v zasebnem kot v javnem upravljanju podjetij oziroma zavodov.

2.2.1 Kakovost storitev

V literaturi najdemo opredelitve kakovosti, ki jih glede na tematiko in zorni kot obravnave lahko razdelimo v dve veliki skupini, in sicer na tiste, ki se nanašajo na

industrijsko proizvodnjo ter tiste, ki se osredotočajo na kakovost storitve. Če pogledamo opredelitve, ki se nanašajo na kakovost storitve podrobneje, vidimo, da nekatere temeljijo na potrebah in željah odjemalcev, druge vidijo kakovost v strateških odločitvah menedžerjev in zaposlenih, tretje dajejo prednost specifikacijam, normam in standardom. Poglejmo nekaj primerov "industrijske" opredelitev kakovosti, ki jih je navedel Oakland (1995, 4–5):

"Kakovost je sposobnost uporabe, stopnja do katere proizvod uspešno služi namenu, za katerega ga uporabnik uporablja." (Juran 1974)

"Celoten splet značilnosti proizvoda in storitve, ki jih le-ta pridobita skozi proces trženja, inženiringa, proizvodnje in vzdrževanja, s katerim bosta proizvod in storitev dosegla pričakovanja kupcev." (Feigenbaum 1991)

"Kakovost je ustrežanje zahtevam, potrebam." (Crosby 1993)

V nadaljevanju sledijo opredelitve kakovosti storitev:

- "Kakovost je stopnja, s katero sistem, komponenta ali proces zadovoljuje določene zahteve; pomeni skladnost s specifikacijami, standardi in/ali pričakovanji strank." (Žurga 2001, 34)
- *"Tradicionalna definicija kakovosti predstavlja skladnost med pričakovano in dobljeno storitvijo, kar pomeni, da je kakovost delovanja prenosorazmerna z zadovoljstvom uporabnikov. Novejše definicije kakovosti so širše in moderni modeli merjenja in izboljševanja kakovosti poslovanja upoštevajo številne druge elemente, zlasti zadovoljstvo zaposlenih, vpliv na okolje, v javnem sektorju pa tudi vpliv na družbo." (Virant 2003, 69–70)*
- "Kakovost je celota značilnosti in lastnosti storitve, ki spodbuja sposobnost zadovoljevanja prepoznanih zahtev, potreb ali pričakovanja uporabnika." (Politt v Boland in Silberg 1996, 356) Avtorica Perko Šeparović meni, da je ta definicija najprimernejša za opredeljevanje kakovosti javnega menedžmenta, ker se pojem kakovosti nanaša na organizacijo kot celoto in zahteva, da se definira tisto, kar se da meriti, to je pomembno še posebej, kadar ne obstaja trg (2006, 95).

Po mnenju Potočnika (2000, 92) lahko storitvene organizacije dosegajo uspeh le, če ponujajo kakovostne storitve. Kakovost storitev ocenjujejo uporabniki, njihovo zadovoljstvo ali razočaranje pa je trenutek resnice, ko organizacije spoznajo svoje

prednosti ali pomanjkljivosti. Potočnik tudi opozarja na dejstvo, da je kakovost storitev mnogo težje ocenjevati kot kakovost izdelka. Navedeno izhaja iz dejstva, da se kakovost izdelka ocenjuje po tehničnih značilnostih (barva, oblika in podobno), storitev pa uporabnik oceni po videzu in urejenosti zaposlenih, opremljenosti storitvenega servisa. Ocena kakovosti storitve je odvisna od pričakovanja uporabnika v primerjavi z zaznavo dejanske izvedbe storitve. Uporabnik kakovost storitve ocenjuje že med procesom izvedbe in ne samo na koncu, ko je storitev izvedena (Potočnik v Marn 2006, 35).

Marketinško gledano (Groenroos 2000; Zeithaml in drugi 1990) lahko kakovost opredelimo kot stopnjo, do katere storitev izpolnjuje pričakovanja uporabnikov. Uporabniki storitve primerjajo svoja pričakovanja s tem, kaj naj bi organizacija zagotavljala, in percepcijo o dejanski storitvi. Avtorja Zeithaml in Bitner nadaljujeta, da je kakovost storitev razlika med pričakovano in dejansko zaznano storitvijo, kot jo zazna uporabnik, in sicer pod vplivom svojih vrednot, pričakovanj, čustev in sposobnosti zaznavanja (1996, 37).

Kakovost v javni upravi je Virant opredelil v smislu zagotavljanja zadovoljstva strank (v okviru zakonitega delovanja). Pomeni obvladovanje procesov, ki krojijo upravno delovanje v razmerju do strank. Kakovost v upravi se nanaša na dobro informiranje strank, razumevanje njihovih potreb, hitrost, točnost in zanesljivost ter zahteva od javnih uslužbencev, da ne prelagajo na stranke opravil, za katera lažje poskrbijo sami. Kakovost upravne storitve v širšem smislu zajema tudi nekatera klasična pravnopolitična načela (zakonitost, pravna varnost in predvidljivost, objektivnost in nepristranskost) in zasledovanje javnega interesa. Virant nadaljuje, da je organ, ki stopa v stik z uporabnikom, v celoti odgovoren za uresničevanje načel zakonitosti in nepristranskosti, med tem ko je pri ostalih načelih implementacijski organ odvisen od kakovosti predpisov, ki urejajo njegova ravnanja. Enako velja za elemente kakovosti (2000, 8; 2003, 69–70).

Podobno trdi tudi Kovač, ki pravi, da se kakovost upravnega dela ne kaže le skozi ne/zadovoljstvo strank, ampak tudi skozi izpolnjevanje zastavljenih ciljev, ekonomičnost poslovanja, zadovoljstvo zaposlenih, statistiko instančnega odločanja, ugotovitve različnih oblik nadzora (Kovač 2002, 45).

Iz navedenih opredelitev zaključim, da se kakovost najpogosteje definira in ocenjuje skozi prizmo uporabnika ter da je razumevanje definiranja kakovosti v javni upravi

podobno kakovosti, kot jo poznamo v poslovnem svetu. V nalogi se bom pri opredeljevanju kakovosti storitev osredotočila na stališče (izkušnjo) uporabnika (odjemalca) storitve.

2.2.2 Kakovost storitev v zdravstvu

Med proučevanjem literature zasledimo, da avtorji uporabljajo dva izraza za kakovost storitev v zdravstvu. Ekonomsko–poslovno orientirani uporabljajo kakovost storitev v zdravstvu, drugi raziskovalci, podkovani z medicinsko izobrazbo, pa uporabljajo izraz kakovosti oskrbe v zdravstvu.

Avtor Kersnik pravi, da pojem storitev v zdravstvu predstavlja posamezni sklop storitve, zato ga nadomešča z ustrežnejšim izrazom – oskrba. Izraz zdravstvena oskrba se tako nanaša na konkretna dejanja v zvezi z odkrivanjem, diagnostiko, zdravljenjem, spremljanjem in rehabilitacijo uporabnikov – bolnikov. Zdravstvene ustanove in zaposleni v njih so izvajalci zdravstvene oskrbe. Bolniki so prvenstveni uporabniki zdravstvene oskrbe, javnost pa predstavljajo potencialni bolniki in družba, ki ima korist od zdravstvene dejavnosti (2010, 16).

Pri opredeljevanju zdravstvenih storitev delimo kakovost storitve na tehnično in funkcionalno kakovost. Tehnična kakovost pomeni bistvo vsake zdravstvene dejavnosti in jo razumemo kot tehnično natančnost diagnoz in procesov zdravljenja. Funkcionalna kakovost pa je način, kako je zdravstvena oskrba podana oziroma zagotovljena posameznemu pacientu. Po navadi kot pacienti nimamo strokovnega znanja, da bi lahko ocenjevali tehnično kakovost storitve, zato je funkcionalna kakovost pogosto tista, ki prvotno determinira pacientovo zaznavo kakovosti storitve. Različni avtorji celo trdijo, da zaznana funkcionalna kakovost predstavlja edino pomembno variabla, ki vpliva na pacientovo vrednotenje storitve (Donabedian, Kovner in Smits v Babakus in Mangodl 1992: 767–768).

Po Avedis Donabedianu (v Kersnik 2010, 32) je kakovostna zdravstvena oskrba takšen način zdravstvene oskrbe, ki naj bi kar največ prispeval k bolnikovim koristim. Da bi zagotovili kakovostno zdravstveno oskrbo, je potrebno pretehtati dobre in slabe strani vsakega posameznega dela postopka oskrbe.

Ameriško zdravniško združenje⁵ (v Kersnik 2010:32) predpisuje, da mora kakovostna zdravstvena oskrba:

- vplivati na najboljše mogoče izboljšanje bolnikovega zdravja,
- zaobsegati pospeševanje zdravja in preprečevanje bolezni,
- biti zagotovljena pravočasno,
- si prizadevati za bolnikovo sodelovanje v postopku zdravljenja in pri odločitvah o preiskavah in zdravljenju,
- se opirati na sprejeta načela medicinske znanosti,
- biti zagotovljena z občutkom in skrbjo za bolnikovo dobro,
- učinkovito izrabljati tehnološke možnosti sodobne zdravstvene oskrbe,
- biti zapisna v zdravstvenem kartonu (medicinski dokumentaciji), da je mogoča neprekinjenost zdravstvene oskrbe in različne oblike izboljševanja kakovosti,
- biti odraz bolnikovih ciljev in vrednot.

Kersnik pravi, da je kakovost lastnost oskrbe, s katero presojava, ali je določena oskrba dosegla cilj ali ne, ter zajema: način nudenja storitev, sporazumevanje z bolnikom, izvajanje diagnostike, zdravljenje, poučevanje bolnika o postopkih in zdravem načinu življenja, ki vsebujejo možnost, da preko njih v postopku oskrbe dosežemo zastavljen cilj (2010, 31).

Lastnosti kakovostne oskrbe so (Kersnik 2010, 34):

- visoka strokovnost (temelječa na znanstvenih dokazih, uporaba smernic),
- učinkovita izraba razpoložljivih virov,
- dostopnost, dosegljivost, privoščljivost, pravičnost,
- najmanjše možno tveganje za bolnika,
- izpolnjevanje potreb bolnikov in družbe.

Javni zdravstveni zavodi v Sloveniji na različne načine zagotavljajo in merijo kakovost svojih storitev. Ministrstvo za zdravje je začelo z usmeritvami za razvoj kakovosti v zdravstvu z namenom, da bi zagotavljali cilje, kot so: uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakost in osredotočanje na paciente. Vse to naj bi zagotavljalo povečanje: uspešnosti delovanja zdravstva in zdravstvenih organizacij, kakovosti zdravstvenega

⁵ American Medical Association (AMA)

varstva, motivacijo organizacijske kulture, usmerjenosti k izidom obravnave ter usposabljanja in izobraževanja. V letu 2006 je ministrstvo za zdravje iniciralo začetek praktičnega uvajanja izboljševanja kakovosti v bolnišnicah. Nenehno izboljševanje poteka skladno s pripravljenimi dokumenti: Izvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice (Robida 2006), Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (Ministrstvo za zdravje 2010) ter Priročnik o kazalnikih kakovosti (Poldrugovac in Simčič 2010).

V Priročniku o kazalnikih kakovosti (Poldrugovac in Simčič 2010, 9) je zapisano, da je:

"...merjenje kakovosti v zdravstvu s pomočjo kazalnikov namenjeno široki skupini uporabnikov. Izvajalec zdravstvenih storitev rezultate uporabi za spremljanje in izboljšanje kakovosti storitev, plačnik potrebuje informacije o učinkoviti porabi sredstev, pacienti želijo podatke, ki jim lahko pomagajo pri izbiri izvajalca, prebivalstvo zahteva zagotovilo o primernosti zdravstvenega sistema, vlada spremlja zdravstveno stanje prebivalcev in določa prioritete za ukrepanje. Seznam uporabnikov informacij o kakovosti zdravstvenih storitev in namen pridobivanja tovrstnih podatkov pa je seveda bistveno daljši."

V Sloveniji trenutno ne obstaja splošni konsenz o seznamu kazalnikov, ki bi omogočil celovito presojo kakovosti zdravstvenega sistema in elementov v njem. Nabor kazalnikov in metodologija v omenjenem priročniku sta izbrana na podlagi izkušenj in priporočil dobre prakse. Kazalniki kakovosti so razdeljeni v naslednje kategorije: osredotočenost na pacienta; promocija, preventiva, primarno zdravje; učinkovitost zdravstvene oskrbe ter varnost pacientov in osebja.

V nalogi se bom posvetila le funkcionalnemu delu kakovosti zdravstvene storitve, ki glede na zgoraj predstavljene opredelitve odločujoče vpliva na bolnikovo (uporabnikovo) zaznavo kakovosti storitve. Iz tega sledi, da bom v nalogi uporabljala izraz kakovost zdravstvenih storitev in ne kakovost zdravstvene oskrbe.

