

Mjerenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zaštite SERVQUAL instrumentom

ĐURĐANA OZRETIĆ DOŠEN*
VATROSLAV ŠKARE
Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
TATJANA ŠKARE
Osnovna škola dr. Ivan Merz
Zagreb, Hrvatska

Prethodno priopćenje
UDK: 614.2 : 303.022
doi: 10.3935/rsp.v17i1.900
Primljeno: rujan 2009.

Rad je posvećen razmatranjima problematike mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga. Prikazani su teorijski doprinosi o specifičnostima marketinga usluga u zdravstvu i mjerenju kvalitete zdravstvenih usluga što uključuje i navođenje rezultata prethodnih istraživanja kojima je mjereno zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga. Posebna pozornost usmjerena je na prikaz najčešće korištenog modela za mjerenje kvalitete usluga SERVQUAL, koji je ujedno i široko prihvaćen za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga. U radu su izneseni rezultati provedenog istraživanja o kvaliteti zdravstvenih usluga pruženih u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji (s posebnim naglaskom na javne zdravstvene ustanove) primjenom SERVQUAL instrumenta. Istraženo je koliko hrvatski korisnici zdravstvenih usluga koriste usluge javnih, a koliko privatnih ustanova primarne zdravstvene zaštite. Pokušalo se odrediti koliku važnost pridaju pojedinim dimenzijama kvalitete usluga te odrediti postoje li značajna odstupanja između percepcija i očekivanja korisnika o kvaliteti usluga koje se pružaju u ustanovama primarne zdravstvene zaštite. Rezultati su pokazali da postoji značajan jaz između percepcija i očekivanja korisnika usluga te da se jaz razlikuje za različite dimenzije kvalitete usluga. Uprave javnih ustanova primarne zdravstvene zaštite moraju poboljšati uslugu prema svim dimenzijama kvalitete, ali posebnu pozornost moraju obratiti kod onih dimenzija gdje je zabilježen najveći jaz: »odgovornost«, »sigurnost« i »pouzdanost«. Nije utvrđena povezanost između veličine izmjerenog jaza za pojedinu dimenziju kvalitete usluge i značajnosti te dimenzije za korisnike usluga, a u odnosu na ostale dimenzije. Rad može biti poticaj upravama i zaposlenicima u zdravstvenim ustanovama za buduća mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga kojima bi se identificirali elementi koje treba poboljšati u cilju većeg zadovoljstva korisnika.

Ključne riječi: marketing usluga, kvaliteta usluge, zdravstvena zaštita, SERVQUAL.

* Đurđana Ozretić Došen, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu/Faculty of Economics, University of Zagreb, Trg J. F. Kennedyja 6, 10 000 Zagreb, Hrvatska/Croatia, dozretic@efzg.hr

UVOD

Pravo na zaštitu zdravlja predstavlja jedno od temeljnih ljudskih prava, a slobodan pristup zdravstvenoj zaštiti za sve građane u tradiciji je Republike Hrvatske i Europe.

»Zdravlje je, prema definiciji svjetske zdravstvene organizacije, definirano kao stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo kao odsutnost bolesti i iznemoglosti.« (Grahovac, 2003.:281). Potrebe za zdravstvenim uslugama mogu se smatrati egzistencijalnim, poput onih za hranom, pićem, odjećom i stanovanjem. Međutim, potrebe za zdravstvenim uslugama uglavnom nisu unaprijed poznate, one su neočekivane, neželjene i nepredvidive, ne uzimajući u obzir redovite liječničke preglede. Pojam zdravstvene potrebe razlikuje se od pojmova potražnje i korištenja zdravstvenih usluga. Dok potražnja za zdravstvenom zaštitom postoji onda kad je pojedinac treba i želi, a korištenje kad je pojedinac i ostvari, zdravstvene potrebe mogu se definirati kao ona stanja koja opravdavaju intervencije zdravstvene službe radi očuvanja ili unapređenja zdravlja (Barić, 2003.). Proces doživljavanja potrebe za zdravstvenim uslugama pojavljuje se prije nego je zdravstvena potražnja uopće izražena.

Zadovoljiti potrebe korisnika zdravstvenih usluga vrlo je teško. Dok se potrebe za materijalnim dobrima zadovoljavaju uglavnom individualno, podmirivanje potreba u uslugama (zdravstvenim, obrazovnim, kulturnim) organizira se za veći broj korisnika. Radi se o različitim načinima podmirivanja individualnih potreba. Postoje velike razlike između potencijalnih potreba korisnika zdravstvenih usluga i objektivnih mogućnosti zdravstvene ustanove da ih zadovolji. Još uvijek se ne može točno znati koje su stvarne zdravstvene potrebe stanovništva, jer zdravstveno stanje stanovništva jedan je od najvažnijih, ali ne i jedini čimbenik koji ih određuje. Opseg

i struktura prehrambene potrošnje, brojne komponente standarda stanovanja, uvjeti u kojima se odvija radni proces (zaštita na radu, onečišćenost zraka, buka), razvijenost higijenskih navika stanovnika, uvjeti životne okoline, u velikoj mjeri određuju potrebe za zdravstvenim uslugama (Grahovac, 2003.). Isto tako, Barić (2003.:396) navodi da »sve analize psihosomatskih oboljenja stanovništva upućuju na to da su najvećim dijelom uzrokovane nemedicinskim čimbenicima (poremećajima u gospodarstvu, neprimjerenom životnom stilu pojedinaca, te ekološkim problemima).«

U potrazi, izboru i korištenju zdravstvenih usluga kojima će zadovoljiti zdravstvene (egzistencijalne) potrebe, korisnik se ponaša drugačije nego kad je u pitanju bilo koja druga egzistencijalna potreba. U najvećem broju slučajeva korisnik ne može predvidjeti kada i kako će oboljeti, a proces ozdravljenja je nerijetko povezan s nelagodnim iskustvima. Zadovoljstvo korisnika zdravstvenom uslugom jednim djelom leži u zadovoljstvu pružateljem usluge kao pojedincem, a u drugom dijelu ovisi o širem ustrojstvu zdravstvenog sustava.

Reforme zdravstvenih sustava poduzete u novije vrijeme u brojnim zemljama, pa tako i u Republici Hrvatskoj, imaju za cilj upravo povećanje zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga. U tu je svrhu nužno neprekidno pratiti i analizirati njihove stavove, očekivanja i percepcije kako bi se ustanovilo podudaraju li se i u kojoj mjeri s onima koje imaju pružatelji usluga. Iznimno je važno povećati zadovoljstvo korisnika uslugama u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, jer je ono najviše povezano sa zadovoljstvom sveukupnim zdravstvenim sustavom. Stoga ne čudi da konstruktivne kvalitete zdravstvenih usluga od druge polovice osamdesetih godina prošloga stoljeća predstavlja neprekidni izazov znanstvenicima i stručnjacima u praksi, a jedan od osnovnih problema koji se pokušava razriješiti

istraživanjima jest kako mjeriti kvalitetu usluge i zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga. Odnosno, kvaliteta usluge i zadovoljstvo korisnika postaju dominantni u strateškom odlučivanju u pružanju zdravstvenih usluga (Andaleeb, 2001.; Pakdil i Harwood, 2005.).

ZDRAVSTVENA DJELATNOST, ZDRAVSTVENA ZAŠTITA I ZDRAVSTVENI SUSTAV U REPUBLICI HRVATSKOJ

Zdravstvena zaštita i zdravlje stanovništva ne ovise isključivo o djelovanju zdravstvenog sustava i ne mogu se promatrati odvojeno od demografskih, gospodarskih i ekoloških pokazatelja, te obrazovne strukture stanovništva (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2005.). Primjerice, Republika Hrvatska po svojim demografskim karakteristikama pripada europskim zemljama s vrlo starim stanovništvom, što se odražava na očekivano trajanje života, strukturu smrtnosti stanovništva, pobol i njegove posljedice.

