

Kvaliteta zdravstvenih usluga

Regent Turkalj, Irena

Professional thesis / Završni specijalistički

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Tourism and Hospitality Management / Sveučilište u Rijeci, Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:191:341898>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International](#)/[Imenovanje-Nekomercijalno-Dijeli pod istim uvjetima 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-02**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of Tourism and Hospitality Management - Repository of students works of the Faculty of Tourism and Hospitality Management](#)



**SVEUČILIŠTE U RIJECI
FAKULTET ZA MENADŽMENT U TURIZMU I UGOSTITELJSTVU, OPATIJA
POSLIJEDIPLOMSKI SPECIJALISTIČKI STUDIJ
ZDRAVSTVENI TURIZAM**

IRENA REGENT TURKALJ

***KVALITETA ZDRAVSTVENIH USLUGA:
KONCEPT I MJERENJE***

***THE HEALTH SERVICE QUALITY:
CONCEPT AND MEASUREMENT***

Specijalistički završni rad

Opatija, 2016.

SVEUČILIŠTE U RIJECI

**FAKULTET ZA MENADŽMENT U TURIZMU I UGOSTITELJSTVU, OPATIJA
POSLIJEDIPLOMSKI SPECIJALISTIČKI STUDIJ
ZDRAVSTVENI TURIZAM**

IRENA REGENT TURKALJ

***KVALITETA ZDRAVSTVENIH USLUGA:
KONCEPT I MJERENJE***

***THE HEALTH SERVICE QUALITY:
CONCEPT AND MEASUREMENT***

Specijalistički završni rad

Kolegij: Mjerenje zadovoljstva gostiju u
zdravstvenom turizmu

Student: Irena Regent Turkalj

Mentor: prof. dr. sc. Suzana Marković

Matični broj: 19ZT12

Opatija, rujan 2016.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Problem i predmet istraživanja	1
1.2. Svrha i ciljevi istraživanja	2
1.3. Hipoteze istraživanja	3
1.4. Znanstvene metode	3
1.5. Struktura rada	4
2. KONCEPT KVALITETE ZDRAVSTVENIH USLUGA.....	6
2.1. Pojam i definicija kvalitete	6
2.2. Pojam i definicija usluga.....	8
2.3. Pojam i definicija kvalitete usluga.....	12
2.4. Pojam i definicija kvalitete zdravstvenih usluga	18
2.5. Karakteristike zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj	21
3. MJERENJE KVALITETE ZDRAVSTVENIH USLUGA	24
3.1. Pojam i definicija mjerenja.....	24
3.2. Pregled modela za mjerenje kvalitete usluga	25
3.3. Pregled modela za mjerenje kvalitetete zdravstvenih usluga.....	28
3.4. SERVQUAL model.....	28
3.5. Primjena SERVQUAL modela u mjerenju kvalitete zdravstvenih usluga.....	31
3.6. Primjena SERVQUAL modela u zdravstvenom turizmu.....	38
4. REZULTATI EMPIRIJSKOG ISTRAŽIVANJA	43
4.1. Problem i ciljevi empirijskog istraživanja.....	43
4.2. Hipoteze empirijskog istraživanja	43
4.3. Metodologija istraživanja	44
4.3.1. Opis mjernog instrumenta	44
4.3.2. Opis uzorka (Thalassotherapia Opatija).....	46
4.4. Rezultati istraživanja	47
4.4.1. Rezultati deskriptivne statističke analize.....	47
4.4.2. Rezultati bivarijatne statističke analize	56
4.5. Provjera postavljenih hipoteza.....	62

4.6. Kritički osvrt na istraživanje	66
4.7. Ograničenja istraživanja i prijedlozi za daljnja istraživanja	70
5. ZAKLJUČAK	72
POPIS LITERATURE.....	75
POPIS TABLICA.....	86
POPIS SHEMA	87

SAŽETAK

Kvaliteta usluga u zdravstvu je sve češće predmet različitih istraživanja. Posebno mjesto u takvim istraživanjima zauzima mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga, pri čemu važnu ulogu ima određivanje načina na koji ih percipiraju korisnici. Rad je posvećen razmatranju problematike koncepta kvalitete zdravstvenih usluga, te istraživanju modela i metoda za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga. Prikazani su teorijski doprinosi o kvaliteti usluga općenito i specifičnostima zdravstvenih usluga, te mjerenju kvalitete zdravstvenih usluga, što uključuje i navođenje rezultata prethodnih istraživanja kojima je mjereno zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga. Posebna pozornost usmjerena je na prikaz SERVQUAL modela kao najčešće korištenog modela za mjerenje kvalitete usluga i široko prihvaćenog za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga.

Primjenom prilagođenog SERVQUAL modela u ovom radu istražena su očekivanja i percepcija korisnika zdravstvenih usluga u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapia Opatija. U istraživanje je bilo uključeno 178 korisnika zdravstvenih usluga. Rezultati provedenog empirijskog istraživanja potvrdili su prikladnost SERVQUAL modela za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga. Utvrđeno je da postoji značajan jaz između percepcija i očekivanja korisnika usluga. Jaz je najveći kada je riječ o fizičkim elementima pružanja usluga, dok je nešto manji kod dimenzija odgovornosti, sigurnosti, razumijevanja i pouzdanosti. Stoga se zaključiti može da je u navedenim dimenzijama potrebno podići kvalitetu kako bi razina zadovoljavanja potreba i očekivanja korisnika bila viša.

Rezultati ovog istraživanja mogu biti poticaj da se u Thalassotherapiji Opatija provedu i druga istraživanja i mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga primjenom nekih drugih metoda i modela kako bi se precizno definirali elementi koje treba poboljšati s ciljem poboljšanja zadovoljstva korisnika usluga.

Ključne riječi: kvaliteta usluga, kvaliteta zdravstvenih usluga, SERVQUAL, statistička analiza, Thalassotherapia Opatija

1. UVOD

Kvalitetna zdravstvena zaštita, sukladno zdravstvenom stanju i općeprihvaćenim stručnim standardima, jedno je od temeljnih ljudskih prava. Kvaliteta usluge je i najznačajniji čimbenik koji utječe na poslovni uspjeh. Zdravstveni sustavi zbog toga sve veću pažnju daju kvaliteti usluga i mjerenju te kvalitete kako bi dobili smjernice za poboljšanje i pružali najbolju moguću uslugu korisnicima, ali i postigli veću konkurentnost na tržištu.

Kvaliteta usluga općenito, pa tako i zdravstvenih usluga, subjektivnog je karaktera. Ona ovisi, prije svega, o razini zadovoljavanja potreba i očekivanja korisnika. Zadovoljiti potrebe, želje i zahtjeve korisnika zdravstvenih usluga nije jednostavno. U potrazi, izboru i korištenju zdravstvenih usluga korisnik se ponaša drugačije nego kada je u pitanju bilo koja druga egzistencijalna potreba. Kako bi se povećalo zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga potrebno je neprekidno pratiti i analizirati njihove stavove, očekivanja i percepcije te ustanoviti podudaraju li se i u kojoj mjeri s onima koje imaju pružatelji usluga.

Kvaliteta zdravstvenih usluga se u posljednjim dvama desetljećima našla u središtu pažnje menadžera, istraživača i znanstvenika. Znanstvenici i stručnjaci iz prakse intenzivno se bave konceptom kvalitete 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. Jedan od osnovnih problema koji se pokušava pri tome riješiti je kako mjeriti kvalitetu zdravstvene usluge i zadovoljstvo korisnika usluga.

1.1. Problem i predmet istraživanja

Koncept kvalitete zdravstvenih usluga istražuje se već više od dvaju desetljeća, ali u znanstvenoj i stručnoj praksi u RH još uvijek postoji mali broj radova u kojima se istražuje i mjeri razina zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga. Neophodno je stvoriti odgovarajuću i znanstveno provjerenu sliku o potrebama, očekivanjima, percepcijama i zadovoljstvu, da bi se zdravstvena politika počela mijenjati u korist korisnika zdravstvenih usluga.

U skladu s problemom istraživanja definiran je **predmet istraživanja**: istražiti teorijske i empirijske spoznaje te sustavno formulirati rezultate istraživanja o kvaliteti usluga općenito, te o kvaliteti zdravstvenih usluga. Predmet istraživanja su i modeli koji se koriste za mjerenje kvalitete usluga, s naglaskom na SERVQUAL modelu kao često korištenom modelu za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga. Uz pomoć prilagođenog SERVQUAL modela bit će

istraženo zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapia Opatija.

1.2. Svrha i ciljevi istraživanja

Osnovna svrha ovog rada je istražiti i opisati koncept kvalitete zdravstvenih usluga i metode za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga, te korištenjem prilagođenog SERVQUAL modela ocijeniti zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga u Thalassotherapiji Opatija.

U skladu s postavljenim problemom određeni su sljedeći **ciljevi istraživanja**:

1. definirati koncept kvalitete, koncept kvalitete usluga i kvalitete zdravstvenih usluga,
2. istražiti modele i metode za mjerenje kvalitete usluga i kvalitete zdravstvenih usluga,
3. analizirati dosadašnja istraživanja kvalitete usluga stranih i domaćih autora u različitim, uslužnim djelatnostima, te posebno zdravstvenog sustava,
4. istražiti dosadašnja istraživanja i mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga,
5. opisati SERVQUAL model i njegove dimenzije kao najčešće korišteni model za mjerenje kvalitete usluga,
6. izgraditi teorijski model za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga,
7. ocijeniti očekivanja i percepcije korisnika zdravstvenih usluga (metodama deskriptivne statistike),
8. utvrditi socio-demografske karakteristike korisnika zdravstvenih usluga (metodama deskriptivne statistike),
9. ocijeniti i izračunati SERVQUAL jaz, te ocijeniti kvalitetu zdravstvenih usluga (metodama deskriptivne statistike),
10. odrediti važnost pojedinih dimenzija kvalitete zdravstvenih usluga (metodama deskriptivne statistike),
11. istražiti ima li razlike u važnosti koju ispitanici daju pojedinim dimenzijama s obzirom na socio-demografski profil,
12. utvrditi značajnost razlike u prosječnim ocjenama između očekivane i percipirane kvalitete zdravstvenih usluga (t-test),
13. utvrditi značajnost razlike u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na socio-demografski profil ispitanika (t-test),
14. utvrditi značajnost razlike u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na socio-demografski profil ispitanika (t-test),
15. usporediti dobivene rezultate istraživanja s rezultatima iz dosadašnjih stranih i domaćih istraživanja.

1.3. Hipoteze istraživanja

Iz znanstvenog problema i predmeta istraživanja, a u svrhu ostvarivanja ciljeva istraživanja, postavljena je **glavna hipoteza**: *Korištenjem teorijskih i empirijskih spoznaja o kvaliteti zdravstvenih usluga i njenom mjerenju, moguće je na jednostavan i učinkovit način saznati očekivanja, potrebe i želje korisnika zdravstvenih usluga, kao i njihove stavove o dobivenim uslugama, te iste iskoristiti u svrhu kreiranja kvalitetne ponude zdravstvenih usluga.*

Iz definirane osnovne hipoteze proizlaze **pomoćne hipoteze**:

1. Koncept kvalitete zdravstvenih usluga je višedimenzionalan koncept.
2. Postoje značajna odstupanja između percepcija i očekivanja korisnika zdravstvenih usluga.
3. Korisnici zdravstvenih usluga imaju najviša očekivanja u dimenzijama pouzdanost i sigurnost.
4. Korisnici percipiraju nedostatak ljubaznosti zaposlenika u zdravstvenim ustanovama.
5. Korisnici percipiraju nedostatak želje zaposlenika u zdravstvenim ustanovama za pomaganjem korisnicima i osiguranjem brze usluge.
6. Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na dob korisnika.
7. Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na dob korisnika.
8. Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na spol korisnika.
9. Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na spol korisnika.
10. Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na razinu obrazovanja korisnika.
11. Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na razinu obrazovanja korisnika.
12. Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu i percipiranu vrijednost s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge.

1.4. Znanstvene metode

Istraživanje koncepta i mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga provedeno je u dvama dijelovima.

U prvom dijelu rada primijenjen je konceptualni pristup istraživanju u kojemu su koncept kvalitete usluga, kvalitete zdravstvenih usluga i zadovoljstva korisnika obrađeni s teorijskog stajališta. U teorijskom dijelu rada su korišteni sekundarni izvori podataka. Na temelju analize relevantnih domaćih i stranih znanstvenih i stručnih radova opisani su temeljni koncepti kao što su kvaliteta usluga, kvaliteta zdravstvenih usluga, modeli mjerenja kvalitete usluga i zdravstvenih usluga, očekivanja i percepcije te zadovoljstvo korisnika.

Drugi dio rada odnosi se na rezultate empirijskog istraživanja koji se temelje na prikupljanju primarnih podataka metodom ispitivanja pomoću anketnog upitnika. Anketni upitnik je oblikovan na temelju modificiranog SERVQUAL modela te sadržava četiri dijela. Prvi dio mjeri očekivanja korisnika zdravstvenih usluga. Drugi dio mjeri percepciju korisnika zdravstvenih usluga. Treći dio sadržava pitanja o zadovoljstvu i lojalnosti, dok četvrti dio pitanja o socio-demografskim karakteristikama korisnika.

Prikupljeni primarni podaci analizirani su primjenom programa za statističku obradu i analizu podataka SPSS. Za obradu i analizu prikupljenih podataka primjenjene su odabrane metode deskriptivne i bivarijatne statističke analize. U okviru deskriptivnih statističkih metoda koristiti se grafičko prikazivanje, relativni brojevi strukture, aritmetička sredina, mod i standardna devijacija, dok se u okviru bivarijatnih statističkih metoda koristi t-test za nezavisne uzorke i analiza varijance kako bi se utvrdila statistička značajnost razlika između prosječnih ocjena.

Osim prethodno navedenih metoda statističke analize, u radu su korištene sljedeće znanstveno-istraživačke metode: induktivna i deduktivna metoda, metoda analize i sinteze, metoda apstrakcije i konkretizacije, metoda generalizacije i specijalizacije, metoda dokazivanja i opovrgavanja, povijesna metoda, komparativna metoda, metoda klasifikacije, empirijska metoda te metoda deskripcije i kompilacije.

1.5. Struktura rada

Specijalistički završni rad sastoji se od pet povezanih dijelova, uključujući uvod i zaključak.

U uvodu definiran je problem, svrha i ciljevi istraživanja, postavljene su glavna i pomoćne hipoteze, opisana je metodologija istraživanja i struktura specijalističkog rada.

Drugi dio pod nazivom „Koncept kvalitete zdravstvenih usluga“ predstavlja teorijski okvir provedenog istraživanja. U tom dijelu definiraju se ključni pojmovi, kao što su kvaliteta usluga, definira se pojam kvalitete zdravstvenih usluga i navode se karakteristike zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj.

Treći dio pod nazivom „Mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga“ daje prikaz metoda za mjerenje kvalitete usluga s naglaskom na SERVQUAL model, navode se dosadašnja istraživanja u području mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga kao i primjena SERVQUAL modela u zdravstvenom turizmu.

Četvrti dio završnog rada naslovljen je „Rezultati empirijskog istraživanja“. U njemu se navode ciljevi i hipoteze empirijskoga istraživanja, objašnjava se metodologija provedenoga istraživanja, iznose rezultati istraživanja te se, osim kritičkog osvrtu za istraživanje, provjerava istinitost postavljenih hipoteza.

Posljednji dio rada je „Zaključak“ u kojemu se sintetiziraju spoznaje proizašle iz provedenog istraživanja.

Na kraju specijalističkoga rada navodi se popis korištene literature te popis tablica i shema.

2. KONCEPT KVALITETE ZDRAVSTVENIH USLUGA

Kvaliteta usluga najčešće je izučavano područje u literaturi marketinga usluga. Nastojanja usmjerena na razumijevanje i identificiranje kvalitete usluga traju godinama jer se pokazalo da je dugoročno najznačajniji čimbenik koji utječe na poslovni uspjeh kvaliteta usluga koje pružatelj nudi u odnosu na konkurente. Kao posljedica toga i razvoja teorije, problematika kvalitete usluga i mjerenja kvalitete usluga dobiva sve značajnije mjesto u teoriji uslužnog marketinga. Pri tome su osnovni problemi i neslaganja među autorima vezani za mogućnosti koje pojedini modeli nude, te polazišta za mjerenje u okviru modela.

U ovom poglavlju se analizira koncept kvalitete, te koncept kvalitete usluga, prvenstveno zdravstvenih usluga koje su u središtu pozornosti ovog specijalističkog rada. Postavljaju se terminološke osnove, daje se pregled različitih poimanja koncepta kvalitete i različitih pristupa konceptualizacije kvalitete usluge te bitnih čimbenika koji utječu na percepciju kvalitete usluga od strane korisnika.

2.1. Pojam i definicija kvalitete

U literature ne postoji jedinstvena i opće prihvaćena definicija pojma kvalitete te su različite definicije primjerene različitim kontekstima u kojima se ona promatra.

Hrvatska riječ *kvaliteta* potječe od latinske riječi *quails* koja znači "koje vrste". Prema općem shvaćanju riječ *kvaliteta* označava „svojstvo“, „kakvoću“, „vrsnoću“ ili „vrijednost“ nekog objekta.¹ Anić *kvalitetu* definira na sljedeći način: „*Kvaliteta je odlika da se što razlikuje od drugog iste vrste po poželjnim osobinama*“, odnosno „*kvalitetno je ono što ima dobre osobine*“.²

Crosby navodi da je „*kvaliteta nedostižan i nejasan konstrukt*“³, a Avelini Holjevac da je to „*stari pojam, koji se stoljećima mijenjao i dobivao nove sadržaje*“⁴, te da se ona shvaća kao „nešto dobro“. Razlog zbog kojeg je *kvaliteta* relativan pojam nalazi se u činjenici što se on koristi u različitim aspektima ljudskog života. Svaki pojedinac *kvalitetu* percipira na svoj način, odnosno doživljava je subjektivno.

¹ Klaić, B.: „*Rječnik stranih riječi*“, Nakladni zavod Matice Hrvatske, Zagreb, 1987., str. 774.

² Anić, V.: „*Rječnik hrvatskog jezika*“, Novi liber, Zagreb, 1991., str. 300.

³ Crosby, P. B.: „*Quality Is Free: The Art of Making Quality Certain*“, New American Library, New York, 1979., prema: Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L.: „A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research“, *Journal of Marketing*, Vol. 49., 1985., str. 41.

⁴ Avelini Holjevac, I.: „*Upravljanje kvalitetom*“, Fakultet za turistički i hotelski menadžment, Opatija, 2002., str. 3.

Crosby⁵ definira kvalitetu kao „udovoljavanje zahtjevima”, odnosno smatra je „rezultatom interne motivacije kao posljedice svijesti o troškovima koji nastaju zbog neudovoljavanja zahtjevima, a ne pritiska tržišta”.⁶ Navodi da se zahtjevi moraju jasno izraziti kako ne bi došlo do pogrešnog shvaćanja te da je nakon toga potrebno neprekidno provoditi mjerenja da bi se udovoljilo tim zahtjevima. Ako im se ne udovoljava, znači da nedostaje kvaliteta. Kotler⁷ definira da je „kvaliteta sveukupnost značajki i karakteristika proizvoda i usluge koje se iskazuju njegovom/njezinom mogućnošću da zadovolji izrečene ili naznačene potrebe”. Avelini Holjevac navodi da je „kvaliteta razina zadovoljenja potreba i zahtjeva potrošača, odnosno, usklađenost s njihovim sve većim zahtjevima i očekivanjima”.⁸

Jednu od najčešće citiranih, i možda najobuhvatniju kategorizaciju definicija kvalitete dao je Garvin u svojoj raspravi o značenju pojma kvalitete proizvoda. Autor razlikuje pet različitih pristupa poimanja koncepta kvalitete:⁹

- *Apsolutno poimanje kvalitete (eng. absolute, transcendent)*: Kvaliteta je sinonim za izvrsnost. Ona je apsolutna i univerzalno prepoznatljiva, te predstavlja beskompromisni standard.
- *Poimanje kvalitete temeljeno na proizvodu (eng. product-based)*: Kvaliteta je precizna i mjerljiva varijabla. Sve razlike u kvaliteti koje postoje odraz su razlike u količini sastojka ili nekog atributa, te se s aspekta udjela sastojaka ili atributa mogu i rangirati.
- *Poimanje kvalitete temeljeno na korisniku (eng. user-based)*: Kvaliteta se nalazi u očima promatrača. Ona se temelji na subjektivnoj procjeni potrošača koji imaju specifične potrebe i želje, a onaj proizvod koji najbolje zadovoljava njihove potrebe predstavlja najvišu razinu kvalitete.
- *Poimanje kvalitete temeljeno na proizvodnji (eng. manufacturing-based)*: Usklađenost sa specifikacijama podrazumijeva da su proizvodi dizajnirani i proizvedeni u skladu s unaprijed određenim specifikacijama. Kako bi se otkrila odstupanja od definiranih specifikacija primjenjuju se tehnike kontrole kvalitete.
- *Poimanje kvalitete temeljeno na vrijednosti za korisnika (eng. value-based)*: Kvaliteta je odraz usporedbe koristi koje potrošač dobiva s cijenom, odnosno „žrtvom“ koju mora podnijeti kako bi došao do proizvoda. Znači, percipirana vrijednost omjer je percipirane koristi i percipirane cijene.

⁵ Crosby, B. P.: „Kvaliteta je besplatna: Umijeće osiguranja kvalitete“, 3. izdanje, Privredni vjesnik, Zagreb, 1994., str. 21.

⁶ Ibidem.

⁷ Kotler, P., Keller, K., Martinović, M.: „Upravljanje marketingom – analiza, planiranje, primjena i kontrola“, Mate, Zagreb, 2001., str. 3.

⁸ Avelini Holjevac, I.: op. cit., str. 4.

⁹ Garvin, D. A.: „What does ‘product quality’ really mean?“, Sloan Management Review, 1984., Fall, str. 25-43., prema: Mudie, P., Pirrie, A.: „Services Marketing Management“, Third Edition, Elsevier, Burlington, MA, str. 87-88.

Prema Europskoj povelji o kvaliteti¹⁰, kvaliteta može biti cilj savršene organizacije ili metodologija, odnosno „način na koji se potiče aktivno ljudsko učešće temeljeno na uključivanju i odgovornosti svakog pojedinca“. Kada se govori o cilju, to podrazumijeva da „organizacija mora precizno odgovarati na potrebe i očekivanja kupca i korisnika, ako želi biti tržišno konkurentna“.¹¹ Kvaliteta kao metodologija „promiče sudjelovanje, jer nitko ne može zahtijevati predanost od ljudi, a da im u isto vrijeme ne nudi i razvija odgovarajuću radnu okolinu – kvaliteta također podrazumijeva motiviranost i odgovornost, tako da organizacija, njezino ponašanje i metodologija rada moraju biti temeljeni na inicijativama i brigama za kupca“.¹² Međunarodna organizacija za normizaciju (ISO) kvalitetu (kakvoću) definira kao „stupanj u kojemu skup bitnih značajka zadovoljava zahtjeve“¹³. U ovoj definiciji značajka predstavlja „razlikovno obilježje“, dok je zahtjev „iskazana potreba ili očekivanje“.

U središtu je većina definicija kvalitete, osobito marketinških, kupac i zadovoljenje njegovih potreba jer je upravo on taj koji donosi krajnji sud o kvaliteti i o njemu najviše ovisi tržišni uspjeh ili neuspjeh nekog proizvoda i/ili usluge. Proizvod Kotler¹⁴ definira kao „sve što se može ponuditi na tržištu da bi se zadovoljila želja ili potreba, uključujući fizička dobra, usluge, iskustva događaje, osobe mjesta, nekretnine, organizacije, informacije i ideje“. No, za razliku od materijalnih (fizičkih) proizvoda, usluge imaju svoje specifičnosti, koje će biti objašnjene u nastavku rada.

2.2. Pojam i definicija usluga

Preobrazom razvijenih industrijskih gospodarstava u uslužna, udio usluga u ostvarenom društvenom proizvodu neprekidno raste. Upravo u sektoru usluga danas se odvijaju najdinamičnija kretanja i događa se najviše promjena. Zbog toga je bilo nužno postaviti teorijski okvir, odnosno definirati i klasificirati usluge. Usluge su brojne i raznovrsne pa nije bilo moguće dati jedinstvenu, općeprihvaćenu definiciju.