2.2.3 Kakovost storitev in zadovoljstvo uporabnikov storitev

Pojma kakovost storitev in zadovoljstvo uporabnikov storitev sta si med seboj podobna, zasnovana sta na primerjavi pričakovanj in percepcij o storitvi, pa vendar obstajajo razlike (Uran 2002, 78; Virant 2003, 69).

Kotler opredeli zadovoljstvo kot stopnjo človekovega počutja, ki je posledica primerjave med zaznanim delovanjem storitve in osebnimi pričakovanji (Kotler 1988). Oliver (1996, 13) piše, da zadovoljujejo tiste storitve, ki lahko pripeljejo odjemalca do točke, ko je nečesa dovolj, torej do izpolnitve.

Uporabniki primerjajo, ali so pričakovanja v skladu z dejanskimi izkušnjami s storitvijo in načinom izvajanja storitve. Na osnovi take ocene pričakovanj in percepcij bo uporabnik zadovoljen ali nezadovoljen. Ta metoda razlage pojava ne/zadovoljstva je zasnovana na paradigmi ne/potrjevanja. Osnovna ideja je v potrjevanju ali nepotrjevanju pričakovanj in dejanskih izkušenj ali percepcij. Zadovoljstvo se bo pojavilo v dveh primerih:

1. ko bo dejanska storitev zadovoljila pričakovanja,
2. ko bo dejanska storitev preseгла pričakovanja (pozitivno ne/potrjevanje) (Oliver 1980).

Avtor Fitzsimmons (1998, 270) podaja primerjavo zaznavanj prejete storitve in pričakovanj želene storitve, kar se kaže v zadovoljstvu uporabnikov s kakovostjo storitev:

- Ko so pričakovanja presežena, uporabnik zazna storitev kot izjemno kakovostno.
- Kakovost je zadovoljiva, ko zaznavanje storitve ustreza pričakovanjem.
- Ko pričakovanja niso izpolnjena, uporabnik oceni storitev kot slabo.

Avtorica Uran (2002, 82) piše, da med raziskovalci poteka diskusija o tem, ali zadovoljstvo vodi h kakovosti storitev ali kakovost rezultira z zadovoljstvom. Ter nadaljuje, da prva skupina avtorjev (Bitner, Bolton in Drew 1990) trdi, da je kakovost predpogoj za zadovoljstvo. Cronin in Taylor z analizo svojega raziskovalnega modela menita, da to mogoče ni tako in podata empirično podporo stališču, da zaznana kakovost dejansko vodi do zadovoljstva, kakor so to predpostavili avtorji Parasuraman in drugi (1985, 1998). Na temelju tega lahko trdimo, da je sodba o zadovoljstvu zasnovana na kakovosti storitev, ter da sta si ta dva koncepta precej podobna in povezana, a sta različna. Tako prvi kot drugi koncept zastopata (podajata) celostno evalvacijo ponudnika storitve in njegove ponudbe. Kljub vsemu pa je ocena kakovosti storitve bolj objektivna od ocene zadovoljstva, ki je očitna le v učinkih na obnašanje uporabnika. Uranova sklene, da se visoka kakovost ne ujema vedno z velikim

zadovoljstvom ter nadaljuje, da je sodba o kakovosti storitve le eden od možnih aspektov pri determiniranju zadovoljstva uporabnika s storitvijo (2004, 89).

V javni upravi tradicionalna definicija opredeljuje kakovost kot skladnost med pričakovano in dobljeno storitvijo. Posledično to pomeni, da je kakovost delovanja premosorazmerna z zadovoljstvom uporabnikov. V primeru javne uprave zadovoljstva uporabnika ne smemo postavljati pred interese drugih ali pred javni interes, ki ga določa zakon. Saj lahko dobimo zadovoljnega uporabnika, a nekakovostno javno upravo (Virant 2003, 67–68).

2.2.3.1 Zadovoljstvo bolnikov

Tudi zadovoljstvo bolnika avtorji (Linder–Pelz 1982, Ware in drugi 1983, Fitzpatrick in Hopkins 1983, Donabedian v Gill in Lesley 2009, 9–10) opisujejo podobno. Skupno jim je, da je zadovoljstvo bolnika izraženo kot njegovo dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, s posameznim postopkom, s posameznim izvajalcem, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva ter je pokazatelj stopnje, do katere so bile uresničene njegove želje in potrebe (Kersnik 1999, 389–392).

Kersnik (prav tam) pravi, da je zadovoljstvo bolnika z oskrbo v zdravstveni ustanovi sestavljeno iz naslednjih dejavnikov: lastnosti bolnika in njegova pričakovanja, zunanji pogoji (dostopnost in videz prostorov, oprema ambulate ipd.) ter postopek oskrbe (prijaznost, pozornost, povezanost, sporazumevanje, naklonjenost, strokovna usposobljenost). Stopnja kakovosti posameznega dejavnika vpliva na končni izid oskrbe, zadovoljstvo bolnika.

Oprelitev, iz katere izhajam v nalogi, je, da je kakovost posledica zadovoljstva s storitvami: če je bolnik (uporabnik) zadovoljen s storitvami, potem je storitev kakovostna (Parasuraman, Zeithaml in Berry 1991)

2.2.4 Razsežnosti kakovosti storitev

Razsežnosti kakovosti storitev po Kotlerju (1994, 476) razdelimo na lažje in težje merljive. Med lažje merljive uvrščamo: urejenost osebja, točnost in hitrost izvedbe,

zanesljivost storitev, varnost, ekonomičnost poslovanja. V skupino težje merljivih pa spadajo: vljudnost, dostopnost storitev, ustrežljivost, sposobnost komuniciranja, strokovnost zaposlenih, odzivnost in zaupanje.

Avtorji Parasuraman, Zeithaml in Berry (1985, 1991) so osredotočeni v glavnem na ugotavljanje kriterijev, ki jih odjemalci uporabljajo pri ocenjevanju kakovosti storitev. Ugotovili so, da odjemalci ocenjujejo kakovost storitev po naslednjih desetih razsežnostih (Zeithaml in drugi 1990):

- urejenost (videz objektov, opreme, osebja in komunikacijskega gradiva),
- zanesljivost (sposobnost opraviti obljubljeni storitev zanesljivo in natančno),
- odzivnost (pripravljenost pomagati odjemalcem in jim ponuditi takojšnjo storitev),
- strokovnost (potrebno znanje in sposobnosti za izvedbo storitve),
- ustrežljivost (vljudnost, spoštovanje, pozornost in prijaznost kontaktnega osebja),
- verodostojnost (zaupanje, poštenost izvajalca storitve),
- varnost (skrb za odpravljanje tveganj, dvomov),
- dostopnost (razpoložljivost storitev in enostavnost stika z izvajalcem),
- komuniciranje (sprotno obveščanje odjemalcev),
- razumevanje odjemalcev (poznavanje odjemalčevih potreb).

Nadaljnje in bolj kvalitativne raziskave so pripeljale avtorje do zaključka, da uporabniki uporabljajo 5 osnovnih razsežnosti pri ocenjevanju kakovosti storitev, in sicer: zanesljivost (angl. reliability), odzivnost (angl. responsiveness), zaupanje (angl. assurance), usmerjenost oz. razumevanje odjemalca (angl. understanding the customer), vidnost/urejenost oz. fizični dokazi (angl. tangibility) (Zeithaml in drugi 1996; Bateson 1992). Omenjene razsežnosti izražajo koristi, ki jih ima odjemalec od izvajanja storitve; odražajo subjektivno oceno odjemalca o vrednosti izvedene storitve.

V primeru javne uprave so razsežnosti kakovosti, iz katerih izhaja zadovoljstvo uporabnika, naslednje: informacije o upravnih storitvah, prostorska in časovna dostopnost, enostavnost naročila, postopka in plačila, kakovost osebnega stika, strokovnost in urejenost uslužbenca, urejenost poslovnih prostorov, odzivnost na kritike, pripombe, predloge in pohvale ter zanesljivost (Virant 2003, 69–70).

Razsežnosti kakovosti storitev v zdravstvu (kakovost zdravstvene oskrbe bolnika) pa izhajajo iz pogojev, v katerih oskrba poteka (okolje, organizacija, vodenje, osebje, usposobljenost (znanje in veščine), prostori, oprema, informacijski sistem) iz postopka nudenja zdravstvene oskrbe ter iz izida zdravstvene oskrbe (Kersnik 2010, 17).

2.2.5 Modeli kakovosti storitev

Kakovosti ne moremo meriti objektivno oz. je ne moremo določiti s količinskimi merili, ampak le kot območje med želeno in dejansko prejeta storitvijo, ki jo zazna posameznik (Parasuraman, Zeithaml in Berry 1985; Groenroos 2000).

Kovač (2002, 46) meni, da je merjenje rezultatov v javni upravi oteženo zaradi storitvene dejavnosti, dolgoročnih ciljev, katerih ne/izpolnitev se bo pokazala v nedoločenem času, neznanega razmerja med inputom in outputom ter nemerljivih rezultatov zaradi nedorečenosti, kaj outputi ali outcomi so. Nadaljuje, da so med metodami ugotavljanja uspešnosti in učinkovitosti najuspešnejši integralni modeli, ki so bili razviti na podlagi celovitega obvladovanja kakovosti, statistične kontrole procesov, prenove procesov ali t. i. reinženiringa oziroma kar na splošno na podlagi načel novega javnega menedžmenta.

Modeli za ocenjevanje kakovosti, ki se uporabljajo v slovenski javni upravi, so: standardi ISO, evropski model poslovne odličnosti (EFQM) PRSPO⁶ in model CAF⁷, ki je standard za ugotavljanje kakovosti javne uprave.

Model EFQM je sestavljen iz devetih kategorij: meril, ki se uporabljajo za ocenjevanje, kako organizacija napreduje v smeri odličnosti. To je celosten pristop, ki analizira organizacijo in spodbuja k izboljšavam na vseh področjih njenega delovanja, upošteva tako cilje (rezultate) kot vire (dejavnike). Model organizacijam omogoča vzpostavitev merjenja napredka v delovanju ter hkrati tudi primerjavo z najboljšimi organizacijami,⁸ medorganizacijsko učenje ter prenos dobrih praks. Predpostavka modela je, da se odlični rezultati na vseh področjih (pri delovanju organizacije, pri uporabnikih, pri

⁶ EFQM – European Foundation for Quality Measurement, PRSPO – državna nagrada za odličnost, zbira zglednih in najboljših slovenskih organizacij po zgledu EFQM nagrade za odličnost

⁷ CAF – Model Common Assessment Framework – CAF

⁸ ang. benchmarking

zaposlenih) dosegajo z voditeljstvom, ki je gonilo politike in strategije, zaposlenih, partnerstev, virov in procesov. Model je referenčna točka za dobro upravljavsko prakso in dolgoročni trajnostni razvoj (Kovač in Kern–Pipan 2005).

Model CAF je ocenjevalni instrument, ki je razvit posebej za javni sektor, ker upošteva specifičnost upravnega dela, upoštevanje strank, procesno usmerjenost uprave in nefinančne kazalce delovanja. Oblikovan je na podlagi EFQM ter predstavlja "most" med modeli in začetno stopnjo poti k odličnosti. Model je javno dostopen in brezplačen. To zagotavlja njegovo široko uporabo in tako posledično omogoča primerljivost med evropskimi upravami. Primeren je za vse nivoje uprave in organizacije v javnem sektorju. Uporablja se ga lahko za različne možnosti: samoocenjevanje, primerjanje, zunanje ocenjevanje in nagrajevanje, alternativno ali v zaporednih fazah. Pri samoocenjevanju model ne zahteva visokih stroškov, saj terja malo virov in časa za verodostojne rezultate (Kovač 2002).

Najpogosteje uporabljeni modeli kakovosti storitve so (Potočnik 2000, 162):

– **model pričakovane in zaznane kakovosti storitev ali Groenroosov model**

Groenroos se pogosto omenja kot prvi, ki je predstavil model kakovosti storitev (Bergman in Klefsjoe 1994, 269). Njegov model primerja uporabnikove izkušnje in pričakovanja s storitvijo. Uporabnikova izkušnja je odvisna od dveh dimenzij: tehnične (kaj) in funkcionalne (kako) kakovosti. Zaznana kakovost storitve pa je razlika med pričakovano in zaznano kakovostjo (Groenroos 2000, 42). Pri zaznani storitvi so pomembni predvsem vtisi, ki jih pridobi uporabnik med izvajanjem storitve in se nanašajo na kontaktno osebje ter splošni vtis o storitveni organizaciji, o njeni opremljenosti ipd. Avtor je v želji, da bi razsežnosti kakovosti storitev predstavil na način, ki bi bil kar najbolj uporaben v praksi, opredelil šest dejavnikov zaznane kakovosti storitev (prav tam, 47): usposobljenost, odnos, prilagodljivost, zanesljivost, ozdravljanje ter verodostojnost.