Zdravstvena je djelatnost od posebnog interesa za Republiku Hrvatsku, obavlja se kao javna služba, a obavljaju je po stručno-medicinskoj doktrini i uz uporabu medicinske tehnologije zdravstveni radnici, pri pružanju zdravstvene zaštite pod uvjetima i na način propisan Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/2008., čl. 25, st. 1). Zdravstvena djelatnost vrlo je važna te višestruko utječe na ostala područja razvoja hrvatskog društva. Ustanove koje obavljaju zdravstvenu djelatnost zdravstvene su ustanove u državnom vlasništvu, odnosno vlasništvu županija te zdravstvene ustanove u privatnom vlasništvu.

Zdravstvena zaštita u smislu Zakona o zdravstvenoj zaštiti obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih

mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju. Svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, u skladu s odredbama Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/2008., čl. 3, st. 1). Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/2008., čl. 11, st. 1). Mjere za očuvanje zdravlja i liječenje bolesti provode se najvećim dijelom kroz zdravstveni sustav koji predstavlja jedan od najsloženijih sustava u državi općenito. Zbog njegovog značenja te zbog velikog ekonomskog utjecaja mnoge države ulažu značajne napore u planiranje i upravljanje zdravstvenim sustavom. S raspoloživim je resursima potrebno pružiti što djelotvorniju i kvalitetniju zdravstvenu zaštitu, a to nije uvijek jednostavno. Troškovi zdravstvene zaštite rastu u brojnim državama, pa se pronalaze različiti načini da se njihov rast smanji kroz kontinuirane reforme zdravstvenog sustava i sustavnu informatizaciju. Mnoge države s vremenom su razvile različite modele financiranja zdravstvene zaštite u kojima, bez izuzetaka, presudnu ulogu ima sustav zdravstvenog osiguranja. »Sustav zdravstvenog osiguranja općenito se smatra temeljnom odrednicom ponude i potražnje zdravstvenih usluga.« (Barić, 2003.:399)

I u Hrvatskoj se uvode značajne reforme u zdravstvenom sektoru. Prema analizi zdravstvene reforme koju je provela Svjetska banka 2000. godine, hrvatskom zdravstvenom sustavu su i dalje potrebne odvažne reforme ili će nazadovati. Barić (2003.:329) ističe: »Pored strukturnih promjena, cilj reforme je postići povećanje

kvalitete zdravstvenih usluga i povećanje zadovoljstva bolesnika i građana sustavom zdravstva i kvalitetom zdravstvene zaštite. U središte zdravstvenog sustava postavlja se osiguranik i bolesnik osiguranjem zaštite prava na punu informaciju o svojoj bolesti i planiranom načinu liječenja te poticanju bolesnika da aktivno sudjeluje u odlučivanju o mjerama liječenja.«

Međutim, u Hrvatskoj još uvijek nema relevantnih podataka koji bi mogli pokazati razinu zadovoljstva hrvatskih korisnika zdravstvenih usluga, jer nema kontinuiranih, longitudinalnih istraživanja kvalitete zdravstvenih usluga i zadovoljstva pacijenata. Neophodno je stvoriti odgovarajuću i znanstveno provjerenu sliku o potrebama, očekivanjima, percepcijama i zadovoljstvu, da bi se reformom zdravstvena politika počela mijenjati u korist korisnika zdravstvenih usluga. Donedavno je većina pružatelja zdravstvenih usluga u Republici Hrvatskoj pripadala javnom sektoru. Danas je situacija promijenjena, a rastući broj zdravstvenih ustanova u privatnom vlasništvu stvara konkurentsku utakmicu među pružateljima usluga nudeći istodobno korisnicima veći izbor ponude. Zabrinutost stanovništva za zdravstvenu zaštitu i zdravstvene probleme raste, a korisnici zdravstvenih usluga traže i očekuju sve bolje i složenije usluge. Kao posljedica promjena stavova prema zdravlju i njegovoj zaštiti za očekivati je da će se problematika kvalitete usluga i zadovoljstva korisnika zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj još više aktualizirati.

ULOGA I SPECIFIČNOSTI MARKETINGA U PRUŽANJU ZDRAVSTVENIH USLUGA

Etička načela duboko prožimaju cijelu zdravstvenu djelatnost. Primarni cilj bilo

koje zdravstvene organizacije je služiti ljudima i pružiti im pomoć kada ju zatraže, a ta pomoć ne smije biti uvjetovana. Upravo takvo stajalište uzrokuje neprofitnu orijentaciju većine zdravstvenih organizacija u svijetu. Zdravstvene ustanove su neprofitne organizacije¹, a to su, prema Pavičiću (2003.:22) »(...)sve one organizacije koje služe ostvarivanju nekog određenog javnog interesa, ali im osnovna svrha postojanja nije ostvarivanje profita.«

Marketingu i zdravstvu zajedničko je zadovoljavanje ljudskih potreba. Primjena marketinga u zdravstvu ima svoje posebnosti, određene obilježjima zdravstvenih usluga i odnosa u zdravstvu. U akademskim se krugovima bilježi rastući interes (posebice intenzivan u proteklih pet godina) za istraživanjima specifičnosti, veza i odnosa marketinga i zdravstva; uvode se marketinški kolegiji na obrazovnim institucijama u području poslovne ekonomije, ekonomije, medicine i psihologije (Stremersch, 2008.:229).

Razvoj marketinga neprofitnih organizacija započeo je upravo u zdravstvu, obrazovanju i kulturi, da bi se potom postupno nastavio u izdavaštvu, politici, socijalnim ustanovama i dobrotvornim društvima (Meler, 2003.). Temeljni je razlog pojave marketinga u ovim djelatnostima njihova mahom nedvojbena neučinkovitost. One su dugo bile gotovo isključivo pod patronatom države, da bi se potom njihova nedjelotvornost i neuspješnost pokušale istodobno umanjiti dvoma paralelnim procesima: djelomičnom privatizacijom i uvođenjem tržišnih odnosa - time i marketinga, kao i suvremenih metoda upravljanja. U neprofitnim se organizacijama marketing sve intenzivnije primjenjuje. Problem koji se pojavljuje kod neprofitnih organizacija je

¹ Meler (2003.:92) navodi da su temeljni oblici neprofitnih organizacija u Republici Hrvatskoj udruge, zaklade i fondacije, dok ustanove predstavljaju osnovne pravne subjekte za trajno obavljanje djelatnosti bez primarne svrhe stjecanja dobiti.

taj što je njihove vrijednosti teško izmjeriti, pa se pojavljuju shvaćanja o tome da je nepostojanje profita vezano uz nepostojanje vrijednosti. Međutim, takva razmišljanja su pogrešna. Iako ne posluju na profitnim principima, neprofitne organizacije trebaju sredstva za postizanje ciljeva zbog kojih su osnovane, a ona se prikupljaju od sponzora, dobrovoljnih davatelja, iz proračuna i iz drugih izvora. Iz tih razloga brojne neprofitne organizacije, poput zdravstvenih ustanova, obrazovnih institucija ili udruga građana, sve više pokazuju zanimanje za primjenu marketinških aktivnosti.

Itekako svjesne svojih ograničenih sposobnosti djelovanja na izvore sredstava, uprave zdravstvenih ustanova okreću se tržištu, pacijentima i njihovim zahtjevima, odnosno prihvaćaju marketinšku orijentaciju. Ograničenja još šire i intenzivnije primjene marketinga u zdravstvu proizlaze ponajprije iz: nepostojanja jasno utvrđenih ciljeva, što može biti rezultat nepostojanja intraorganizacijskog dogovora i/ili neadekvatno ustanovljenih potreba korisnika; pogrešnog utvrđivanja ključnih ciljnih tržišnih skupina; pritiska iz okruženja kojim se želi pretpostaviti teritorijalni ili profesionalni interesi ispred potreba korisnika; davanja prednosti »ekspertski« izrađenom programu; situacija koje zahtijevaju višestruke razine posrednika što može prouzročiti modifikaciju poruka prije negoli one dođu do konačnoga korisnika (Meler, 2003.:208).