Adam Smith je u 18. stoljeću definirao uslugu kao „sve aktivnosti koje ne rezultiraju opipljivim proizvodima“¹⁵, pri tome zastupajući stav kako takve aktivnosti čiji je rezultat neopipljiv ne stvaraju nikakvu dodanu vrijednost. Jean Baptiste Say početkom 19. stoljeća govori o uslugama kao „svim neproizvođačkim (nematerijalnim) aktivnostima koje povećavaju korisnost

¹⁰ Europska povelja o kvaliteti, Pariz, 1998.

¹¹ Ibidem.

¹² Ibidem.

¹³ Avelini Holjevac, I., op. cit., str. 84.

¹⁴ Kotler, P., Bowen, J. T., Makens, J. C.: „Marketing u ugostiteljstvu, hotelijerstvu i turizmu“, Mate, Zagrebačka škola ekonomije i managementa, Zagreb, 2010., str. 7.

¹⁵ Ozretić Došen, Đ., „Osnove marketinga usluga“, Mikrorad, Zagreb, 2010., str. 22.

*dobrima*¹⁶, a tek Alfred Marshall krajem 19. i početkom 20. stoljeća, definirajući usluge kao „koristi koje nastaju u trenutku pružanja“¹⁷ upućuje da neopipljivi kao i opipljivi proizvodi mogu generirati novostvorenu vrijednost.

Novije poimanje usluga počinje 1960. godine kada ih AMA, *American Marketing Association*, definira kao „aktivnosti, koristi ili zadovoljstva koja se nude na prodaju ili se pružaju vezano uz prodaju dobara“¹⁸. Grönroos je pokušao objediniti definicije više autora te je dao sljedeću definiciju: „Usluga je aktivnost ili niz aktivnosti, u većoj ili manjoj mjeri neopipljive prirode, što se obično, ali ne i nužno, odvija u interakciji korisnika s osobom koja pruža uslugu i/ili fizičkim resursima, odnosno sustavima onoga tko pruža uslugu, a koja se pruža kao rješenje problema korisnika“.¹⁹ Najčešće citirana definicija je ona koju je dao Kotler, a prema kojoj je „usluga svaki čin ili djelo koje jedna strana može ponuditi drugoj, a koje je u suštini neopipljivo i ne nosi sa sobom nikakvo vlasništvo. Proizvodnja usluga može, ali i ne mora biti vezana uz fizički proizvod“²⁰. Grönroosova i Kotlerova definicija upućuju na osnovna svojstva usluge: neopipljivost, nedjeljivost, promjenjivost i prolaznost/neuskladištivost²¹ te raznolikost (heterogenost) i odsutnost vlasništva.²²

Neopipljivost je najčešće isticano obilježje. Za razliku od fizičkih proizvoda, usluge se ne mogu vidjeti, okusiti, opipati, čuti ili pomirisati prije nego se kupe, a ne mogu se niti kupiti i ponijeti kući te odložiti za kasniju upotrebu. Njih se koristi, ali ih se fizički ne posjeduje i tek nakon korištenja može se govoriti o doživljajima koje proizlaze iz usluga (zadovoljstvo, povjerenje, pružena (ne)pažnja i slično). Ti doživljaji su subjektivni, a ovise i o subjektivnim očekivanjima korisnika, pa pružatelji usluga moraju „pretvoriti neopipljivost u opipljivost, odnosno njihovu kvalitetu dočarati fizičkim dokazima i prezentacijom – mjesto gdje se usluga pruža, ljudi koji je pružaju, oprema, komunikacijski materijali, simboli i cijena“.²³ *Nedjeljivost* je također bitno svojstvo usluge. Fizička roba se prvo proizvodi, zatim stavlja na zalihe, distribuira i na kraju konzumira, a usluge se proizvode i troše u isto vrijeme. To postavlja velike zahtjeve pred pružatelje usluga jer moraju „neprekidno i sustavno voditi brigu o tome što se i kako pruža korisnicima jer percepcije korisnika o svemu što su vidjeli i osjetili određuju uspješnost poslovanja i buduće ponovno korištenje usluge“.²⁴ Kvaliteta usluga ovisi o tome tko ih pruža, kada i gdje se pružaju te tko ih prima, što usluge čini vrlo *promjenjivima i raznolikima*

¹⁶ Ibidem, str. 22.

¹⁷ Ibidem.

¹⁸ Ibidem, str. 21.

¹⁹ Ibidem, str. 22.

²⁰ Kotler, P., Keller, K., Martinović, M., op. cit., str. 356.

²¹ Ibidem, str. 358.

²² Ozretić Došen, Đ., op. cit., str. 29.

²³ Kotler, P., Keller, K., Martinović, M., op. cit., str. 358.

²⁴ Ozretić Došen, Đ., op. cit., str. 33.

(heterogenima). Ovo svojstvo usluge otežava standardizaciju usluga i kontrolu kvalitete, no s druge strane omogućava personalizaciju i njezino prilagođavanje potrebama konkretnog korisnika.²⁵ Na promjenjivost, odnosno heterogenost usluge, utječe pružatelj usluge koji može različito pružati istu uslugu različitim korisnicima ili istim korisnicima u različitom vremenu što ovisi o njegovom fizičkom i mentalnom stanju. Isto tako utječe i ponašanje korisnika čija se iskustva mogu bitno razlikovati od slučaja do slučaja jer su posljedica percepcije svakog korisnika pojedinačno i isto su tako uvjetovana njegovim psihofizičkim stanjem i ponašanjem.²⁶ Vrlo važan faktor su i čimbenici iz okruženja koje pružatelj usluga teško može kontrolirati (npr. vremenske prilike, prisutnost i ponašanje drugih korisnika i slično). *Prolaznost* odnosno neusklađivost usluga posljedica je opisanih svojstava. Usluge se, kako je već spomenuto, ne mogu pohraniti i upotrijebiti kasnije. Njihova ponuda vezana je uz određeni trenutak i neiskorišteni kapacitet pružanja ne može biti pohranjen za buduću potražnju. Zbog toga je važno razviti učinkovit sustav pružanja usluga koji udovoljava potražnji s obzirom na njezinu dinamiku, ne dopušta pogoršanje kvalitete usluge u vršnim razdobljima, ali i ne ostavlja značajan neiskorišteni kapacitet pružanja usluga u ostalim razdobljima.²⁷ Kotler²⁸ navodi nekoliko strategija koje mogu dovesti do bolje usklađenosti između potražnje i ponude u uslužnim djelatnostima. Na strani potražnje to su: diferenciranje cijena, upravljanje potražnjom u razdobljima kada je ona manja, dodatne usluge i sustav rezervacija. Na strani ponude to su: zapošljavanje zaposlenika na pola radnog vremena koji mogu biti korisni tijekom razdoblja najveće potražnje, programi učinkovitosti tijekom razdoblja najveće potražnje koji omogućuju da zaposlenici obavljaju samo neophodne zadatke tijekom velike potražnje, veće sudjelovanje potrošača, podijeljeno usluživanje i ulaganje u objekte za buduće proširenje. Budući da su usluge neopipljive i prolazne, odnosno ne mogu se uskladištiti, nad njima *ne postoji mogućnost vlasništva*. Pružanje usluge ne završava prijenosom vlasništva s prodavača na kupca nego kupovina usluge zapravo predstavlja kupovinu prava korištenja.²⁹

Zbog nemogućnosti da se usluge jasno definira, kao i njihovih svojstava, klasifikacija usluga vrlo je složena pa postoje brojne podjele uz kombiniranje više dimenzija (kriterija). Jednodimenzionalna klasifikacija usluga uključuje pet kriterija:³⁰

- *vrstu tržišta* → individualni i poslovni korisnici,
- *stupanj radne intenzivnosti* → radno intenzivne i kapitalno intenzivne,
- *stupanj kontakta s korisnikom* → visok ili nizak,
- *kvalifikacija subjekta koji pruža uslugu* → profesionalna i neprofesionalna,

²⁵ Ibidem, str. 35.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ibidem, str. 33-34.

²⁸ Kotler, P., Keller, K., Martinović, M., op. cit., str. 361.

²⁹ Ozretić Došen, Đ., op. cit., str. 36.

³⁰ Ibidem, str. 23-24.

- *cilj subjekta koji pruža uslugu* → profitni i neprofitni.

U tablici u nastavku dan je prikaz nekoliko kriterija različitih autora koji se najčešće navode kao ilustracija mogućnosti klasificiranja usluga.

Tablica 1 Klasifikacija usluga

AUTOR	KRITERIJI I KLASIFIKACIJA
Chase (1978)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Stupanj kontakta s korisnikom:</i> <ul style="list-style-type: none"> – usluge s visokim stupnjem kontakta – usluge s niskim stupnjem kontakta
Grönroos (1979)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Prema tipu usluge:</i> <ul style="list-style-type: none"> – profesionalne – ostale usluge • <i>Prema tipu korisnika:</i> <ul style="list-style-type: none"> – namijenjene individualnom korisniku – namijenjene organizacijama
Kotler (1980)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Četiri kriterija:</i> <ul style="list-style-type: none"> – Usluge u čijem pružanju prevladava ljudski faktor (radno intenzivne i kapitalno intenzivne) – Usluge prema potrebi nazočnosti korisnika pružanja usluga (namijenjene osobama ili namijenjene materijalnim predmetima → popravci) – Usluge koje zadovoljavaju osobne potrebe u odnosu na one koje su namijenjene poslovnim subjektima – Usluge javnog sektora i usluge privatnog sektora te profitne i neprofitne usluge
Lovelock (1980)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Na temelju osnovnih obilježja potražnje:</i> <ul style="list-style-type: none"> – kome su namijenjene (osobama ili predmetima) – učestalost kolebanja ponude i potražnje – povremena veza u odnosu na kontinuiranu vezu korisnika sa subjektom koji pruža uslugu • <i>Sadržaj usluge i koristi:</i> <ul style="list-style-type: none"> – do koje mjere su u pružanju usluge zastupljena fizička (materijalna) dobra – do koje mjere je u pružanje usluge zastupljen ljudski faktor – jedna usluga u odnosu na paket usluga – trajanje koristi od pružene usluge • <i>Procedura pružanja usluga:</i> <ul style="list-style-type: none"> – pružanje usluge na jednom mjestu ili na većem broju mjesta – problematika usklađenosti kapaciteta i potražnje – individualno korištenje usluge u odnosu na istodobno korištenje većeg broja korisnika – usluge kod kojih je određeno vrijeme transakcije u odnosu prema onima kod kojih je određen zadatak koji transakcija mora obaviti – neophodnost nazočnosti korisnika za vrijeme pružanja usluge

Izvor: Prilagođeno prema Ozretić Došen, Đurđana: *Osnove marketinga usluga*, drugo izmijenjeno i dopunjeno izdanje, Zagreb, 2012., str. 25-27.

Postoji još nekoliko klasifikacija, na primjer, Schmennerova iz 1986. godine koja kao kriterije navodi stupanj interakcije i prilagođavanja usluge potrebama korisnika i stupanj radne intenzivnosti, te Wandermerweova i Chadwickova iz 1989. godine, koja se temelji na stupnju interakcije korisnika sa subjektom koji pruža usluge te na relativnoj uključenosti opipljivih proizvoda. S obzirom na uključenost opipljivih proizvoda, Wandermerwe i Chadwick usluge dijele na: „čiste“ odnosno one koje se utemelje na znanju pružatelja (savjetodavne, obrazovne), usluge s ponešto opipljivih proizvoda ili one koje se pružaju putem opipljivih proizvoda (npr. usluge samoposluživanja na benzinskim crpkama ili usluge putničkog i prijevoza tereta) te usluge koje su uključene ili prate opipljive proizvode (npr. usluge instalacije, održavanja i popravaka informatičke opreme).³¹

U suvremenom društvu osobito se naglašava otežano razlikovanje pružanja usluga od prodaje fizičkih proizvoda budući da zadovoljavanje potreba i želja potrošača nije više moguće isključivo prodajom fizičkih proizvoda, nego uz svaki proizvod dolazi i određena usluga.³² Dok je fizički proizvod lako standardizirati i mjeriti njegovu kvalitetu, standardizacija usluge i određivanje njezine kvalitete, kako je već spomenuto, vrlo je teško pa će pojam „kvalitete usluge“ biti definiran u nastavku rada.

2.3. Pojam i definicija kvalitete usluga

Nema jedinstvenog određenja što je kvaliteta usluge. Ozretić Došen³³ navodi da je kvaliteta usluge „*apstraktan, višedimenzionalan, tijekom vremena promjenjiv koncept koji je izuzetno teško definirati, opisati i izmjeriti*“. Pri njezinom određivanju najvažnija je percepcija korisnika, odnosno koliko i kako određena usluga zadovoljava njihova očekivanja, potrebe i želje. Njihovo poimanje je subjektivno i zbog toga se kvaliteta usluge ispituje prilikom svakog iskustva korisnika.³⁴ Korisnici percipiranu uslugu uspoređuju s očekivanom, a njihova očekivanja formiraju se, prije svega, iz prijašnjih iskustava, usmene preporuke i oglašavanja.³⁵

Grönroos je dao jedan od prvih modela za određivanje kvalitete usluga (*Shema 1*). Prema Grönroosovu stavu „*percipirana kvaliteta usluge je rezultat evaluacijskog procesa u kojem potrošač uspoređuje svoja očekivanja s doživljenom uslugom tj. konfrontira percipiranu uslugu*

³¹ Ibidem, str. 27.

³² Grbac, B., „*Načela marketinga*“, Sveučilište u Rijeci, Ekonomski fakultet Rijeka, 2007., str. 254.

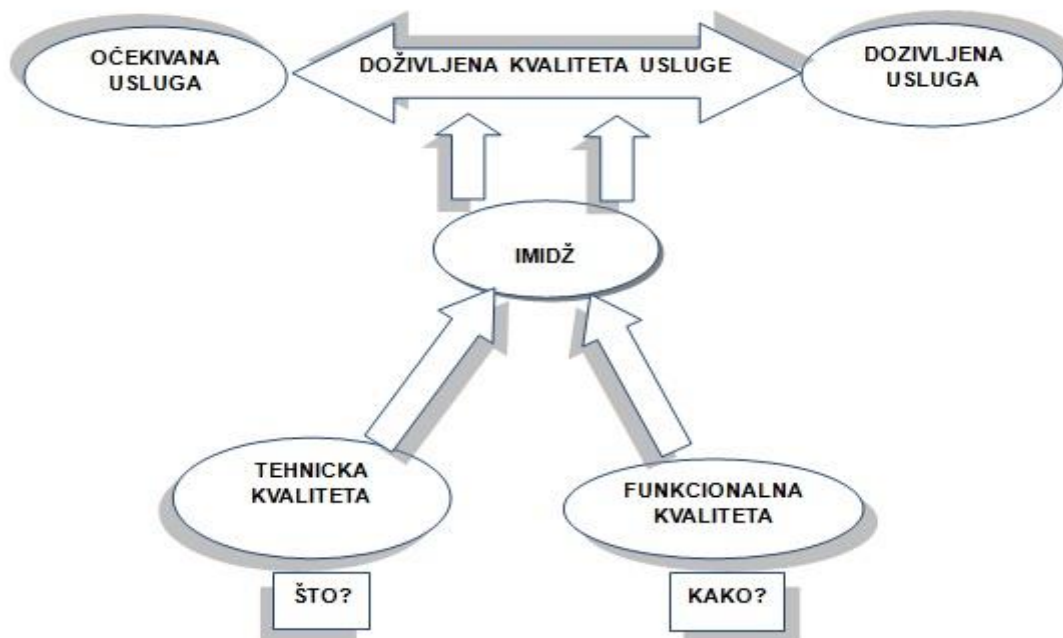
³³ Ozretić Došen, Đ., op. cit., str. 75.

³⁴ Kotler, P., Keller, K., Martinović, M., op. cit., str. 371.

³⁵ Ibidem, str. 373.

s očekivanom uslugom“.³⁶ On polazi od toga da menadžeri moraju razumjeti kako njihovi korisnici doživljavaju kvalitetu njihovih usluga, te o čemu ovisi kvaliteta usluga.

Shema 1 Model kvalitete usluga (Grönroos, 1984)



Izvor: Prilagođeno prema Grönroos, C.: *A service quality model and its marketing implications*, *European Journal of Marketing*, Vol. 18, 1984., br. 4, str. 40.

Grönroos navodi da, uz marketinške aktivnosti, usmenu predaju, prethodna iskustva te ideologiju, na percepciju kvalitete usluga utječu i instrumentalna verzija, odnosno tehnički rezultat procesa pružanja usluga, ali i izražena izvedba, koju objašnjava kao psihološki pojam koji se pojavljuje kao rezultat interakcije kupca s ljudskim i materijalnim resursima tijekom pružanja usluge. Iz toga ovaj autor izvodi i pojmove *tehničke i funkcionalne dimenzije kvalitete*. Tehnička dimenzija kvalitete predstavlja ono što korisnik dobiva u interakciji s onim tko pruža uslugu, dok je funkcionalna dimenzija način kako dobiva određenu uslugu. Tehnička dimenzija može se mjeriti objektivnim pokazateljima, no ne i funkcionalna. Kvaliteta usluge ovisi o objema. Grönroos uvodi i imidž pružatelja usluge kao rezultat toga kako ga korisnik percipira, a on ovisi upravo o ovim dvjema dimenzijama.

Lehtinen i Lehtinen³⁷ (1982, prema: Parasuraman i dr., 1985) kvalitetu definiraju kao rezultat interakcije potrošača i elemenata uslužne organizacije usluga. Koriste pri tome tri dimenzije:

³⁶ Grönroos, C.: "A service quality model and its marketing implications", *European Journal of Marketing*, Vol. 18, 1984., br. 4, str. 37.

korporativnu (kvaliteta organizacije koja se odnosi na imidž ili profil organizacije), *interaktivnu* (proizlazi iz interakcije između osoblja i klijenata te između klijenata međusobno) i *fizičku* kvalitetu (uključuje materijalne aspekte usluga kao što su npr. oprema ili zgrada). Razlikuju, dakle, kvalitetu povezanu sa samim procesom isporuke usluga i kvalitetu konačnog rezultata, odnosno same usluge.

Jedan od najznačajnijih modela kvalitete usluge utemeljili su **Parasuraman, Zeithaml i Berry** (*Shema 2*). Oni ističu tri važna pitanja kada je riječ o kvaliteti usluga (Parasuraman i dr., 1985):

1. *Potrošači teže procjenjuju kvalitetu usluge nego kvalitetu proizvoda.* To je vezano uz činjenicu da je usluga neopipljiva pa je nije moguće vidjeti, okusiti, opipati ili pomirisati prije nego što je kupe.
2. *Percepcija kvalitete usluge rezultat je usporedbe očekivanja potrošača i stvarne izvedbe.*
3. *Procjena kvalitete ne ovisi samo o rezultatu, već uključuje i procjenu procesa isporuke usluga.*

Model koji su utemeljili Parasuraman, Zeithaml i Berry prepoznaje pet raskoraka (jazova) koji dovode do neuspjeha u provođenju usluge:³⁸

1. *Raskorak (jaz) između očekivanja potrošača i percepcije menadžmenta.* Menadžment ne razumije uvijek što potrošači žele, odnosno što usluga mora pružiti kako bi zadovoljila potrebe potrošača i koja razina izvedbe je potrebna da bi se zadovoljila očekivanja potrošača.
2. *Raskorak (jaz) između percepcije menadžmenta i specifikacije kvalitete usluge.* Menadžment je možda uspješno razumio želje potrošača, ali nije pravilno postavio standarde izvedbe pa se očekivanja potrošača ne mogu ostvariti zbog različitih ograničenja (nedostatak ljudi, nedostatna posvećenost kvaliteti i slično).
3. *Raskorak (jaz) između specifikacija kvalitete usluge i pružanja usluge.* Menadžment razumije potrebe potrošača i utvrđene su specifikacije usluga, ali ona nije obavljena na odgovarajući način jer je, na primjer, osoblje nedovoljno kvalificirano ili nesposobno ili su pred njih postavljeni suprotstavljeni standardi (npr. trebaju odvojiti više vremena za korisnike, a s druge strane ih brže usluživati).
4. *Raskorak (jaz) između pružanja usluge i vanjskih komunikacija.* Obećanja dana kroz oglašavanja povećavaju očekivanja potrošača pa pružatelji usluga ne smiju obećavati

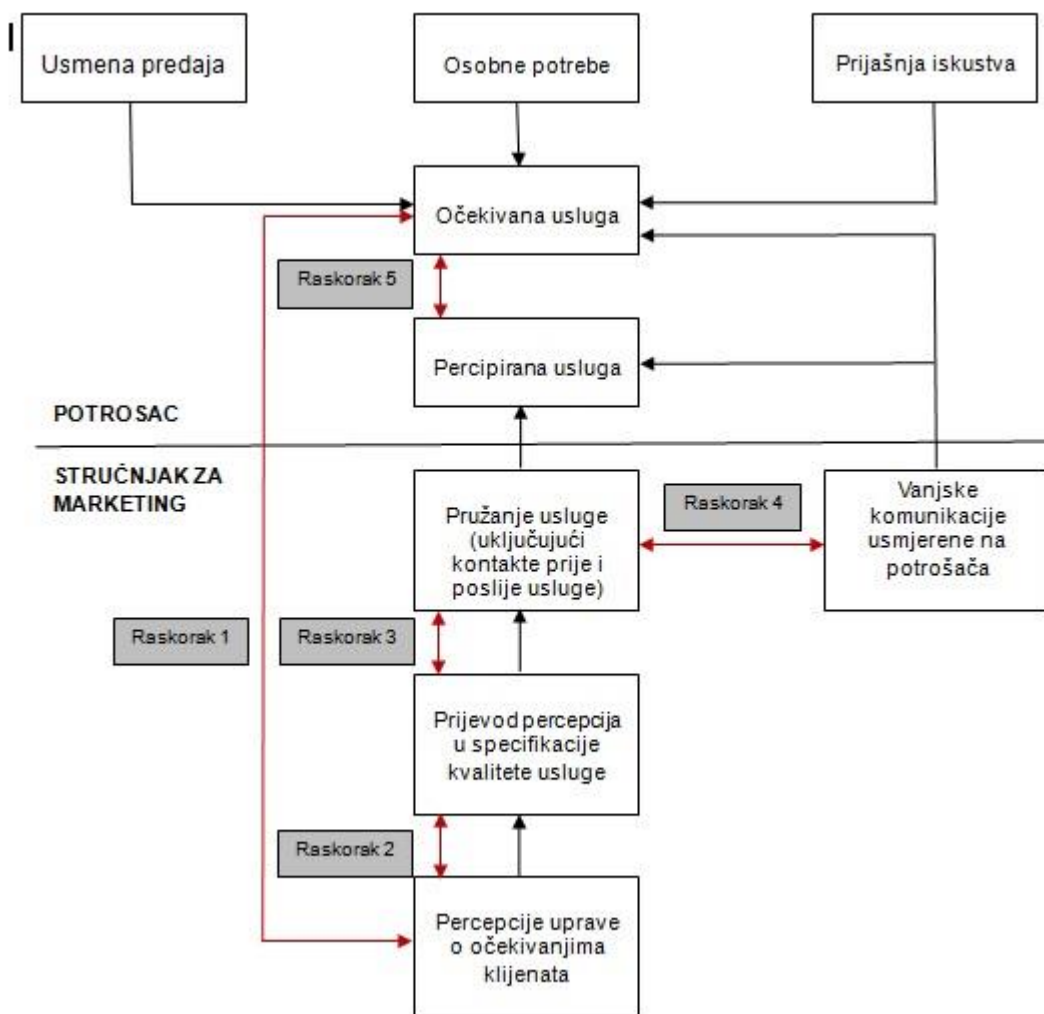
³⁷ Lehtinen, U., Lehtinen, J.: „*Service Quality: a study of quality dimensions*”, Service Management Institute, Helsinki, 1982., prema: Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L.: „*A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*”, *Journal of Marketing*, Vol. 49., 1985., str. 41-50.

³⁸ Berry, L. L., Parasuraman, A., Zeithaml, V. A.: „*The Service-Quality Puzzle*”, *Business Horizons*, September - October, 1988., str. 35-43.

više od onoga što su u stanju isporučiti (npr. sobe za pacijente u brošurama prikazane bolje nego su u stvarnosti).

5. *Raskorak (jaza) između percipirane usluge i očekivane usluge.* Ovo je ključno za ostvarivanje kvalitete usluge. Do raskoraka (jaza) dolazi kada korisnik pogrešno shvati kvalitetu usluge (npr. liječnik često posjećuje pacijenta kako bi pokazao brigu, a ovaj to protumači kao da nešto ozbiljno nije u redu).