– **Model kakovosti storitev 4Q**

V modelu 4Q so za presojo kakovosti najpomembnejši naslednji kriteriji (Potočnik 2000, 163): kakovost načrtovanja (glede na izkušnje, ki jih ima odjemalec z uporabo in zanesljivostjo); kakovost izvedbe storitve; kakovost izvedbe ob določenem času;

kakovost odnosov. Na zaznano storitev vpliva, poleg pričakovanj uporabnika in občutenja ob izvedbi, tudi podoba storitvene organizacije (Groenroos 2000, 69).

– Model vzajemnega odnosa med izvajalcem in uporabnikom storitve

Model temelji na vzajemnem odnosu med izvajalcem in uporabnikom ter upošteva dve dimenziji, ki vplivata na kakovost: kakovost fizičnih dokazov (videz in opremljenost strojev, brezhibnost strojev) in kakovost vzajemnega odnosa med izvajalcem in uporabnikom v trenutku soočenja s storitvijo. Na slednje vpliva kontaktno osebje s svojim razumevanjem uporabnikovih potreb in želja ter primernim izvajanjem storitve (Potočnik 2000, 168).

– Model vrzeli

Avtorji modela Parasuraman, Berry, Zeithalm so v ospredje proučevanja postavili primerjavo uporabnikovih pričakovanj in njegovih zaznav določene storitve. Kakovost storitve je v modelu opredeljena kot vrzel, razkorak/razlika med pričakovanji in zaznavami uporabnika. Če želi organizacija izboljšati kakovost storitev, mora odkriti razloge za vsako od petih vrzeli ter razviti strategije za njihovo zmanjševanje (Lovelock 1996, 468).

– Model SERVQUAL

Avtorji Berry, Parasuraman in Zeithaml so na osnovi desetih dimenzij kakovosti oblikovali pet skupin (fizični dokazi, zanesljivost v izvajanju storitev, pripravljenost osebja na takojšnje izvajanje storitev, strokovna pooblaščenost osebja in sposobnost razvijanja občutka varnosti in zaupanja ter empatičnost osebja). Na osnovi teh skupin so razvili lestvico merjenja kakovosti storitev, ki jo zaznavajo uporabniki. Lestvico merjenja razkorakov so poimenovali SERVQUAL in predstavlja osnovno skico pričakovanj za vsako dimenzijo kakovosti storitev (Snoj 1988, 170).

Vsi naštetih modeli skušajo identificirati dejavnike, ki pomembno vplivajo na kakovost storitev, a model SERVQUAL je doživel največjo podporo in praktično uporabo. Cviklova (v Uran 2002, 66) piše, da je njegova največja uporabnost v predpripravljenem konceptu merjenja kakovosti storitev s pomočjo vprašalnika, ki ga je moč uporabiti za širok spekter storitev. Model SERVQUAL bom uporabila v nalogi za merjenje kakovosti storitev v javnem zdravstvenem zavodu.

2.2.5.1 MODEL SERVQUAL

Za model SERVQUAL lahko rečemo da je v strokovni literaturi zelo pogosto uporabljen model za merjenje kakovosti storitev. Avtorji Berry, Parasuraman in Zeithamlova so ga razvili leta 1985 (Berry in drugi 1991; Potočnik 2000).

S pomočjo tega modela izračunamo razliko med pričakovano in dejansko zaznano ravnijo storitev (Candido in Morris 2000) v petih razsežnostih kakovosti storitev (Potočnik 2000, 172):

– **Zanesljivost** kaže na sposobnost, da storitveno podjetje (npr. javni zdravstveni zavod) obljubljeni, dogovorjene storitve izvede zanesljivo, vestno, točno in natančno. Tej razsežnosti avtor Berry (1991, 16–17) pripisuje največji pomen. Najmanj, kar uporabnik pričakuje za svoje plačilo, je dobro in pravočasno opravljena storitev. Izkušnja iz prakse pa kaže, da so uporabniki pripravljeni plačati tudi več za pravočasno in kakovostno opravljeno storitev. Poleg neposrednega rezultata zanesljivosti (zares zadovoljni uporabniki) poznamo tudi posredne rezultate zanesljivosti (prav tam, 18). Dejstvo je, da neizpolnjene obljube naredijo mnogo več škode kot koristi. Da se zagotovi zanesljivost pri opravljanju storitev je ključno, da je vodstvo storitveno naravnano, in da redno preverja opravljanje storitev z izbranimi in usposobljenimi zaposlenimi, ki zanesljivo opravljeno storitev omogočijo (prav tam, 21).

– **Odzivnost** pomeni zagotavljanje takojšnje storitve učinkovito, pripravljenost pomagati uporabnikom. Uporabniki so z izvajalcem v interaktivnem odnosu, ki se na njihove potrebe takoj odzove.

– **Občutek zaupanja (jamstvo)** predstavlja več podrazsežnosti, in sicer:

- a) *pristojnost* – znanje, strokovnost in usposobljenost osebja za opravljanje storitev;
- b) *vljudnost* – prijaznost zaposlenih, spoštovanje in upoštevanje uporabnikov;
- c) *zaupanje* – zaupanje, prepričljivost in poštenost izvajalcev storitev;
- d) *varnost* – odsotnost tveganja in dvomov;
- e) *razumevanje uporabnikov* – prizadevanje izvajalca, da bi poznal uporabnike in njihove potrebe.

– *Usmerjenost pozornosti k uporabnikom (empatija)* predstavlja skrb za posameznega uporabnika, pri tem sta ključna komunikativnost izvajalca ter sprotno informiranje s strani vodstva in drugih zaposlenih.

– *Otipljivost, vidnost (fizični dokazi)* se nanaša na fizično okolje in otipljive dokaze. Gre za razsežnost, kateri rezultati raziskav pripisujejo najmanjši pomen. Ostale razsežnosti (z izjemo zanesljivosti) so ocenjene kot približno enako pomembne (Bergman in Klefsjoe 1994, 269).

Model je sestavljen iz 2 delov in meri *pričakovanja* uporabnikov ter *izkušnje/zaznave* uporabnikov storitev. Prvi del trditev se nanaša na *pričakovanja uporabnikov in predstavlja* mnenja (stališča) uporabnikov o stopnji kakovosti storitev določene organizacije. Za vsako organizacijo bi moralo biti pomembno, da pozna dejavnike, ki vplivajo na pričakovanja uporabnikov, saj je končna ocena kakovosti storitev organizacije odvisna predvsem od pričakovanj. Ti dejavniki so: informacije od ust do ust, potrebe posameznika, pretekle izkušnje in (zunanja) komunikacija (Zeithaml 1990, 19–25). Drugi del modela predstavlja sklop vsebinsko identičnih trditev, ki se nanašajo na *zaznavanja/izkušnje* uporabnikov, z namenom, da se meri ocena uporabnikov o dejanski kakovosti storitev točno določene organizacije.

Oceno kakovosti storitev dobimo z izračunom razlike med ocenami, ki so jih uporabniki podali v zvezi s pričakovanji ter tistimi, ki so jih podali v zvezi z dejanskim zaznavanjem kakovosti storitev. SERVQUAL oceno izračunamo na naslednji način: SERVQUAL ocena = zaznana ocena – pričakovana ocena. Na ta način izračunamo povprečje za vsako dimenzijo, tako pričakovanj kot izkušenj.

Razlika med pričakovanji in zaznavami za vsako razsežnost kakovosti je merilo kakovosti in končni rezultat nam pokaže, ali so bila uporabnikova pričakovanja presežena ali ne. Kadar so izkušnje uporabnika enake pričakovanjem ali presežene, lahko govorimo o zadovoljstvu. Kakovost storitve je nezadovoljiva, ko so izkušnje uporabnika manjše od pričakovanj (Palmer 1998, 164).

SERVQUAL ocena pokaže tiste elemente v organizaciji, ki so za uporabnika najbolj kritični. Tako dobimo uvid na področja, kjer so potrebne izboljšave. Negativne ocene

kažejo na pomanjkljivosti organizacije v očeh uporabnika. Večja kot je razlika med pričakovanji in zaznavami, slabša je kakovost. Uporabnik je nezadovoljen, kadar njegova pričakovanja presegajo izkušnje (Zeithaml in Bitner 1996, 155).

Avtorji modela SERVQUAL so želeli, da model postane generični instrument za merjenje kakovosti storitev na različnih področjih. Model predstavlja ogrodje, ki se ga da prilagoditi za potrebe posamezne organizacije. Preučevali in implementirali so ga v različnih okoljih, v industriji, prodaji, neprofitnih organizacijah ter na različnih kulturnih področjih (Parasuraman in drugi, 1985).

Model SERVQUAL je deležen tudi številnih kritik oziroma poskusov izboljšav. Očitali so mu nepraktičnost, obširnost vprašalnikov, da pričakovanja ne obstajajo ali pa niso dovolj jasna anketirancem, da bi lahko bila primerjalna vrednost, s katero bi lahko ocenili percepcijo (Cronin in Taylor v Uran 2004, 95).

Ter (Potočnik 2000, 107):

- da so trditve za uporabnike zavajajoče;
- da sta uporabljena dva ločena seznama trditev, od katerih se merijo pričakovanja v zvezi z določeno storitvijo na splošno za vse ustanove, medtem ko se zaznave nanašajo na točno določenega izvajalca storitev;
- da se meri pred in po opravljeni storitvi;
- da je problematična uporaba večstopenjske Likertove lestvice;
- navedenih trditev ni možno uporabiti v vseh primerih, saj so lahko nekatere trditve natančno opredeljene, drugod pa to ni mogoče;
- anketiranci se jasno opredeljujejo le do enega kriterija (najpogosteje zanesljivosti), fizične dokaze pa delijo na opremo in zaposlene;
- odgovori po opravljeni storitvi niso najbolj realni (uporabniki z negativno izkušnjo ponavadi pretiravajo v svojih pričakovanjih ipd.);
- model ne upošteva same izvedbe storitev (zanesljivejša bi bila primerjava postopka izvedbe in končnega vtisa o opravljeni storitvi);
- uporabnikovih pričakovanj ni mogoče natančno opredeliti ipd.

Podatke, pridobljene z modelom SERVQUAL, lahko uporabimo za spremljanje sprememb v pričakovanjih in zaznavanjih uporabnikov, ugotavljanje segmentov uporabnikov in ocenjevanje zaznavanja kakovosti notranjih uporabnikov. Izračun SERVQUAL ocene lahko organizacija izvaja periodično – vsake pol leta ali enkrat letno. Takšna časovna primerjava v daljšem obdobju ne odkriva le sprememb v razkorakih, temveč kaže na spremembe v pričakovanjih, zaznavanjih ali pa celo v obeh. SERVQUAL oceno lahko, glede na namen, uporabimo za različne skupine ljudi. Uporabnike lahko, glede na njihove ocene (saj le-ti kakovost storitev različno zaznavajo), razdelimo še v več podskupin. Organizacija se na podlagi največje skupine uporabnikov lahko odloči, kakšno ponudbo bo za uporabnike izvajala. Model SERVQUAL pa je uporaben tudi znotraj same organizacije, še posebno takrat, kadar le-ta želi izvedeti, kako kakovostno storitev zaznavajo zaposleni.

Med proučevanjem literature o uporabnosti modela SERVQUAL za ocenjevanje kakovosti storitve in zadovoljstva bolnikov sem našla številne raziskave, ki so model uporabljale tako za ocenjevanje storitev v javni upravi kot v zdravstveni oskrbi (Ahuja, Mahlawat, Zehra Masod 2011; Babakus, Mangold 1992; Ozetić Došen, Škare, 2009;). Na temelju omenjenih raziskav sem se odločila uporabiti model SERVQUAL za ocenjevanje kakovosti v javnem zdravstvenem zavodu.

3 EMPIRIČNI DEL

Empirični del naloge je razdeljen na dva sklopa. V prvem sklopu sem s pomočjo intervjuja z direktorico CZBO Magdaleno Urbančič ter na osnovi letnega poročila iz leta 2013 o delovanju CZBO ugotavljala, kateri elementi NJM so prisotni v CZBO.

V drugem sklopu sem raziskovala pričakovanja bolnikov v primerjavi z zaznavami dejanske izvedbe oz. njihovimi izkušnjami v CZBO s pomočjo modela SERVQUAL. Namen študije primera je ugotoviti zadovoljstvo uporabnikov storitev s kakovostjo storitev v konkretnem javnem zdravstvenem zavodu. Odgovoriti želim na naslednja raziskovalna vprašanja:

1. Kakšne percepcije imajo posamezniki o kakovosti zdravstvenih storitev?

2. Kateremu elementu kakovosti pripisujejo uporabniki storitve največji pomen?
3. Kako so uporabniki storitve zadovoljni, glede na svoja pričakovanja in zaznave, s kakovostjo zdravstvenih storitev v CZBO?