U zdravstvenoj zaštiti moguće je govoriti o proizvodnoj, prodajnoj i marketinškoj orijentaciji (Meler, 2003.). Kod proizvodne i prodajne orijentacije proizvodi, usluge ili ideje nameću se korisnicima, a pri tome se ne uvažavaju njihove potrebe i želje. Iako takva orijentacija može riješiti mnoge slučajeve u kratkom razdoblju, podložna je pritužbama zbog neosobnog pristupa korisniku i loše razine kvalitete pružene usluge, pa često vodi nezadovoljstvu kori-

snika. Za razliku od toga, kod marketinške orijentacije prethodno se istraže potrebe, želje, namjere i očekivanja stvarnih i potencijalnih korisnika zdravstvenih usluga, a potom se na temelju provedenih istraživanja oblikuju usluge i procesi njihova pružanja koji će doprinijeti potpunom zadovoljavanju krajnjih korisnika. Temeljni cilj koji se marketingom u zdravstvu želi postići je odstranjivanje proizvodne koncepcije u poslovanju. Ipak, može se reći da mogućnost primjene i realizacije marketinga ovisi o konkretnom društveno-ekonomskom okruženju.

U odnosima ponude i potražnje za zdravstvenim uslugama važno je istaći da se na strani potražnje ne nalazi običan korisnik nego pacijent. Razlika je značajna jer u rijetkim slučajevima u odnosu korisnik-pružatelj usluga postoji takvo povjerenje kao što ga iskazuje većina pacijenata prema svom liječniku. Kontakt liječnika s pacijentom je ona točka u kojoj se susreću ponuda i potražnja, te vrši razmjena. Pri tome, brojni čimbenici otežavaju da razmjena bude zadovoljavajuća. Posao liječnika vrlo je složen i zahtijeva visok stupanj suradnje s drugim stručnim grupama. Greške, neodgovornost i nemarnost nisu spojive s liječničkim zanimanjem. Liječnik je zapravo posrednik u korištenju zdravstvenih usluga, a svoju odluku o korištenju pojedinih zdravstvenih usluga korisnik prenosi izravno na liječnika. Liječnici i ostalo medicinsko osoblje često su jedina fizička veza između sustava i korisnika. Oni čine dio sustava zdravstvene skrbi koji je u direktnom kontaktu s korisnicima pa je moguće da korisnici svoje nezadovoljstvo sustavom upućuju upravo liječniku.

Budući da su zdravstvene organizacije uslužne organizacije, i za zdravstvene usluge vrijedi pet temeljnih obilježja koja utječu na oblikovanje marketinškog programa i aktivnosti, a to su: neopipljivost, nedjeljivost proizvodnje (pružanja) od korištenja,

neusklađivost, heterogenost i odsutnost vlasništva (Ozretić Došen, 2002.). Zdravstvena usluga je neopipljiva - ne može se isprobati, osjetiti, vidjeti, pomirisati ili čuti i sl. prije korištenja, niti ju se može fizički posjedovati. Jedan je od glavnih marketinških izazova i zadataka pokušati neopipljivo učiniti opipljivim: zdravstvenim uslugama dodati fizičke (materijalne) elemente i slikovite predodžbe kako bi se smanjila njihova apstraktnost. U cilju smanjenja percipiranog rizika, korisnici traže dokaze o kvaliteti, a pronalaze ih u opremi, ljudima, simbolima, korištenim sredstvima i komunikacijskim materijalima te u svemu onome što vide. Nadalje, važno obilježje zdravstvenih usluga je istovremenost njihova pružanja i korištenja, pri čemu liječnik i pacijent postaju integralnim dijelovima usluge i utječu na njezin ishod. Zdravstvene se usluge ne mogu uskladištiti. Često se zdravstvene ustanove suočavaju sa situacijama kada u razdoblju velike potražnje za uslugom ne mogu pružiti očekivanu razinu usluge svim potencijalnim korisnicima, zbog popunjenosti kapaciteta, pomanjkanja zaposlenika i slično. Neusklađivost nije problem kada je potražnja za uslugom ujednačena, jer je tada moguće unaprijed se pripremiti za pružanje usluga - međutim, kada je potražnja nestalna i oscilira, uslužna se poduzeća suočavaju s teškim problemima (Kotler, 2001.:471). Heterogenost je posljedica uključenosti ljudskog čimbenika. Primjerice, usluge i rezultati liječenja jedne te iste bolesti razlikovat će se od pacijenta do pacijenta, ovisi o pacijentu i njegovom općem zdravstvenom stanju, te o liječniku i njegovom pristupu liječenju također. Korisnici su svjesni takve varijabilnosti pa se prije korištenja zdravstvenih usluga informiraju o mogućnostima, a za konačnu odluku o korištenju konkretne usluge ključni su čimbenici: obrazovanost i reputacija liječnika, njihova motiviranost za rad, te odnos s pacijentima. Zdravstvene se usluge kupnjom ne mogu dobiti u

trajno vlasništvo, kupuje se jedino pravo njihova korištenja. Suočeni s posebnostima zdravstvenih usluga marketinški stručnjaci moraju pronaći primjerene načine kako da neopipljivo učine opipljivim, uspješno upravljaju ponudom usluga u razdobljima visoke i niske potražnje te pospješe kvalitetu pružanja usluge i postignu zadovoljstvo korisnika.

KVALITETA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Prema Kotleru (2001.:55): »kvaliteta je sveukupnost značajki i karakteristika proizvoda i usluge koje se iskazuju njegovom/njezinom mogućnošću da zadovolji izrečene ili naznačene potrebe«. Problematika kvalitete proizvoda i usluga bitno je različita. Kvaliteta usluga relativno je nova akademska disciplina koja se pojavila u SAD-u osamdesetih godina 20. stoljeća, kada je proizvodni sektor opadao u smislu ekonomske važnosti, a uslužni sektor rastao (Wisniewski i Wisniewski, 2005.:218). Kvalitetu usluga vrlo je teško opisati, definirati i izmjeriti zbog promjenjivosti, apstraktnosti, višedimenzionalnosti i drugih obilježja. Ona se najčešće određuje kao sposobnost poduzeća da postigne ili nadmaši korisnikova očekivanja (Parasuraman i sur., 1988.). Korisnikova očekivanja se pri tom definiraju kao ono što korisnici smatraju da davatelj usluge treba pružiti.

Svojevrstan je problem, za razliku od situacije kod materijalnih proizvoda, nemogućnost kontrole i odbacivanja usluge koja ne odgovara određenom standardu, a prije njezina pružanja. Naime, kod usluga nema objekta za primjenu tehničke kontrole kvalitete, ali postoji kontrola kvalitete u drugačijem smislu (Eiglier i Langedard, 1999.:27). Marketinški stručnjaci već odavno istražuju načine i metode kako izmjeriti kvalitetu usluga, pa se u literaturi mogu pronaći različiti modeli. Iako se kvaliteta usluge može mjeriti na

različite načine, za mjerenje su najprihvatljiviji višedimenzionalni modeli. Jedan od najpoznatijih modela je SERVQUAL², koji pruža primjereni konceptualni okvir za istraživanje kvalitete usluga. Temelji se na definiciji kvalitete kao usporedbe između pruženog i očekivanog te na ustanovljavanju i razumijevanju jazova koji se javljaju u procesu pružanja usluga. Iako podložan kritikama (vidjeti, na primjer: Mels i sur., 1997.; Bennington i Cummane, 1998.; Llosa i sur., 1998.), SERVQUAL, a što i njegovi kritičari ističu, upravo zbog svojih pozitivnih elemenata – jednostavnosti korištenja i sposobnosti instrumenta za kvantitativnu procjenu, prihvaćen je i primjenjivan za mjerenje kvalitete različitih vrsta usluga, pa tako i zdravstvenih.