Shema 2 Konceptualni model za mjerenje kvalitete usluga (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985)



Izvor: Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L.: *A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research*, Journal of Marketing, Vol. 40, 1985., br. 4., str. 44.

Parasuraman, Zeithaml i Berry³⁹ navode tri moguće situacije kada je riječ o prirodi raskoraka (jaza) između očekivane usluge (OU) i percipirane usluge (PU), te položaja percipirane kvalitete usluge na kontinuumu između idealne i potpuno neprihvatljive kvalitete:

³⁹ Parasuraman, A., Berry, L. L., Zeithaml, V. A.: „SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality“, *Journal of Retailing*, Vol. 64., No. 1, 1988., str. 26.

- Kada je očekivana usluga veća od percipirane ($OU > PU$), percipirana usluga je lošija od zadovoljavajuće i teži totalno nezadovoljavajućoj kvaliteti.
- Kada je očekivana usluga jednaka percipiranoj ($OU = PU$), percipirana usluga je zadovoljavajuća.
- Kada je očekivana usluga manja od percipirane ($OU < PU$), percipirana usluga je više nego zadovoljavajuća i teži idealnoj kvaliteti.

Na osnovu modela Parasuraman, Zeithaml i Berry odredili su najprije deset odrednica kvalitete usluga: pouzdanost (*reliability*), odaziv (*responsiveness*), sposobnost (*competence*), pristup (*access*), uljudnost (*courtesy*), komunikacija (*communication*), vjerodostojnost (*credibility*), sigurnost (*security*), razumijevanje/poznavanje klijenta (*understanding/knowing the customer*), opipljivost (*tangibles*). Kasnije su tih deset odrednica sveli na pet:⁴⁰

- opipljivost (*tangibles*)
- pouzdanost (*reliability*)
- odaziv na zahtjeve kupaca (*responsiveness*)
- sigurnost (*assurance*)
- razumijevanje (*empathy*).

Kotler⁴¹ identificira pet odrednica kvalitete usluga, i to prema redoslijedu važnosti koje im daju korisnici:

1. *Pouzdanost (eng. Reliability)* → Sposobnost pružanja obećane usluge pouzdano i točno.
2. *Spremnost/odazivost (eng. Responsiveness)* → Voljnost pomoći klijentima i osigurati im brzu uslugu.
3. *Sigurnost/povjerenje (eng. Assurance)* → Znanje i ljubaznost osoblja te njihova sposobnost ulijevanja povjerenja i stvaranja pouzdanost.
4. *Empatija/susretljivost (eng. Empathy)* → Brižnost i individualizirani odnos osoblja prema klijentu.
5. *Opipljivost (eng. Tangibles)* → Izgled fizičkih prostorija, opreme, osoblja i komunikacijskih materijala.

Kotler navodi dimenzije usluga koje klijenti smatraju najvažnijima i na temelju kojih pružatelji usluga mogu mjeriti svoju uspješnost. To su:⁴²

- Educirani zaposlenici.

⁴⁰ Ibidem.

⁴¹ Kotler, P., Keller, K., Martinović, M., op. cit., str. 374.

⁴² Ibidem, str. 373.

- Rješavanje problema iz prvog pokušaja.
- Uvažavanje korisnika.
- Iskazivanje želje da se udovolji potrebama korisnika.
- Omogućavanje jednostavnog pristupa informacijama.
- Dobra vrijednost za novac.
- Ljubazni zaposlenici.
- Poduzeće/marka kojoj se može vjerovati.
- Pošteni odnos prema korisniku.
- Pružanje odgovarajuće/personalizirane usluge.

Korisnici općenito uspoređuju percipiranu uslugu s očekivanom. Ako je percipirana usluga ispod razine očekivane u bilo kojem elementu, korisnici će biti razočarani. Cilj je svakog pružatelja usluga pružati usluge koje će, ne samo zadovoljiti, nego i iznenaditi pa i oduševiti svoje klijente uslugama koje će premašiti njihova očekivanja.⁴³ Tako se postiže zadovoljstvo korisnika usluga za koje se većina stručnjaka slaže da predstavlja „*vrijednost koju se može odrediti za svaku transakciju između korisnika i poduzeća*“.⁴⁴ Istodobno, stručnjaci su podijeljeni u stavovima utječe li zadovoljstvo na percepciju kvalitete usluga ili kvaliteta usluge vodi zadovoljstvu korisnika. Zlatno pravilo usluga koje se koristi u marketingu usluga glasi:⁴⁵

ZADOVOLJSTVO = PERCEPCIJE – OČEKIVANJA

PERCEPCIJE ≥ OČEKIVANJA → zadovoljstvo korisnika

PERCEPCIJE < OČEKIVANJA → nezadovoljstvo korisnika

Zadovoljstvo korisnika je važno jer na njemu počiva i lojalnost korisnika. Lojalni korisnici promiču ugled poduzeća i usluge, uslugu koriste češće i više, te privlače i nove korisnike. Time poduzeće stječe brojne konkurentske prednosti, između ostaloga i u području cijena jer su lojalni korisnici spremni platiti više i ostati vjerni poduzeću koje udovoljava njihovim potrebama.

Avelini Holjevac⁴⁶ kvalitetu definira kao „*složen pojam, sastavljen od više elemenata ili kriterija, koji proizlaze iz biti kvalitete različitih vrsta proizvoda, usluga, aktivnosti, ovisno o njihovoj upotrebi, korisnosti, važnosti za kupca – potrošača*“. Opći elementi kvalitete proizvoda i usluga koji trebaju biti prisutni u sustavu upravljanja potpunom kvalitetom, prikazani su u sljedećoj tablici.

⁴³ Ibidem.

⁴⁴ Ozretić Došen, Đ., op. cit., str. 80.

⁴⁵ Ibidem, str. 82.

⁴⁶ Avelini Holjevac, I., op. cit., str. 12.

Tablica 2 Opći elementi kvalitete proizvoda i usluga

DIMENZIJA	DEFINICIJA
Dostupnost	<i>Proizvod ili usluga je lako dostupna.</i>
Jamstvo	<i>Osoblje je pristojno, brižno i obrazovano.</i>
Komunikacija	<i>Klijenti su informirani na jeziku koji mogu razumjeti, o svim proizvodima ili uslugama, te svim njihovim promjenama.</i>
Stručnost	<i>Osoblje posjeduje nužno znanje i vještine za pružanje usluga i proizvoda.</i>
Standard	<i>Proizvod ili usluga odgovaraju standardu</i>
Ponašanje	<i>Pristojnost, uljudnost i briga osoblja prema klijentima.</i>
Manjkavost	<i>Svaka kvaliteta usluga koja nije definiranja, a utječe na zadovoljstvo klijenta.</i>
Trajanje	<i>Izvođenje, rezultat usluge ili proizvod imaju duže trajanje.</i>
Angažiranost	<i>Osoblje pokazuje razumijevanje, te pruža individualnu pažnju svakom gostu.</i>
Humanost	<i>Proizvod ili usluga je pružena tako da očuva dostojanstvo i samopoštovanje klijenta.</i>
Efekti	<i>Proizvod ili usluga pruža efekt koji se očekuje.</i>
Pouzdanost	<i>Sposobnost pružanja usluge ili proizvoda na diskretan i pouzdan način.</i>
Odgovornost	<i>Trajanje pružanja usluge i proizvoda je određeno.</i>
Sigurnost	<i>Proizvod ili usluga se pruža na najsigurniji mogući način, bez rizika i opasnosti.</i>

Izvor: Avelini Holjevac, I.: *Upravljanje kvalitetom u turizmu i hotelskoj industriji*, Fakultet za turistički i hotelski menadžment Opatija, Opatija, 2002., str. 12-13.

Ovih 14 elemenata kvalitete čine kvalitetu proizvoda i usluge potpunom i niti jedan ne smije nedostajati u sustavu upravljanja potpunom kvalitetom.

Zdravlje je bitan čimbenik kvalitete života i razvoja društva i ono na što su ljudi najosjetljiviji. Zbog toga je sustav upravljanja kvalitetom usluga u zdravstvu vrlo važan pa je potrebno definirati kvalitetu zdravstvenih usluga, te odrediti koji čimbenici na nju utječu i kojim ju je instrumentima moguće mjeriti.

2.4. Pojam i definicija kvalitete zdravstvenih usluga

Svjetska zdravstvena organizacija⁴⁷ definirala je zdravlje kao „*stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo kao odsutnost bolesti i iznemoglosti*“. Pravo na zaštitu zdravlja jedno je od temeljnih ljudskih prava, a u potrazi, izboru i korištenju zdravstvenih

⁴⁷ WHO: „*Health system: improving performance*“, World health report 2000., Geneva, 2000.

usluga kojima će zadovoljiti zdravstvene potrebe, korisnik se ponaša drugačije nego kada je u pitanju bilo koja druga egzistencijalna potreba. Zadovoljiti potrebe korisnika zdravstvenih usluga nije jednostavno jer zadovoljstvo korisnika takvom uslugom, s jedne strane ovisi o zadovoljstvu pružateljem usluge kao pojedincem (liječnik ili bilo koji drugi zdravstveni djelatnik), a s druge o širem ustrojstvu zdravstvenog sustava. Osim toga, zadovoljstvo ovisi i o rezultatu pružanja zdravstvene zaštite (promjeni u zdravlju pacijenta), ali i o tehničkoj izvedbi, odnosno o tome u kojoj mjeri zdravstveni djelatnik poštuje najbolju praksu utvrđenu medicinskim standardima kako bi pružio najkvalitetniju uslugu za sve one koji je trebaju kako bi im osigurao visoku kvalitetu života, liječio bolesti kada je to moguće te produžio životni vijek korisnika usluge. U zdravstvu se može govoriti o: *kvaliteti za korisnika* (ono što pacijent traži), *profesionalnoj kvaliteti* (procjeni liječnika i drugih stručnjaka jesu li zadovoljene potrebe pacijenta i jesu li usluge pružene tehnički ispravno i uz primjenu odgovarajuće procedure) te *kvaliteti za menadžment* (ocjenjuje se efikasnost, učinkovitost, produktivnost unutar zadanih ograničenja i smjernica). Na osnovu ranijih primjera definiranja kvalitete općenito i kvalitete usluga, moguće je na različite načine definirati i kvalitetu zdravstvenih usluga, ovisno o interesima tih različitih subjekata koji su izravno uključeni u pružanje medicinskih usluga.

Svjetska zdravstvena organizacija⁴⁸ definira kvalitetu kao „*zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava zadane ciljeve, a sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje*”. **Donabedian**⁴⁹ navodi da je „*kvalitetna zdravstvena skrb ona od koje se očekuje najveća dobrobit za pacijenta*”, a **Grant**⁵⁰ daje sljedeću definiciju kvalitete i kvalitetne medicinske zaštite: „*Kvalitetna medicinska zaštita je potencijal elemenata medicinske zaštite za ostvarenje opravdanih medicinskih i nemedicinskih ciljeva bolesnika i liječnika*”. Grantova definicija polazi od toga da ciljeve određuje pacijent uz pomoć liječnika, uz pretpostavku da je pacijent dobro informiran i da s liječnikom dijeli odgovornost za odluke o vlastitoj zdravstvenoj zaštiti.

Postoje i druge definicije kvalitete zdravstvenih usluga, koje iste ili slične ideje formuliraju na druge načine. Jedna od češće navođenih definicija je ona **Lohra i Schrödera**⁵¹ da je „*kvalitetna medicinska zaštita onaj stupanj zaštite pri kojem zdravstvene usluge za pojedinačne pacijente i populaciju povećavaju vjerojatnost željenih zdravstvenih ishoda i koji je u suglasju s tekućim profesionalnim znanjem*”. Još precizniju definiciju kvalitete u zdravstvu, koja postojećim

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Donabedian, A., „The quality of care: How can it be assessed?“, *Journal of the American Association*, No. 260., 1998., str. 1746.

⁵⁰ Grant, E. S., „*Quality Medical Care. A definition.*“, *JAMA*, 1988., 280, str. 56.

⁵¹ Lohr, K. N., Schroeder, S. A., „A strategy for quality assurance in Medicare“, *New England Journal of Medicine*, 322, 1990., str. 708.

pridružuje organizacijske, političke i financijske interese, daje **Ovretveit**⁵² koji navodi da je „kvalitetna medicinska zaštita potpuno zadovoljenje potreba onih koji najviše trebaju zdravstvene usluge, po najmanjem trošku za organizaciju, a unutar ograničenja i smjernica koje postavljaju zdravstvene vlasti i financijeri“.

Ono što je zajedničko prethodnim definicijama jest osjetljivost na aktualne potrebe korisnika zdravstvenih usluga. Međutim, kvaliteta usluga ne može se svesti samo na zadovoljstvo korisnika ili njihove zahtjeve jer oni često ne znaju što trebaju ili mogu zahtijevati neodgovarajući ili čak štetan tretman. Zato se u definiciju uključuje i *profesionalna potreba*, odnosno prosuđivanje do koje mjere usluga zadovoljava pacijentove potrebe, bilo na individualnoj, bilo na populacijskoj razini. U definiciju kvalitete treba uključiti i *korištenje resursa*. Neefikasna ili rastrošna zdravstvena usluga, koja podrazumijeva da se ograničeni resursi previše i neopravdano troše na jednog pacijenta, a mogli bi koristiti za zadovoljavanje potreba većeg broja korisnika, nije dovoljno kvalitetna. Kada se u definiciju uključe svi ovi elementi, kvalitetna medicinska usluga mogla bi se definirati kao ona koja, zadovoljavajući pacijentove i profesionalne potrebe i ciljeve, koristi resurse na najefikasniji način. Tome treba dodati i da kvalitetna zdravstvena usluga mora zadovoljavati i zakonske, etičke, ugovorne i druge obaveze.

Kvaliteta zdravstvene skrbi može se opisati kao „stupanj do kojega pružene zdravstvene usluge u skladu sa sadašnjim profesionalnim znanjem (definiranim standardima) povećavaju vjerojatnost nastanka željenih rezultata“.⁵³ Svjetska zdravstvena organizacija definira kvalitetu zdravstvenih usluga kao „stupanj ostvarivosti ciljeva zdravstvenih sustava koji vode poboljšanju zdravlja i odgovaraju potrebama i očekivanjima stanovništva“.⁵⁴ Najčešće se kao temeljne dimenzije zdravstvene skrbi i općenito zdravstvenih sustava izdvajaju:⁵⁵ učinkovitost, djelotvornost, dostupnost, sigurnost, jednakost, opravdanost, prikladnost, pravovremenost, prihvatljivost, odgovornost, zadovoljstvo, usredotočenost na pacijenta, poboljšanje, kontinuitet skrbi i druge. Dimenzije učinkovitosti i djelotvornosti uključene su u gotovo svakoj definiciji kvalitete. U mjerenju kvalitete ključan je izbor dimenzije. Upravo je stoga bitno da svaka zemlja prepozna i uvaži različite dimenzije i realna očekivanja te u skladu s njima stvori uravnotežen zdravstveni sustav.⁵⁶

⁵² Ovretveit, J., „A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA and Sweden and of the use of organizational audit frameworks“, *European Journal of Public Health*, 1994., 4, str. 47.

⁵³ IOM, „*Medicare: A Strategy for quality assurance*“, Vol. 1., National Academy Press, Washington DC

⁵⁴ WHO, op. cit.

⁵⁵ Legido.Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I. A: *Assuring the Quality of Health Care in the European Union – A case for action*, Observatory Studies Series No^o 12, World Health Organisation, 2008.

⁵⁶ Shaw, C. D., Kalo, I.: „*A background for national quality policies in health systems*“, World Health Organisation, 2002., Copenhagen

Brojni čimbenici mogu utjecati na kvalitetu zdravstvene skrbi. Primjerice, nedostatak financijskih resursa može rezultirati smanjenjem izdataka kao što su izdaci za plaće ili smanjenjem broja zaposlenih što nepovoljno utječe na poslovno okruženje u kojem niti izvedba neće biti zadovoljavajuća. Prema Woodwardovu⁵⁷ mišljenju, čimbenici koji utječu na kvalitetu zdravstvene skrbi su: organizacija zdravstvenog sustava, raspoloživo osoblje, uvođenje promjena, pristup razvijenoj tehnologiji, raspoloživo znanje i vještine, povezanost obrazovnog sustava i zdravstvenog sektora te sposobnost apsorpcije i usvajanja novih znanja.

Današnji sustav zdravstva i društvenih odnosa uzrokuje značajne razlike među građanima u odnosu na njihove mogućnosti da ostvare svoje pravo na zdravlje. Ove razlike nisu vezane uz ozbiljnost njihovih zdravstvenih problema, već uz zdravstveno osiguranje, prostornu pokrivenost kvalitetnom zdravstvenom zaštitom, individualnim financijskim mogućnostima te položaju na društvenoj ljestvici. Cilj hrvatske zdravstvene politike, koja će biti objašnjena u nastavku rada, smanjenje je ovih razlika.

2.5. Karakteristike zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj

U Republici Hrvatskoj pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom zajamčeno je člankom 59. Ustava Republike Hrvatske. Zajamčena ustavna prava na zdravstvenu zaštitu ostvaruju se kroz sustav zdravstva i za njih je odgovorno Ministarstvo zdravlja koje ima nadležnost nad sustavom koji osigurava pružanje zdravstvene zaštite.

Sustav zdravstva primarno je određen Zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti određeno je da ona obuhvaća „*sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju*“. Člankom 3. ovoga Zakona određeno je da 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. Zdravstvena zaštita u Hrvatskoj 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 propisuje da je zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj djelatnost od posebnog interesa i obavlja se kao javna služba. Ustanove koje obavljaju zdravstvenu djelatnost su ustanove u državnom vlasništvu, odnosno vlasništvu županije te zdravstvene ustanove u privatnom vlasništvu.

⁵⁷ Woodward, C. A., „*Improving Provider Skills. Strategies for Assisting Health Workers to Modify and Improve Skills: Developing Quality Health Care - A Process for Change*“, WHO/EIP/OSD/00.1, 2000.

Načela i sustav mjera za ostvarivanje i unapređenje sveobuhvatne kvalitete zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj određena su Zakonom o kvaliteti zdravstvene zaštite.⁵⁸ Taj je zakon regulirao i osnivanje Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvo te propisuje postupak akreditacija zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost te privatnih zdravstvenih radnika. Cilj je osigurati i smanjiti rizik po život i zdravlje pacijenata. Zakon propisuje da se svakom pacijentu mora osigurati pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu sukladno njegovom zdravstvenom stanju i opće prihvaćenim stručnim standardima te definira kvalitetu zdravstvene zaštite kao „*rezultat mjera koje se poduzimaju sukladno suvremenim spoznajama u zdravstvenim postupcima, a koji osiguravaju najviši mogući povoljan ishod liječenja i smanjenje rizika za nastanak neželjenih posljedica za zdravlje ljudi*“.⁵⁹ Standardi kvalitete zdravstvene zaštite prema ovom Zakonu su „precizni kvantificirani opisi mjerila u vezi s obavljanjem zdravstvenih postupaka, zdravstvenim radnicima, opremom, materijalima i okolišem u kojima se obavljaju zdravstveni postupci, a kojima se osigurava kvaliteta zdravstvene zaštite. Zakon razlikuje:⁶⁰

- *Strukturalnu kvalitetu*: podrazumijeva ukupnost materijalnih, prostornih i ljudskih kapaciteta u okviru kojih se mjeri kvaliteta zdravstvene zaštite.
- *Postupovnu kvalitetu*: podrazumijeva metode rada u obavljanju zdravstvenih postupaka koje se sustavno provode sukladno obnovljivim i provjerljivim pravilima te koje se redovito evaluiraju i kontinuirano unapređuju.
- *Posljedičnu kvalitetu*: konačan rezultat strukturalne i postupovne kvalitete zdravstvenih postupaka te predstavlja mjerljivu promjenu stručno ocijenjenog zdravstvenog stanja, kvalitete života i zadovoljstva pacijenata.

Standardi kvalitete zdravstvene zaštite i način njihove primjene određeni su posebnim Pravilnikom o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, podzakonskim aktom koji je donio ministar zdravlja na prijedlog Agencije za kvalitetu i akreditaciju. Ovaj podzakonski akt definira i *zadovoljstvo pacijenata*, i to kao „*predodžbu pacijenta o stupnju u kojem su zadovoljeni njegovi zahtjevi*“.⁶¹

Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite⁶² obvezuje sve nositelje zdravstvene djelatnosti u Republici Hrvatskoj da uspostave, razvijaju i održavaju sustav za osiguranje i poboljšanje

⁵⁸ Narodne novine, *Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi*, Narodne novine, br. 124/2011., Zagreb, 2011.

⁵⁹ Ibidem.

⁶⁰ Ibidem.

⁶¹ Narodne novine, *Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene*, Narodne novine, br. 107/07, Zagreb, 2007.

⁶² Narodne novine, *Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi*, op. cit.

kvalitete zdravstvene zaštite, a one zdravstvene ustanove koje imaju više od 40 zaposlenih radnika obavezne su ustrojiti i posebnu jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite, a sve druge zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici koji obavljaju zdravstvenu djelatnost moraju odrediti odgovornu osobu za kvalitetu zdravstvene zaštite. Zakon je u ovim ustanovama predvidio i osnivanje Povjerenstva za unutarnji nadzor. Zakon o zdravstvenoj zaštiti u članku 71., kao tijelo zdravstvene ustanove, predviđa i Povjerenstvo za kvalitetu čiji je zadatak da osigurava kontrolu kvalitete zdravstvene zaštite te osigurava provođenje propisa s područja kvalitete zdravstvena zaštite.

Reforme zdravstvenih sustava u svijetu, pa tako i u Hrvatskoj imaju za cilj povećanje zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga te je potrebno neprekidno pratiti i analizirati njihove stavove, očekivanja i percepcije kako bi se ustanovilo podudaraju li se i koliko s onima koje imaju pružatelji usluga. Zbog toga se od druge polovice osamdesetih godina prošloga stoljeća znanstvenici i stručnjaci iz prakse intenzivno bave time kako mjeriti kvalitetu usluge i zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga. O tome će više biti objašnjeno u sljedećem poglavlju.

3. MJERENJE KVALITETE ZDRAVSTVENIH USLUGA

Zdravstveni sektor sve više je zaokupljen kvalitetom, osobito time kako korisnici percipiraju kvalitetu zdravstvenih usluga. Zbog toga kvaliteta zdravstvenih usluga postaje sve češći predmet različitih istraživanja u zdravstvenom sektoru. Posebno mjesto u takvim istraživanjima zauzima mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga.

U ovom poglavlju bit će definiran pojam mjerenja te prikazani modeli za mjerenje kvalitete usluga općenito te za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga. Naglasak će u ovom poglavlju biti na instrumentima za mjerenje kvalitete usluga, osobito na SERVQUAL modelu i njegovoj primjeni u mjerenju kvalitete zdravstvenih usluga.

3.1. Pojam i definicija mjerenja

Mjerenje je u najopćenitijem smislu „*pridruživanje numeričkih i nenumeričkih (slovnih) oznaka elementima skupa prema određenom pravilu*“.⁶³ Mjerenje predstavlja „*usporedbu nekog svojstva s nekim dijelom ili veličinom tog svojstva koje je precizno definirano*“.⁶⁴

Varijable (obilježja) koja se mjere mogu biti *kvalitativne* i *kvantitativne*. Kvalitativnim varijablama vrijednosti se iskazuju pojmovno (riječima, tj. slovnim oznakama). Kvantitativna varijabla zapisuje se brojevima. Česta je podjela varijabla s obzirom na upotrebljenu ljestvicu mjerenja. Varijable se nazivaju prema ljestvici na temelju koje su prikupljeni podaci, a razine mjerenja su: nominalna, ordinalna (redosljedna), intervalna i omjerna (odnosna).⁶⁵

Četiri su osnovne vrste mjernih skala ili ljestvica:⁶⁶

- *Nominalna*. Najjednostavnija i najobuhvatnija opisna ljestvica koja služi za identifikaciju ili kategorizaciju i može biti *atributivna* (vrijednost pokazuje svojstvo ili kategoriju, npr. spol, nacionalnost, vrstu djelatnosti i slično) ili *geografska* (vrijednost prostorno određuje jedinicu, npr. mjesto rođenja, mjesto boravka, mjesto zaposlenja i slično). Ova ljestvica ne daje informaciju koliko se modaliteti međusobno razlikuju (količinski) i ti se podaci ne mogu uređivati u nizove.
- *Ordinalna*. Opisna ljestvica u kojoj je vrijednost broj ili naziv koji izražava redosljed ili intenzitet (npr. školska sprema, ekonomska razvijenost i slično). Ljestvicu čine ocjene/modaliteti, brojčano od 1 do 5. Podaci se mogu urediti prema nekom redosljedu
- *Intervalna*. Brojčana ljestvica u kojoj se mjerne jedinice pridružuju pokazateljima tako da brojna razlika odgovara stvarnoj razlici svojstava koje se mjeri. Ishodište ljestvice i

⁶³ Horvat, J., Mijoč, J.: *Osnove statistike*, Naklada Ljevak, Zagreb, 2012., str. 21.