3.1 Načela NJM v CZBO

3.1.1 Predstavitev centra za zdravljenje otrok (CZBO)

Javni zdravstveni zavod, Center za zdravljenje otrok, se nahaja v Šentvidu pri Stični.⁹ Na podlagi 45. in 46. člena Zakona o zavodih (Ur. l. RS 12/91 in 8/96), Zakona o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS 9/92, 37/95 in 8/96) in Odloka o ustanovitvi je Center za zdravljenje bolezni otrok, s sedežem v Šentvidu pri Stični 44, specialna bolnišnica, ki opravlja zdravstveno dejavnost na sekundarni ravni. Center je bolnišnična ustanova, kjer se opravlja dejavnost rehabilitacije kronično bolnih otrok v starosti od 0 do 19 let. Poleg tega skrbijo tudi za otroke v terminalni fazi bolezni, pri katerih ozdravitev ni možna. Cilj bolnice je doseči, da poleg zdravljenja bolezni otroka naučijo bolezen sprejeti ter z njo živeti. Tako si zna otrok pomagati sam in se zaradi bolezni ne počuti manjvrednega in zapostavljenega v družbi. V bolnici je poskrbljeno za osnovnošolsko izobraževanje, tako otroci pridobijo tudi veščine usklajevanja bolezenskega stanja z obveznostmi. V celotno oskrbo otrokovega zdravljenja so poleg medicinskega osebja, potrebnega za zdravljenje in nego, vključeni še fizioterapevti, delovni terapevti, psihologinja in socialna delavka.

Dejavnost zavoda se skladno s standardno klasifikacijo dejavnosti razvršča v: bolnišnično zdravstveno dejavnost in izvenbolnišnično zdravstveno dejavnost – specialistično ambulantno dejavnost. CZBO v okviru gospodarske dejavnosti upravlja in gospodari z zemljišči in nepremičninami, skrbi za vzdrževanje objektov zavoda, skrbi za nastanitev in prehrano bolnikov ter druge dejavnosti – prodaja prostih kapacitet na trgu.

Delovni proces je v CZBO organiziran v: zdravstveni enoti, strokovni službi in tehnični enoti. Zdravstvena enota ima: bolniški oddelek, oddelek za ambulantno in

⁹ Vse informacije, ki sem jih uporabila za predstavitev centra so dostopne na internetni strani: www.czbo.si (datum dostopa: 30.7.2013)

izvenbolnišnično dejavnost, priročni hematološki in urinski laboratorij, EKG, rehabilitacijo, fizioterapijo z bazenom in delovno terapijo in zdravstvenovzgojno dejavnost. Strokovna služba ima: sprejemno in administrativno službo, splošno in kadrovske službo ter računovodstvo. Tehnična enota ima: ekonomsko–nabavno in skladiščno službo, kuhinjo, pralnico s šivalnico, vozni park ter park in vrt. O notranji organiziranosti zavoda in spremembah ter o nalogah enot odloča direktorica.

CZBO načrtuje svoje delo in razvoj v skladu s sprejetim planom zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji ter v skladu s planskimi usmeritvami ustanovitelja. Pri pripravi delovnih in razvojnih planov CZBO upošteva možnosti pridobitve sredstev za svoje delo in razvoj:

- na podlagi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
- od ustanovitelja,
- s prodajo storitev na trgu.

Zavod sprejema delovne in razvojne plane v rokih, določenih z zakonom ali na podlagi odredbe ustanovitelja.

Sredstva za delo in razvoj pridobivajo s plačilom za storitve, opravljene na podlagi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na podlagi pogodbe z Ministrstvom za zdravstvo RS za naloge, ki se na podlagi zakona financirajo iz republiškega proračuna, s plačilom za storitve, opravljene na podlagi pogodb za druge pravne ali fizične osebe, s prodajo storitev na trgu, od daril ter iz drugih namenskih ali nenamenskih virov.

3.1.2 Rezultat analize intervjuja in poslovnega poročila

Pri opredelitvi elementov NJM v CZBO bom izhajala iz koncepta Kovačeve (2007, 131), ki meni, da praktično uvajanje podjetniških konceptov poteka na sledeč način:

- ločitev politične (strateške) in strokovne (operativne, izvajalske) funkcije;
- naravnost k rezultatom, uspešnosti in učinkovitosti, h kvaliteti storitev, merjenje učinkov in vzpostavljanje odgovornosti;
- usmerjenost k uporabnikom;
- decentralizacija in delegiranje odgovornosti;

- fleksibilnost preko deregulacije in strateškega menedžmenta;
- uvajanje konkurenčnosti in privatizacija;
- izboljšanje upravljanja človeških virov;
- izboljšanje komunikacije preko deregulacije in uvajanja informacijske tehnologije ter smotrna izraba finančnih sredstev.

Za vsak posamezni segment bom preverila, če se izvaja v CZBO in na kakšen način. Pod posamezne segmente bom umestila spoznanja, ki sem jih dobila iz intervjuja z direktorico CZBO Magdaleno Urbančič (Urbančič 2013) ter iz letnega poslovnega poročila CZBO za leto 2012 (Center za zdravljenje bolezni otrok, 2013).

➤ **Ločitev politične (strateške) in strokovne (operativne, izvajalske) funkcije**

Upravljanje javnih zdravstvenih zavodov mora potekati v skladu s pravnimi okviri. V CZBO sem ugotovila, da ima vodstvo proste roke pri notranji organizaciji dela, uvajanju izboljšav, dobrih praks, pridobivanju dodatnih virov financiranja.

➤ **Naravnost k rezultatom, uspešnosti in učinkovitosti, h kakovosti storitev, merjenje učinkov in vzpostavljanje odgovornosti**

Ugotovila sem, da v CZBO:

- merijo uspešnost, učinkovitost, ekonomičnost po računovodskih standardih;
- na podlagi analize in evalvacije posameznih programov in glede na te rezultate spreminjajo program dela, vodenja projektov;
- spremljajo delovne procese na vseh področjih dejavnosti, ker želijo na ta način doseči večjo kakovost; sledijo vsem predpisanim zahtevam s strani ministrstva glede kakovosti storitev;
- evidentirajo opis dela in procesov, to je pot do izboljšanje kliničnih poti ter posledično do posodobitev informacijskega sistema;
- dosegli so akreditacijo za DNV NIAHO¹⁰, ki zahteva za popolno doseglo cilja tudi ISO standard. Na presoji kakovosti so uspeli brez pristopne presoje (predpisani postopek), kar kaže na to, da so se temeljito pripravili in osvojili zadane standarde kakovosti. To je

¹⁰ Standard DNV – NIAHO predpisuje standarde delovanja vseh področij bolnice, na zdravstvenem ter na vseh podpornih procesih. Podeljuje ga mednarodna akreditacijska hiša DNV (Det Norske Veritas). (vir: <http://dnvaccreditation.com/pr/dnv/default.aspx>, 30.7.1979)

rezultat sodelovanja vseh zaposlenih, ki so lahko na podlagi izkušenj predlagali izboljšave in pripravili ustrezno dokumentacijo.

➤ **Usmerjenost k uporabnikom**

Uvajajo dodatne edukacijske programe za bolnike (na primer: šola zdravega načina življenja, šola kakanja, šola lulanja); imajo napisane informacije za starše ob sprejemu otroka v bolnico.

Leta 2002 so začeli z anketiranjem staršev o počutju otrok v bolnici ter na osnovi pisnih pripomb uvedli nekaj izboljšav.

So edina bolnica v Sloveniji, ki je prilagodila anketo zadovoljstva otrokom. Kategorije, ki se ocenjujejo, so: sprejem v bolnišnico, delo medicinskega osebja, otrokovo zdravljenje, okolje in prehrana, odpust iz bolnišnice. Tekom celega leta delijo ankete staršem.

➤ **Decentralizacija in delegiranje odgovornosti**

Delo imajo organizirano po delovnih timih, kjer usklajujejo mnenja. Razvili so se v uspešen kolektiv, kljub temu pa odgovornost za vse odločitve nosi direktorica.

➤ **Fleksibilnost preko deregulacije in strateškega menedžmenta**

Imajo napisano vizijo, poslanstvo in strategijo zavoda, katerim sledijo.

Glavno vodilo CZBO je: "za uspeh je potreben strokovno usposobljen kader, ki se dobro počuti na delovnem mestu, delovni kolektiv mora biti enoten z jasno postavljenimi cilji in z željo po doseganju teh ciljev. Cilj je uspešna rehabilitacija otroka, ki je vesel svojega uspeha in s tem so tudi zadovoljni starši." (Urbančič 2013, 2)

Pred devetimi leti so začeli z dolgoročnim planiranjem, ki so ga podprli z izobraževanjem na poslovnem in strokovnem področju.

Primer proaktivnega delovanja na strokovnem področju je analiza laboratorijskih izvidov otrok s prekomerno telesno težo in ugotavljanje kritičnih dejavnikov za nastanek neakutnih kroničnih bolezni in s tem vplivanje na nacionalno opredelitev smernic za delo s to populacijo otrok.

Primer proaktivnega delovanja na poslovnem področju je iskanje dodatnih virov financiranja in s tem prepoznavnost bolnišnice v prostoru. Kot primer je iskanje možnosti dodatnega dela: glede na neurgentno dejavnost bolnišnice se odpira možnost tudi nove dejavnosti, na primeroskrba starejših.

➤ **Uvajanje konkurenčnosti in privatizacija**

CZBO je edina tovrstna ustanova v Sloveniji in ni primerljiva z ostalimi bolnišnicami zaradi svoje dejavnosti in predstavlja neakutno bolnišnico. Primerljiva je lahko po zadovoljstvu uporabnikov, doseženih rezultatih poslovanja in splošnih karakteristikah kakovosti (poškodbe oz. padci, bolnišnične infekcije, preležanine in podobno), zadovoljstvu zaposlenih. Tako privatizacija ni aktualna zaradi narave dejavnosti (pri njih se zdravijo predvsem kronično bolani otroci). Pranje perila so predali zunanjim sodelavcem. Analizirali so možnost, da bi to naredili tudi s čiščenjem prostorov, a se za enkrat se za to še niso odločili. Vzpostavili so prodajo na trgu, s prodajanjem toplih obrokov za starejše občane in oddajanjem terapijskega bazena za plavalne tečaje.

➤ **Izboljšanje upravljanja človeških virov**

Sistem nagrajevanja dela je usklajen z zakonodajo. Problem vidijo največkrat v tem, da v javnem sektorju ni argumenta, s katerim bi nagradil zaposlenega, zato so še vedno največja stimulacija pohvala in dobri medsebojni odnosi.

Poseben poudarek dajejo letnemu razgovoru z zaposlenim, kjer jasno postavijo cilje dela za naslednje leto in ti cilji za posameznika so usklajeni z njegovo vizijo in planom dela, ki ga naredi predpostavljeni, temu sledi ocena realizacije teh ciljev.

Leta 1997 so začeli s planom izobraževanj, postopnim šolanjem zaposlenih s VI. stopnje na VII. stopnjo, v to so bili vključeni vsi fizioterapevti, delovni terapevti in višje medicinske sestre. Za V. stopnjo izobrazbe so potekala kolektivna izobraževanja za posamezna področja dela – tako za medicinski kot nemedicinski del. Istočasno so potekala tudi različna izobraževanja glede standardizacije kakovosti dela.

Še vedno pripravljajo izobraževanja za strokovni del z namenom izboljševanja strokovne kakovosti storitev kot tudi za notranjo krepitev zaposlenih z namenom boljše komunikacije, večanja pripadnosti in inovativnosti ter preprečevanja izgorevanja na delovnem mestu. Izvajajo anketiranje zaposlenih o zadovoljstvu na delovnem mestu.

➤ **Izboljšanje komunikacije preko deregulacije in uvajanja informacijske tehnologije ter smotrna izraba finančnih sredstev**

Uporabljajo intranet, ki mogoča sistematično vodenje evidence o poteku zdravljenja posameznega bolnika, in tako hiter dostop do celostne informacije, kadar je potrebna, npr. ob obisku staršev. Posodobili so informacijski sistem. To je bil osnovni pogoj tako na zdravstveni kot poslovni strani, da so lahko začeli spremljati dogajanja v bolnišnici, hkrati jim to omogoča primerjave z ostalimi bolnicami v Sloveniji.

Vlagajo v izboljšavo bivalnih pogojev, kompletno so renovirali celotno bolnišnico. Projekt je bil financiran delno iz investicijskih in vzdrževalnih sredstev same bolnišnice, delno pa iz dolgoročnega kredita, ki bo iztekel v letu 2015. Druga faza obnove se je v višini 85 % financirala z norveškega finančnega sklada »Norway grants«¹¹ in 15 % s strani Ministrstva za zdravje RS kot ustanovitelja bolnišnice.

V letu 2012 so pristopili k akreditacijskemu sistemu, za katerega niso potrebovali predhodne presoje in pri tem prihranili določena sredstva (zaradi predhodnega dela in temeljite priprave).