Kad su usluge u pitanju, korisnici se pouzdaju u vlastita i iskustva prethodnih korisnika. Isto tako, na temelju ponašanja i izgleda zaposlenika, dojma o fizičkim dokazima u pružanju usluga (na primjer, lokaciji, uređenju prostora i sl.), cijeni, procjenjuju ponudu usluge. Unaprijed procjenjuju koja će im ponuda pružiti najviše, tražeći maksimalnu vrijednost unutar granice troškova i ograničenog znanja, mobilnosti i prihoda. Na taj način stvaraju očekivanu vrijednost i djeluju u skladu s njom. Jedna te ista usluga nikada ne može biti pružena na identičan način. Svaki je susret korisnika s pružateljem usluge poseban, trenutak je istine (izvorno eng. *moment of truth*) te utječe na percepcije korisnika o vrijednosti i kvaliteti usluge. Kod brojnih usluga, posebice onih složenih poput zdra-

vstvenih, karakteristično je da zahtijevaju intenzivan kontakt korisnika i pružatelja usluga. Osim toga, uslijed prirode zdravstvene usluge, brojni su sudionici uključeni u odnos između liječnika i pacijenta, među kojima su: drugo medicinsko osoblje, tehničko osoblje, administrativno osoblje i upravitelji zdravstvenih ustanova. Takvu je situaciju teško kontrolirati i standardizirati, a o njoj uvelike ovise percepcije i zadovoljstvo korisnika.

Kvaliteta usluge je subjektivnog karaktera jer ovisi prije svega o stupnju, odnosno razini zadovoljavanja potreba i očekivanja korisnika. Za pruženu uslugu važno je da zadovoljava tehničku i funkcionalnu komponentu kvalitete (Ozretić Došen, 2002.:95). Tako se, na primjer, u ustanovama zdravstvene zaštite zahtijeva pored izvrsne medicinske skrbi (tehnička kvaliteta), također i primjerena komunikacija između pacijenata i zaposlenika (funkcionalna kvaliteta).

Čimbenici koji utječu na percepciju kvalitete i zadovoljstvo korisnika svake, pa tako i zdravstvene usluge, kao što su brzina pružanja usluge, urednost i primjerenost opreme, uljudnost i spremnost zaposlenika na pomoć i slično, podvrgnuti su različitim izvedbama i teško ih je standardizirati. Mnogo je teže odrediti razinu kvalitete u zdravstvenim nego u, na primjer, financijskim ili turističkim uslugama, ponajviše zbog toga što se radi o ljudskom biću i njegovom životu s kojima se kvaliteta usluge dovodi u neposrednu vezu (Eiriz i Figueiredo, 2005.). Unatoč tome i upravo zbog

² Parasuraman, Zeithaml i Berry još su 1980-ih godina uočili potrebu za razvojem ljestvice za mjerenje kvalitete usluga, te su proveli opsežna istraživanja i ispitivali značenje kvalitete usluga. Koristeći rezultate istraživanja, razvili su model jaza te su sastavili SERVQUAL instrument (složenica od *service* = usluga i *quality* = kvaliteta), koji je postao najpopularnije sredstvo za mjerenje kvalitete usluga. Instrument je razvijen 1985. godine, a 1988. godine je doraden i u manjoj mjeri izmijenjen. SERVQUAL je koncizna ljestvica dobre pouzdanosti i valjanosti, sastavljena od više elemenata, koja služi pružateljima usluga za bolje razumijevanje korisnikovih očekivanja i percepcija usluga. Instrument je oblikovan tako da bude primjenjiv za raznolike usluge, a moguće ga je prilagoditi i nadopuniti ovisno o karakteristikama usluga i njihovih pružatelja. Iako su istraživanja vezana uz razvoj instrumenta provedena isključivo na američkom tržištu, instrument se primjenjuje u mnogim državama diljem svijeta.

toga, upravljanje kvalitetom u velikoj se mjeri treba provoditi u pružanju zdravstvenih usluga (Gupta, 1995.). Ono omogućava proširenje i unapređenje razine kvalitete koju korisnici očekuju u zdravstvenoj njezi, u svim aspektima zdravstvenih usluga. Odnosno, obuhvaća kvalitetu njege, kvalitetu samih (srži) medicinskih usluga i kvalitetu administrativnog sustava, sinkronizirane u cilju pružanja zdravstvenih usluga prema višim standardima.

Zdravstvene usluge čija kvaliteta treba biti korisniku prihvatljiva uključuju: direktne zdravstvene usluge kao što su dijagnoze, prepisivanje lijekova, operacije i tretmani liječenja; indirektni aktivnosti kao što je administracija, što utječe na troškove usluga; zatim kvalitetu izvedbe koja se odnosi na hranu, sigurnost, smještaj te ponašanje zaposlenika (Lakhe i Mohanty, 1995.:144). Njihova se kvaliteta može procjenjivati pomoću: istraživanja o zadovoljstvu pacijenata, istraživanja trendova o kvaliteti bolničkih ili drugih medicinskih usluga; izvješća o kvaliteti usluga te istraživanja o pogreškama u pružanju usluga.

Specifičan problem u procjeni kvalitete zdravstvenih usluga je da korisnici ne mogu odrediti »pravu« kvalitetu pružene usluge ako im usluga nije dostupna ili ju ne koriste dulje vrijeme. Učestalost korištenja utječe na određivanje kvalitete. Iskustvo koje pacijent ima s uslugom u nekoj zdravstvenoj ustanovi često je ograničeno na jedan posjet ili ostanak na neko vrijeme, za razliku od, na primjer, bankarskih usluga koje korisnici koriste puno češće. Osim toga, učestalost korištenja zdravstvenih usluga ovisi i o složenosti ljudskog organizma, te o demografskim, društvenim, ekonomskim, psihološkim i drugim elementima koji čine razlike među korisnicima. Što su korisnici više upoznati s uslugom, to bolje mogu procijeniti kvalitetu. Bez iskustva ili poznavanja usluge procjenu moraju donositi na temelju nečeg drugog. Na procjenu kvali-

tete usluga mogu utjecati tri tipa svojstva: uočljiva (pregledljiva) svojstva koja se lako mogu vrednovati prije izvedbe usluge; iskustvena svojstva koja se mogu izvoditi za vrijeme ili nakon korištenja usluge te svojstva povjerenja koja se mogu vrednovati jedino nakon korištenja usluge (Vandamme i Leunis, 1993.). U zdravstvenim uslugama dominiraju svojstva povjerenja, nasuprot mnogim drugim uslugama.

Činjenica je da mnogi pacijenti nemaju dovoljno stručnog znanja za vrednovanje kvalitete usluga liječnika ili bolnice. U većini slučajeva kod zdravstvenih usluga dominira tradicionalan odnos između liječnika i pacijenta pri čemu pacijent nije stručan i nema znanje potrebno za dijagnosticanje i liječenje. Liječnik posjeduje potrebno znanje i sposobnosti i mora odlučiti što je najbolje za pacijenta, a pacijent mora biti strpljiv i slušati savjete liječnika. Kvaliteta usluga varira ovisno o liječniku koji pruža uslugu.

Usljed svega navedenog, ne iznenađuje da mnoge zdravstvene ustanove aktivno primjenjuju marketing kako bi korisnike uslužile na najdjelotvorniji način. Zdravstveni sektor postaje sve više zaokupljen kvalitetom, a važnu ulogu pri tome ima određivanje načina na koji korisnici percipiraju kvalitetu zdravstvenih usluga. Koncept kvalitete zdravstvenih usluga neprekidno napreduje i transformira se ovisno o zainteresiranosti za njega i razini uključenosti svih sudionika (medicinskog osoblja, pacijenata, financijera, zakonodavca) u područje upravljanja kvalitetom usluge (O'Connor i sur., 2000.). U strukovnoj američkoj udruzi medicinskih sestara to je sažeto na sljedeći način (Philip i Hazlett, 1997.:260): »Zainteresiranost struke za kvalitetu usluga čini srž odgovornosti te struke prema javnosti.« Odnosno, škotski ministar zdravstva 2001. godine ukazivao je da kvaliteta njege i usluga pruženih pacijentima mora biti na prvom mjestu

u modernizaciji programa (Wisniewski i Wisniewski, 2005.:217). Dakle, ne čudi da kvaliteta usluga u zdravstvenom sektoru postaje sve češće predmet različitih istraživanja, a posebno mjesto u takvim istraživanjima zauzima upravo mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga.