⁶⁴ Acta Kinesiologica 1(2007) 1:95-100, prema: Horvat, J., Mijoč, J., op. cit., str. 21.

⁶⁵ Horvat, J., Mijoč, J., op. cit. 19-21.

⁶⁶ Ibidem, str. 22-27.

vrijednost mjerne jedinice dogovorene su vrijednosti, a rasponi mjernih jedinica su jednaki i nepromjenjivi (npr. datum postavljanja dijagnoze ili kvocijent inteligencije). Apsolutna nula u ovoj ljestvici ne postoji, ona se postavlja dogovorno, pa nema potrebe za izražavanje omjera dvaju mjerenja.

- *Omjerna.* Najsloženija mjerna ljestvica, koja pripada u skupinu brojčanih ljestvica. Ishodište mjerenja kod ove ljestvice je nula i upućuje na nepostojanje svojstva koje se mjeri. Veličina mjerne jedinice u ovoj ljestvici stalna je i nepromjenjiva. Ljestvica omogućuje da se omjerom izravno usporede dvije vrijednosti i na osnovu toga zaključi, ne samo za koliko je jedna veća ili manja od druge, nego i koliko puta.

Za mjerenja kvalitete usluge razni autori predlagali su različite modele mjerenja koji će biti prikazani u sljedećem poglavlju.

3.2. Pregled modela za mjerenje kvalitete usluga

Mjerenje kvalitete usluga u suvremenom poslovnom okruženju zauzima sve veću pozornost i u menadžmentu i u marketingu. Pružatelji usluga žele ih pružiti što kvalitetnije, podići ih na višu razinu. Da bi se to postiglo, kvalitetu je potrebno mjeriti pa se problem mjerenja kvalitete usluge javio u samim začecima znanosti o kvaliteti. Na kvalitetu usluga ne utječe samo rezultat tj. zadovoljstvo ili nezadovoljstvo potrošača primljenom uslugom, nego i sam proces pružanja usluge u kojemu potrošač može sam aktivno sudjelovati. Taj proces pružanja usluge također je bitan za postizanje konačnog zadovoljstva pruženom uslugom. Dakle, dva ključna elementa u mjerenju kvalitete usluga su *identifikacija zahtjeva potrošača* i *očekivanja o kvaliteti usluga*.

Problem kod mjerenja kvalitete usluge je što nema jasnih i mjerljivih parametara budući da su usluge, kako je već objašnjeno, neopipljive, nedjeljive, promjenjive i heterogene. Zbog toga je prvi korak u ocjeni kvalitete usluga identifikacija njezinih najvažnijih obilježja, odnosno onih karakteristika usluge koje presudno utječu na kvalitetu. To se rješava na različite načine. Jedan od njih je da se logički sastavi popis potrebnih atributa usluge, izvedenih iz osnovnih potreba kupaca.

Jedna takva skala koja sadrži poželjne karakteristike usluga je SERVQUAL skala koju su marketinški stručnjaci razvili kao polaznu osnovu za mjerenje kvalitete usluga. SERVQUAL model bit će detaljno prikazan kasnije u radu.

Na temelju kritike SERVQUAL modela, **Cronin i Taylor**⁶⁷ razvili su model nazvan SERVPERF – *Service Performance*. Ovaj novi instrument za mjerenje kvalitete usluge, razvijen na temelju istraživanja pojma i mjerenja kvalitete usluga i povezanosti kvalitete usluga sa zadovoljstvom korisnika i namjerama ponovne kupnje, predstavlja zapravo modificirani SERVQUAL. No, ovaj je instrument jednostavniji jer uključuje samo pitanja o performansama. Naime, Cronin i Taylor tvrde da je mjera kvalitete usluge bazirana na mjerenju izvedbe (performansi) bolji model mjerenja kvalitete usluga od usporedbe percepcije izvedbe s očekivanjima, što je osnova SERVQUAL-a. SERVPERF model se temelji na 22 tvrdnje kojima se utvrđuje izvedba, a mjeri se na Likertovoj ljestvici od sedam stupnjeva.

Kvaliteta usluga može se mjeriti i uz pomoć *ljestvica za mjerenje zadovoljstva klijenata i lojalnosti*. Razlikuju se ljestvice kojima se mjeri izvedba, potvrda očekivanja i zadovoljstvo.⁶⁸ Ljestvice za mjerenje zadovoljstva koriste se u anketama, koje predstavljaju najjednostavniji oblik mjerenja i praćenja zadovoljstva korisnika. Podaci prikupljeni anketama pružaju uvid u obilježja korisnika i omogućavaju njihovo bolje upoznavanje.⁶⁹ Za ispitivanje kvalitete usluga može se koristiti i *metoda ispitivanja u okviru fokus grupa ili dubinskih intervjua*. Cilj ovih kvalitativnih tehnika je utvrditi koje su problematične točke u procesu isporuke usluge, koji su izvori zadovoljstva ili nezadovoljstva korisnika te koje su mogućnosti za unapređenje.

John C. Flanagan⁷⁰ je 1954. godine u članku u časopisu *Psychological Bulletin* opisao tzv. *tehniku kritičnih točaka (Critical Incidents Technique)*, kojoj je cilj bio identificirati kritične zahtjeve posla, ali primjenjuje se sve do danas i za procjenu kvalitete usluga. Tehnika se temelji na prikupljanju svjedočanstava korisnika o dobrim i lošim iskustvima s različitim aspektima usluga. Takva svjedočanstva (tzv. Izvješća o incidentima) mogu otkriti poželjne i nepoželjne aspekte usluge te koristiti pružateljima usluga da saznaju što korisnici vole, a što ne i na osnovu toga promijeniti svoje ponašanje. Njih mogu pisati korisnici usluga, kvalificirani promatrači ili i jedni i drugi. Ova tehnika koristi se za proučavanje „što ljudi rade“ u različitim situacijama i omogućuje prepoznavanje čimbenika važnih u definiranju kriterija za „prihvatljiv nastup“ u mnogim područjima.

Tajna kupnja ili *Mystery shopping* jedna je od tzv. metoda promatranja kojom se mogu prikupiti objektivni podaci o uslugama na mjestima gdje kupac pokušava zadovoljiti svoje želje i

⁶⁷ Cronin, J., Taylor, S.: „Measuring service quality: re-examination and extension“, *Journal of Marketing*, Vol. 56, br. 3., 1992., str. 55-68.

⁶⁸ Danaher, P. J., Haddrell, V.: „A comparison of question scales used for measuring customer satisfaction“, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 7, br. 4, 1996., str. 4-26.

⁶⁹ Ozretić Došen, Đ., op. cit.

⁷⁰ Flanagan, J. C.: „The critical incident technique“, *Psychological Bulletin*, Vol. 51, 1954., br. 4, str. 327-358.

potrebe. Društvo za istraživanje tržišta SAD-a (*Market Research Society*) tajnu kupnju definira kao korištenje pojedinaca obučenih doživjeti i mjeriti bilo koji proces usluge kupcima, djelujući kao potencijalni kupac, te na neki način izvijestiti o njihovim iskustvima na detaljan i objektivan način. Tajni kupac ne objavljuje svoje prisustvo pa ispitanik nije svjestan da se nalazi u procesu evaluacije, što ovu metodu razlikuje od ostalih. U hrvatskoj literaturi Vranešević⁷¹ tajnu kupnju definira kao „*proces gdje se osoba predstavlja kao potencijalni ili stvarni kupac i prolazi cijeli kupovni proces*“. Ova metoda primjenjiva je u raznim uslužnim djelatnostima, kao što su trgovina, turizam, zdravstvo i slično. Koristi se kako bi se mjerila kvaliteta usluge koja se pruža klijentu, efikasnost (edukacijskih) programa i testiralo odnose li se zaposlenici prema svim kupcima jednako.⁷² Korištenje tajne kupnje korisno je za pospješivanje kvalitete pružanja usluge.

Kvaliteta usluga može se pratiti i kroz *sustav pritužbi i prijedloga*. Kako navodi Kotler⁷³, „*organizacija usredotočena na klijenta olakšava davanje prijedloga ili pritužbi*“. Pritužbe i prijedlozi koje klijenti mogu, na primjer, napisati u knjigu žalbe ili ubaciti u kutije predviđene za takvu namjenu ili ih dojaviti na izravne telefonske linije za kupce koje neke tvrtke koriste, mogu biti važan izvor informacija o tome čime klijenti nisu zadovoljni, te što u procesu pružanja usluga treba otkloniti kako bi se povećalo zadovoljstvo klijenata. Važno je pratiti ne samo broj, nego i sadržaj pritužbi, vodeći računa i o ograničenju ovakvog pristupa. Ograničenje ovakvog pristupa je da takve informacije uglavnom daju oni koji su nezadovoljni uslugama, bilo procesom pružanja ili ishodom. No, ovakav način prikupljanja informacija o zadovoljstvu ili nezadovoljstvu korisnika može doprinijeti da se prepoznaju problemi i tako usmjere aktivnosti potrebne za povećanje kvalitete usluge.

Vrlo važna metoda je i analiza izgubljenih klijenata (*Lost Customer Survey*). Pružatelji usluga bi trebali stupiti u kontakt s korisnicima koji su prestali koristiti njihove usluge ili su se prebacili na konkurenciju, kako bi saznali zašto je do toga došlo. To je moguće učiniti uz pomoć tzv. *izlaznih intervjua*, a potrebno je nadgledati i stopu gubitka klijenata.⁷⁴ Cilj je ovakve analize utvrditi uzrok zbog kojih su klijenti napustili tvrtku.

⁷¹ Vranešević, T.: „*Upravljanje zadovoljstvom klijenata*“, Golden marketing, Zagreb, 2000., str. 199.

⁷² Hesselink, M., Van der Wiele, T.: „*Mystery Shopping: In-depth Measurement of Customer Satisfaction*“, ERIM Report Series Research in Management, ERS-2003-20-ORG

⁷³ Kotler, P., Wong, V., Saunders, J., Armstrong, G.: „*Osnovne marketinga*“, Mate: Zagrebačka škola ekonomije i managementa, 2006., str. 467.

⁷⁴ Ibidem, str. 469.

3.3. Pregled modela za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga

Postoje različiti pristupi u klasificiranju razina kroz koje se kvaliteta zdravstvene skrbi može vrednovati (mjeriti). U pristupu **Donabediana**⁷⁵ navode se četiri razine. U središte (prva razina) stavlja usluge i liječnike te ostale pružatelje. Kvalitetu mjeri s gledišta tehničke izvedbe i upravljanja međuljudskim odnosima. Opravdanost usluge i potrebne vještine za njezino provođenje procjenjuje usporedbom najbolje prakse. Drugu razinu predstavljaju koristi od pružene skrbi, posebno ističući poželjne attribute okruženja u kojima se djeluje. Treća razina odnosi se na implementaciju zdravstvenih usluga u kojoj sudjeluju pacijenti i pružatelji usluga. Posljednja, četvrta razina, odnosi se na zdravstvenu skrb pruženu čitavoj zajednici. Posebno se osvrće na socijalnu raspodjelu zdravstvenih usluga i njihovu kvalitetu.

Drukčiji pristup mjerenju kvalitete imali su **Braithwaite, Healy i Dwan**.⁷⁶ Temeljno polazište autora bilo je da se kvaliteta najbolje može postići, mjeriti i održati primjenom mehanizama koji odgovaraju kontekstu, ponašanju i kulturi uključenih. Autori su predložili piramidu regulacijskog okvira koja se proteže od stroge regulacije do tržišnih mehanizama, ističući pri tome važnost sigurnosti pacijenata. Idealno, svaki sustav procjene kvalitete trebao bi uključiti elemente strukture, procesa i ishoda, s obzirom na to da elementi označuju različita gledišta o zdravstvenoj skrbi u sustavu zdravstva.

Ovretveit⁷⁷ kvalitetu zdravstva promatra s triju različitih gledišta: (1) pacijentovog, (2) profesionalnog i (3) upravljačkog. Pacijenti traže kvalitetnu uslugu, profesionalci teže ka što kvalitetnijem zadovoljavanju pacijentovih potreba, te korektnom i pravilnom obavljanju procedura potrebnih za pružanje kvalitetnih usluga. Kvaliteta upravljanja uključuje učinkovitu i djelotvornu uporabu raspoloživih resursa radi zadovoljavanja potreba pacijenata. Slično predlaže i Cholewka⁷⁸ (2001), promatranje kvalitete zdravstvene skrbi kroz tri međusobno povezana područja: (1) tehničko, (2) interpersonalno i (3) organizacijsko.

3.4. SERVQUAL model

SERVQUAL ili *Service Quality* je model kojeg su razvili **Parasuraman, Berry i Zeithaml** u suradnji s *Marketing Science Institutom*. SERVQUAL je jedan od glavnih istraživačkih instrumenata za mjerenje kvalitete usluga u najrazličitijim organizacijskim modelima uslužnog

⁷⁵ Donabedian, A., op. cit.

⁷⁶ Braithwaite, J., Healy, J., Dwan, K., „*The Governance of Health Safety and Quality*“, Commonwealth of Australia, 2005.

⁷⁷ Ovretveit, J., „A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA and Sweden and of the use of organizational audit frameworks“, *European Journal of Public Health*, 1994., 4, str. 46-54.

⁷⁸ Cholewka, P. A.: „Challenges to institutionalizing sustainable total quality management programs in healthcare systems of post-Soviet countries“, (E-Journal), *International Journal of Economic Development*, Pennsylvania State University (www.spacf.com/IJED_PUB/)

sektora. Model polazi od pretpostavke da su za procjenu kvalitete usluge najvažniji korisnici, a njihova procjena temelji se na jazu između očekivanja o određenoj usluzi i njihovoj percepciji o izvedbi te usluge, odnosno pružatelju usluge.

Kvalitetu usluge Parasuraman, Berry i Zeithaml promatraju kao višedimenzionalni konstrukt koji se izvorno sastojao od deset dimenzija⁷⁹, a naknadno su broj dimenzija smanjili na pet:⁸⁰ pouzdanost (*reliability*), sigurnost (*assurance*), opipljivost (*tangibles*), razumijevanje (*empathy*) i odaziv (*responsiveness*). Dimenzije su prikazane na sljedećoj tablici.

Tablica 3 Dimenzije SERVQUAL modela

DIMENZIJA	OPIS	BROJ TVRDNJI
Pouzdanost	<i>Sposobnost pouzdanog i točnog obavljanja obećane usluge</i>	4
Sigurnost	<i>Znanje i ljubaznost zaposlenika i njihova sposobnost ulijevanja povjerenja</i>	5
Opipljivost	<i>Izgled fizičkih objekata, opreme, osoblja i komunikacijskih materijala</i>	4
Razumijevanje	<i>Brižnost i individualizirana pažnja prema kupcima</i>	5
Odaziv	<i>Brza usluga i spremnost za pomaganje korisnicima</i>	4

Izvor: Buttle, F.: *SERVQUAL: review, critique, research agenda*, European Journal of Marketing, Vol. 30, br., 1, 1996., str. 9.

Svrha primjene ovog instrumenta je u pronalaženju tzv. jaza (raskoraka, razlike – engl. *gap*) između očekivanja korisnika usluge i njegove percepcije o danoj usluzi. Model sadrži 22 stavke za procjenu percepcije kupaca i njihovih očekivanja kvalitete usluge. Stupanj slaganja ispitanika s pojedinim tvrdnjama ocjenjuje se na Likertovoj ljestvici od sedam stupnjeva, pri čemu ocjena 1 znači „u potpunosti se ne slažem“, a ocjena 7 „u potpunosti se slažem“. U okviru SERVQUAL modela podaci se mogu analizirati tako da se analizira jedna po jedna tvrdnja, jedna po jedna dimenzija ili se može izračunati ukupan zbroj za sve 22 tvrdnje koje se odnose na ljestvicu očekivanja, te na ljestvicu percepcije i zatim se izračunava ukupan jaz.⁸¹ Autori SERVQUAL-a kvalitetu usluge definiraju kao relaciju:⁸²

$$Q = P - E$$

⁷⁹ Parasuraman, A., Zeithaml, V. and Berry, L.L. (1985): „A conceptual model of service quality...“, op. cit.

⁸⁰ Parasuraman, A., Berry, L. L., Zeithaml, V. A. (1988), „SERVQUAL: a multiple-item scale...“, op. cit.

⁸¹ Buttle, F.: *SERVQUAL: review, critique, research agenda*, European Journal of Marketing, Vol. 30, br., 1, 1996, str. 10.

⁸² Armstrong, R., Connie, M., Go, F.: „The Importance of cross-culture expectations in the Measurement of Service Quality Perceptions in the Hotel Industry, *International Journal Hospitality Management*, 16(2), str. 99-114.

U ovoj relaciji E predstavlja očekivanja korisnika usluge (*expectations*) i mjerena su s 22 elementa, a P predstavlja percepciju korisnika usluge (*perceptions*), također mjerena s 22 elementa. Kvaliteta se definira kao veza između očekivanja i percepcije. Ako su ocjene percepcije sukladne ocjenama očekivanja ($P = E$), korisnik usluge je zadovoljan. Ako statistički utvrđena razlika (jaz) između percepcije i očekivanja prelazi očekivanja ($P > E$), govori se o pozitivnom jazu, kvaliteta usluge je viša, a korisnik usluge oduševljen. Ako su statistički utvrđene razlike (jazovi) očekivanja veća od percepcije ($P < E$), govori se o negativnom jazu, a korisnik usluge je nezadovoljan.

SERVQUAL model često je bio kritiziran i preispitivala se njegova valjanost i pouzdanost. **Cronin i Taylor**⁸³ kritizirali su korištenje rezultata analize jazova (*gap analize*) u mjerenju kvalitete usluge i zaključili da je kvaliteta usluge mjerena samo percepcijom korisnika usluge dovoljna. Postoje i brojna neslaganja u tome može li se skala za mjerenje kvalitete usluge univerzalno aplicirati između različitih uslužnih djelatnosti i postoji li uopće veza između zadovoljstva korisnika usluge i kvalitete. **Buttle**⁸⁴ ovom instrumentu pripisuje kritike podijeljene u dvije elaboracije: teorijskoj i operacijskoj. S teorijskog gledišta navodi primjedbu da je SERVQUAL baziran na odbijanju paradigme, kritizira model *gapova* (jazova) navodeći da je malo pouzdanih pokazatelja da kupci ocjenjuju kvalitetu usluge u pojmovima percepcija-očekivanja. Buttle zamjera i to da se SERVQUAL fokusira na proces realiziranja usluge, a ne na izlaz usluge, te kritizira broj dimenzija smatrajući da broj dimenzija uključuje kvalitetu usluge u kontekstu. U operacijskoj elaboraciji, Buttle navodi da je pojam očekivanja „polisemičan“, odnosno da korisnici usluge koriste standarde radije nego očekivanja da ocjene kvalitetu usluge. Zamjera i kompoziciju elemenata tvrdeći da četiri ili pet elemenata ne mogu „uhvatiti“ sve varijacije unutar svake dimenzije kvalitete usluge, upozorava da procjene kvalitete usluge o kvaliteti mogu varirati od trenutka do trenutka, te da obrnuta polarnost elemenata na skali uzrokuje greške ispitanika.

Zeithaml, Berry i Parasuraman radili su konstantno na poboljšanju SERVQUAL-a. Ističu važnost nejasne tj. dvosmislene prirode SERVQUAL-ovih očekivanja koje se dobiju mjerenjem odnosa između različitih standarda očekivanja i opažene kvalitete usluga, te da njihov model potvrđuje da postoje dvije razine do kojih očekivanja korisnika mogu procijeniti kvalitetu usluge. Prvo, da poželjnu uslugu čini ono što korisnik usluge smatra da može i treba biti osigurano. Drugo, da odgovarajuću uslugu čini minimalna razina usluge koju je korisnik voljan prihvatiti. Ove dvije razine razdvaja „*zone of tolerance*“ i definiran je kao razina performance usluge

⁸³ Cronin, J., Taylor, S., op. cit.

⁸⁴ Buttle, F.: „SERVQUAL: review, critique, research agenda“, *European Journal of Marketing*, Vol. 30, br., 1, 1996., str. 8-32.

smatrane zadovoljavajućom.⁸⁵ Koristeći to razlikovanje, Parasuraman, Zeithaml, Berry⁸⁶ (1994) su testirali tri alternativne mjere kvalitete usluge, koristeći ljestvicu od 1 do 9: upitnik nazvan SERVQUAL+ ima odvojene razine poželjne, odgovarajuće i opažene usluge. Dvije kolone predstavljaju izravnu razinu nesklada između poželjne i opažene usluge, između opažene i odgovarajuće usluge i jedna kolona koja mjeri izravnu razinu između poželjne i opažene usluge. Takav format s trima kolonama osigurava detaljnije podatke koji pomažu ostvarivanju željene razine usluga te osiguravaju dovoljno informacija za odgovarajuća poboljšanja.

Unatoč kritikama, SERVQUAL model primjenjuje se u uslužnim djelatnostima. Ističe se da informacije o jazovima između internih i eksternih kvaliteta usluge mogu pomoći menadžerima, odnosno pružateljima usluga, da dijagnosticiraju gdje se najbolje mogu ostvariti poboljšanja. Najveći negativni jazovi, kombinirani s procjenom najvećih očekivanja, olakšavaju određivanje prioriteta u poboljšavanju kvalitete usluga. Cilj je menadžera smanjiti raskorak (jaz), uvažavajući da je ono što se mjeri percipirana kvaliteta, koja uvijek predstavlja prosudbu korisnika usluga.

3.5. Primjena SERVQUAL modela u mjerenju kvalitete zdravstvenih usluga

Rezultati prethodnih istraživanja provedenih u različitim zemljama primjenom SERVQUAL modela, 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 kraći prikaz odabranih istraživanja.

Babakus i Mangold pioniri su u korištenju SERVQUAL modela u mjerenju kvalitete usluga u zdravstvu. Njihovo empirijsko istraživanje ispitalo je pouzdanost i vrijednost instrumenta. Ljestvice očekivanja i percepcije rezultirale su kao jednodimenzionalni konstrukti, te je dokazano da se uspješno mogu koristiti za procjenu veličine jaza između pacijentovih očekivanja i percepcije. Upravo iz tog razloga autori su ocijenili SERVQUAL model kao sažet i praktičan instrument koristan za procjenu kvalitete zdravstvenih usluga, te predložili daljnja istraživanja i evaluaciju instrumenta.⁸⁷

⁸⁵ Parasuraman, A., Berry L. L., Zeithaml, V. A.: „More on Improving Service Quality Measurement“, *Journal of Retailing*, 1993., str. 141-147.

⁸⁶ Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L.: „Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria“, *Journal of Retailing*, 1994., str. 201-230.

⁸⁷ Babakus, E., Mangold, W.G.: „Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation“, *Health services research*, Vol. 26, br. 6, 1992., str. 767-786.