– trenutno (leto 2013) odplačujejo dolgoročni kredit in ne izločajo sredstev v rezervni sklad.

Na podlagi analize intervjuja je razvidno, da se v CZBO ločuje strateška od politične funkcije, da se spreminja organizacijska struktura (stremijo k decentralizaciji), uvajajo dolgoročno planiranje, imajo uvedeno specifikacijo ciljev in nalog, merijo zadovoljstvo uporabnikov in kakovost storitev, prisotni so na finančnem trgu, imajo standardizirane naloge, merijo učinkovitost, uspešnost in ekonomičnost delovanja, delo temelji na osnovi timov, del svoje dejavnosti so prenesli na zasebne izvajalce ter imajo sistem nagrajevanja zaposlenih. Vse to pa so ključni elementi koncepta novega javnega menedžmenta.

3.2 Zadovoljstvo uporabnikov in kakovost storitev v CZBO

3.2.1 Opis anketnega vprašalnika

Vprašalnik je sestavljen iz vprašanj zaprtega in odprtega tipa. Vprašanja zaprtega tipa so grozdi vprašanj, kjer je pri vsakem vprašanju možnost dodatnega prostega odgovora.

¹¹ Sredstva iz Norway grants so bila pridobljena na razpisu za programsko obdobje 2004–2009.

Za merjenje pričakovanj in zaznav o kakovosti storitev sem uporabila Likertovo 5–stopenjsko lestvico, ki zavzema vrednosti od 1 do 5, pri čemer 1 pomeni – se sploh ne strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

V študiji primera sem uporabila vprašalnik SERVQUAL. Ugotovitve nekaterih raziskav (Parasuraman in drugi 1991) kažejo, da je potrebno pri ugotavljanju kakovosti storitve vključiti uporabnike in izvajalce storitve. Tako anketiranje bi bilo za mojo nalogo preobsežno, zato sem se odločila anketirati le uporabnike storitve. Različni avtorji so pokazali, da model SERVQUAL to dopušča, prav tako so potrdili tudi primernost SERVQUALA za merjenje zadovoljstva v bolnicah, prav tako so bile izvedene pilotne študije, ki so preverile, katera vprašanja so primerna za raziskavo (Babakus in Mangold, 1992).

Pri sestavi vprašalnika sem se opirala na vprašalnik, ki so ga sestavili avtorji modela SERVQUAL (Zeithaml in drugi, 1996). V vprašalniku sem zajela vseh 5 razsežnosti za ugotavljanje pričakovanj in izkušenj s kakovostjo storitev. Vsebinski sklopi obravnavajo:

- ZANESLJIVOST: zanesljivost vodstva glede izvajanja in organiziranja zdravstvenih storitev, reševanja problemov, izpolnjevanja obljub o strokovnosti storitev (o delu brez napak).
- ODZIVNOST: odzivnost zdravstvenih delavcev na pacientove želje in potrebe.
- ZAUPANJE: zmožnost zdravstvenih delavcev, da vzpostavijo zaupen odnos do odjemalcev.
- USMERJENOST POZORNOSTI K ODJEMALCU: zmožnost empatije zdravstvenih delavcev.
- FIZIČNO OKOLJE: vidne sestavine (oprema, sobe) bolnice in urejenost zdravstvenih delavcev.

V centru za zdravljenje bolezni otrok se zdravijo otroci do 15. leta starosti, zato sem vprašalnike razdelila njihovim staršem. Standardni anketni vprašalnik SERVQUAL, ki je sestavljen iz 22 trditev, sem omejila le na 15 trditev. Za to sem se odločila na podlagi ugotovitev različnih raziskav, ki so s pomočjo modela SERVQUAL ocenjevale

kakovost storitev v bolnišnicah (Ahuja, Mahlawat in Masod 2011; Babakus, Mangold 1992; Ozretić Došen in drugi 2010).

Vprašalnik je tako sestavljen iz sklopov vprašanj in trditev. Vsaka trditev v vprašalniku ima dve različici: prva se nanaša na pričakovanja posameznikov o CZBO, druga pa na doživete izkušnje v CZBO (Priloga 1). Vprašalnik je razdeljen v 3 sklope. V prvem sklopu so splošna vprašanja: o starosti, spolu in stopnji izobrazbe. Drugi sklop vprašalnika zajema pričakovanja odjemalcev o CZBO, tretji sklop pa odjemalčevo zaznavanje oz. izkušnje v CZBO. Poleg navedenih sklopov lahko odjemalci na koncu dopišejo svoje mnenje o zadovoljstvu s CZBO.

Poudariti je potrebno, da se z modelom SERVQUAL meri predvsem funkcionalna kakovost. Tehnična kakovost je specifična za vsako panogo posebej.

3.2.2 Vzorec raziskave

V študiji primera sem zajela skupino posameznikov, ki so posredni uporabniki storitev (starši otrok, ki so na zdravljenju v CZBO). Ankete so bile med 13. in 17. majem 2013 razdeljene 26 staršem. Trenutno število otrok, ki so bili v tem obdobju na zdravljenju v CZBO, je 31. Starši, ki v terminu anketiranja niso obiskali CZBO, niso bili vključeni v anketo. Vrnjenih sem dobila 26 (pisno) izpolnjenih anketnih vprašalnikov, kar predstavlja 83,87 % pacientov CZBO.

3.2.3 Obdelava podatkov

Z anketnimi vprašalniki sem zbrala vse potrebne podatke, ki sem jih nadalje primerjala in analizirala s pomočjo ustrezne statistične metode v programu SPSS za Windows in Excell. Rezultate sem prikazala v tabelah oz. slikah.

Za lažje razumevanje sem uporabila tabelo o ravneh zadovoljstva, ki jo navaja Glanzeva (Glanz 1994, 24).

Tabela 3.1: Ravni zadovoljstva

IZKUŠNJA/ZAZNAVA	ANKETIRANEC	OCENA
prijetno presenečen	zelo zadovoljen	5
presežena pričakovanja	zadovoljen	4
kot je pričakovati	nevtralen	3
pod pričakovanjem	vznemirjen	2
zelo razočaran	počuti se prevaranega	1

Vir: Glanz 1994, 24.

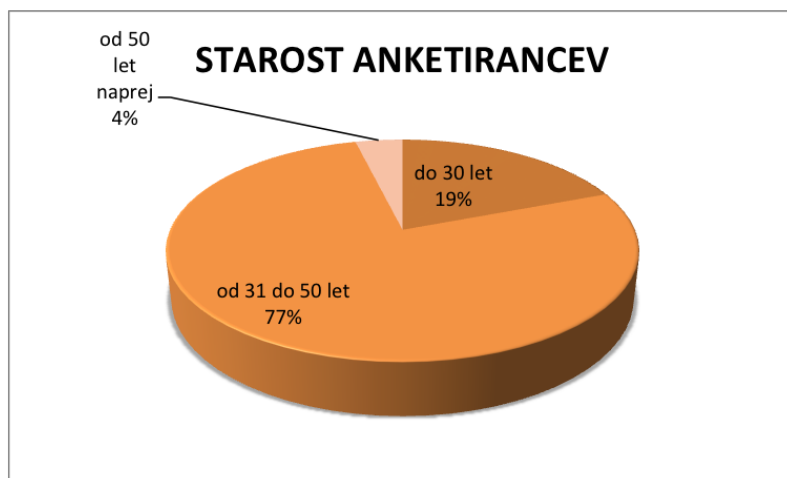
Iz Tabele 3.1 razberemo naslednje: če je anketiranec ocenil storitev s 4, potem je izvedba storitev preseгла njegova pričakovanja, in je le-ta zadovoljen. Višja ocena (5) pomeni, da so njegove zaznave zelo presegle pričakovanja, ocena 3 pa, da je anketiranec »dobil«, kar je pričakoval. Ocen 1 in 2 pomenita, da anketiranec ni zadovoljen s samo izvedbo storitev, in da so njegova pričakovanja višja od njegovih zaznav ali dejanskih izkušenj.

3.2.4 Analiza rezultatov anketnega vprašalnika

V I. sklopu (Priloga 1) so splošna vprašanja o starosti, spolu in stopnji izobrazbe.

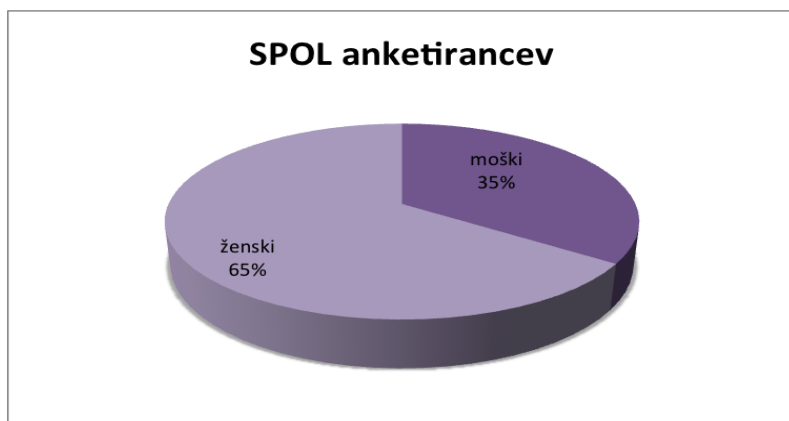
Največji del (77 %) anketirancev je starih od 31 do 50 let. 19 % (5 oseb) je mlajših od 30 let in 4 % anketiranih (1 oseba) je starejša od 50 let (Slika 3.1).

Slika 3.1: Starost anketiranih staršev



V anketi je sodelovalo 65 % žensk in 35 % moških (Slika 3.2).

Slika 3.2: Spol anketiranih staršev



Največ anketirancev ima višjo izobrazbo ali več, zaključeno srednjo šolo (50 %), osnovno šolo ali manj (4 %), poklicno ali srednjo šolo (46 %) (Slika 3.3).

Slika 3.3: Stopnja izobrazbe anketiranih staršev



Drugi sklop anketnega vprašalnika obsega petnajst trditev, ki se nanašajo na pričakovanja staršev o storitvah v CZBO. Trditve so razdeljene v pet sklopov (vrzeli). Vsaka trditev se ocenjuje s 5–stopenjsko Likartovo lestvico, kjer 1 pomeni – se sploh ne strinjam, 5 – se popolnoma strinjam.

S prvim sklopom vprašanjem sem želela ugotoviti, kakšna so pričakovanja staršev o zanesljivosti vodstva v CZBO (Tabela 3.2).

Tabela 3.2: Pričakovanja o zanesljivosti vodstva

ZANESLJIVOST VODSTVA	povprečna vrednost
P1 – obljubljen čas	4.153846154
P2 – reševanje problemov	4.461538462
P3 – usposobljeni zdravstveni delavci	4.423076923

Iz Tabele 3.2 je razvidno, da anketiranci v povprečju od vodstva najbolj pričakujejo (4,46) razumevanje in pomoč ob morebitnih težavah oziroma pri reševanju nepredvidenih problemov ali težav, ki bi jih pacient imel v bolnišnici.

Precej visoka povprečna vrednost (4,42) je izražena tudi o usposobljenosti delavcev, kjer se pričakuje brežhibno opravljeno delo. Malo nižja vrednost (4,15) je glede zagotavljanja storitev (terapij) v obljubljenem časovnem roku.

Z drugim sklopom vprašanj sem želela izvedeti, kakšna so pričakovanja staršev o odzivnosti zdravstvenih delavcev v CZBO (Tabela 3.3).

Tabela 3.3: Pričakovanja o odzivnost zdravstvenih delavcev

ODZIVNOST ZDR. DELAVCEV	povprečna vrednost
P4 – informiranost o poteku terapij	3.653846154
P5 – hitra oskrba pacientov	4.307692308
P6 – vedno pripravljeni pomagati	4.576923077

Iz Tabele 3.3 je razvidno, da anketirani starši od zdravstvenih delavcev najbolj pričakujejo (4,58) da so le-ti vedno pripravljeni pomagati pacientom (njihovim otrokom). Prav tako visoko, a vendar nekoliko nižje, je pričakovanje o hitri oskrbi pacientov (4,31). Starši manj pričakujejo, da jih bodo informirali o poteku (urniku) terapij njihovih otrok (3,65). Rezultati v tabeli 3.3 prikazujejo, da so starši najbolj pričakovali pripravljenost zdravstvenih delavcev, da vedno pomagajo otrokom. Informiranost o poteku terapij jim ni toliko pomembna, važno je le, da je opravljena.

Tretji sklop vprašanj se je nanašal na pričakovanja staršev o zaupanju zdravstvenim delavcem v CZBO (Tabela 3.4).