PRIMJENA SERVQUAL INSTRUMENTA U PODRUČJU ZDRAVSTVENIH USLUGA

SERVQUAL instrument temelji se na pet dimenzija kvalitete usluge: pouzdanost, odgovornost, sigurnost, razumijevanje za korisnika i opipljivi elementi. Svaka dimenzija sadrži više elemenata koji obuhvaćaju temeljna svojstva usluge. Sadrži 22 para iskaza mjerenih Likertovom ljestvicom koji obuhvaćaju navedene dimenzije. Svaki iskaz pojavljuje se dva puta. Jedan mjeri korisnikova očekivanja o usluzi, a drugi korisnikove percepcije. Kvaliteta se mjeri kao razlika između percepcija i očekivanja. Kvalitetna usluga nastaje kada su očekivanja nadmašena, a u suprotnom nastaje jaz (Robinson, 1999.:21; Wisniewski i Wisniewski, 2005.:220). Jaz rezultata za svaki iskaz računa se kao razlika između percepcija i očekivanja. Jaz između percepcija o izvedbi usluge i očekivanja određuje razinu kvalitete usluge iz perspektive korisnika. Rezultati se mogu analizirati pojedinačno za svaku dimenziju ili zajedno za sve dimenzije te onda daju ukupan rezultat istraživanja kvalitete usluge. Formula za izračun vrijednosti dimenzije kvalitete usluge prikazana je na slici 1.

Slika 1.

Formula za izračun vrijednosti dimenzije kvalitete usluge

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

gdje je:

- SQ_j – dimenzija **j** kvalitete usluge
- E_{ij} – iskaz **i** dimenzije **j** za očekivanja
- P_{ij} – iskaz **i** dimenzije **j** za percepcije
- n_j – broj iskaza u dimenziji **j**

Izvor: Robinson, 1999.:21.

Rezultati prethodnih istraživanja provedenih u različitim zemljama primjenom SERVQUAL-a, upućuju na zaključak da je on koristan instrument za vrednovanje pružene kvalitete zdravstvenih usluga sa stajališta korisnika, a njegovom se primjenom otkrivaju područja u kojima su potrebna poboljšanja. Slijedi sažeti, kraći prikaz odabranih istraživanja, kronološkim redoslijedom.

U javnoj sveučilišnoj zdravstvenoj klinici u Houstonu (SAD) provedeno je istraživanje kvalitete usluga primjenom modificiranog SERVQUAL instrumenta. Rezultati su otkrili da su studentima važnije pouzdanost, odgovornost i sigurnost od opipljivih elemenata i razumijevanja za korisnike. Izuzetak je bio veliki jaz koji se odnosio na opremu klinike, što predstavlja dio opipljivih elemenata. To je potaknulo upravu na izmjenu dijela opreme i odluku o primjeni SERVQUAL-a za longitudinalna istraživanja (vidjeti: Anderson, 1995.).

Najvažniji rezultat istraživanja kvalitete bolničkih usluga u Hong Kongu jest potvrda da se SERVQUAL može koristiti kao konzistentan i pouzdan instrument. Mjerenja dimenzija kvalitete konkretnih usluga su pokazala negativne razlike između percepcija i očekivanja korisnika. Izuzev za dimenziju koja se odnosi na opipljive elemente, za sve ostale su očekivanja bila veća od percipirane razine kvalitete pružene usluge (vidjeti: Lam, 1997.).

U usporednom istraživanju zdravstvenih usluga u privatnim i javnim bolnicama

na Malti korištena su dva modela za mjerenje kvalitete usluga: SERVQUAL i Donabedianov model³. SERVQUAL istraživanje je provedeno u vrijeme kada se znatno povećao broj privatnih bolnica, a istodobno je Vlada odlučila izgraditi nove javne bolnice koje bi zamijenile stare i imale veće kapacitete. Prema rezultatima, privatne bolnice uživale su imidž visoke kvalitete u odnosu na javne. Međutim, i privatne i javne bolnice moraju ulagati više napora kako bi se popravile percepcije o kvaliteti pružene usluge, posebno u pogledu sigurnosti (vidjeti: Camilleri i O'Callaghan, 1998.).

U istraživanju kvalitete usluga u privatnim bolnicama u Maleziji korištena je modificirana verzija SERVQUAL-a. Rezultati su pokazali da percipirana vrijednost usluga nadmašuje očekivanja po svim varijablama, ali i da Maleziji veće značenje pridaju javnim od privatnih zdravstvenih ustanova. Izmjerena su niska očekivanja od liječenja u privatnim bolnicama, a mogući je razlog tome da se većina opredjeljuje za liječenje u javnim, gdje su cijene usluga puno niže zbog 90%-tnih subvencija Vlade (vidjeti: Sohail, 2000.).

Primjenom SERVQUAL-a istražene su percepcije pacijenata o kvaliteti usluge bolničkog liječenja u Bangladešu, a rezultati su ukazali na loše opće stanje, ravnodušnost i nebrigu o zadovoljstvu pacijenata u većini bolnica posebice onih državnih. Na taj je način uočena potreba razmatranja i uvođenja nekoliko dodatnih mjera na državnoj, resornoj razini (vidjeti: Andaleb, 2001.).

Primjerenost SERVQUAL-a za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga dokazana je i u istraživanju u kojem su sudjelovali ambulantni pacijenti odjela za nuklearnu medicinu i denzitometriju Royal Brisbane Hospital u Australiji. Kod svih dimenzija

kvalitete, u ovom su istraživanju percepcije nadmašile očekivanja, a kao važnije varijable prediktori ukupnog zadovoljstva pacijenata izdvojile su se odgovornost, sigurnost i empatija (vidjeti: Wong, 2002.).

Istraživanjem se željelo odrediti primjenjivost modificiranog SERVQUAL instrumenta dugoročnim mjerenjem kvalitete zdravstvenih usluga u SAD-u i Velikoj Britaniji. U listopadu 2001. godine SAD i Velika Britanija potpisale su dogovor o zajedničkoj suradnji na poboljšanju kvalitete zdravstvenih usluga. Za istraživanje su odabrani ispitanici iz obje države koji se nisu bitno razlikovali po broju, spolu ili dobi. SERVQUAL instrument donekle je izmijenjen i prilagođen za dvije države te je dobiven novi instrument nazvan QUAL. Istraživanje je pokazalo korisnost modificiranog mjernog instrumenta u zdravstvenim ustanovama SAD-a i Velike Britanije. Glavna svrha istraživanja bila je započeti proces utvrđivanja pouzdanosti instrumenta pri mjerenju kvalitete zdravstvenih usluga u različitim državama (vidjeti: Kilbourne i sur., 2004.).

I istraživanje u klinici za kolposkopiju u Škotskoj provedeno je korištenjem prilagođenog SERVQUAL instrumenta. Pacijenti su se izjašnjavali o svojim očekivanjima pri dolasku u kliniku te o percepcijama pri odlasku. Percepcije i očekivanja kasnije su uspoređeni kako bi se identificirali jazovi i odredio najveći (odnosio se na pouzdanost). Uprava klinike pozitivno je reagirala na rezultate istraživanja i odlučila poduzeti aktivnosti radi poboljšanja kvalitete usluga (vidjeti: Wisniewski i Wisniewski, 2005.).

Primjenom SERVQUAL-a istražene su percepcije i očekivanja pacijenata u preoperativnom procesu u Turskoj te su spoznata njihova mišljenja o tome kako poboljšati

³ Prema Donabedianovu modelu, korisnik procjenjuje kvalitetu usluge putem dimenzija potencijala, procesa pružanja usluge i rezultata usluge (vidjeti: Donabedian, 1980.).

medicinske usluge koje se pružaju prethodno korištenju specijalističkih kirurških usluga. Za zadovoljstvo pacijenta ključnim su se dimenzijama pokazale točnost informacija o anesteziji i kirurškom zahvatu te prijateljsko i ljubazno ponašanje osoblja, a kao najveći jaz (koji prouzrokuje nezadovoljstvo) ustanovljen je onaj između stvarnog i očekivanog vremena provedenog u čekanju (vidjeti: Pakdil i Harwood, 2005.).

Jedino mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga u Republici Hrvatskoj primjenom SERVQUAL instrumenta provedeno je 2004. godine u istraživanju na uzorku 434 korisnika primarne zdravstvene zaštite u Osijeku (Verner, 2005.). Rezultati su pokazali jaz kod svih dimenzija kvalitete usluge primarne zdravstvene zaštite. Osim očekivanja i percepcija korisnika, analizirana je i pouzdanost SERVQUAL ljestvice. Pokazalo se da instrument zahtijeva dodatna ispitivanja za potrebe prilagodbe istraživanjima kvalitete usluge u specifičnim djelatnostima (primjerice, u zdravstvu).