Tablica 4 Pregled dosadašnjih istraživanja u području mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga

AUTOR	KONCEPTI	MODEL	DIMENZIJE
Babakus i Mangold (1992)	Kvaliteta usluga	Modificirani SERVQUAL	Unidimenzionalni konstrukt
Lam (1997)	Kvaliteta usluga	SERVQUAL	Unidimenzionalni konstrukt
Andaleeb (2000)	Kvaliteta usluge	Modificirani SERVQUAL	Odgovornost Sigurnost Komunikacija Disciplina Bakšiš
Lee et al. (2000)	Kvaliteta usluga	Modificirani SERVQUAL	Pouzdanost Profesionalnost Razumijevanje Sigurnost Srž medicinske usluge Odgovornost Opipljivost
Sohail (2003)	Kvaliteta usluge	Modificirani SERVQUAL	Opipljivost Pouzdanost Odgovornost Sigurnost Razumijevanje
Bajto i Kondić (2005)	Kvaliteta usluga	Modificirani SERVQUAL (SERVPERC)	Nije utvrđeno
Pakdil i Harwood (2005)	Kvaliteta usluga Zadovoljstvo pacijenta	SERVQUAL	Nije utvrđeno
Ramsaran-Forward (2005)	Kvaliteta usluge	SERVQUAL	Opipljivost Pouzdanost Odgovornost Sigurnost Razumijevanje Glavne medicinske uslugu Profesionalizam
Karassavidou et al. (2009)	Kvaliteta usluga	SERVQUAL	Ljudski aspekt Fizičko okruženje i infrastruktura Pristup
Petrovici i Phillips (2009)	Kvaliteta usluga	SERVHOSP	Opipljivost Razumijevanje Odgovornost Ambijent Upravljanje rizicima Pouzdanost
Ozretić Došen i Škare (2010)	Kvaliteta usluge	SERVQUAL	Opipljivi elementi Pouzdanost Odgovornost Sigurnost Razumijevanje za korisnika
Yesilada i Direktör (2010)	Kvaliteta usluge	SERVQUAL	Pouzdanost – povjerenje Razumijevanje Opipljivost
Brahmbhatt et al. (2011)	Kvaliteta usluga	Modificirani SERVQUAL	Fizički aspekt Pouzdanost (obećanja, dostupnost informacija)

			Susreti (odgovornost, razumijevanje) Proces Politika bolnice
Huseinspahić (2011)	Kvaliteta usluga Zadovoljstvo pacijenata	Modificirani SERVQUAL	<i>Tehničke dimenzije</i> (ozdravljenje/liječenje, kvaliteta života oboljeloga, izgradnja svijesti i odgovornosti oboljelog) <i>Funkcionalne dimenzije</i> (opipljivost, pouzdanost, susretljivost, sigurnost, empatija)
Wu (2011)	Kvaliteta usluge Zadovoljstvo Lojalnost	Modificirani SERVQUAL	Imidž brenda bolnice Kvaliteta usluge Zadovoljstvo pacijenta Namjera ponovnog dolaska
Kumaraswamy (2012)	Kvaliteta usluge	Modificirani SERVQUAL	Ponašanje liječnika Podrška osoblja Atmosfera Operativna izvedba
Lei i Jolibert (2012)	Kvaliteta usluge Zadovoljstvo Lojalnost	Modificirani SERVQUAL	Unidimenzionalni konstrukt
Rahman i Kutubi (2013)	Kvaliteta usluge Zadovoljstvo pacijenata	Modificirani SERVQUAL	Pouzdanost Odgovornost Sigurnost Opipljivost Komunikacija Razumijevanje Značajke procesa Trošak Pristup Usluge naplate Ishod liječenja
Krishnamoorthy i Srinivasan (2014)	Kvaliteta usluge Zadovoljstvo	Vlastita ljestvica	Medicinska usluga Razumijevanje Prijem Otpust Fizičko okruženje Jednakost Infrastruktura Opipljivost Medicinska njega Dostupnost
Peprah i Atarah (2014)	Kvaliteta usluge Zadovoljstvo	Modificirani SERVQUAL	Opipljivost Pouzdanost Komunikacija (međuljudski odnosi) Razumijevanje Sigurnost Odgovornost
Mečev i Goleš Kardum (2105)	Kvaliteta usluga	SERVQUAL	Pouzdanost, odgovornost i razumijevanje (1 faktor) Opipljivost Sigurnost
Zarei et al. (2015)	Kvaliteta usluge Zadovoljstvo	Modificirani SERVPERF	Kvaliteta fizičkog okruženja Kvaliteta sustava Kvaliteta interakcije Troškovi

Izvor: Obrada autora

Najvažniji rezultat istraživanja kvalitete bolničkih usluga koje je **Lam** proveo u Hong Kongu jest potvrda da se SERVQUAL može koristiti kao konzistentan i pouzdan instrument. Međutim, predloženih pet dimenzija SERVQUAL-a nije dokazano, te je svaka tvrdnja promatrana zasebno. Izuzev za dimenziju koja se odnosi na opipljive elemente, za sve ostale su očekivanja bila veća od percipirane razine kvalitete pružene usluge.⁸⁸

Andaleeb⁸⁹ je u svojem istraživanju uspoređivao kvalitetu usluga pruženih u javnim i privatnim bolnicama u Bangladešu. On je pretpostavio da bi privatne bolnice, s obzirom na to da nisu subvencionirane i ovisne su o prihodu od pacijenata, trebale biti više motivirane od javnih bolnica da pacijentima pruže očekivanu kvalitetu usluga. Ova pretpostavka je podržana. Percipirana kvaliteta zdravstvenih usluga i ključne sociodemografske karakteristike također su korištene da bi se predvidio izbor javne ili privatne ustanove. Utvrdio je da percipirana kvaliteta zdravstvenih usluga ima izravan utjecaj na namjeru ponašanja, uključujući zadovoljstvo, preporuke, izbor, korištenje i slično.

Za razliku od većine drugih autora koji su SERVQUAL testirali iz perspektive pacijenta, **Lee i suradnici**⁹⁰ svoje su istraživanje proveli na uzorku liječnika. Ovaj pristup smatraju opravdanim ako se krene od pretpostavke da korisnici usluga (pacijenti) često nisu sposobni procijeniti ključne dimenzije medicinskih usluga i iz tog razloga ne mogu toliko doprinijeti dizajniranju djelotvornog zdravstvenog sustava. U svom istraživanju su utvrdili da se dimenzije kvaliteta usluga ne mogu odvojiti u specifičnom kontekstu medicinskih usluga te sugerirali potrebu za razvojem novog prikladnijeg modela.

Sohail⁹¹ je istraživao kvalitetu usluga u privatnim bolnicama Malezije koristeći modificiranu verziju SERVQUAL-a. Rezultati su pokazali da percipirana vrijednost usluga nadmašuje očekivanja po svim mjerenim varijablama, kao i da Malezijci veće značenje pridaju javnim od privatnih zdravstvenih ustanova. Naime, utvrđena su niska očekivanja od liječenja u privatnim bolnicama što se pripisuje činjenici da se većina odlučuje na liječenje u javnim ustanovama gdje je trošak medicinskih usluga znatno manji zbog 90-postotnih subvencija vlade.

⁸⁸ Lam, S. S. K.: „SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong“, *Total Quality Management*, Vol. 8, br. 4, 1997., str. 145-152.

⁸⁹ Andaleeb, S. S.: „Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice“, *Health Policy and Planning*, Vol. 15(1), 2001., str. 95-102.

⁹⁰ Lee, S.M., Lee, D., Kang, C.-Y.: „The impact of high-performance work systems in the health-care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty“, *The Service Industries Journal*, Vol. 32, br. 1, 2012., str. 17-36.

⁹¹ Sohail, M. S.: „Service quality in hospitals: more favourable than you might think“, *Managing Service Quality*, Vol.13(3), 2003., str. 197-206.

Pakdil i Harwood⁹² su ispitivali jaz između očekivanja i percepciju pacijenata u klinici za preoperativnom procjenu u Turskoj. Koristeći SERVQUAL model utvrdili su da je ključna dimenzija za zadovoljstvo pacijenata „*točnost informacija o anesteziji i operativnom zahvatu*“. Druga najviše ocijenjena dimenzija bila je „*prijateljstvo i ljubaznost*“ dok je najveći jaz ustanovljen između očekivanog i stvarnog vremena čekanja u klinici. Autori model smatraju korisnim u procijeni razlika između pacijentovih očekivanja i stvarnog iskustva nakon pružene usluge.

Ramsara-Fowdar⁹³ je istraživala kvalitetu usluga u zdravstvenom sektoru Mauricijusa. Rezultati istraživanja potvrdili su dimenzionalnost SERVQUAL-a, ali i pokazali dvije dodatne dimenzije („glavne medicinske usluge“ i „profesionalizam“) koje su specifične za zdravstvene usluge.

Karassavidou i suradnici⁹⁴ istraživali su percepciju i očekivanja kvalitete usluga pacijenata u bolnicama sjeverne Grčke. Prema saznanju autora to je prvo istraživanje u Grčkoj koje koristi SERVQUAL model u zdravstvenom sektoru. Rezultati analize pokazali su postojanje jaza kroz sve tri utvrđene dimenzije sugerirajući da postoji dodatni prostor za poboljšanje kvalitete usluga. Utvrđeno je da je ljudski aspekt najvažnija dimenzija i predskazivač cjelokupne procjene kvalitete.

Primarni razlog istraživanja koje su proveli **Petrovici i Phillips**⁹⁵ bio je razvijanje i testiranje modela za ocjenu kvalitete bolničkih usluga – SERVHOSP. Istraživanje su proveli na uzorku pacijenata jedne privatne bolnice u Rumunjskoj. Model koji su razvili sastojao se prvotno od osam dimenzija kasnije svedenih na šest. Pet od tih dimenzija se poklapa s postojećim RATER modelom, dodatna dimenzija koja je potvrđena uzima u obzir ambijent bolnice.

Yeşilada i Direktör⁹⁶ ispitivali su zadovoljstvo pacijenata zdravstvenim uslugama u privatnim i javnim bolnicama sjevernog Cipra. Utvrdili su da je jaz između percepcije i očekivanja manji u privatnim nego javnim bolnicama za sve tri postavljene dimenzije kvalitete usluga (pouzdanost – povjerenje, razumijevanje i opipljivost).

⁹² Pakdil, F. i Harwood, T. N., „Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: An analysis using Servqual dimensions“, *Total Quality Management*, Vol. 16(1), 2005., str. 15-30.

⁹³ Ramsaran-Fowdar, R. R., „Developing a service quality questionnaire for the hotel industry in Mauritius“, *Journal of Vacation Marketing*, Vol. 13 No. 1, 2007., str. 19-27.

⁹⁴ Karassavidou, E., Glaveli, N., Papadopoulos, C.T.: „Quality in NHS hospitals: no one knows better than patients“, *Measuring Business Excellence*, Vol. 13, br. 1, 2009, str. 34-46.

⁹⁵ Petrovici, D., A. i Phillips, P., „Conceptualising the Perceived Performance in Hospital Services: A Patient’s Perspective“, University of Kent, Working Paper No.169, 2009.

⁹⁶ Yesilada, F. i Direktör, E., „Health care service quality: A comparison of public and private hospitals“, *African Journal of Business Management*, Vol. 4(6), 2010., str. 962-971.

Modificirani SERVQUAL model za mjerenje kvalitete usluga testirali su **Brahmbhatt i suradnici**⁹⁷, uspoređujući očekivanu i percipiranu kvalitetu usluga u privatnim i javnim bolnicama kroz pet dimenzija s ukupno 41 tvrdnjom. Najveći jaz između percepcije i očekivanja utvrđen je za dimenziju „pouzdanost“ i u privatnim i u javnim bolnicama, s tim što je bio veći u privatnim bolnicama. U sve ostale četiri dimenzije utvrđen je veći jaz između percepcija i očekivanja kod pacijenata u javnim bolnicama. Autori zaključuju da su klijenti bili nezadovoljni razinom kvalitete dobivene usluge i u privatnim i u javnim bolnicama, te da se, koristeći rezultate proizašle iz ovog istraživanja, treba raditi na poboljšanju kvalitete pruženih usluga.

Huseinspahić⁹⁸ je u svojem istraživanju na uzorku pacijenata bolnice u Tuzli utvrđivao percipiranu razinu kvalitete zdravstvenih usluga i utjecaj očekivanja na razinu percipirane kvalitete u vezi s tehničkim i funkcionalnim dimenzijama kvalitete usluga te utjecaj očekivanja na razinu zadovoljstva pacijenta. Istraživanje je pokazalo da postoji značajna povezanost razine ne/potvrđivanja očekivanja, odnosno percipirane kvalitete na razinu zadovoljstva pacijenata kako funkcionalnim (rehabilitacijske usluge) tako i tehničkim dimenzijama (kirurške usluge). Kod ostalih medicinskih usluga nije dokazana ta povezanost.

Povezanost imidža bolnice sa zadovoljstvom pacijenata kvalitetom usluga i lojalnost istražuje **Wu**⁹⁹ na podacima dobivenim iz velikih privatnih bolnica u Taiwanu. Rezultati otkrivaju da imidž bolnice ima direktan i indirektan utjecaj na lojalnost pacijenata, odnosno pozitivan imidž bolnice ne samo da direktno povećava lojalnost već i poboljšava zadovoljstvo pacijenta povećanjem percipirane kvalitete usluga što dovodi do povećanja pacijentove želje za ponovnim boravkom u bolnici. Zaključak autora je da imidž bolnice doista služi kao vodeći faktor u povećanju kvalitete usluga, zadovoljstva pacijenata i lojalnosti.

U svojem istraživanju **Kumaraswamy**¹⁰⁰ je utvrdio da su važni faktori kvalitete usluga u zdravstvenim ustanovama ponašanje liječnika, podrška osoblja, atmosfera i operativna izvedba. Percepcija faktora kvalitete usluga ima značajan i pozitivan utjecaj na pacijentovu percepciju cjelokupne usluge.

⁹⁷ Brahmbhatt, M., Baser, N. i Joshi, N.: „Adapting the Servqual scale to hospital services: An empirical investigation of patients' perceptions of service quality“, *International Journal of Multidisciplinary Research*, Vol.1, Issue 8, 2011., str. 27-42.

⁹⁸ Huseinspahić, N.: „Kvalitet kao pretpostavka za zadovoljstvo pacijenata“, *South Eastern Europe Health Sciences Journal (SEEHSJ)*, Volume 1, Number 1, 2011., str. 67-73.

⁹⁹ Wu, C-C.: „The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty“, *African Journal of Business Management*, Vol. 5, br. 12, 2011., str. 4873-4882.

¹⁰⁰ Kumaraswamy, S.: „Service Quality in Health Care Centers: An Empirical Study“, *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 3 (16), 2012., str. 141-150.

Lei i Jolibert¹⁰¹ su analizirali povezanost kvalitete, zadovoljstva i lojalnosti u kineskom zdravstvenom sustavu mjereći percipiranu kvalitetu usluga. Primijenili su model sa svega pet tvrdnji i dokazali da percipirano poboljšanje kvalitete ne dovodi izravno do lojalnosti klijenata već da lojalnost ovisi o razini zadovoljstva pacijenata.

Loša percepcija kvalitete usluga u javnim bolnicama Bangladeša dovela je do povećanih zahtjeva za privatnom zdravstvenom zaštitom. S obzirom na izrazit rast privatnog zdravstvenog sektora imperativ je mjerenje kvalitete usluga u privatnim bolnicama u Bangladešu. **Rahman i Kutubi**¹⁰² proveli su istraživanje kako bi identificirali ključne faktore kvalitete usluga koji utječu na zadovoljstvo pacijenata u privatnim bolnicama te ocijenili kako pacijenti rangiraju 11 postavljenih dimenzija kvalitete usluga.

Krishnamoorthy i Srinivasan¹⁰³ istraživali su percepciju kvalitete bolničkih usluga u Indiji. Utvrdili su 10 dimenzija kvalitete usluga u bolnicama: „medicinska usluga“, „razumijevanje“, „prijem“, „otput“, „fizičko okruženje“, „jednakost“, „infrastruktura“, „opipljivost“, „medicinska njega“ i „dostupnost medicine“. Također je utvrđeno da od svih dimenzija samo opipljivost, prijem, jednakost, medicinska usluga i medicinska njega imaju značajan utjecaj na zadovoljstvo pacijenata.

Međuodnos između pacijenata i pružatelja zdravstvenih usluga od izrazitog je značaja jer on izravno utječe na zadovoljstvo pacijenata. Iz tog odnosa pacijent procjenjuje kvalitetu usluga i obrnuto, pružateljima usluga daje mogućnost utjecanja na pacijentovu percepciju kvalitete usluga. Koristeći modificirani SERVQUAL model **Peprah i Atarah**¹⁰⁴ ocjenjivali su zadovoljstvo pacijenata regionalne bolnice u Gani. Jedna od promatranih dimenzija bila je upravo „komunikacija/međuljudski odnosi“. Rezultati su pokazali da je cjelokupno zadovoljstvo pacijenata dobivenim uslugama dobro ali i da postoje negativni jazovi u četiri od šest korištenih dimenzija. „Pouzdanost“, „komunikacija/međuljudski odnosi“, „sigurnost“ i „odgovornost“ dimenzije su koje nisu zadovoljile očekivanja pacijenata.

¹⁰¹ Lei, P. i Jolibert, A.: „A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: an empirical study of the Chinese healthcare system“, *BMC health services research*, Vol. 2, 2012., str. 436-447.

¹⁰² Rahman, R. i Kutubi, S. S.: „Assessment of service quality dimensions in healthcare industry: A study on patient's satisfaction with Bangladeshi private Hospitals“, *International Journal of Business and Management Invention*, Vol. 2, 2013., str. 59-67.

¹⁰³ Krishnamoorthy, V. i Srinivasan, R.: „Measuring Patient's Perceived Service Quality For Multispeciality Hospital“, *RJCBS*: Vol. 03, No. 5, 2014., str. 59-69.

¹⁰⁴ Peprah, A. A. i Atarah, B. A.: „Assessing Patient's Satisfaction Using SERVQUAL Model: A Case of Sunyani Regional Hospital, Ghana“, *International Journal of Business and Social Research*, Vol. 3., No. 2, 2014., str. 133-143.

Zarei i suradnici¹⁰⁵ istraživali su utjecaj kvalitete usluga na zadovoljstvo pacijenata u privatnim bolnicama u Teheranu. Utvrdili su značajnu povezanost između kvalitete usluga i zadovoljstva pacijenata pri čemu su „troškovi usluga“, „kvaliteta procesa“ i „kvaliteta interakcija“ imali najveći utjecaj na sveukupno zadovoljstvo pacijenata.

Jedno od malobrojnih istraživanja mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga u Hrvatskoj proveli su **Bajto i Kondić**¹⁰⁶ na uzorku korisnika usluga Opće županijske bolnice u Našicama. Utvrdili su da se SERVQUAL model uspješno može koristiti u zdravstvenim institucijama te da dovodi do objektivnih pokazatelja zadovoljstva korisnika usluga na osnovu kojih se mogu poduzeti konkretne aktivnosti za njihovo poboljšanje.

Mečev i Goleš Kardum¹⁰⁷ u svojem su istraživanju ispitivali pacijentovu percepciju kvalitete primarne zdravstvene zaštite, odnosno postoji li razlika između pacijentovog očekivanja i razine zadovoljstva dobivenom medicinskom uslugom. Utvrdili su postojanje jaza u svim dimenzijama te da nema razlike u percepciji kvalitete usluga neovisno o dobi i spolu pacijenta no da postoji značajna razlika u razini zadovoljstva ovisno o statusu zaposlenosti i učestalosti korištenja usluga.

Ozretić Došen i suradnici¹⁰⁸ u svom radu iznose rezultate provedenog istraživanja o kvaliteti zdravstvenih usluga pruženih u ustanovama primarne zdravstvene zaštite primjenom SERVQUAL instrumenta. Rezultati su pokazali da postoji značajan jaz između percepcija i očekivanja korisnika usluga te da je jaz različit ovisno o dimenzijama. Najveći jaz zabilježen je kod dimenzija: „odgovornost“, „sigurnost“ i „pouzdanost“.

3.6. Primjena SERVQUAL modela u zdravstvenom turizmu

Zdravstveni turizam jedan je od važnijih selektivnih oblika turizma, a Svjetska turistička organizacija (UNWTO) definira ga kao „*složenu gospodarsku aktivnost u kojoj bitno mjesto zauzima stručno i kontrolirano korištenje prirodnih ljekovitih činitelja, postupaka fizikalne medicine i programiranih fizičkih aktivnosti u svrhu održavanja i unapređivanja fizičkog, mentalnog i duhovnog zdravlja turista te poboljšanja kvalitete njihovog života*“.¹⁰⁹

¹⁰⁵ Zarei, E. et al.: „An Empirical Study of the Impact of Service Quality on Patient Satisfaction in Private Hospitals, Iran“, *Global Journal of Health Science*, Vol. 7, No. 1; 2015.

¹⁰⁶ Bajto, M. i Kondić, Ž.: „Mjerenje zadovoljstva korisnika usluge SERVQUAL modelom na primjeru opće bolnice“, dostupno na: http://issuu.com/kvaliteta.net/docs/bajto_m_rad (07.01.2013)

¹⁰⁷ Mečev, D. i Kardum Goleš, I.: „Primary healthcare service quality measurement: SERVQUAL scale“, *Ekonomski vjesnik*, God. XXVIII, br. 1/2015., str. 161-177.

¹⁰⁸ Ozretić Došen, Đ., Škare, V., Škare, T.: „Mjerenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zaštite SERVQUAL instrumentom“, *Revija za socijalnu politiku*, godina 17, broj 1, 2010., str. 32.

¹⁰⁹ World Health Organisation (UNWTO), dostupno na: <http://www2.unwto.org> (08.01.2013)

S obzirom na brojnost i raznolikost usluga obuhvaćenih unutar zdravstvenog turizma kao selektivnog oblika turističke ponude koji svoj puni zamah doživljava tek u posljednjim desetljećima, mjerenja kvalitete usluga u ovoj djelatnosti vrlo su složena i rijetka.

Zdravstveni turizam, kako mu govori i samo ime, obuhvaća i zdravstvo i turizam. U radu su već prethodno prikazana neka istraživanja kvalitete zdravstvenih usluga korištenjem SERVQUAL modela. Kada je riječ o turističkom i hotelijerskom segmentu, razvijeno je nekoliko modela koji zapravo predstavljaju modificirani SERVQUAL model, prilagođen za ovu industriju. Tako su **Knutson** i drugi¹¹⁰ razvili LODGSERV model za mjerenje kvalitete smještaja. **Getty i Thomson**¹¹¹ svoj su specifičan model za mjerenje kvalitete usluge u hotelima nazvali LODGQUAL, a **Wong Ooi, Dean i White**¹¹² razvili su HOLSERV. Model za korištenje mjerenja kvalitete usluga u restoranima nazvan je DINESERV.¹¹³ Za mjerenje kvalitete usluge u zdravstvenom turizmu moguće je koristiti i već objašnjeni model SERVPERF, koji su razvili Cronin i Taylor.¹¹⁴

Empirijske studije vezane za mjerenje kvalitete usluge u zdravstvenom turizmu su rijetke. U tablici 5 naveden je pregled dosadašnjih istraživanja kvalitete usluga u području zdravstvenog turizma.

Snoj i Mumel¹¹⁵ mjerili su percipiranu kvalitetu usluge u slovenskim lječilištima. **Alen Gonzáles Comesana i Brea**¹¹⁶ procjenjivali su percipiranu kvalitetu usluge u španjolskim termama.

Rad¹¹⁷ je sa suradnicima istraživao međuovisnost kvalitete medicinskih usluga i zadovoljstva pacijenata u medicinskom turizmu. Istraživanje je provedeno u Maleziji. Primijenjen je SERVQUAL model i utvrđena je pozitivna povezanost između kvalitete usluga i zadovoljstva pacijenata. Povezanost dimenzije opipljivosti sa zadovoljstvom nije potvrđena.

¹¹⁰ Knutson, B., Stevens, P., Wullaert, C. i Patton, M.: „LODGSERV: A Service Quality Index for the Lodging Industry“, *Hospitality Research Journal*, Vol. 14(7), 1991., str. 277-284.

¹¹¹ Getty, J., Thomopson, K.: „A Procedure for Scaling Perceptions of Lodging Quality“, *Hospitality Research Journal*, Vol. 18(2), 1994., str. 75-96.

¹¹² Wong Ooi Mei, A., Dean, A. M., White, C. J.: „Analysing service quality in the hospitality industri“, *Managing Service Quality*, Vo. 9(2), 1999., str. 136-143.

¹¹³ Stevens, P., Knutson, B., Patton, M.: „DINESERV: A Tool for Measuring Service Quality in Restoranst“, *The Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, Vol. 36(2), 1995., str. 56-60.

¹¹⁴ Cronin, J., Taylor, S., op. cit.

¹¹⁵ Snoj, B., Mumel, D.: „The measurement of perceived differences in service quality – the case of health spas in Slovenia“, *Journal of Vacation Marketing*, Vol. 8(4), 2002., str. 362-379.

¹¹⁶ Alén González, M. E., Comesana, L. R., Brea, J. A. F.: „Assessing tourist behavioral intentions through perceived service quality and customer satisfaction“, *Journal of Business Research*, Vol. 60, 2007., str. 153-160.

¹¹⁷ Rad, N. F., Som, A. P. M., Zainuddin, Y.: „Service Quality and Patients' Satisfaction in Medical Tourism“, *World Applied sciences Journal 10, Special Issue of Tourism & Hospitality*, Vol. 10, 2010., str. 24-30.