Tabela 3.4: Pričakovanja o zaupanju zdravstvenim delavcem

ZAUPANJE ZDR. DELAVCEM	povprečna vrednost
P7 – izkušnje	4.5
P8 – znanje (svetovljanstvo)	4.230769231
P9 – prijaznost	4.307692308
P10 – spoštovanje	4.5

Kot je razvidno iz Tabele 3.4 imajo anketirani starši na splošno visoka pričakovanja o zaupanju zdravstvenim delavcem, kar kažejo povprečne vrednosti pri vseh trditvah. Anketiranci najbolj pričakujejo od zdravstvenih delavcev izkušnje, ki jih imajo pri svojem delu (4,5) in spoštovanje (4,5), tako medsebojno kot tudi z nadrejenimi. Anketiranci imajo prav tako visoka pričakovanja glede prijaznosti zaposlenih v CZBO (4,31) in malo nižja pričakovanja glede razgledanosti osebja bolnice (4,23)

S četrtem sklopom vprašanj sem želela izvedeti, kakšna so pričakovanja anketirancev glede empatičnosti zdravstvenih delavcev; kakšna pričakovanja imajo o tem, ali/koliko osebje bolnice razume potrebe uporabnika (Tabela 3.5).

Tabela 3.5: Pričakovanja o empatičnosti zdravstvenih delavcev

SKRB ZDR. DELAVCEV ZA PACIENTE	povprečna vrednost
P11 – upoštevajo potrebe pacientov	4.346153846
P12 – poznajo potrebe pacientov	4.692307692

Iz Tabele 3.5 je razvidno, da anketirani starši pričakujejo od zdravstvenih delavcev, da bodo upoštevali potrebe pacientov (4,35), še bolj pomembno pa jim je, da bodo poznali potrebe pacientov (4,69).

S petim sklopom vprašanj sem želela izvedeti pričakovanja staršev glede zunanje podobe, fizičnega izgleda CZBO (Tabela 3.6).

Tabela 3.6: Pričakovanja o zunanjem videzu CZBO

ZUNANJI VIDEZ CZBO	povprečna vrednost
P13 – tehnična opremljenost	3.884615385
P14 – prijetne sobe	3.769230769
P15 – urejeno osebje	3.846153846

Sklop pričakovanj o zunanjem izgledu CZBO sestavljajo najnižje povprečne vrednosti, kot je razvidno iz Tabele 3.6. Do podobnih ugotovitev, glede najmanjšega pomena o fizičnem okolju, so prišli tudi Zeithamlova, Parasuraman in Berry v svojih raziskavah (1990).

Anketirani starši imajo največja pričakovanja glede tehnične opremljenosti bolnice (3,88). Malo nižja pričakovanja imajo o urejenosti zdravstvenega osebja (3,85), sob, pohištva in barvi zidov (3,78).

Tretji del anketnega vprašalnika je sestavljen, podobno kot II. sklop, iz petih sklopov različnih trditev, ki se nanašajo na izkušnje oziroma zaznave staršev v CZBO.

S prvim vprašanjem sem želela ugotoviti, kakšne so dejanske izkušnje staršev z zanesljivostjo vodstva v CZBO (Tabela 3.7).

Tabela 3.7: Izkušnje z zanesljivostjo vodstva CZBO

ZANESLJIVOST VODSTVA	povprečna vrednost
I1 – obljubljen čas	4.5
I2 – reševanje problemov	4.653846154
I3 – usposobljeni zdravstveni delavci	4.769230769

Anketiranci imajo za vse kategorije nižja pričakovanja (glej Tabela 3.2).

Z drugim sklopom vprašanjem sem preverjala, kakšne so izkušnje anketiranih staršev o odzivnosti zdravstvenih delavcev s CZBO.

Tabela 3.8: Izkušnje o odzivnosti zdravstvenih delavcev v CZBO

ODZIVNOST ZDR. DELAVCEV	povprečna vrednost
I4 – informiranost o poteku terapij	4.115384615
I5 – hitra oskrba pacientov	4.692307692
I6 – vedno pripravljeni pomagati	4.884615385

Iz Tabele 3.8 je razvidno, da izkušnje anketiranih staršev presegajo pričakovanja (primerjava s Tabelo 3.3).

Tretji sklop vprašanj se nanaša na izkušnje staršev glede zaupanja zdravstvenim delavcem v CZBO (Tabela 3.9).

Tabela 3.9: Izkušnje glede zaupanja zdravstvenim delavcem v CZBO

ZAUPANJE ZDR. DELAVCEM	povprečna vrednost
I7 – izkušnje	4.730769231
I8 – znanje	4.615384615
I9 – prijaznost	4.807692308
I10 – spoštovanje	4.807692308

Kot je razvidno iz Tabele 3.9 in Tabele 3.4 so tudi izkušnje anketirancev glede zaupanja zdravstvenim delavcem v CZBO višje od pričakovanj. Visoke povprečne vrednosti kažejo, da so zdravstveni delavci v CZBO deležni visoke stopnje zaupanja staršev otrok, ki se zdravijo v omenjeni bolnišnici.

S četrtem sklopom vprašanjem sem preverjala, kakšne so izkušnje glede empatičnosti zdravstvenih delavcev v CZBO (Tabela 3.10).

Tabela 3.10: Izkušnje o empatičnosti zdravstvenih delavcev

EMPATIČNOST ZDR. DELAVCEV	povprečna vrednost
I11 – upoštevajo potrebe pacientov	4.538461538
I12 – poznajo potrebe pacientov	4.923076923

Rezultati anketiranih staršev kažejo na to, da so zdravstveni delavci v CZBO (Tabela 3.10) bolj empatični kot so starši pričakovali (Tabela 3.5).

Peti sklop vprašanj se nanaša na zaznave zunanjega videza CZBO in urejenost osebja. (Tabela 3.11)

Tabela 3.11: Zaznave zunanjega videza CZBO in zaposlenih

ZUNANJI VIDEZ CZBO	povprečna vrednost
I13 – tehnična opremljenost	4.307692308
I14 – prijetne sobe	4.615384615
I15 – urejeno osebje	4.692307692

Tudi glede tehnične opremljenosti bolnice, izgleda sob in urejenosti osebja imajo anketiranci boljše izkušnje kot pa so pričakovali (Tabela 3.6).

Na koncu anketnega vprašalnika (Priloga 1) je vprašanje odprtega tipa, kaj bi še želeli dodati o zadovoljstvu s CZBO, je odgovorilo 43,75 % anketiranih staršev. Odgovore sem razvrstila v dve skupini: prva se nanaša na CZBO, druga na zdravstvene delavce:

1. CZBO:

- Zelo sem zadovoljen s strokovnostjo.
- Kar tako naprej – zelo dobri ste. Hvala za pomoč pri spremljanju naših težav s hčerko.
- Če je otrok zadovoljen, smo tudi mi!
- Zadovoljni smo že zato, da se tukaj pomaga našim otrokom.
- Morda bi dodal kakšen športni objekt ali pa športno aktivnost, s katero bi mlade motiviral.
- Zahteve na Ministrstvo za zdravje RS za nove tehnologije.

2. Zdravstveni delavci:

- Vse osebje v CZBO je zelo pozorno prisluhnilo vsakemu našemu vprašanju. Ste prijazni in dobila sem veliko nasvetov za nadaljevanje zdravljenja doma.

Pregled odgovorov kaže, da gre za pozitivne trditve o CZBO in o zaposlenih. Kar pa ne pomeni, da starši nimajo negativnih izkušenj. Morda jih le niso zapisali.

Poglejmo še pregled dobljenih rezultatov pričakovanj in izkušenj anketirancev po kategorijah modela SERVQUAL:

Tabela 3.12: Ocene pričakovanj in izkušnje anketirancev glede po kategorijah modela SERVQUAL

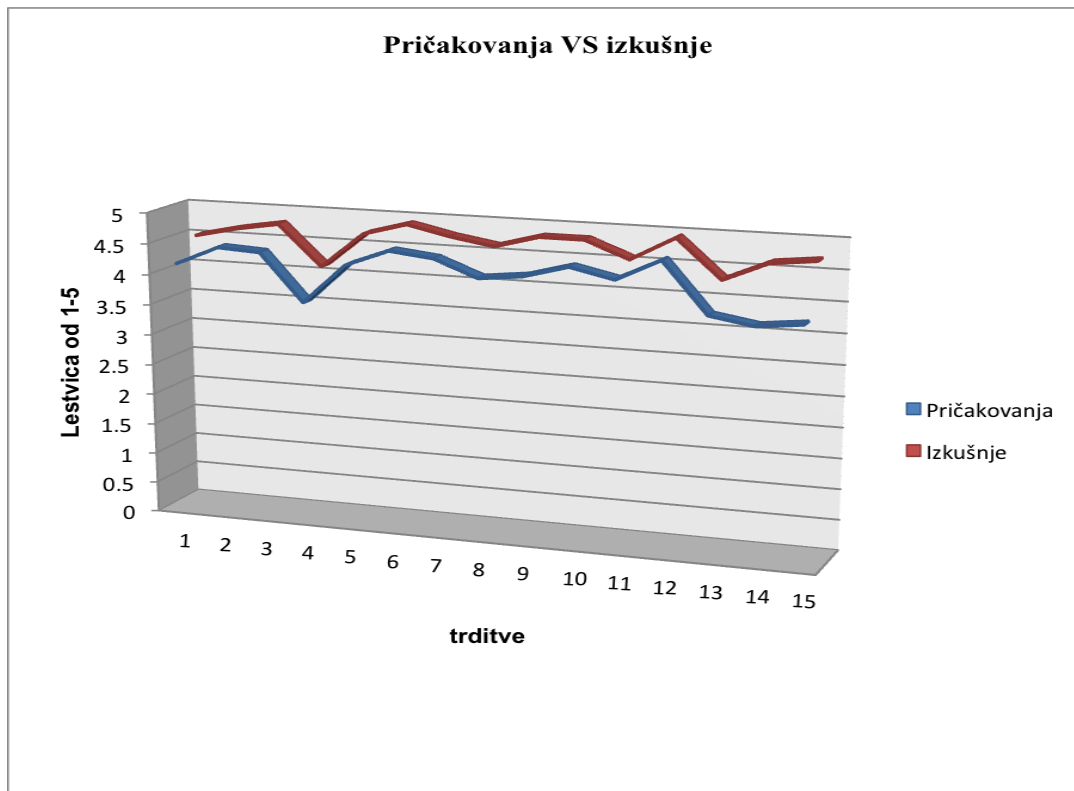
KATEGORIJA	TRDITEV	PRIČAKOVANJA – POVP. VREDNOST	IZKUŠNJE – POVP.VREDNOST	SERVQUAL OCENA
ZANESLJIVOST	1. Bolnišnica zagotavlja storitve v času, kot je obljubila (delovna terapija, fizioterapija, šola).	4.153846154	4.5	0.346153846
	2. Zdravstveni delavci nudijo pomoč in razumevanje ob morebitnih težavah pacienta.	4.461538462	4.653846154	0.192307692
	3. Bolnišnica delo opravlja brez napak.	4.423076923	4.769230769	0.346153846
		POVPREČNA SERVQUAL OCENA ZA ZANESLJIVOST		0.294871795
ODZIVNOST	4. Zdravstveni delavci bodo/so povedali, kdaj bo izvedena določena terapija.	3.653846154	4.115384615	0.461538462
	5. Zdravstveni delavci nudijo hitro oskrbo pacientom.	4.307692308	4.692307692	0.384615385
	6. Zdravstveni delavci so vedno pripravljeni pomagati pacientom.	4.576923077	4.884615385	0.307692308
		POVPREČNA SERVQUAL OCENA ZA ODZIVNOST		0.384615385
ZAUPANJE	7. V interakciji z zdravstvenimi delavci se pacient počuti varno.	4.5	4.730769231	0.230769231
	8. Zaposleni v bolnišnici so izobraženi in razgledani.	4.230769231	4.615384615	0.384615385
	9. Zaposleni v bolnišnici so vljudni in prijazni.	4.307692308	4.807692308	0.5
	10. Zaposleni v bolnišnici imajo odgovorno podporo s strani vodstva, da lahko svoje delo dobro opravljajo.	4.5	4.807692308	0.307692308
		POVPREČNA SERVQUAL OCENA ZA ZAUPANJE		0.355769231
EMPATIJA	11. Zdravstveni delavci v bolnišnici upoštevajo potrebe vsakega pacienta.	4.346153846	4.538461538	0.192307692
	12. Zdravstvenim delavcem je cilj individualni pristop k pacientu.	4.692307692	4.923076923	0.230769231
		POVPREČNA SERVQUAL OCENA ZA EMPATIJO		0.211538462
OTIPLJIVOST	13. Bolnišnica ima sodobno opremo.	3.884615385	4.307692308	0.423076923
	14. Bolnišnica je opremljena z vizualno privlačno opremo (barva sten, pohištvo).	3.769230769	4.615384615	0.846153846
	15. Osebe v bolnišnici je urejenega videza.	3.846153846	4.692307692	0.846153846
		POVPREČNA SERVQUAL OCENA ZA OTIPLJIVOST		0.705128205

Rezultati raziskave so pokazali, da je največji razkorak med izkušnjo in pričakovanjem pri trditvi št. 15. v kategoriji otipljivosti, kjer je anketirance prijetno presenetila urejenost osebja. Najmanjši razkorak pa je v kategoriji zanesljivosti, pri trditvi št. 2., kar kaže, da imajo anketiranci visoka pričakovanja glede pomoči bolnikom v primerih nepredvidenih težav. Delavci CZBO so tu pričakovanja uspešno izpolnili, kar kaže na visoko stopnjo kakovosti storitve bolnice.