ISTRAŽIVANJE KVALITETE USLUGA USTANOVA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Ciljevi istraživanja i hipoteze

Cilj primarnog istraživanja je utvrditi stavove korisnika o kvaliteti usluga u zdravstvenim ustanovama koje pružaju usluge primarne zdravstvene zaštite u Gradu Zagrebu i Zagrebačkoj županiji primjenom SERVQUAL instrumenta, s posebnim naglaskom na javne zdravstvene ustanove.

U svrhu ostvarivanja cilja istraživanja, postavljene su tri hipoteze istraživanja:

H1: Postoje značajna odstupanja između percepcija i očekivanja korisnika u javnim ustanovama primarne zdravstvene zaštite.

H2: Najveći jaz postoji kod dimenzije koja je ocijenjena kao najznačajnija.

H3: Najmanji jaz postoji kod dimenzije koja je ocijenjena kao najmanje značajna.

Mjerni instrument

Primarni podaci dobiveni su metodom anketiranja korisnika usluga zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite. Anketni upitnik sastavljen je prema upitniku za SERVQUAL instrument koji su sastavili Parasuraman i sur. (1988.).

SERVQUAL instrument u istraživanju nije modificiran, osim što je korištena Likertova ljestvica od 5 stupnjeva, a ne 7 kako su predvidjeli Parasuraman i sur. (1988.). Razlog je činjenica da je u Republici Hrvatskoj općeprihvaćeno ocjenjivanje od 1 do 5, te se smatralo da će na taj način ispitanicima biti lakše ocjenjivati iskaze po dimenzijama.

U anketnom upitniku prvo su navedena četiri pitanja zatvorenog tipa, a tri od njih odnose se na demografska obilježja ispitanika. Slijedi prva skupina tvrdnji (22) gdje se od ispitanika traži da iznesu očekivanja od usluga ustanova primarne zdravstvene zaštite (mjereno Likertovom ljestvicom od 5 stupnjeva). Slijedi pitanje o važnosti pet dimenzija koje se odnose na usluge ustanove primarne zdravstvene zaštite. Ispitanici su trebali odrediti koliko im je svako od navedenih obilježja važno pri ocjenjivanju kvalitete usluga primarne zdravstvene zaštite raspodjeljujući 100 bodova na navedenih pet obilježja. Na kraju upitnika nalazi se druga skupina tvrdnji (22) gdje se od ispitanika traži da iznesu percepcije usluga ustanova primarne zdravstvene zaštite (mjereno Likertovom ljestvicom od 5 stupnjeva).

Uzorak

U svrhu istraživanja kvalitete usluga primarne zdravstvene zaštite provedeno je istraživanje na uzorku korisnika usluga zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite na području Grada Zagreba i Zagrebačke županije. Osnovni skup po svom opsegu je konačan i čine ga svi punoljetni korisnici usluga u ustanovama primarne zdravstvene zaštite u Gradu Zagrebu

i Zagrebačkoj županiji. Uzorak je prigodni⁴ i ispitanici su birani na osnovi dostupnosti. Istraživanje je obuhvatilo 193 ispitanika, a konačan broj valjanih upitnika bio je 181.

Većinu ispitanika čine žene (63,54%). Najveći dio ispitanika je u dobi između 30 i 39 godina (28,19%), a nešto manji u dobi od 18 do 29 godina (27,62%). Slijedi skupina ispitanika u dobi od 50 do 64 godine (20,44%). Prethodnu skupinu čine ispitanici u dobi od 40 do 49 godina (16,57%), a najmanji udio ima 65 i više godina (7,18%). Prema stupnju obrazovanja, najveći broj ispitanika ima završen fakultet (46,96%). U znatno manjem postotku su ispitanici koji imaju završenu srednju školu (25,41%), slijedi skupina ispitanika sa završenom višom školom (14,36%) te ispitanici sa završenim magistarskim studijem (8,29%). Relativno malen udio ispitanika ima završenu samo osnovnu školu (3,31%), a najmanji udio u uzorku zauzimaju ispitanici sa završenim doktorskim studijem (1,67%).

Rezultati istraživanja

Prikupljeni podaci obrađeni su pomoću programskog paketa Statistica 6.0 te su prezentirani tablicama i slikama.

Tablica 1.

Zbirne ocjene očekivanja i percepcija ispitanika o uslugama javnih ustanova primarne zdravstvene zaštite, prikazano prema dimenzijama SERVQUAL modela (N=161)

Dimenzije SERVQUAL modela	Očekivanja				Percepcije				t-test
	Ocjena	Min.	Max.	Std. dev.	Ocjena	Min.	Max.	Std. dev.	
Opipljivi elementi	4,537267	3,00	5,00	0,423168	3,189441	1,00	5,00	0,713035	0,00000
Pouzdanost	4,581366	3,60	5,00	0,404846	3,645963	1,40	5,00	0,741704	0,00000
Odgovornost	4,405280	2,25	5,00	0,497607	3,277950	1,25	5,00	0,871867	0,00000
Sigurnost	4,608696	3,75	5,00	0,370581	3,631988	1,00	5,00	0,776642	0,00000
Razumijevanje za korisnika	4,264596	2,20	5,00	0,575153	3,463354	1,20	5,00	0,814071	0,00000

Izvor: anketni podaci i istraživanje autora.

⁴ Prigodni uzorak jedna je od vrsta namjernih uzoraka odnosno uzoraka koji se biraju namjernim izborom te se ne temelje na teoriji vjerojatnosti (detaljnije u: Marušić i Vranešević, 2001.).

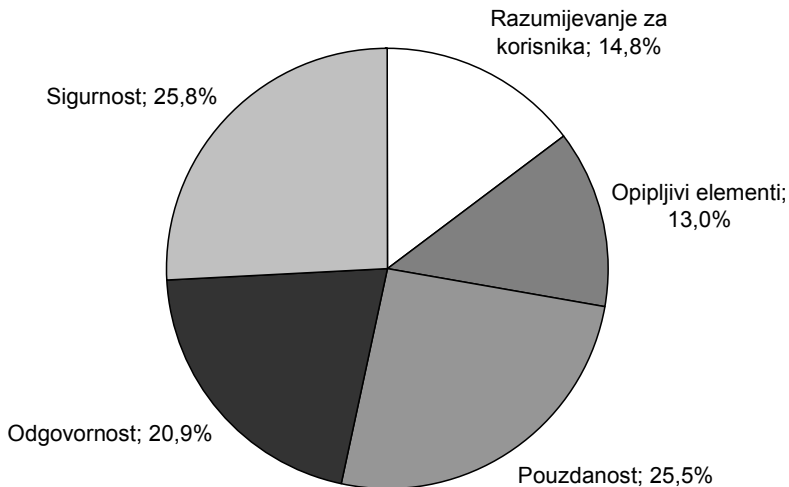
Na temelju rezultata u tablici 1., moguće je izračunati razliku odnosno jaz između percipirane usluge i očekivanja korisnika. Ovako izračunata razlika predstavlja neponderirani jaz. Međutim, Zeithaml i sur. (1990.) navode potrebu za određivanjem ponderiranog jaza. Ponderirani jaz određuje se kako bi se dobila realnija slika kvalitete usluga, kombinirajući ocjenu pojedine dimenzije kvalitete s brojem bodova dodijeljenih prema relativnoj važnosti/značajnosti pojedine dimenzije.

Zato je od ispitanika zatraženo da odrede koliko im je svaka od pet dimenzija (opipljivi elementi, pouzdanost, odgovornost, sigurnost i razumijevanje za korisnika) važna pri ocjenjivanju kvalitete usluga primarne zdravstvene zaštite. Svoj stav trebali su iskazati raspodjelom 100 bodova na navedenih pet dimenzija. Dimenzijama koje smatraju važnijim trebali su dodijeliti više bodova, a onima koje smatraju manje važnima manje bodova. Na slici 2. prikazana je važnost/značajnost pojedinih dimenzija kvalitete usluge (prema SERVQUAL modelu) za ispitanike.