Tablica 5 Pregled dosadašnjih istraživanja kvalitete usluga u području zdravstvenog turizma

AUTOR	KONCEPTI	MODEL	DIMENZIJE
Marković (2000)	Kvaliteta usluga Zadovoljstvo gosta	-	-
Snoj i Mumel (2002)	Percipirana kvaliteta usluge	Prilagođeni SERVQUAL	
Marković, Horvat i Raspor (2004)	Kvaliteta usluga	Prilagođeni SERVQUAL	Očekivanja (efikasnost isporuke usluge, razumijevanje, pristup uslugama, kvaliteta outputa, pouzdanost) Percepcija (međusobni odnosi, opipljivost, razumijevanje, pristupačnost, kvaliteta outputa)
Alen Gonzáles Comesana i Brea (2007)	Percipirana kvaliteta usluge	Prilagođeni SERVQUAL	
Rad, Som i Zainuddin (2010)	Kvaliteta usluga Zadovoljstvo klijenata	SERVQUAL	Pouzdanost Sigurnost Opipljivost Odaziv Razumijevanje
Marković i Raspor (2010)	Kvaliteta usluga	Prilagođeni SERVQUAL	Kvaliteta osoblja i pouzdanost usluge Razumijevanje i sigurnost Izgled opreme i osoblja
Guiry i Vequist (2011)	Kvaliteta usluga	SERVQUAL	Pouzdanost Sigurnost Opipljivost Odaziv Razumijevanje
Quintela, Correia i Antunes (2011)	Kvaliteta usluga Zadovoljstvo klijenata	Prilagođeni SERVQUAL	Posjećenost Osiguranje kvalitete Opipljivost
EL-refae (2012)	Kvaliteta usluga Zadovoljstvo klijenata Ponavljanje kupnje	SERVQUAL	Pouzdanost Opipljivost Sigurnost Odaziv Razumijevanje
Marković, Raspor i Komšić (2012)	Kvaliteta usluga	Prilagođeni SERVQUAL	Opipljivost Pouzdanost Odaziv Sigurnost Razumijevanje
Marković, Lončarić i Lončarić (2014)	Kvaliteta usluga Zadovoljstvo pacijenata Lojalnost	Prilagođeni SERVQUAL	Komunikacija osoblja i pouzdanost Sigurnost Kvaliteta outputa Okruženje bolnice

Izvor: Izrada autora

Guiry i Vequis¹¹⁸ istraživali su očekivanja i percepcije kvalitete usluga na uzorku turista koji su putovali izvan Sjedinjenih Američkih Država kako bi konzumirali određene medicinske usluge. Njihovo istraživanje je pokazalo da postoji značajna razlika između njihovih očekivanja i percepcije kvalitete usluge u čak četirima od pet dimenzija kvalitete usluge, a najveći raskorak je kada je riječ o pouzdanosti. Jedina dimenzija gdje su se poklopila očekivanja i percepcija vezana je uz odaziv na zahtjeve klijenata.

Primjenom SERVQUAL modela **Quintela, Correia i Antunes**¹¹⁹ su istražili utjecaj kvalitete usluga na zadovoljstvo klijenata u zdravstvenom turizmu u Portugalu. Utvrdili su tri kvalitete usluge i dokazali da na zadovoljstvo korisnika portugalskih termalnih izvora najviše utječu sposobnost zaposlenika da djeluju pouzdano i točno, njihova volja da pomognu klijentima i pruže promptnu uslugu i individualiziranu pažnju.

EL-refae¹²⁰ je istraživanjem u spa centrima u Maleziji dokazao da je utjecaj kvalitete usluge na zadovoljstvo i ponavljanje kupnje. Njegovo istraživanje pokazalo je da na zadovoljstvo najviše utječu opipljivost i suosjećajnost, zatim pouzdanost i odgovornost, dok povezanost sigurnosti i zadovoljstva nije utvrđena (EL-rafae, 2012).

U Hrvatskoj, **Marković, Horvat i Raspor**¹²¹ istraživali su percipiranu kvalitetu usluga u zdravstvenom turizmu na primjeru Thalassoterapije Opatija. Marković, Raspor i Komšić¹²² uz pomoć SERVQUAL modela mjerili su kvalitetu usluga u hrvatskom wellness turizmu. Svrha i cilj ovog istraživanja bio je teorijski istražiti koncept kvalitete usluga wellnessa, empirijski ocijeniti očekivanja i percepcije klijenata te utvrditi ukupno zadovoljstvo klijenata kvalitetom pruženih usluga wellnessa u hotelskim wellness centrima. Za ispitivanje je bio korišten dizajnirani upitnik koji se temeljio na dimenzijama SERVQUAL ljestvice, sastavljen od triju dijelova – prvi dio odnosio se na očekivanja ispitanika, u drugom dijelu ispitala se percepcija o zadovoljstvu kvalitetom usluga, a treći se odnosio na demografske podatke. Ovim istraživanjem utvrđeno je da klijenti imaju visoka očekivanja posebno u pogledu pouzdanosti usluga i kvalitete osoblja, suosjećanja i izgleda prostora i osoblja.

¹¹⁸ Guiry, M., Vequist, D. G.: „Traveling abroad for medical care: U.S. medical tourists' expectations and perceptions of service quality“, *Health marketing quarterly*, Vol. 28, br. 3, 2011., str. 253-269.

¹¹⁹ Quintela, J. A., Correia, A. G., Antunes, J. G.: „Service quality in health and wellness tourism—trends in Portugal“, *International Journal of Business, Management and Social Sciences*, Vol. 2, br. 3, 2011., str. 1-8.

¹²⁰ EL-refae, B.: „The Relationships between Service Quality, Satisfaction, and Behavioral Intentions of Malaysian Spa Center Customers“, *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 3, br. 1, 2012., str. 198-206.

¹²¹ Marković, S., Horvat, J., Raspor, S.: „Service quality measurement in health tourism: An exploratory study“, *Ekonomski vjesnik*, Vol. 17, br. 1 i 2, 2004., str. 63-76.

¹²² Marković, S., Raspor, S., Komšić, J.: „Mjerenje kvalitete usluga wellnessa: case study“, u Drljača, M. (ur.): *Zbornik radova 13. međunarodnog simpozija o kvaliteti „Kvaliteta i društvena odgovornost“*, Hrvatsko društvo menadžera kvalitete, Solin, Hrvatska, 15.-16. 3. 2012., str. 571-584.

Marković, Lončarić i Lončarić¹²³ objavili su 2014. godine u časopisu *Tourism and Hospitality Management* rezultate mjerenja kvalitete usluga u specijalnim bolnicama za medicinsku rehabilitaciju u Republici Hrvatskoj primjenom SERVQUAL modela. To je prvo takvo istraživanje u specijalnim bolnicama u Hrvatskoj. Rezultati provedenog empirijskog istraživanja potvrdili su prikladnost SERVQUAL modela za mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga, a najveći jaz ostvaren je u području nemedicinskih usluga što, navode autori, upućuje na potrebu njihovog unapređenja. Istraživanje je dokazalo i povezanost zadovoljstva pacijenata uslugama bolnica i njihove lojalnosti.

¹²³ Marković, S., Lončarić, D. , Lončarić, D.: „Service Quality and Customer Satisfaction in the Healt Care Industry – Towards Health Tourism Market“, *Tourism and Hospitality Management*, Vol. 20, br. 2, 2014., str. 155-170.

4. REZULTATI EMPIRIJSKOG ISTRAŽIVANJA

U ovom poglavlju prikazani su rezultati empirijskog istraživanja zadovoljstva korisnika zdravstvenim uslugama provedenog u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapia Opatija. U nastavku su navedeni ciljevi i hipoteze istraživanja, opisana je metodologija empirijskog istraživanja, prezentirani su rezultati statističke analize prikupljenih podataka, provjerena je istinitost postavljenih hipoteza te je na temelju svega dan kritički osvrt na istraživanje.

4.1. Problem i ciljevi empirijskog istraživanja

Ciljevi empirijskog istraživanja kvalitete usluga u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapia Opatija primjenom modificiranog SERVQUAL modela su:

- Ocijeniti očekivanja i percepcije korisnika zdravstvenih usluga.
- Utvrditi socio-demografske karakteristike korisnika zdravstvenih usluga.
- Ocijeniti i izračunati SERVQUAL jaz, te ocijeniti kvalitetu zdravstvenih usluga.
- Odrediti važnost pojedinih dimenzija kvalitete zdravstvenih usluga.
- Istražiti ima li razlike u važnosti koju korisnici daju pojedinim dimenzijama s obzirom na socio-demografski profil.
- Utvrditi značajnost razlike u prosječnim ocjenama između očekivane i percipirane kvalitete zdravstvenih usluga.
- Utvrditi značajnost razlike u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na socio-demografski profil korisnika.
- Utvrditi značajnost razlike u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na socio-demografski profil korisnika.
- Usporediti dobivene rezultate istraživanja s rezultatima iz dosadašnjih stranih i domaćih istraživanja.

4.2. Hipoteze empirijskog istraživanja

Hipoteze koje se testiraju u empirijskom istraživanju ovog specijalističkog rada su:

1. Koncept kvalitete zdravstvenih usluga je višedimenzionalan koncept.
2. Postoje značajna odstupanja između percepcija i očekivanja korisnika zdravstvenih usluga.

3. Korisnici zdravstvenih usluga imaju najviša očekivanja u dimenzijama pouzdanost i sigurnost.
4. Korisnici percipiraju nedostatak ljubaznosti zaposlenika u zdravstvenim ustanovama.
5. Korisnici percipiraju nedostatak želje zaposlenika u zdravstvenim ustanovama za pomaganjem i osiguranjem brze usluge.
6. Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na dob korisnika.
7. Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na dob korisnika.
8. Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na spol korisnika.
9. Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na spol korisnika.
10. Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na razinu obrazovanja korisnika.
11. Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na razinu obrazovanja korisnika.
12. Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu i percipiranu vrijednost s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge.

4.3. Metodologija istraživanja

U nastavku slijedi opis mjernog instrumenta i uzorka na kojem je provedeno ispitivanje.

4.3.1. Opis mjernog instrumenta

Istraživanje zadovoljstva korisnika zdravstvenih usluga provedeno je primjenom modificiranog SERVQUAL modela za mjerenje kvalitete usluga. Primarni podaci dobiveni su metodom anketiranja korisnika zdravstvenih usluga u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapia Opatija.

Mjerni instrument istraživanja bio je anketni upitnik. Anketni upitnik sastojao se od četiriju cjelina, te je sadržavao ukupno 78 varijabli. Struktura anketnog upitnika prikazana je u tablici 6, a primjerak upitnika je priložen ovom specijalističkom radu (Prilog 1).

Tablica 6 Struktura mjernog instrumenta (upitnika)

KONCEPT	LJESTVICA MJERENJA	BROJ VARIJABLI
Očekivanje kvalitete usluga	Likertova ljestvica (1-7)	33
Percepcija kvalitete usluga	Likertova ljestvica (1-7)	33
Zadovoljstvo korisnika	Likertova ljestvica (1-7)	2
Lojalnost korisnika	Likertova ljestvica (1-7)	2
Demografski podaci	Nominalna, ordinalna i omjerna ljestvica	8

Izvor: Autorica

U prvom se dijelu pomoću 33 tvrdnje ocjenjuje očekivanje korisnika o kvaliteti usluga u zdravstvenoj ustanovi. Drugi dio anketnog upitnika sastojao se od 33 sukladne tvrdnje i odnosio se na ocjenu percepcije kvalitete usluga. Osnova anketnog upitnika bio je SERVQUAL instrument koji su sastavili Parasuraman, Zeithaml i Berry (1985, 1988, 1991), no s obzirom da je ovo istraživanje provedeno u zdravstvenoj ustanovi upitnik je modificiran i proširen s 12 dodatnih tvrdnji (tvrdnje 4, 6, 7, 8, 18, 24, 28-33) koje su prilagođene specifičnostima usluga zdravstvene ustanove u kojoj je istraživanje provedeno. Također, jedna tvrdnja (tvrdnja 19) iz izvornog upitnika nije korištena u ovom anketnom upitniku. U trećem dijelu anketnog upitnika ocjenjivano je zadovoljstvo i lojalnost ispitanika kroz četiri tvrdnje, po dvije za svaku komponentu. Tvrdnje za zadovoljstvo bile su: „Zadovoljan sam ukupnom uslugom ustanove” i „Zdravstvena usluga je premašila moja očekivanja“. Tvrdnje za lojalnost bile su: „Ustanovu ću preporučiti prijateljima“ i „Ako budem imao/la potrebe i prilike, ponovno ću boraviti u ovoj ustanovi“. Korisnici uključeni u istraživanje su tvrdnje sadržane u prvim trima cjelinama mjernog instrumenta ocjenjivali na Likertovoj ljestvici sa 7 ocjena, s krajnjim mjerama „potpuno se ne slažem“ (1) i „potpuno se slažem“ (7).

Četvrti dio anketnog upitnika odnosio se na sociodemografske podatke korisnika: dob, spol, zanimanje, obrazovanje, razlog dolaska u zdravstvenu ustanovu, područje korištene medicinske usluge, duljinu boravka i učestalost dolazaka u zdravstvenu ustanovu.

U tablici 7 prikazana je struktura korištenog višedimenzionalnog modela za ocjenjivanje kvalitete usluga. Ukratko je opisana svaka dimenzija, te je naveden broj tvrdnji za svaku pojedinu dimenziju.

Tablica 7 Prikaz broja korištenih tvrdnji po pojedinim dimenzijama

DIMENZIJE	OPIS DIMENZIJE	BROJ TVRDNJI
Opipljivost	Fizička dimenzija usluge: stanje zgrade, opreme, izgled osoblja	12
Pouzdanost	Sposobnost realizacije obećane usluge točno i odgovorno	6
Sigurnost	Znanje, ljubaznost osoblja te njihova sposobnost da ulijevaju povjerenje korisnicima	5
Razumijevanje	Brižnost i individualizirana pažnja prema korisniku/klijentu	5
Odgovornost	Voljnost osoblja da trenutno pruži uslugu ili pomoć	5

Izvor: Autorica

Dimenzija *opipljivosti* odnosi se na fizičku dimenziju usluge, odnosno stanje zgrade, opreme i izgleda osoblja i ocjenjivana je kroz 12 tvrdnji. *Pouzdanost* se odnosi na sposobnost realizacije obećane usluge točno i odgovorno i mjerena je sa šest tvrdnji. Dimenzija *sigurnosti* odnosi se na znanje i ljubaznost osoblja te njihovu sposobnost da ulijevaju povjerenje korisnicima i mjerena je s pet tvrdnji. *Razumijevanje* podrazumijeva brižnost i individualiziranu pažnju prema korisniku/klijentu i ocijenjivano je kroz pet tvrdnji. *Odgovornost* se odnosi na voljnost osoblja da trenutno pruži uslugu ili pomoć i također je ocijenjivano kroz pet tvrdnji.

4.3.2. Opis uzorka (Thalassoterapia Opatija)

Podaci su prikupljeni metodom osobnog ispitivanja u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassoterapia Opatija u razdoblju od 1. do 31. listopada 2014. godine. Anketni upitnik dostavljen je u podjednakom broju stacionarnim korisnicima na odjelima kardiološke i fizikalne rehabilitacije koji su koristili usluge smještaja u ustanovi, te korisnicima koji su došli na preglede i rehabilitaciju bez usluga smještaja. Podijeljeno je ukupno 220 anketnih upitnika. Prikupljen je ukupno 181 anketni upitnik od čega je 178 upitnika bilo pravilno popunjeno, odnosno 80,90% od ukupnog broja podijeljenih anketnih upitnika.

Thalassoterapia Opatija, Specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma, utemeljena je 1957. godine. Prva je zdravstvena ustanova u našoj zemlji, ali i nekadašnjoj Jugoslaviji, koja je uvela stručnu i modernu dijagnostiku, prevenciju i rehabilitaciju kardiovaskularnih bolesnika. Jedna je od prvih zdravstvenih ustanova u ovom dijelu Europe gdje započinje rehabilitacija na novim znanstvenim temeljima.

Zdravstveno turistički imidž Thalassoterapije Opatija počeo se stvarati samim osnutkom ustanove, kada u nju počinju dolaziti strani državljani, od Šveđana do Austrijanaca, a i mnogi drugi. Tako se u potpunosti afirmira Odjel za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju i postaje respektabilan u zemlji i inozemstvu. Počeci Thalassoterapije vezani su uz djelatnost fizikalne

medicine i rehabilitacije, koja uz reumatologiju kao subspecijalističku djelatnost, zauzima izuzetno značajan čimbenik daljnjeg stručnog razvoja ustanove. Usporedo s osnivanjem Centra za rehabilitaciju kardiovaskularnih bolesnika, odvijalo se i organiziranje Odjela za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju. Problematika kojom se odjel bavi nadrasla je nekadašnje okvire i poimanja fizikalne medicine, jer se ova struka danas prožima kroz sve ostale medicinske struke i s njima predstavlja komplementarnu granu u tretmanu bolesnika. Djelokrug rada ovog odjela je nadržao klasičnu rehabilitaciju bolesnika s degenerativnim oboljenjima sustava organa za kretanje, reumatskim bolestima, sistemskim bolestima vezivnog tkiva, traumama i različitim neurogenim lezijama, a najsuvremenije metode terapije postale su nezaobilazan dio u liječenju široke palete bolesnika.¹²⁴

Thalassotherapia Opatija danas zapošljava 240 djelatnika od čega 37 specijaliziranih liječnika iz područja kardiologije, reumatologije, fizikalne medicine i neurologije. Nudi sklad iskustva, stručne educiranosti, najmodernije medicinske, dijagnostičke i terapijske opreme uz idealne klimatske i geografske odlike područja na kojemu je smještena. Povezana je sa secesijskom Villom Dubrava sa smještajem u 37 soba, te luksuznim wellnessom na 2.500 četvornih metara Thalasso Wellness Centra Opatija, čime su zadovoljene sve potrebe modernog čovjeka za zdravljem, odmorom i užitkom.¹²⁵

4.4. Rezultati istraživanja

Rezultati statističke analize podataka prikazani su kako slijedi. Prvo je opisan uzorak ispitanika. Nakon toga su prikazani rezultati deskriptivne statističke analize. Slijedi prikaz rezultata bivarijatne statističke analize (t-testa i analize varijance).

4.4.1. Rezultati deskriptivne statističke analize

Svrha deskriptivne statističke analize je opisati prikupljene podatke, te ih prikazati na razumljiv i pregledan način. Prikazani su rezultati prosječnih ocjena očekivanja i percepcije, srednje ocjene očekivanja i percepcije prema dimenzijama SERVQUAL modela, najbolje i najlošije ocijenjene tvrdnje na ljestvicama očekivanja i percepcije, tvrdnje s najvećim i najmanjim jazom za ljestvice očekivanja i percepcije te rezultati analize ukupnog zadovoljstva i lojalnosti ispitanika.

¹²⁴ Thalassotherapia Opatija, dostupno na: <http://www.thalassotherapia-opatija.hr/> (28.05.2016)

¹²⁵ Ibidem.

Tablica 8 Sociodemografska struktura uzorka ispitanika (N=178)

OPIS	FREKVENCije	
	APSOLUTNE	RELATIVNE (%)
Dob		
16 – 25 godina	0	0,0
26 – 35 godina	6	3,4
36 – 45 godina	18	10,1
46 – 55 godina	29	16,3
56 – 65 godina	48	27,0
66 i više godina	77	43,3
Spol		
Muški	99	55,6
Ženski	79	44,4
Zanimanje		
Zaposlen	67	37,6
Nezaposlen	10	5,6
Učenik/student	0	0
Umirovljenik	101	56,7
Obrazovanje		
Osnovna škola	11	6,2
Srednja škola	94	52,8
Viša škola ili fakultet	67	37,6
Ostalo	6	3,4
Razlog dolaska		
Pregled ili dijagnostička pretraga	78	43,8
Medicinski i zdravstveni programi	88	49,4
Preventivna medicina i <i>wellness</i>	10	5,6
Odmor i opuštanje	1	0,6
Aktivan odmor	0	0,0
Ljepota i privlačnost destinacije	1	0,6
Područje korištene medicinske usluge		
Kardiologija	138	77,5
Fizikalna medicina i reumatologija	30	16,9
Sportska medicina	2	1,1
Dermatologija, neurologija, radiologija, dijetoterapija	8	4,5
Duljina boravka		
Nekoliko sati	79	44,4
1 – 7 dana	15	8,4
8 – 15 dana	19	10,7
Više od 15 dana	65	36,5
Broj prethodnih boravaka u objektu		
Nikada	56	31,5
1 put	49	27,5
2 ili više puta	67	37,6
Ostalo	6	3,4

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Iz tablice 8 vidljivo je da je u uzorku od 178 korisnika obuhvaćenih istraživanjem bila veća zastupljenost muškaraca (55,6%) u odnosu na žene (44,4%). Dobna struktura ispitanih korisnika podijeljena je u šest skupina. Najveći broj čine oni starije životne dobi, 43,3% korisnika bilo je starijih od 65 godina. Slijede korisnici u dobi od 56 do 65 godina, oni čine 27% uzorka. U srednjoj dobi, od 46 do 55 godina, bilo je 16,3% korisnika te 10,1% u dobi od 36 do 45 godina. Najmanji broj ispitanih korisnika (3,4%) bilo je u dobnoj skupini od 26 do 35 godina, dok mlađih korisnika od 26 godina u ovom uzorku nije bilo.

Većina ispitanih korisnika (56,7%) bili su umirovljenici, slijede zaposleni (37,6%) te nezaposleni (5,6%). U uzorku nije bilo niti jednog učenika ili studenta. Prema stupnju obrazovanja, više od polovine korisnika imalo je završeno srednjoškolsko obrazovanje (52,8%), slijede korisnici sa završenom višom školom ili fakultetom (37,6%), korisnici sa završenom osnovnom školom (6,2%) te ostalo (3,4%).

Korisnici uključeni u istraživanje su imali mogućnost izabrati više od jednog razloga dolaska u navedenu zdravstvenu ustanovu. Gotovo svi (93,2%) kao razlog dolaska naveli su neki od medicinskih razloga, od toga 49,4% navelo je medicinske i zdravstvene programe, a 43,8% pregled ili dijagnostičku pretragu. Preventivna medicina i wellness predstavljali su razlog dolaska kod 5,6% ispitanih korisnika. Odmor i opuštanje te ljepotu i privlačnost destinacije izabralo je svega 1,2% korisnika, dok aktivan odmor nitko od korisnika nije označio kao razlog dolaska. Većina korisnika (77,5%) došla je zbog korištenja medicinskih usluga iz kardiologije. Znatno manji dio korisnika (16,9%) označio je korištenje medicinskih usluga fizikalne medicine i reumatologije. Medicinske usluge iz dermatologije, neurologije, radiologije i dijetoterapije koristilo je 4,5% uključenih u ispitivanje, a neznatan dio ispitanika usluge sportske medicine (1,1%).

Prema duljini boravka, vidljivo je da je najveći broj ispitanih korisnika (44,4%) došao na nekoliko sati obaviti pregled ili dijagnostičku pretragu. Više od 15 dana u ustanovi je boravilo 36,5% korisnika, slijede korisnici koji su u ustanovi boravili 8-15 dana (10,7%). Najmanji broj korisnika boravio je u ustanovi 1-7 dana (8,4%). Većina korisnika već je ranije boravila u ustanovi (65,1%), od toga 37,6% korisnika boravilo je već dva ili više puta. Prvi put ustanovu je posjetilo 31,5% korisnika, a 5,6% označilo je kategoriju „ostalo“.

Analizom uzorka definirane su osnovne demografske značajke korisnika zdravstvenih usluga koji su sudjelovali u ovom empirijskom istraživanju. Utvrđeno je da u uzorku ima nešto više

muškaraca od žena. Većina je srednje i starije životne dobi i imaju srednje ili više i visoko obrazovanje. Osnovni razlog dolaska je korištenje medicinskih usluga iz kardiologije.