Najmanjši razkorak, če pogledamo posamezne kategorije, je pri empatiji zdravstvenih delavcev (0,21). Največji pa v kategoriji otipljivosti pri tako imenovani vizualni podobi CZBO (0,7).

Če pogledamo pričakovanja anketirancev v Tabeli št. 3.12, vidimo, da se vrednosti gibajo od 3,65 (trditev št. 4) do 4,69 (trditev št. 12). Presenetljivo pa je, da so izkušnje na vseh področjih višje od pričakovanj, vrednosti se gibljejo med 4,16 (trditev št. 4) in med 4,92 (trditev št. 12.), kar je dodatna potrditev kakovosti delovanja CZBO (Tabela 3.13).

Tabela 3.13: Pričakovanja in izkušnje anketiranih staršev



4.2.2 Sklepne ugotovitve analize anketnih vprašalnikov

V nadaljevanju podajam ugotovitve, do katerih sem prišla z analizo anketnih vprašalnikov:

1. *Analiza rezultatov anketnega vprašalnika* je pokazala, da sem anketirala predvsem mame otrok, ki se zdravijo v CZBO. Očetje so predstavljali eno tretjino anketiranih. Skoraj dve tretjini anketiranih je starih med 31 in 50 leti. Polovica anketiranih ima višjo izobrazbo. Starši imajo izoblikovana pričakovanja o kakovosti storitev bolnišnic. Analiza rezultatov je pokazala, da so pričakovanja kot tudi dejanske izkušnje anketiranih staršev s kakovostjo storitev dokaj visoke in se gibljejo med 3 in 5 na 5-stopenjski lestvici, kjer ocena 3 pomeni, da je anketiranec v skladu s svojimi pričakovanji, 4, da so pričakovanja presežena in ocena 5 pomeni, da je anketiranec prijetno presenečen.

2. Analiza posameznih trditev je pokazala, da imajo anketiranci v povprečju najvišja pričakovanja kot tudi najboljše izkušnje/zaznav glede *empatičnosti zdravstvenih delavcev* (4,92). Najpomembnejše jim je, da osebje v CZBO prepozna potrebe pacientov. Najnižja pričakovanja (3,65) ter izkušnje (4,11) imajo z odzivnostjo zdravstvenih delavcev v delu, ki se nanaša na informiranje o poteku (urniku) terapij njihovih otrok.

3. Analiza posameznih razsežnosti (zanesljivost, odzivnost, zaupanje, empatija, otipljivost) po modelu SERVQUAL je pokazala, da je najmanjši razkorak med pričakovanjem in izkušnjo prav na področju empatije. Največji (0,70) pa je v kategoriji otipljivosti ali vidne podobe CZBO, kjer so bili starši prijetno presenečeni tako nad izgledom stavbe, bolniških sob kot tudi osebja.

Sklenem lahko, da so anketirani starši, glede na svoja pričakovanja in izkušnje, v povprečju zelo zadovoljni s kakovostjo storitev v CZBO. Starši imajo mnogo boljše izkušnje s kakovostjo storitev kot so pričakovali; bolje zaznavajo skrb in odgovornost vodstva, odzivnost zdravstvenih delavcev, njihovo sposobnost prepoznavanja potreb pacienta.

4. UGOTOVITVE IN PRIPOROČILA

V nalogi sem ugotavljala: kateri elementi NJM so prisotni v izbranem javnem zdravstvenem zavodu, v kakšni meri so udeleženci v raziskavi zadovoljni s kakovostjo zdravstvenih storitev v javnem zdravstvenem zavodu, glede na pričakovanja in zaznave, s čim so udeleženci v raziskavi najbolj oziroma najmanj zadovoljni v javnem zdravstvenem zavodu, ter prišla do naslednjih ugotovitev:

- V izbranem javnem zdravstvenem zavodu centru za zdravljenje bolezni otrok so prisotni vsi ključni elementi novega menedžmenta. In sicer se v CZBO spreminja organizacijska struktura (decentralizacija), uvaja se dolgoročno planiranje, imajo jasno specifikacijo dolgoročnih/kratkoročnih ciljev in nalog, merijo zadovoljstvo uporabnikov in kakovost storitev, so prisotni na finančnem trgu, imajo standardizirane naloge in procedure dela, merijo učinkovitost, uspešnost in ekonomičnost delovanja, delo temelji na osnovi timov, del svoje dejavnosti so prenesli na zasebne izvajalce, imajo sistem nagrajevanja zaposlenih, imajo postavljene mednarodne standarde kakovosti.
- Udeleženci v raziskavi so zelo zadovoljni s kakovostjo zdravstvenih storitev v javnem zdravstvenem zavodu. Pozitivne izkušnje so presegle njihova pričakovanja, na vseh področjih – razsežnostih (zanesljivost, odzivnost, zaupanje, usmerjenost k odjemalcu in vidnost (fizični dokazi), ki jih meri model SERVQUAL.
- Anketirani starši otrok, ki so hospitalizirani v CZBO, imajo najvišja pričakovanja kot tudi najboljše zaznave glede *empatičnosti zdravstvenih delavcev* (4,92), najpomembnejše jim je, da osebje v CZBO prepozna in prisluhne individualnim potrebam pacientov. Najnižja pričakovanja (3,65) ter izkušnje (4,11) imajo z odzivnostjo zdravstvenih delavcev v delu, ki se nanaša na informiranje o poteku (urniku) terapij njihovih otrok.

Na osnovi Fitzsimmonsove opredelitve, da so pričakovanja presežena, kadar uporabnik storitve zazna storitev kot izjemno kakovostno (1998, 270), ter glede na rezultate raziskave, lahko trdim, da je celotna usluga CZBO izjemno kakovostna. Izkušnje so najbolj presegle pričakovanja glede vizualne podobe CZBO (vizualna privlačnost sob, urejenost osebja, tehnična oprema). Najmanj pa so izkušnje uporabnikov presegle pričakovanja pri razsežnosti, ki meri empatičnosti zdravstvenih delavcev. Zanimivo je

tudi, da je povprečna vrednost pričakovanj 4,69, a povprečna vrednost izkušnje 4,92. Kot vidimo sta obe vrednosti ocenjeni izjemno visoko, na lestvici od 1–5).

Rezultati kažejo tudi na to, da starši otrok, ki so hospitalizirani v CZBO velik pomen pripisujejo zaupanju zdravstvenim delavcem: starši zaupajo zdravstvenim delavcem in v njihovo delo, se dobro počutijo, ker vejo, da so njihovi otroci v »dobrih rokah«, to pa lahko vodi do hitrejšega okrevanja otrok. Zdravstveni delavci so ne le s svojim znanjem, ampak tudi s svojim odnosom, predanostjo, čutom za potrebe bližnjega, tisti, ki imajo precej pomembno vlogo, da je pacient ob odpustu iz bolnišnice zadovoljen s storitvami. Rezultati so potrditev, da je kakovost storitve v javnem zdravstvenem zavodu nad pričakovanji. To morda kaže na trend izboljšav v slovenskem javnem zdravstvu oz. da lahko tudi javni zdravstveni zavodi zagotavljajo kakovostne usluge, kakršne nudijo v zasebnih zdravstvenih ustanovah. Hkrati pa je tudi potrditev, da je uporaba menedžerskih praks iz zasebnega sektorja koristna za uspešno delovanje javnih zdravstvenih zavodov.

Ugotovitve naloge kažejo na to, da javni zdravstveni zavod deluje po načelih NJM ter da so uporabniki zelo zadovoljni s storitvijo. Vendar pa se moramo zavedati tudi kritik NJM, ki pravijo, da ni dobro prenašati načel iz zasebnega v javni sektor, da primer ene dobre prakse še na pomeni, da lahko na ta način delujejo tudi drugi javni zdravstveni zavodi, da NJM ne posveča dovolj pozornosti demokratičnim vrednotam (javni interes, spoštovanje prava), da uporaba zasebnih praks v javnem sektorju lahko privede do zlorab in neetičnega delovanja (Brezovšek 2004, 29–30). V primeru CZBO bi to na primer lahko pomenilo, da zavod postane sem sebi namen, da stremi le k doseganju poslovnih rezultatov, pri tem pa pozabi na svojo prvenstveno nalogo, ki je zagotoviti kakovostno zdravstveno oskrbo.

Glede na to, da raziskava ne kaže na, pomanjkljivosti v delovanju CZBO, bi bilo edino priporočilo za prakso, da nadaljujejo z načinom dela, ki ga imajo, da spremljajo evropske/svetovne trende razvoja menedžmenta v zdravstvu. Merjenje kakovosti z modelom SERVQUAL bi bilo priporočljivo izvajati longitudinalno ter na tak način dobiti podrobnejši vpogled na delovanje menedžmenta. Koristna bi bila tudi primerjava s podobnimi javnimi zdravstvenimi zavodi v Evropski uniji, ki imajo *akreditacijo za standard kakovosti DNV NIAHO*.

5. LITERATURA

1. Ahuja, Markanday, Seema Mahlawat in Reba Zehra Mansood. 2011. Study Of Service Quality Management With Servqual Model: An Empirical Study Of govt/Ngo's Eye Hospitals Inharyana. *Indian Journal of Commerce and Management Studies* 2 (2):310–318.
2. Androniceanu, Armenia. 2007. *New Public Management, a Key Paradigm for Reforming Public Management in Romanian*. Dostopno prek: http://www.ramp.ase.ro/en/_data/files/articole/8_05.pdf (25. maj 2013).
3. Bateson, John E. G. 1992. *Managing Services marketing*. Orlando: Dryden Press.
4. Babakus, Emin in Glynn Mangold W. 1992. Adapting The SERVQUAL Scale To Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research* 26 (6): 767–786.
5. Behn, Robert D. 2011. *Leadership Responsibilities Not POSDCORB*. Dostopno prek: <http://www.hks.harvard.edu/thebehnreport/All%20Issues/July2011.pdf> (26. maj 2013).
6. Bergman, Bo in Klefsjoe Bengt. 1994. *Quality: from Customer Needs to Customer Satisfaction*. London: Mcgraw–Hill.
7. Berry, Leonard L. in A Parasuraman. 1991. *Marketing Services: competing through quality*. New York: Free Press.
8. Boland, Toni in David Silberg. 1996. Managing for quality: the impact of quality management initiative on administrative structure and resource management process in public sector organizations. *International Review of Administration Science* 62 (3): 351 – 367.
9. Brezovšek, Marjan. 2004. Različni pristopi k proučevanju upravne kulture in vrednot v javni upravi. V *Upravna kultura*, ur. Marjan Brezovšek in Miro Haček, 11–39. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
10. Candido, Carlos J. F. in D. S. Morris. 2000. Charting service quality gaps. *Total Quality Management* (11): 4–6.
11. Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.