Prema rezultatima istraživanja ispitanicima je najvažnija dimenzija »sigurnost«, tj. znanje i uljudnost osoblja ustanove primarne zdravstvene zaštite i njihova sposobnost ulijevanja pouzdanja i sigurnosti. Sljedeća dimenzija po važnosti, prema rezultatima istraživanja, je »pouzdanost«, tj. sposobnost ustanove primarne zdravstvene zaštite za pružanje usluge pouzdano i točno. Ova dimenzija ispitanicima je nešto manje važna od dimenzije »sigurnost«, ali t-test pokazuje kako ta razlika nije statistički značajna. Kod ostalih dimenzija postoji statistička značajnost razlika prema važnosti/značajnosti. Treća po redu dimenzija prema važnosti/značajnosti je »odgovornost«, tj. spremnost ustanove primarne zdravstvene zaštite da pomogne pacijentu i pruži brzu uslugu. Preposljednja dimenzija po važnosti/značajnosti je »razumijevanje za korisnika«, tj. briga i posvećivanje pažnje svakom pacijentu pojedinačno. Najmanje značajna dimenzija za ispitanike jesu »opipljivi elementi«, tj. izgled osoblja, opreme i prostorija ustanove primarne zdravstvene zaštite.

Slika 2.

Važnost/značajnost pojedinih dimenzija kvalitete usluge (prema SERVQUAL modelu) za ispitanike (N=161)



Izvor: anketni podaci i istraživanje autora.

Tablica 2. prikazuje neponderirani i ponderirani jaz između percepcija i očekivanja o kvaliteti usluga javnih ustanova primarne zdravstvene zaštite prema dimenzijama SERVQUAL modela.

podudara s tvrdnjom Johnsa (1999.:966) koji navodi da se korisnici pri ocjeni usluge koriste opipljivim elementima gdje god je to moguće. Međutim, nakon ponderiranja, jaz dimenzije »opipljivi elementi« manje je

Tablica 2.

Neponderirani i ponderirani jaz između očekivanja i percepcija o kvaliteti usluga javnih ustanova primarne zdravstvene zaštite, prikazano prema dimenzijama SERVQUAL modela (N=161)

Dimenzije SERVQUAL modela	Neponderirani jaz				Ponderirani jaz			
	Jaz	Min.	Max.	Std. dev.	Jaz	Min.	Max.	Std. dev.
Opipljivi elementi	-1,34783	-4,00	0,50	0,797052	-0,17579	-0,80	0,15	0,150996
Pouzdanost	-0,93540	-3,00	1,00	0,777690	-0,23814	-1,20	0,20	0,237540
Odgovornost	-1,12733	-3,50	1,50	0,904467	-0,25348	-1,80	0,45	0,292395
Sigurnost	-0,97671	-3,75	0,75	0,778019	-0,24314	-1,35	0,30	0,234980
Razumijevanje za korisnika	-0,80124	-3,20	2,20	0,873355	-0,12167	-1,05	0,22	0,160079

Izvor: anketni podaci i istraživanje autora.

Kod svih dimenzija kvalitete usluge postoji jaz između percepcija i očekivanja (od -0,80124 do -1,34783), a najveći neponderirani jaz uočen je kod dimenzije »opipljivi elementi«. To pokazuje da su ispitanici imali najveća očekivanja u odnosu na percepcije kod dimenzije »opipljivi elementi«, što se

izražen u usporedbi s ostalim elementima, a zbog niske važnosti te dimenzije kvalitete za korisnike usluga primarne zdravstvene zaštite (slika 2.). Preostale četiri dimenzije pokazuju stabilnost redoslijeda prema veličini jaza, bez obzira na ponderiranje (jasnije prikazano u tablici 3.).

Tablica 3.

Usporedba ranga pojedinih dimenzija kvalitete usluge prema veličini neponderiranog i ponderiranog jaza između očekivanja i percepcija o kvaliteti usluga javnih ustanova primarne zdravstvene zaštite (N=161)

Jaz	Rang dimenzija prema veličini jaza	
	Naponderirani jaz	Ponderirani jaz
Najmanji jaz	Razumijevanje za korisnika	Razumijevanje za korisnika
↓	Pouzdanost	Opipljivi elementi
	Sigurnost	Pouzdanost
	Odgovornost	Sigurnost
Najveći jaz	Opipljivi elementi	Odgovornost

Izvor: anketni podaci i istraživanje autora.

Naime, najmanji neponderirani i ponderirani jaz odnosi se na dimenziju »razumijevanje za korisnika«. Nakon toga (ako se izuzme dimenzija »opipljivi elementi«), jaz se povećava redom za dimenzije »pouzdanost«, »sigurnost« i »odgovornost«, pri čemu posljednja ima najveći jaz između očekivanja i percepcija korisnika.

Prema rezultatima navedenim u tablici 2. postoje značajna odstupanja između percepcija i očekivanja korisnika u javnim ustanovama primarne zdravstvene zaštite. Prema tome, **hipoteza H1 u potpunosti je prihvaćena**. Pri tome je važno istaknuti da su kod tri dimenzije koje su ispitanicima najznačajnije (sigurnost, pouzdanost, odgovornost) izmjereni i najveći jazovi (neponderirani i ponderirani).

Druga i treća hipoteza usmjerene su na odnos veličine izmjenenog jaza i značajnosti dimenzija. Budući je korisnicima najznačajnija dimenzija »sigurnost« (slika 2.), a ta dimenzija prema dobivenim rezultatima nema najveći jaz (tablica 3.), **hipoteza H2 u potpunosti je odbačena**. Nadalje, budući je korisnicima najmanje značajna dimenzija »opipljivi elementi« (slika 2.), a ta dimenzija prema dobivenim rezultatima nema najmanji jaz (tablica 3.), **hipoteza H3 također je u potpunosti odbačena**.

Ograničenja istraživanja

Ograničenja istraživanja odnose se prije svega na veličinu i strukturu uzorka, čime se rezultati ne mogu generalizirati na opću populaciju u Republici Hrvatskoj, ali ni na cijelu populaciju Zagrebačke županije i Grada Zagreba. Nadalje, rezultati se ne mogu generalizirati na sve zdravstvene usluge jer je istraživanje usmjereno isključivo na usluge primarne zdravstvene zaštite. Višedimenzionalna i kompleksna priroda kvalitete zdravstvenih usluga u kombinaciji s činjenicom da brojni korisnici nemaju dovoljno znanja za procjenu ključnih elemenata usluge, otežava mje-

renje korisnikovih percepcija i potreba. Rezultati istraživanja su indikativni i mogu se koristiti za daljnja istraživanja.

ZAKLJUČAK

Zabrinutost stanovništva za zdravstvenu zaštitu i zdravstvene probleme raste, a korisnici zdravstvenih usluga traže i očekuju sve bolje i složenije usluge. Kao posljedica promjena stavova prema zdravlju i njegovoj zaštiti za očekivati je da će se problematika kvalitete pruženih usluga i zadovoljstva korisnika još više aktualizirati. U prilog tome ide i činjenica da u Republici Hrvatskoj raste broj zdravstvenih ustanova u privatnom vlasništvu čime se stvara konkurentna utakmica i veći izbor ponude usluga.

Provedenim primarnim istraživanjem na uzorku stanovnika Zagrebačke županije i Grada Zagreba utvrđeno je da postoji značajan jaz između percepcija i očekivanja korisnika usluga tih ustanova. Uprave javnih ustanova primarne zdravstvene zaštite moraju poboljšati uslugu prema svim dimenzijama kvalitete, ali posebnu pozornost moraju obratiti kod onih dimenzija gdje je zabilježen najveći jaz: »odgovornost«, »sigurnost« i »pouzdanost«. Nadalje, nije utvrđena povezanost između veličine izmjenenog jaza za pojedinu dimenziju kvalitete usluge i značajnosti te dimenzije za korisnike usluga, a u odnosu na ostale dimenzije. Međutim, znakovito je da su tri dimenzije s najvećim jazom (»sigurnost«, »pouzdanost«, »odgovornost«) ujedno i tri dimenzije sa bitno većim udjelom značajnosti u odnosu na preostale dvije dimenzije (»razumijevanje za korisnika«, »opipljivi elementi«), čime je još više naglašen prioritet djelovanja uprava zdravstvenih ustanova u postizanju kvalitete usluge. Iako je ispitanicima dimenzija »opipljivi elementi« najmanje značajna kad procjenjuju važnost svih dimenzija, odnosno kvalitetu usluge u cjelini, važno je istaknuti kako oni imaju visoka očekivanja veza-

no uz »opipljive elemente«, vjerojatno zbog jednostavne i brze procjene elemenata koji čine tu dimenziju (oprema, prostori zdravstvene ustanove, odjeća liječnika i sl.).