Tablica 9 Rezultati deskriptivne statističke analize za očekivanja i percepciju ispitanika (N=178)

Varijabla (tvrdnja)	OČEKIVANJA		PERCEPCIJA		SERVQUAL jaz
	Prosječna ocjena	Standardna devijacija	Prosječna ocjena	Standardna devijacija	
1. Moderna oprema	6,42	1,098	6,21	1,140	-0,21
2. Atraktivan izgled zgrada i prostorija	6,04	1,425	6,01	1,246	-0,03
3. Uredno osoblje	6,87	0,403	6,68	0,605	-0,19
4. Ugodan inventar i namještaj	6,46	1,042	6,10	1,276	-0,36
5. Čisti pribor i uređaji	6,90	0,348	6,74	0,585	-0,16
6. Čista i uredna zdravstvena ustanova	6,89	0,493	6,75	0,516	-0,14
7. Raspolaganje opremom i objektima u skladu s uslugama koje pruža ZU	6,58	0,978	6,42	0,906	-0,16
8. Laka dostupnost (parking, liftovi i sl.)	6,69	0,838	5,17	1,904	-1,52
9. Pravovremeno izvršavanje obećanja	6,76	0,681	6,36	0,936	-0,40
10. Razumijevanje za probleme klijenata	6,81	0,560	6,58	0,653	-0,23
11. Pružanje usluge korektno već u prvom pokušaju	6,82	0,533	6,65	0,632	-0,17
12. Ustanova pruža usluge u obećanom vremenu	6,75	0,733	6,55	0,672	-0,20
13. Vođenje dokumentacije bez pogrešaka	6,84	0,440	6,63	0,652	-0,21
14. Obavješćavanje klijenata o točnom vremenu pružanja usluge	6,82	0,522	6,67	0,634	-0,15
15. Osoblje pruža brze usluge	6,74	0,632	6,48	0,825	-0,26
16. Osoblje spremno pomoći klijentima	6,84	0,477	6,68	0,623	-0,16
17. Naći vremena odgovoriti klijentu na pitanje	6,73	0,709	6,60	0,659	-0,13
18. Osoblje pruža usluge bez kašnjenja	6,57	0,925	6,44	0,837	-0,13
19. Ulijevanje povjerenja	6,88	0,407	6,70	0,627	-0,18
20. Osjećaj sigurnosti i bezbrižnosti	6,75	0,558	6,70	0,569	-0,05
21. Ljubazno osoblje	6,80	0,521	6,66	0,688	-0,14
22. Znati odgovoriti na pitanja klijenta	6,76	0,585	6,69	0,657	-0,07
23. Ustanova pruža	6,55	0,951	6,54	0,796	-0,01

	individualnu pažnju					
24.	Stručno pružanje usluga	6,89	0,360	6,69	0,629	-0,20
25.	Osoblje pruža individualiziranu pažnju	6,58	0,841	6,57	0,815	-0,01
26.	Brižljivo vođenje računa o interesima klijenata	6,74	0,681	6,59	0,733	-0,15
27.	Razumijevanje specifičnih potreba klijenata	6,62	0,697	6,58	0,661	-0,04
28.	Jednostavno snalaženje po ustanovi	6,72	0,629	6,18	1,263	-0,54
29.	Informacije dostupne, jednostavne i jasne	6,81	0,496	6,47	0,730	-0,34
30.	Ponuda različitih medicinskih programa	6,53	1,037	6,51	0,797	-0,02
31.	Ponuda različitih sportsko-rekreacijskih programa	6,30	1,243	6,18	1,184	-0,12
32.	Ponuda prilagođena suvremenim trendovima i potrebama klijenata	6,71	0,640	6,38	0,896	-0,33
33.	Prepoznatljiv imidž	6,62	0,788	6,66	0,737	+0,04
	<i>Ukupno</i>	6,69	-	6,48	-	-0,21

Napomena: Ljestvica ocjenjivanja obuhvaća 7 ocjena, gdje je ocjena 1 najniža ocjena, a ocjena 7 najviša ocjena.

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Iz prethodne tablice uočljivo je da su ispitani korisnici imali visoka očekivanja kvalitete usluge u zdravstvenoj ustanovi. Prosjek ocjene na ljestvici očekivanja je 6,69. Međutim, i ocjene percepcije kvalitete usluga su relativno visoke, prosjek ocjene na ljestvici percepcije je 6,48. Iz navedenoga je utvrđen SERVQUAL jaz koji u odnosu na prosječne ocjene očekivanja i percepcije iznosi -0,21.

Vidljivo je da kod svih tvrdnji, osim zadnje, prevladavaju negativne vrijednosti izračunatog jaza, to znači da su očekivanja veća od percepcije, pa je percipirana kvaliteta nezadovoljavajuća, zbog čega se pojavljuje jaz kvalitete. Zadnja tvrdnja koja se odnosi na prepoznatljivi imidž ima pozitivnu vrijednost jaza (+0,04). To znači da je prosječna ocjena percepcije bila nešto veća od prosječne ocjene očekivanja.

Tablica 10 Srednje ocjene očekivanja i percepcije prema dimenzijama SERVQUAL modela

DIMENZIJE SERVQUAL MODELA	LJESTVICA OČEKIVANJA	LJESTVICA PERCEPCIJE	SERVQUAL JAZ
	Srednja ocjena	Srednja ocjena	
Opipljivost	6,60	6,28	-0,32
Pouzdanost	6,77	6,57	-0,20
Sigurnost	6,81	6,68	-0,13
Razumijevanje	6,64	6,53	-0,11
Odgovornost	6,74	6,57	-0,17

Napomena: Ljestvica ocjenjivanja obuhvaća 7 ocjena, gdje je ocjena 1 najniža ocjena, a ocjena 7 najviša ocjena.

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Tablica 10 prikazuje srednje ocjene očekivanja i percepcije kvalitete, sa SERVQUAL jazovima za svaku pojedinu dimenziju. Kod svih dimenzija kvalitete usluge postoji jaz između percepcija i očekivanja (od -0,11 do -0,32), a najveći jaz uočen je kod dimenzije „opipljivost“. To pokazuje da su korisnici imali najveća očekivanja u odnosu na percepcije kod dimenzije „opipljivost“, vjerojatno zbog jednostavne i brze procjene elemenata koji čine tu dimenziju (oprema, prostori zdravstvene ustanove, odjeća osoblja i sl.). Najmanji jaz uočen je kod dimenzije „razumijevanje“, zatim slijede „sigurnost“ i „odgovornost“ što nam pokazuje da se kod tih dimenzija percepcija najviše približila očekivanjima.

U tablici 11 navedeno je pet najbolje ocijenjenih tvrdnji za ljestvicu očekivanja i ljestvicu percepcije.

Tablica 11 Pet najbolje ocijenjenih tvrdnji za ljestvicu očekivanja i za ljestvicu percepcije (N=178)

LJESTVICA OČEKIVANJA			LJESTVICA PERCEPCIJE		
R. br.	Tvrdnja	A. S.	R. br.	Tvrdnja	A. S.
O5.	<i>Pribor i uređaji u ZU-i trebaju biti čisti.</i>	6,90	P6.	<i>TTO je čista i uredna.</i>	6,75
O6.	<i>ZU treba biti čista i uredna.</i>	6,89	P5.	<i>Pribor i uređaji u TTO su čisti.</i>	6,74
O24.	<i>Osoblje u ZU-i treba stručno pružati usluge.</i>	6,89	P19.	<i>Ponašanje osoblja u TTO klijentima ulijeva povjerenje.</i>	6,70
O19.	<i>Ponašanje osoblja u ZU-i treba klijentima ulijevati povjerenje.</i>	6,88	P20.	<i>Klijenti se u TTO osjećaju sigurno i bezbrižno.</i>	6,70
O3.	<i>Osoblje ZU-e treba biti uredno.</i>	6,87	P22.	<i>Zahvaljujući svom znanju, osoblje u TTO zna odgovoriti na pitanja klijenta.</i>	6,69

Napomena: A.S. – aritmetička sredina, ljestvica ocjenjivanja obuhvaća 7 ocjena, gdje je ocjena 1 najniža ocjena, a ocjena 7 najviša ocjena.

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Najveću prosječnu ocjenu (6,90) na ljestvici očekivanja ostvarila je tvrdnja „Pribor i uređaji u ZU-i trebaju biti čisti.“ Iduća tvrdnja s najvišom ocjenom također govori u prilog da ispitanici očekuju od zdravstvenih ustanova da budu čiste i uredne. Iduće tri tvrdnje s najvišim prosječnim ocjenama na ljestvici očekivanja odnose se na stručnost, urednost i povjerenje koje ulijeva osoblje u zdravstvenoj ustanovi što govori o važnosti kvalitete osoblja u djelatnosti ustanove.

Na ljestvici percepcije tvrdnja „TTO je uredna i čista“ je ostvarila najveću prosječnu ocjenu (6,75), slijedi tvrdnja „Pribor i uređaji u TTO su čisti“. To su ujedno i najbolje ocijenjene tvrdnje s ljestvice očekivanja što govori da korisnici usluga doživljavaju čistoću i urednost ustanove kao jako bitnu stavku. Iduće tri najbolje ocijenjene tvrdnje na ljestvici percepcije odnose se na znanje, sigurnost i povjerenje koje ulijeva osoblje zdravstvene ustanove. Upravo to su karakteristike osoblja za koje su ispitanici imali i visoka očekivanja uz napomenu da su jazovi negativni.

U tablici 12 navedeno je pet najlošije ocijenjenih tvrdnji za ljestvicu očekivanja i ljestvicu percepcije.

Tablica 12 Pet najlošije ocijenjenih tvrdnji za ljestvicu očekivanja i za ljestvicu percepcije (N=178)

LJESTVICA OČEKIVANJA			LJESTVICA PERCEPCIJE		
R. br.	Tvrdnja	A. S.	R. br.	Tvrdnja	A. S.
O2.	<i>Zgrada i prostorije ZU-e trebaju izgledati atraktivno.</i>	6,04	P8.	<i>TTO je lako dostupna (parkirna mjesta, liftovi i sl.).</i>	5,17
O31.	<i>ZU treba nuditi različite sportsko-rekreacijske programe.</i>	6,30	P2.	<i>Zgrada i prostorije u TTO izgledaju atraktivno.</i>	6,01
O1.	<i>ZU treba imati opremu modernog izgleda.</i>	6,42	P4.	<i>TTO ima ugodan inventar i namještaj.</i>	6,10
O4.	<i>ZU treba imati ugodan inventar i namještaj.</i>	6,46	P28.	<i>Omogućeno je jednostavno snalaženje po TTO.</i>	6,18
O30.	<i>ZU treba nuditi različite medicinske programe.</i>	6,53	P31.	<i>TTO nudi različite sportsko-rekreacijske programe.</i>	6,18

Napomena: A. S. – aritmetička sredina, ljestvica ocjenjivanja obuhvaća 7 ocjena, gdje je ocjena 1 najniža ocjena, a ocjena 7 najviša ocjena.

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Iz podataka u tablici 12 vidljivo je da se od pet najlošije ocijenjenih tvrdnji na ljestvici očekivanja tri odnose na atraktivnost zgrade i prostorija, opremu modernog izgleda i ugodan inventar i namještaj što govori da u tom dijelu ponude ispitanici imaju najmanja očekivanja. Ostale dvije tvrdnje s najlošijim prosječnim ocjenama na ljestvici očekivanja odnose se na ponudu različitih sportsko-rekreacijskih i medicinskih programa što i nije iznenađujuće s obzirom na to da je većina korisnika uključenih u istraživanje (93,2%) došla u ustanovu na već dogovoreni pregled,

dijagnostičku pretragu, liječenje ili rehabilitaciju te nije ni imala potrebu birati različite sportske ili medicinske programe.

Na ljestvici percepcije najmanju prosječnu ocjenu ostvarila je tvrdnja „TTO je lako dostupna (parkirna mjesta, liftovi i sl.)“ (5,17). S tim povezana tvrdnja „Omogućeno je jednostavno snalaženje po TTO“ također je među pet najlošije ocijenjenih tvrdnji na ljestvici percepcije. To daje jasan signal menadžmentu da je potrebno olakšati snalaženje po zdravstvenoj ustanovi, te je učiniti dostupnijom korisnicima.

Preostale tri najlošije ocijenjene tvrdnje o atraktivnosti prostora, ugodnom inventaru i namještaju, te ponudi sportsko-rekreacijskih programa nalaze se i među najlošije ocijenjenim tvrdnjama na ljestvici očekivanja. Na temelju toga može se zaključiti da ih korisnici usluga ne smatraju jako važnim dijelom ponude, ali ipak usmjerava na to menadžment treba i tome posvetiti pažnju kako bi poboljšali percepciju kod korisnika svojih usluga.

Tablica 13 i 14 prikazuju pet tvrdnji s najvećim jazom i pet tvrdnji s najmanjim jazom za ljestvicu očekivanja i percepcije.

Tablica 13 Pet tvrdnji s najvećim jazom za ljestvicu očekivanja i percepcije (N=178)

LJESTVICA OČEKIVANJA		LJESTVICA PERCEPCIJE		SERVQUAL JAZ
R.br.	Tvrdnja	R. br.	Tvrdnja	
O8.	ZU treba biti lako dostupna (parkirna mjesta, liftovi i sl.)	P8.	TTO je lako dostupna (parkirna mjesta, liftovi i sl.).	-1,52
O28.	Treba omogućiti jednostavno snalaženje po ZU-i.	P28.	Omogućeno je jednostavno snalaženje po TTO.	-0,54
O9.	U ZU-i se obećanja trebaju izvršavati na vrijeme.	P9.	U TTO se obećanja izvršavaju na vrijeme.	-0,40
O4.	ZU treba imati ugodan inventar i namještaj.	P4.	TTO ima ugodan inventar i namještaj.	-0,36
O29.	Informacije u ZU-i trebaju biti dostupne, jednostavne i jasne.	P29.	Informacije u TTO su dostupne, jednostavne i jasne.	-0,34

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Tvrdnja kod koje su ispitanici korisnici iskazali najveći jaz između očekivanja kvalitete usluga pri dolasku u zdravstvenu ustanovu i percepcije kvalitete usluga tijekom boravka u zdravstvenoj ustanovi je tvrdnja percepcije: „TTO je lako dostupna (parkirna mjesta, liftovi i sl.)“ (-1,52), slijedi tvrdnja: „Omogućeno je jednostavno snalaženje po TTO“ (-0,54). Među pet tvrdnji s najvećim jazom je i tvrdnja: „Informacije u TTO su dostupne, jednostavne i jasne“ (-0,34). Navedeni rezultati upućuju na zaključak da najveći jaz nije vezan uz osnovne medicinske usluge koje pruža zdravstvena ustanova već uz popratne usluge parkinga, liftova i svega

drugoga što olakšava i pojednostavljuje snalaženje po zdravstvenoj ustanovi. Niti preostale dvije tvrdnje s najvećim jazom: „U TTO se obećanja izvršavaju na vrijeme“ i „TTO ima ugodan inventar i namještaj“ nisu vezane uz osnovnu medicinsku uslugu zdravstvene ustanove. Očito je da je to nešto na čemu treba poraditi da bi se unaprijedila i upotpunila kvaliteta usluga koje zdravstvena ustanova nudi svojim korisnicima.

Tablica 14 Pet tvrdnji s najmanjim jazom za ljestvicu očekivanja i percepcije (N=178)

LJESTVICA OČEKIVANJA		LJESTVICA PERCEPCIJE		SERVQUAL JAZ
R.br.	Tvrdnja	R. br.	Tvrdnja	
O33.	ZU treba imati prepoznatljiv imidž.	P33.	TTO ima prepoznatljiv imidž.	+0,04
O23.	ZU treba pružati klijentima individualiziranu pažnju.	P23.	TTO pruža klijentima individualiziranu pažnju.	-0,01
O25.	Osoblje u ZU-i treba klijentima pružati individualiziranu pažnju.	P25.	Osoblje u TTO klijentima pruža individualiziranu pažnju.	-0,01
O30.	ZU treba nuditi različite medicinske programe.	P30.	TTO nudi različite medicinske programe.	-0,02
O2.	Zgrada i prostorije ZU-e trebaju izgledati atraktivno.	P2.	Zgrada i prostorije u TTO izgledaju atraktivno.	-0,03

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Tvrdnja „TTO ima prepoznatljiv imidž“ jedina je tvrdnja na ljestvici percepcije koja ima pozitivan jaz (+0,04) što govori da je percepcija imidža ustanove na višoj razini od očekivanja. Ostale četiri tvrdnje s najmanjim jazom odnosno najmanjim raskorakom između očekivanja i percepcije vezane su uz individualiziranu pažnju koju ustanova i osoblje pružaju korisnicima, različitost medicinskih programa koje ustanova nudi te atraktivnost prostora.

U tablici 15 navedene su prosječne ocjene zadovoljstva i lojalnosti ispitanika.

Tablica 15 Rezultati deskriptivne analize zadovoljstva i lojalnosti ispitanika (N=178)

VARIJABLA (TVRDNJA)	MINIMUM	MAKSIMUM	PROSJEČNA OCJENA	STANDARDNA DEVIJACIJA
Zadovoljstvo korisnika				
1. <i>Zadovoljan sam ukupnom uslugom ustanove.</i>	3	7	6,65	0,684
2. <i>Zdravstvena usluga je premašila moja očekivanja.</i>	1	7	6,28	1,058
Lojalnost korisnika				
3. <i>Ustanovu ću preporučiti prijateljima.</i>	2	7	6,65	0,753
4. <i>Ako budem imao/la potrebe i prilike, ponovno ću boraviti u ovoj ustanovi.</i>	2	7	6,74	0,715

Napomena: ljestvica ocjenjivanja obuhvaća 7 ocjena, gdje je ocjena 1 najniža ocjena, a ocjena 7 najviša ocjena.

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Iz prikazanih rezultata možemo zaključiti da su korisnici zdravstvenih usluga Specijalne bolnice za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapia Opatija općenito zadovoljni primljenim uslugama i boravkom u bolnici te da je zadobiveno povjerenje korisnika usluga. Ispitanici su zadovoljstvo ukupnom uslugom ustanove ocijenili s visokom prosječnom ocjenom 6,65 od maksimalnih 7 bodova. Tvrdnja „Zdravstvena usluga je premašila moja očekivanja“ također je ocijenjena s visokom prosječnom ocjenom 6,28.

Tvrdnje vezane za lojalnost korisnika: „Ustanovu ću preporučiti prijateljima“ i „Ako budem imao/la potrebe i prilike, ponovno ću boraviti u ovoj ustanovi“ ocijenjene su visokim prosječnim ocjenama 6,65 i 6,74 od ukupnih 7 bodova što dokazuje da su korisnici prepoznali ukupnu kvalitetu usluga te da će svoje zadovoljstvo prenijeti i drugima, a i sami ponovo koristiti usluge zdravstvene ustanove.

4.4.2. Rezultati bivarijatne statističke analize

Bivarijatnom statističkom analizom želi se utvrditi značajnost razlike između aritmetičkih sredina više promatranih grupa. U svrhu testiranja značajnosti razlike između aritmetičkih sredina (prosječnih ocjena) dviju varijabli koristit će se *t-test za nezavisne uzorke (independent samples t-test)*. Tako će se utvrditi postoji li statistički značajna razlika između prosječnih ocjena za očekivanu i percipiranu vrijednost s obzirom na dob i spol ispitanih korisnika usluga.

Prije provedbe testa korisnici uključeni u istraživanje su grupirani u dvjema skupinama s obzirom na dob. Prva skupina obuhvatila je mlađe korisnike, odnosno one do 55 godina. Njih je u uzorku bilo 53 ili 29,8 %. Druga skupina obuhvatila je korisnike starije od 55 godina kojih je u uzorku bilo 125 odnosno 70,2 %. Rezultati provedenog t-testa prikazani su u tablici 16.

Tablica 16 Rezultati t-testa za nezavisne uzorke – razlike u prosječnim ocjenama očekivanja s obzirom na dob ispitanika

VARIJABLA	Pacijenti do 55 godina (A. S.)	Pacijenti stariji od 55 godina (A. S.)	T-test	Sig. (2-tailed)
Očekivanja	6,63	6,72	1,233	0,219

Napomena: A. S. - aritmetička sredina, Sig. (2-tailed) - značajnost dvostranog testa

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Rezultati t-testa za nezavisne uzorke pokazuju da stariji korisnici zdravstvenih usluga imaju viša očekivanja od mlađih korisnika.

Nakon što nije potvrđeno da postoji statistički značajna razlika u očekivanjima s obzirom na dob korisnika, izvršena je provjera razlike u prosječnim ocjenama ispitanih korisnika na ljestvici percepcije s obzirom na dob. Primjenom t-testa za nezavisne uzorke uspoređene su ocjene percepcije u ranije definiranim dobnim skupinama. Rezultati provedenog testa prikazani su u tablici 17.

Tablica 17 Rezultati t-testa za nezavisne uzorke – razlike u prosječnim ocjenama percepcije s obzirom na dob ispitanika

VARIJABLA	Pacijenti do 55 godina starosti (A. S.)	Pacijenti stariji od 55 godina (A. S.)	T-test	Sig. (2-tailed)
Percepcija	6,31	6,55	2,536	0,012

Napomena: A. S. - aritmetička sredina, Sig. (2-tailed) - značajnost dvostranog testa

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Vidljivo je da su prosječne ocjene percepcije više kod starijih korisnika u odnosu na mlađe. Razlika prosječnih ocjena na ljestvici percepcije iznosi 0,24 i statistički je značajna ($p < 0,05$)

U ispitivanom uzorku korisnika zdravstvenih usluga bilo je više muškaraca, njih 99 ili 55,6%. Žena je u ispitivanom uzorku bilo 79, odnosno 44,4%. Pretpostavljeno je kako nema razlike u očekivanjima kvalitete usluga s obzirom na spol korisnika.

Kako bi se ispitalo postoji li statistički značajna razlika između tih dviju grupa ispitanih korisnika proveden je t-test za nezavisne uzorke. Rezultati testa prikazani su tablicom 18.

Tablica 18 Rezultati t-testa za nezavisne uzorke – razlike u prosječnim ocjenama očekivanja s obzirom na spol ispitanika

VARIJABLA	Muški (A. S.)	Ženski (A. S.)	T-test	Sig. (2-tailed)
Očekivanja	6,61	6,79	-2,882	0,005

Napomena: A. S. - aritmetička sredina, Sig. (2-tailed) – značajnost dvostranog testa

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Rezultati usporedbe prosječnih ocjena očekivanja između korisnika različitog spola pokazali su da postoji razlika u ocjenama te da je ta razlika statistički značajna ($p < 0,05$). Naime, žene su imale višu prosječnu ocjenu očekivanja od muškaraca.

Primjenom t-testa provjerena je i razlika u percepciji kvalitete usluga između korisnika muškog i ženskog spola. Rezultati su prikazani u tablici 19.

Tablica 19 Rezultati t-testa za nezavisne uzorke – razlike u prosječnim ocjenama percepcije s obzirom na spol ispitanika

VARIJABLA	Muški (A. S.)	Ženski (A. S.)	T-test	Sig. (2-tailed)
Percepcija	6,40	6,58	-2,124	0,035

Napomena: A. S. - aritmetička sredina, Sig. (2-tailed) – značajnost dvostranog testa

Izvor: Izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Rezultati usporedbe ocjena percepcije između korisnika muškog i ženskog spola pokazali su da postoji statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u prosječnim ocjenama između dviju grupa ispitanika.

Druga korištena metoda bivarijatne statističke analize je *analiza varijance* (*analysis of variance* - ANOVA). Ovom će se metodom usporediti značajnost razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu i percipiranu vrijednost s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika te na vrstu korištene medicinske usluge.

Iz tablice 20 vidljivo je da Levenov test nije statistički značajan ($p > 0,05$) u pet slučajeva kada su u pitanju očekivane vrijednosti, te da su varijance između promatranih grupa korisnika s obzirom na razinu obrazovanja u tim varijablama jednake, odnosno homogene. Rezultati jednostavne analize varijance ukazuju kako u 32 varijable ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama očekivane kvalitete usluga s obzirom na razinu obrazovanja.

Statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama nađena je samo u varijabli „ZU treba pružati klijentima individualiziranu pažnju” što znači da korisnici s različitom razinom obrazovanja očekuju različitu količinu pažnje u zdravstvenim ustanovama. S obzirom na to da za ostale varijable ne postoji statistički značajna razlika, može se zaključiti kako razina obrazovanja ne utječe na razliku prosječne ocjene očekivane kvalitete usluge.