12. Donabedian A. 1992. Quality assurance in health care: consumers' role. *Qual Health Care* (1): 247–51.
13. Fitzsimmons James A. in Mona J. Fitzsimmons. 1998. *Service Management*. Boston: McGraw–Hill.
14. Garson G. D. in E.S. Overman. 1983. *Public Management Research in US*. New York: Praeger.
15. Glanz, Barbara A. 1994. *Building Customer Loyalty*. New York: Mirror Press.
16. Gill, Liz in Lesley White. 2009. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services* 1 (22):8–19.
17. Groenroos, Christian. 1984. A service quality model and its implications. *European Journal of marketing* 18 (4): 36–44.
18. --- 2000. *Service Management and Marketing*. Chichester: John Wiley.
19. Hočevar, Franc. 2008. Položaj in vloga managementa v zdravstvu v zadnjih 20 letih – vzponi in padci. V *Sodobni vidiki vodenja v zdravstvu*. 5–8. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
20. Kotler, Philip. 1988. *Marketing management: Analysis, Planning, Implementation and Control*. London: Prentice Hall.
21. Kotler, Philip in Lian Fahey. 1994. *Marketing management, Analysis*. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall.
22. Kersnik, Janko. 1999. Zadovoljstvo bolnikov. *Medicinski razgledi* 38: 389–394.
23. --- 2010. *Kakovost v zdravstvu*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
24. Kovač, Polonca. 2002. Zakaj in kako uvesti evropski model kakovosti common assessment framework – CAF tudi v slovensko upravo. V Zbornik referatov: *Od ideje o kakovosti do dobrih praks v javni upravi*, 45–53. Ljubljana: Ministrstvo za notranje zadeve. Urad za organizacijo in razvoj uprav.
25. --- 2007. Podjetniški koncepti kot gibalno modernizacije Slovenske javne uprave. V *Ekonomski vidiki javnega sektorja*, ur. Ferfila Bogomil, 94–256. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
26. Kovač, Polonca in Karmen Kern–Pipan. 2005. Celovito izboljševanje javne

- uprave z integracijo različnih pristopov na temelju modela odličnosti EFQM. V *Sodobna javna uprava*, 34–38. Ljubljana: Ministrstvo za Javno upravo.
27. Kovačič, Andrej in Tomaž Rusimovič. 2008. Management poslovnih procesov: kakovost ali konkurenčnost poslovanja v zdravstvu? V *Sodobni vidiki vodenja v zdravstvu*, 43–49. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
 28. Center za Zdravljenje bolezni otrok. 2013. *Letno poročilo za leto 2012*. Dostopno prek: <http://www.czbo.si/letno-porocilo-2012.html> (26. junij 2013)
 29. Marn, Tanja. 2006. *Kakovost poslovanja upravnih enot s strankami*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
 30. Možina, Stane, Bogdan Kavčič, Mitja I. Tavčar, Danijel Pučko, Štefan Ivanko, Bogdan Lipičnik, Jože Gričar, Leon Repovž, Andrej Vizjak, Aleš Vahčič, Veljko Rus in Rado Bohinc. 1994. *Management*. Radovljica: Didakta.
 31. Ministrstvo za zdravje. 2006. *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/kakovost/Nacionalne_usmeritve_za_razvoj_kakovosti_v_zdravstvu.pdf (25. april 2013).
 32. --- 2010. Nacionalna strategija kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010 – 2015). Dostopno prek: http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_20102015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf (25. april 2013).
 33. Oliver, Richard L. 1980. A cognitive model of antecedents and consequences of satisfaction decisions. *Journal of Marketing research* (17): 460–469.
 34. Oliver, Richard L. 1996. *Satisfaction. A Behavioral Perspective on the Consumer*. New York: McGraw – Hill Company.
 35. Oakland, John S. 1995. *Total quality management*. Oxford: Butterworth–Heinemann.
 36. Ozretić Došen, Đurđana, Vatroslav Škare in Tanja Škare. 2010. Mjerjenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zaštite SERVQUAL instrumentom. *Revija za socijalnu politiku* 17 (1): 27–44.

37. Palmer, Adrian. 1998. *Principles of services marketing*. London: McGraw–Hill.
38. Parasuraman A., Valerie A. Zeithaml in Leonard L. Berry. 1985. Conceptual model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of marketing*, 41–45.
39. --- 1991. Refinement and reassessment of Servqual scale. *Journal of Retailing* (67): 126–146.
40. Pečar, Zdravko. 2003. *Management v javnem sektorju*. Ljubljana: Fakulteta za upravo.
41. Perko Šeparović, Inge. 2006. *Izazovi javnog menadžmenta dileme javne uprave*. Zagreb: Golden Marketing – Tehnička knjiga.
42. Poldrugovac, Mircha in Biserka Simčič, ur. 2010. *Priročnik o kazalnikih kakovosti*. Ljubljana: Mnistrstvo za zdravje.
43. Potočnik, Vekoslav. 2000. *Trženje storitev*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.
44. Robida, Andrej, ur. 2006. *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
45. Ritonja, Slavica. 1998. Management kakovosti v zdravstvu. *ISIS* (3): 26–28.
46. Snoj, Boris. 1998. *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management.
47. *Ustava Republike Slovenije*. (URS _ NPB). Ur. l. RS 33/1991 Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=199133&stevilka=1409> (26. maj 2013).
48. Uran, Maja. 2002. *Management kakovosti storitev v hotelirstvu*. Koper: Društvo za akademske in aplikativne raziskave Koper.
49. Urbančič, Magdalena. 2013. *Intervju z avtorico*. Šentvid pri Stični, 20. junij.
50. Virant, Gregor. 2000. *Kakovost državne uprave*. Ministrstvo za notranje zadeve, Ljubljana.
51. --- 2003. Usmerjenost k uporabniku kot načelo delovanja javne uprave. *Uprava* 2 (I): 67–79.
52. *Zakon o zavodih (ZZ)*. Ur. l. RS 12/1991 in 8/1996. Dostopno prek: <http://www2.gov.si/objave/objave.nsf/58513028fe2-e4590c1256f9b00459fab/>

c1257085004949a3c1257193003162fb?OpenDocument (26.maj 2013).

53. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)*. Ur. l. RS 9/1992 (26/1992 popr.)
Dostopno prek: <http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=19929&stevilka=460> (26. maj 2013).
54. Zeithaml, Valerie A., A. Parasuraman in Leonard L. Berry. 1990. *Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations*. New York, London: The Free Press Macmillan.
55. Zeithaml, Valerie A. in Mary Jo Bitner. 1996. *Services Marketing*. Singapore: McGraw-Hill Book Co.
56. Žirovec, Luka. 2011. *Kritična analiza implementacije načel novega javnega menedžmenta v slovenski javni upravi*. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Fakulteta za družbene vede.
57. Žurga, Gordana. 2001. *Kakovost državne uprave, pristopi in rešitve*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.

PRILOGA A:

ANKETNI VPRAŠALNIK

Pozdravljeni!

Sem študentka dodiplomskega študija Politologije in Sinologije. V sklopu predmeta Menedžment v javni upravi me zanima kakovost zdravstvenih storitev Centru za zdravljenje bolezni otrok – CZBO v Šentvidu pri Stični. Tako bi rada izvedela, kakšna so vaša pričakovanja in izkušnje s CZBO. V anketi se bo izraz bolnišnica/bolnica nanašal izključno le na CZBO. Izraz zdravstveni delavec pa zajema vse zaposlene v bolnišnici, ki se ukvarjajo z nego, zdravljenjem in izobraževanjem vašega otroka.

Anketa je anonimna, vaše odgovore bom uporabila izključno za svojo diplomsko nalogo. Rezultati bodo znani, ko bom obdelala vse rešene vprašalnike. Rezultate raziskave si boste lahko ogledal/–a pri vodstvu bolnice.

Zahvaljujem se vam za sodelovanje.

Alenka Tvrtković

Ljubljana, 10. 5. 2013

NAVODILA ZA IZPOLNJEVANJE

Pred vami so trije različni sklopi trditev. Prosim, da trditve pozorno preberete.

V I. sklopu trditev ustrezno obkrožite eno od črk oz. zapišite odgovor.

V II. in III. sklopu trditev odgovarjajte tako, da pri vsaki trditvi obkrožite eno od števil, ki so od 1 do 5. Če trditev za vas na primer sploh ne drži, obkrožite številko 1, če nekoliko drži, številko 3, če popolnoma drži pa obkroži številko 5. Vmesni številki (2, 4) obkroži glede na to, v katero smer se z odgovorom nagibaš (k temu, da odgovor za vas samo nekoliko drži – številko 2, ali skoraj povsem drži – številko 4).

I. sklop: SPLOŠNI PODATKI

(Ustrezno obkrožite eno od črk oz. zapišite odgovor.)

1. Starost:

a) do 30 let b) 31 do 50 let c) 51 in več

2. Spol:

a) moški
b) ženski

3. Stopnja izobrazbe?

a) osnovna šola in manj
b) srednja ali poklicna šola
e) visoka šola (fakulteta) ali več

II. sklop: PRIČAKOVANJA

Pred sabo imate sklop trditev, ki so vezane na VAŠA PRIČAKOVANJA o bolnišnici. Spodaj so napisane trditve, vi pa za vsako povejte, v kolikšni meri se z njo strinjate oz. ne strinjate. Ocenite z oceno od 1 do 5, kjer 1 pomeni SPLOH SE NE STRINJAM, 5 pa POPOLNOMA SE STRINJAM.

1. Kakšna so vaša pričakovanja o zanesljivosti bolnišnice?

P1) Pričakujem, da bo bolnišnica zagotovila storitve v času, kot je obljubila (delovna terapija, fizioterapija, šola).	1	2	3	4	5
P2) Pričakujem, da bodo zdravstveni delavci v bolnišnici nudili pomoč in razumevanje ob morebitnih težavah pacienta	1	2	3	4	5
P3) Pričakujem, da bolnišnica stremi k delu brez napak.	1	2	3	4	5

2. Kakšna so vaša pričakovanja o odzivnosti zdravstvenih delavcev v bolnišnici?

P4) Pričakujem, da mi bodo zdravstveni delavci povedali, kdaj bo izvedena določena terapija.	1	2	3	4	5
P5) Pričakujem, da bodo zdravstveni delavci nudili hitro oskrbo.	1	2	3	4	5
P6) Pričakujem, da bodo zdravstveni delavci vedno pripravljeni pomagati pacientom.	1	2	3	4	5

3. Kakšna so vaša pričakovanja o zaupanju zdravstvenim delavcem v bolnišnici?

- P7) Pričakujem, da se pacienti počutijo varne v interakciji z zaposlenimi v bolnišnici. 1 2 3 4 5
- P8) Pričakujem, da bodo zaposleni v bolnišnici izobraženi in razgledani. 1 2 3 4 5
- P9) Pričakujem, da bodo zaposleni v bolnišnici vljudni in prijazni. 1 2 3 4 5
- P10) Pričakujem, da imajo zaposleni v bolnišnici odgovarjajočo podporo s strani vodstva, da lahko svoje delo dobro opravljajo. 1 2 3 4 5

4. Kakšna so vaša pričakovanja o skrbi zdravstvenih delavcev za posameznega pacienta?

- P11) Pričakujem, da bodo zdravstveni delavci v bolnišnici upoštevali potrebe vsakega pacienta. 1 2 3 4 5
- P12) Pričakujem, da bo zdravstvenim delavcem cilj induvidalen pristop k pacientu. 1 2 3 4 5

5. Kakšna so vaša pričakovanja o zunanjem videzu bolnišnice?

- P13) Pričakujem, da bo bolnišnica opremljena s sodobno tehnično opremo. 1 2 3 4 5
- P14) Pričakujem, da bo bolnišnica opremljena z vizualno privlačno opremo (barva sten, pohištvo,). 1 2 3 4 5
- P15) Pričakujem, da bo osebje v bolnišnici urejenega videza. 1 2 3 4 5

III. sklop: VAŠE IZKUŠNJE Z BOLNIŠNICO

Pred sabo imate sklop trditev, ki se navezujejo na VAŠE IZKUŠNJE v bolnišnici. Spodaj so napisane trditve, vi pa za vsako povejte, v kolikšni meri se z njo strinjate oz. ne strinjate.

1. Kakšne so vaše izkušnje z zanesljivostjo zdravstvenih delavcev v bolnišnici?

- I1) Bolnišnica je izpolnila obljube, glede izvajanja zagotovila storitve v določenem času. (delovna terapija, fizioterapija, šola). 1 2 3 4 5
- I2) Zdravstveni delavci v bolnišnici so nudili pomoč in razumevanje ob morebitnih težavah pacienta. 1 2 3 4 5
- I3) Bolnišnica stremi k delu brez napak. 1 2 3 4 5

2. Kakšne so vaše izkušnje z odzivnostjo zdravstvenih delavcev v bolnišnici?

I4) Zdravstveni delavci so povedali, kdaj se bo izvajala določena terapija. 1 2 3 4 5

I5) Zdravstveni delavci so nudili hitro oskrbo pacientom. 1 2 3 4 5

I6) Zdravstveni delavci so vedno pripravljeni pomagati pacientom. 1 2 3 4 5

3. Kakšne so vaše izkušnje glede zaupanja zdravstvenim delavcem v bolnišnici?

I7) Pacienti se počutijo varne v interakciji z zdravstvenimi delavci v bolnišnici. 1 2 3 4 5

I8) Zaposleni v bolnišnici so izobraženi in razgledani. 1 2 3 4 5

I9) Zaposleni v bolnišnici so vljudni in prijazni. 1 2 3 4 5

I10) Obnašanje zaposlenih spodbuja zaupanje pacientov. 1 2 3 4 5

4. Kakšne so vaše izkušnje o skrbi zdravstvenih delavcev za paciente?

I11) Zdravstveni delavci v bolnišnici poznajo potrebe vsakega pacienta. 1 2 3 4 5

I12) Zdravstvenim delavcem je cilj individualen pristop k pacientu. 1 2 3 4 5

5. Kakšne so tvoje zaznave zunanjega videza bolnišnice?

I13) Bolnišnica ima sodobno opremo. 1 2 3 4 5

I14) Bolnišnica je opremljena z vizualno privlačno opremo (barva sten, pohištvo). 1 2 3 4 5

I15) Osebjem v bolnišnici je urejenega videza. 1 2 3 4 5

6. Kaj bi še dodali o zadovoljstvu s CZBO? Svoje mnenje, prosim, napišite na spodnje črte.