Doprinos rada sadržan je u sustavnom pregledu dostupnih izvora iz područja marketinga zdravstvenih usluga, preciznije mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga. Isto tako, doprinos proizlazi iz odabira te obrade teme koja je skromno zastupljena u domaćoj literaturi. Rad može biti poticaj upravama i zaposlenicima u zdravstvenim ustanovama za buduća mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga kojima bi se identificirali elementi koje treba poboljšati u cilju većeg zadovoljstva korisnika.

LITERATURA

- Andaleeb, S. S. (2001). Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country. *Social Science & Medicine*, 52(9), 1359-1370. doi:10.1016/S0277-9536(00)00235-5
- Anderson, E. A. (1995). Measuring service quality at a university health clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 8(2), 32-37. doi:10.1108/09526869510081866
- Barić, V. (2003). Socijalna infrastruktura kao čimbenik razvoja hrvatskoga gospodarstva. U I. Družić (ur.), *Hrvatski gospodarski razvoj* (str. 391-425.). Zagreb: Politička kultura.
- Bennington, L., & Cummane, J. (1998). Measuring service quality: A hybrid methodology. *Total Quality Management*, 9(6), 395-405. doi:10.1080/0954412988343
- Camilleri, D., & O'Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-133. doi:10.1108/09526869810216052
- Donabedian, A. (1980). The definition of quality and approaches to its assesment. *Explorations in Quality Assesment and Monitoring*, 1. Ann Arbor.
- Eigler, P., & Langeard, E. (1999). *Marketing usluga: Strategija i menadžment*. Rijeka: Vitagraf.
- Eiriz, V., & Figueiredo, J. A. (2005). Quality evaluation in health care services based on customer-provider relationships. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(6), 404-412. doi:10.1108/09526860510619408
- Grahovac, P. (2003). Životni standard i gospodarski razvoj. U: I. Družić (ur.), *Hrvatski gospodarski razvoj* (str. 263-287.). Zagreb: Politička kultura.
- Gupta, A. (1995). Productivity measurement in service operations: A case study from the health-care environment. *Managing Service Quality*, 5(5), 31-35. doi:10.1108/09604529510100468
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2005). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis*. Posjećeno 13. 11. 2005. na mrežnoj stranici http://www.hzjz.hr/publikacije/hzs_ljetopis/uvod.htm
- Johns, N. (1999). What is this thing called service?. *European Journal of Marketing*, 3(9-10), 958-973. doi:10.1108/03090569910285959
- Kilbourne, W. E., Duffy, J. A., Duffy, M., & Giarchi, G. (2004). The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality. *Journal of Services Marketing*, 18(7), 524-533. doi:10.1108/08876040410561857
- Kotler, P. (2001). *Upravljanje marketingom - analiza, planiranje, primjena i kontrola*. Zagreb: Mate.
- Lakhe, R., & Mohanty, R. P. (1995). Understanding TQM in service systems. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 12(9), 139-153. doi:10.1108/02656719510101240
- Lam, S. S. K. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145-152. doi:10.1080/0954412979587
- Llosa, S., Chandon, J. L., & Orsingher, C. (1998). An empirical study of servqual's dimensionality. *The Service Industries Journal*, 18(2), 16-42. doi:10.1080/02642069800000017
- Marušić, M., & Vranešević, T. (2001). *Istraživanje tržišta*. Zagreb: Adeco.
- Meler, M. (2003). *Neprofitni marketing*. Osijek: Ekonomski fakultet u Osijeku.
- Mels, G., Boshoff C., & Nel, D. (1997). The dimensions of service quality: The original European perspective revisited. *The Service Industries Journal*, 17(1), 173-189. doi:10.1080/02642069700000009
- O'Connor, S. J., & Trinh, H. Q. (2000). Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality. *Health Care Management Review*, 25(2), 7-23.
- Ozretić Došen, Đ. (2002). *Osnove marketinga usluga*. Zagreb: Mikrorad.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-37.

- Pakdil, F., & Harwood, T. N. (2005). Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: An analysis using Servqual dimensions. *Total Quality Management*, 16(1), 15-30.
- Pavičić, J. (2003). *Strategija marketinga neprofitnih organizacija*. Zagreb: Masmedia.
- Philip, G., & Hazlett, S. A. (1997). The measurement of service quality: a new P-C-P attributes model. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 14(3), 260-286. doi:10.1108/02656719710165482
- Robinson, S. (1999). Measuring service quality: current thinking and future requirements. *Marketing Intelligence & Planning*, 17(1), 21-32. doi:10.1108/02634509910253777
- Sohail, M. S. (2003). Service quality in hospitals: more favourable than you might think. *Managing Service Quality*, 13(3), 197-206. doi:10.1108/09604520310476463
- Stremersch, S. (2008). Health and marketing: The emergence of a new field of research. *International Journal of Research in Marketing*, 25(4), 229-233. doi:10.1016/j.ijresmar.2008.09.002
- Vandamme, R., & Leunis, J. (1993). Development of a multiple-item scale for measuring hospital service quality. *International Journal of Service Industry Management*, 4(3), 30-49. doi:10.1108/09564239310041661
- Verner, J., (2005). SERVQUAL: A tool for measuring service quality. *Pravni vjesnik*, 21(1-2), 247-258.
- Wisniewski, M., & Wisniewski, H. (2005). Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(3), 217-228. doi:10.1108/09526860510594776
- Wong, J. C. H. (2002). Service quality measurement in a medical imaging department. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 15(5), 206-212. doi:10.1108/09526860210437421
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti. *Narodne novine*, br. 150/2008.
- Zeithaml, V. A., Parasuraman, A., & Berry, L. L. (1990). *Delivering quality service: Balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press.

Summary

MEASURING HEALTH CARE SERVICE QUALITY BY USING SERVQUAL

Đurđana Ozretić Došen, Vatroslav Škare
Faculty of Economics, University of Zagreb

Tatjana Škare
Primary School dr. Ivan Merz
Zagreb, Croatia

The paper deals with the reflections on the problems involved in the measurement of the quality of health care services. It presents theoretical contributions to a study of specific characteristics of services marketing in health care, including a review of the results of a previous research which measured customer satisfaction with health care services. Special attention is devoted to a presentation of the most frequently used model of service quality measurement or SERVQUAL, which is also widely used for measuring the service quality within health care. The paper presents the results of a research of the quality of health care services provided by primary health care institutions in the City of Zagreb and the Zagreb County (with a special emphasis on public sector health care institutions) by using the SERVQUAL scale. The research focuses on the extent to which the Croatian customers use the services of the public sector vs. those of private sector primary health care institutions. It attempts to determine the importance paid to individual dimensions of service quality and to find out whether there are any significant gaps between the perceptions by customers and their expectations of the quality of services provided by primary health care institutions. The results revealed a significant gap between the perceptions and expectations by health care service users, while showing that the gap varies according to different dimensions of service quality. The management of public sector primary health care institutions ought to improve their service according to all dimensions of service quality. At the same time, they should pay particular attention to the dimensions where this gap was found to be the largest, i.e. »responsiveness«, »assurance« and »reliability«. No connection was established between the size of the measured gap as far as any individual service quality dimension is concerned, and the significance of that particular dimension for service users as compared to other dimensions. The paper may prompt the management and employees of health care institutions to conduct further measuring of their service quality in the future so as to identify the elements which must be improved in order to enhance customer satisfaction.

Key words: services marketing, service quality, health care, SERVQUAL