Tablica 20 Analiza varijance za prosječne ocjene očekivanja i percepcije – varijabla „razina obrazovanja“

Varijable (tvrdnje)	OČEKIVANJA			PERCEPCIJA		
	Sig. L. test	F	Sig.	Sig. L. Test	F	Sig.
1. Moderna oprema	0,003	1,236	0,298	0,163	1,213	0,307
2. Atraktivan izgled zgrada i prostorija	0,010	1,579	0,196	0,076	1,750	0,159
3. Uredno osoblje	0,055	0,569	0,636	0,000	2,293	0,080
4. Ugodan inventar i namještaj	0,063	0,461	0,710	0,011	1,593	0,193
5. Čisti pribor i uređaji	0,092	0,469	0,704	0,000	3,921	0,010
6. Čista i uredna zdravstvena ustanova	0,274	0,332	0,802	0,003	0,874	0,456
7. Raspolaganje opremom i objektima u skladu s uslugama koje pruža ZU	0,000	1,289	0,280	0,000	1,687	0,172
8. Laka dostupnost (parking, liftovi i sl.)	0,008	0,916	0,434	0,305	0,138	0,937
9. Pravovremeno izvršavanje obećanja	0,023	0,754	0,521	0,000	2,753	0,044
10. Razumijevanje za probleme klijenata	0,001	1,134	0,337	0,000	4,265	0,006
11. Pružanje usluge korektno već u prvom pokušaju	0,000	1,703	0,168	0,000	2,919	0,036
12. Ustanova pruža usluge u obećanom vremenu	0,027	0,716	0,543	0,000	3,210	0,024
13. Vođenje dokumentacije bez pogrešaka	0,012	0,776	0,509	0,000	1,869	0,137
14. Obavijestavanje klijenata o točnom vremenu pružanja usluge	0,001	1,170	0,323	0,000	2,666	0,049
15. Osoblje pruža brze usluge	0,000	1,530	0,208	0,000	2,205	0,089
16. Osoblje spremno pomoći klijentima	0,001	1,317	0,271	0,000	3,318	0,021
17. Naći vremena odgovoriti klijentu na pitanje	0,003	0,776	0,509	0,000	4,584	0,004
18. Osoblje pruža usluge bez kašnjenja	0,173	0,221	0,882	0,000	2,769	0,043
19. Ulijevanje povjerenja	0,038	0,611	0,609	0,005	1,171	0,322
20. Osjećaj sigurnosti i bezbrižnosti	0,029	0,534	0,660	0,001	1,192	0,314
21. Ljubazno osoblje	0,002	1,035	0,378	0,000	2,084	0,104
22. Znati odgovoriti na pitanja klijenta	0,000	1,738	0,161	0,000	1,734	0,162

23.	Ustanova pruža individualnu pažnju	0,000	3,251	0,023	0,001	1,626	0,185
24.	Stručno pružanje usluga	0,011	0,835	0,476	0,000	1,968	0,121
25.	Osoblje pruža individualiziranu pažnju	0,002	1,001	0,394	0,003	1,343	0,262
26.	Brižljivo vođenje računa o interesima klijenata	0,013	0,869	0,459	0,003	1,273	0,285
27.	Razumijevanje specifičnih potreba klijenata	0,000	1,964	0,121	0,000	3,347	0,020
28.	Jednostavno snalaženje po ustanovi	0,000	1,431	0,235	0,002	3,134	0,027
29.	Informacije dostupne, jednostavne i jasne	0,000	1,280	0,283	0,000	4,207	0,007
30.	Ponuda različitih medicinskih programa	0,007	1,012	0,389	0,004	1,523	0,210
31.	Ponuda različitih sportsko-rekreacijskih programa	0,000	2,207	0,089	0,056	2,150	0,096
32.	Ponuda prilagođena suvremenim trendovima i potrebama klijenata	0,006	0,894	0,445	0,016	1,603	0,190
33.	Prepoznatljiv imidž	0,000	1,978	0,119	0,007	1,131	0,338

Napomena: Sig. Lev. test – pouzdanost Levenovog testa; F – vrijednost ANOVA; Sig. – pouzdanost ANOVA analize;* - značajnost razlike na razini $p = 0,05$.

Izvor: izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

U sljedećoj su tablici prikazani rezultati analize značajnosti razlike između prosječnih ocjena očekivane i percepirane vrijednosti s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge.

Tablica 21 Analiza varijance za prosječne ocjene očekivanja i percepcije – varijabla „korištena medicinska usluga“

Varijable (tvrdnje)	OČEKIVANJA			PERCEPCIJA		
	Sig. L. test	F	Sig.	Sig. L. test	F	Sig.
1. Moderna oprema	0,423	0,645	0,587	0,916	0,029	0,993
2. Atraktivan izgled zgrada i prostorija	0,755	0,259	0,855	0,545	1,231	0,300
3. Uredno osoblje	0,412	3,535	0,016	0,084	1,291	0,279
4. Ugodan inventar i namještaj	0,086	1,598	0,192	0,766	0,373	0,772
5. Čisti pribor i uređaji	0,008	7,295	0,000	0,246	1,263	0,289
6. Čista i uredna zdravstvena ustanova	0,943	2,274	0,082	0,826	0,338	0,798
7. Raspolaganje opremom i objektima u skladu s uslugama koje pruža ZU	0,636	1,010	0,389	0,832	0,733	0,534
8. Laka dostupnost (parking, liftovi i sl.)	0,505	0,595	0,619	0,114	0,270	0,847

9.	Pravovremeno izvršavanje obećanja	0,702	2,975	0,033	0,014	0,583	0,627
10.	Razumijevanje za probleme klijenata	0,022	6,524	0,000	0,862	2,330	0,076
11.	Pružanje usluge korektno već u prvom pokušaju	0,252	2,047	0,109	0,269	0,799	0,496
12.	Ustanova pruža usluge u obećanom vremenu	0,421	7,353	0,000	0,284	1,160	0,327
13.	Vođenje dokumentacije bez pogrešaka	0,230	3,275	0,022	0,293	0,247	0,863
14.	Obavješćavanje klijenata o točnom vremenu pružanja usluge	0,018	9,837	0,000	0,292	1,246	0,295
15.	Osoblje pruža brze usluge	0,000	5,624	0,001	0,382	1,527	0,209
16.	Osoblje spremno pomoći klijentima	0,001	8,294	0,000	0,351	0,835	0,476
17.	Naći vremena odgovoriti klijentu na pitanje	0,718	2,420	0,068	0,644	2,566	0,056
18.	Osoblje pruža usluge bez kašnjenja	0,878	3,555	0,016	0,572	0,307	0,820
19.	Ulijevanje povjerenja	0,000	12,304	0,000	0,968	2,585	0,055
20.	Osjećaj sigurnosti i bezbrižnosti	0,007	9,397	0,000	0,954	0,102	0,959
21.	Ljubazno osoblje	0,000	10,959	0,000	0,187	0,775	0,510
22.	Znati odgovoriti na pitanja klijenta	0,001	3,545	0,016	0,897	2,260	0,083
23.	Ustanova pruža individualnu pažnju	0,156	1,018	0,386	0,892	1,338	0,264
24.	Stručno pružanje usluga	0,120	4,814	0,003	0,397	1,150	0,331
25.	Osoblje pruža individualiziranu pažnju	0,023	1,442	0,232	0,324	0,614	0,607
26.	Brižljivo vođenje računa o interesima klijenata	0,775	2,388	0,071	0,321	0,552	0,647
27.	Razumijevanje specifičnih potreba klijenata	0,411	0,541	0,655	0,892	0,108	0,955
28.	Jednostavno snalaženje po ustanovi	0,007	2,196	0,090	0,620	0,361	0,781
29.	Informacije dostupne, jednostavne i jasne	0,003	3,592	0,015	0,220	2,031	0,111
30.	Ponuda različitih medicinskih programa	0,066	1,486	0,220	0,346	0,277	0,842
31.	Ponuda različitih sportsko-rekreacijskih programa	0,068	1,219	0,304	0,778	0,454	0,715
32.	Ponuda prilagođena suvremenim trendovima i potrebama klijenata	0,001	9,635	0,000	0,306	0,379	0,769
33.	Prepoznatljiv imidž	0,000	6,205	0,000	0,993	1,694	0,170

Napomena: Sig. Lev. test – pouzdanost Levenovog testa; F – vrijednost ANOVA; Sig. – pouzdanost ANOVA analize;* - značajnost razlike na razini $p = 0,05$.

Izvor: izradila autorica na temelju analize podataka u SPSS 12.0

Levenov test nije statistički značajan ($p > 0,05$) u 19 varijabli očekivane kvalitete usluga (tablica 21). Varijance između promatranih grupa korisnika s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge u tim su varijablama jednake, odnosno homogene.

Rezultati u tablici 21 upućuju na statistički značajnu razliku u prosječnim ocjenama 18 varijabli očekivane kvalitete usluga s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge. Radi se o većini varijabli iz promatranog koncepta, te se može zaključiti kako u tim slučajevima vrsta korištene medicinske usluge značajno utječe na ocjenjivanje očekivane kvalitete usluga.

Za preostale varijable ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama očekivane kvalitete usluga s obzirom na korištenu medicinsku uslugu. Prema tome, korisnici koji koriste različite medicinske usluge imaju slična (a ne statistički različita) očekivanja kada su u pitanju oprema modernog izgleda, atraktivan izgled zgrada i prostorija, ugodan inventar i namještaj, čista i uredna zdravstvena ustanova, raspolaganje opremom i objektima u skladu s uslugama koje pruža ZU, laka dostupnost (parking, liftovi i sl.), pružanje usluge korektno već u prvom pokušaju, nalaženje vremena za odgovoriti klijentu na pitanje, pružanje individualne pažnje od strane ustanove i osoblja, brižljivo vođenje računa o interesima klijenata, razumijevanje specifičnih potreba klijenata, jednostavno snalaženje po ustanovi, ponuda različitih medicinskih programa i sportsko-rekreacijskih programa.

Nadalje, iz tablice 21 je vidljivo da Levenov test nije statistički značajan ($p > 0,05$) u 32 slučaja kada je u pitanju percipirana kvaliteta usluga, te su varijance između promatranih grupa korisnika s obzirom na razinu obrazovanja u tim varijablama jednake, odnosno homogene.

Rezultati jednostavne analize varijance ukazuju kako ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama varijabli iz koncepta percipirane vrijednosti s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge. Može se zaključiti kako korisnici medicinskih usluga slično (a ne statistički različito) ocjenjuju kvalitetu usluga u Thalassoterapiji Opatija, bez obzira na vrstu medicinske usluge koju su koristili.

4.5. Provjera postavljenih hipoteza

Na osnovu podataka iz primarnog istraživanja provedene su različite statističke analize kako bi bilo moguće odlučiti o prihvatanju ili odbacivanju postavljenih hipoteza istraživanja.

Rezultate testiranja hipoteza sažeto prikazuje tablica 22:

Tablica 22 Sažetak testiranja hipoteza

HIPOTEZE		METODE ANALIZE	REZULTATI
H1	<i>Koncept kvalitete zdravstvenih usluga je višedimenzionalan koncept.</i>	Pregled literature	Potvrđeno
H2	<i>Postoje značajna odstupanja između percepcija i očekivanja korisnika zdravstvenih usluga.</i>	Deskriptivna analiza	Potvrđeno
H3	<i>Korisnici zdravstvenih usluga imaju najviša očekivanja u dimenzijama pouzdanost i sigurnost.</i>	Deskriptivna analiza	Potvrđeno
H4	<i>Korisnici percipiraju nedostatak ljubaznosti zaposlenika u zdravstvenim ustanovama.</i>	Deskriptivna analiza	Nije potvrđeno
H5	<i>Korisnici percipiraju nedostatak želje zaposlenika u zdravstvenim ustanovama za pomaganjem korisnicima i osiguranjem brze usluge.</i>	Deskriptivna analiza	Nije potvrđeno
H6	<i>Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na dob ispitanika.</i>	T-test	Nije potvrđeno
H7	<i>Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na dob ispitanika.</i>	T-test	Potvrđeno
H8	<i>Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na spol ispitanika.</i>	T-test	Nije potvrđeno
H9	<i>Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na spol ispitanika.</i>	T-test	Nije potvrđeno
H10	<i>Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika.</i>	ANOVA	Nije potvrđeno
H11	<i>Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika.</i>	ANOVA	Djelomično potvrđeno
H12	<i>Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu i percipiranu vrijednost s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge.</i>	ANOVA	Djelomično potvrđeno

Izvor: Autorica

Provedena analiza dosadašnjih istraživanja pokazala je da je kvaliteta zdravstvenih usluga višedimenzionalan koncept. Također, empirijsko istraživanje čiji su rezultati prikazani u ovom specijalističkom radu temeljilo se na primjeni SERVQUAL modela, višedimenzionalnog modela za mjerenje kvalitete usluga, koji se pokazao primjerenim za mjerenje kvalitete usluga u zdravstvenim ustanovama pa se može **prihvatiti** pomoćna hipoteza H_1 : *Koncept kvalitete zdravstvenih usluga je višedimenzionalan koncept.*

Rezultati empirijskog istraživanja provedenog na uzorku korisnika zdravstvenih usluga u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapy Opatija pokazali su da postoji značajno odstupanje između percepcije i

očekivanja kvalitete zdravstvenih usluga. Prosječna ocjena očekivanja na ljestvici od sedam stupnjeva iznosi 6,69, dok je prosječna ocjena na ljestvici percepcije 6,48. Iz navedenoga je utvrđen negativni SERVQUAL jaz od -0,21 između ocjena percepcije i očekivanja. Provođenjem t-testa za zavisne uzorke dolazi se do zaključka da se u većini ocjenjivanih elemenata usluge radi o statistički značajnoj razlici. Iz tablice 9 je vidljivo da su od 33 ocjenjene tvrdnje, u njih 23 razine pouzdanosti manje od 0,05, te se može zaključiti da su navedene razlike statistički značajne. Tvrdnje „atraktivan izgled zgrada i prostorija“, „osoblje pruža usluge bez kašnjenja“, „osjećaj sigurnosti i bezbrižnosti“, „znati odgovoriti na pitanja klijenata“, „ustanova pruža individualiziranu pažnju“, „osoblje pruža individualiziranu pažnju“, „razumijevanje specifičnih potreba klijenata“, „nuditi različite medicinske programe“, „nuditi različite sportsko-rekreacijske programe“ i „imati prepoznatljiv imidž“ imaju razinu pouzdanosti veću od 0,05. U tim slučajevima ne postoji značajna razlika između prosječnih ocjena za očekivanje i percepciju. S obzirom na to da u većini tvrdnji postoji statistički značajno odstupanje između prosječne ocjene za percepciju i očekivanje korisnika zdravstvenih usluga, **prihvaća se** pomoćna hipoteza H_2 : *Postoje značajna odstupanja između percepcija i očekivanja korisnika zdravstvenih usluga.*

Iz tablice 10 može se vidjeti da su najviše prosječne ocjene očekivanja po dimenzijama imale dimenzija sigurnost (6,81) i dimenzija pouzdanost (6,77) pa se može **prihvatiti** pomoćna hipoteza H_3 : *Korisnici zdravstvenih usluga imaju najviša očekivanja u dimenzijama pouzdanost i sigurnost.*

Ljubaznost osoblja ispitivala se kroz tvrdnju „Osoblje u TTO je uvijek ljubazno prema klijentima.“ S obzirom na to da su ispitani korisnici vrlo visokom prosječnom ocjenom ocijenili ljubaznost osoblja (A. S. = 6,66), te je SERVQUAL jaz uzak i iznosi -0,14 možemo zaključiti da korisnici ne percipiraju nedostatak ljubaznosti zaposlenika i **odbaciti** pomoćnu hipotezu H_4 : *Korisnici percipiraju nedostatak ljubaznosti zaposlenika u zdravstvenim ustanovama.*

Želja zaposlenika za pomaganjem korisnicima i osiguranjem brze usluge ispitivala se kroz 5 tvrdnji: „Osoblje TTO obavještava klijente o točnom vremenu kada će neka usluga biti pružena“, „Osoblje TTO pruža klijentima brzu uslugu“, „Osoblje TTO uvijek je spremno pomoći klijentu“, „Osoblje TTO uvijek nalazi vremena odgovoriti klijentu na pitanje“ i „Osoblje TTO pruža usluge u točno obećanom vremenu (bez kašnjenja)“. Srednja prosječna ocjena percepcije promatranih tvrdnji iznosila je visokih 6,57 s uskim SERVQUAL jazom od -0,16 iz čega se može zaključiti da su korisnici zadovoljni načinom na koji zaposlenici pružaju usluge te se **odbacuje** pomoćna hipoteza H_5 : *Korisnici percipiraju nedostatak želje zaposlenika u zdravstvenim ustanovama za pomaganjem korisnicima i osiguranjem brze usluge.*

Kako bi se provjerila šesta pomoćna hipoteza da postoji statistički značajna razlika između očekivanja klijenata s obzirom na dob ispitanika primijenjena je metoda t-testa za nezavisne uzorke (*independent samples t-test*). Rezultati t-testa za nezavisne uzorke pokazuju da stariji korisnici zdravstvenih usluga imaju viša očekivanja od mlađih korisnika. Međutim, razlike u prosječnim ocjenama nisu statistički značajne ($p > 0,05$) pa se pomoćna hipoteza H_6 : *Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na dob korisnika* može **odbaciti**.

Nakon što nije potvrđeno da postoji statistički značajna razlika u očekivanjima s obzirom na dob korisnika, izvršena je provjera razlike u prosječnim ocjenama korisnika na ljestvici percepcije s obzirom na dob korisnika. Primjenom t-testa za nezavisne uzorke uspoređene su ocjene percepcije u ranije definiranim dobnim skupinama. Rezultati provedenog testa vidljivi su u tablici 17. Prosječne ocjene percepcije više su kod starijih korisnika u odnosu na mlađe korisnike. Razlika prosječnih ocjena na ljestvici percepcije iznosi 0,24 i statistički je značajna ($p < 0,05$) pa se može **prihvatiti** sedma pomoćna hipoteza H_7 : *Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na dob korisnika*.

U ispitivanom uzorku korisnika zdravstvenih usluga bilo je više muškaraca, njih 99 ili 55,6%. Žena je u ispitivanom uzorku bilo 79, odnosno 44,4%. Pretpostavljeno je kako nema razlike u očekivanjima kvalitete usluga s obzirom na spol korisnika. Kako bi se ispitalo postoji li statistički značajna razlika između te dvije grupe ispitanika proveden je t-test za nezavisne uzorke. Rezultati testa prikazani su tablicom 18.

Rezultati usporedbe prosječnih ocjena očekivanja između korisnika različitog spola pokazali su da postoji razlika u ocjenama te da je ta razlika statistički značajna ($p < 0,05$). Naime, žene su imale višu prosječnu ocjenu očekivanja od muškaraca, te se **odbacuje** pomoćna hipoteza H_8 : *Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na spol korisnika*.

Primjenom t-testa provjerena je i razlika u percepciji kvalitete usluga između ispitanika muškog i ženskog spola. Rezultati usporedbe ocjena percepcije između korisnika muškog i ženskog spola pokazali su da postoji statistički značajna razlika ($p < 0,05$) u prosječnim ocjenama između dviju grupa korisnika te se stoga **odbacuje** pomoćna hipoteza H_9 : *Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na spol korisnika*.

Statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama nađena je samo u varijabli „ZU treba pružati klijentima individualiziranu pažnju” što znači da korisnici s različitom razinom obrazovanja očekuju različitu količinu pažnje u zdravstvenim ustanovama. S obzirom na to da za ostale

varijable ne postoji statistički značajna razlika može se zaključiti kako razina obrazovanja ne utječe na razliku prosječne ocjene očekivane kvalitete usluge te možemo **odbaciti** hipotezu H_{10} : *Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na razinu obrazovanja korisnika.*

Korisnici medicinskih usluga različite razine obrazovanja različito ocjenjuju čistoću pribora i uređaja, pravovremeno izvršavanje obećanja, razumijevanje za probleme klijenata, pružanje usluge korektno već u prvom pokušaju, pružanje usluge u obećanom vremenu, obavješćavanje klijenata o točnom vremenu pružanja usluge, spremnost osoblja da pomogne klijentima, nalaženje vremena za odgovoriti klijentu na pitanje, pruža usluge bez kašnjenja, razumijevanje specifičnih potreba klijenata, jednostavno snalaženje po ustanovi te dostupne, jednostavne i jasne informacije. Iz svega navedenog možemo zaključiti da se hipoteza H_{11} : *Postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za percipiranu vrijednost s obzirom na razinu obrazovanja ispitanika* **djelomično prihvaća**.

Korisnici različitih medicinskih usluga imaju slična (a ne statistički različita) očekivanja kada su u pitanju oprema modernog izgleda, atraktivan izgled zgrada i prostorija, ugodan inventar i namještaj, čista i uredna zdravstvena ustanova, raspolaganje opremom i objektima u skladu s uslugama koje pruža ZU, laka dostupnost (parking, liftovi i sl.), pružanje usluge korektno već u prvom pokušaju, nalaženje vremena za odgovoriti klijentu na pitanje, pružanje individualne pažnje od strane ustanove i osoblja, brižljivo vođenje računa o interesima klijenata, razumijevanje specifičnih potreba klijenata, jednostavno snalaženje po ustanovi, ponuda različitih medicinskih programa i sportsko-rekreacijskih programa. Rezultati jednostavne analize varijance ukazuju kako ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama varijabli iz koncepta percipirane vrijednosti s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge. Može se zaključiti kako korisnici medicinskih usluga slično (a ne statistički različito) ocjenjuju kvalitetu usluga u Thalassoterapiji Opatija, bez obzira na vrstu medicinske usluge koju su koristili.

Hipoteza H_{12} : *Ne postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu i percipiranu vrijednost s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge* **djelomično se prihvaća** s obzirom na različite rezultate dobivene za očekivanu i percipiranu vrijednost.

4.6. Kritički osvrt na istraživanje

Istraživanje kvalitete usluga u Thalassoterapiji Opatija, Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma, provedeno je kako bi se ocijenila očekivanja i percepcije korisnika zdravstvenih ustanova. Izračunom SERVQUAL jaza ocijenjena je kvaliteta usluga i važnost pojedinih dimenzija kvalitete, između ostaloga i s obzirom na socio-demografski profil korisnika usluga.

Najveći broj korisnika usluga obuhvaćenih anketiranjem provedenim u Thalassoterapiji Opatija bio je starije životne dobi (43,3 posto starijih od 65 godina), većinom su to bili umirovljenici (56,7 posto), iako je bio i značajan dio zaposlenih (37,6 posto). No, iza najstarije dobne skupine po postotku je skupina u dobi između 56 i 65 godina (27 posto), dok je u srednjoj radno aktivnoj dobi bilo tek 16,3 posto korisnika pa se može zaključiti da je uglavnom riječ o starijoj populaciji. Više od polovine korisnika obuhvaćenih istraživanjem imalo je završeno srednjoškolsko obrazovanje (52,8 posto). U Thalassoterapiju Opatija gotovo svi su došli zbog medicinskih usluga (93,2 posto), uglavnom zbog medicinskih i zdravstvenih programa te na pregled ili dijagnostičku pretragu. Samo manji dio došao je zbog prevencije i wellnesa (5,6 posto), a vrlo mali postotak (1,2 posto) odabrao je ovu ustanovu kao mjesto za odmor i opuštanje te se za nju odlučio zbog ljepote destinacije.

Kardiološke usluge glavni su razlog dolaska većine korisnika (77,5 posto), a manji dio došao je zbog fizikalne medicine i reumatologije (16,9 posto), odnosno ostalih usluga kao što su dermatologija, neurologija, radiologija i dijetoterapija (4,5 posto), a samo 1,1 posto naveo je kao razlog dolaska sportsku medicinu. U ustanovi su se uglavnom zadržavali samo nekoliko sati kako bi obavili pregled ili dijagnostičku pretragu (44,4 posto), a i ranije su boravili u ustanovi, mnogi i dva ili više puta (37,6 posto).

Rezultati ovog istraživanja mogu se usporediti s istraživanjem Marković i suradnika¹²⁶ provedeno u ostalim hrvatskim specijalnim bolnicama. Ovo istraživanje je pokazalo da je većina ispitanika imala visoka očekivanja kvalitete usluga u Thalassoterapiji Opatija, a relativno su visoke i ocjene percepcije kvalitete. Iako su očekivanja veća od percepcije, SERVQUAL jaz manji je nego je bio u istraživanju provedenom 2003. godine.¹²⁷ U istraživanju 2003. godine prosječne ocjene očekivanja i percepcije bile su niže. Prosječna ocjena očekivanja bila je 6,35 dok je u ovome istraživanju prosječna ocjena istraživanja 6,69. Prosječna ocjena percepcije u ranijem istraživanju bila je 5,00, a u ovome iznosi 6,48. SERVQUAL jaz u istraživanju iz 2003. godine iznosio je 1,35, dok je u ovom istraživanju 0,21. Dakle, povećala su se i očekivanja korisnika usluga, ali i njihova percepcija kvalitete usluga pa je i SERVQUAL jaz značajno smanjen, odnosno raskorak između očekivanja i percepcije je smanjen. No, ta razlika još uvijek je statistički značajna pa je istraživanje potvrdilo hipotezu da postoji značajno odstupanje percepcije i očekivanja korisnika zanimljivih usluga. Zanimljivo je da je ovo istraživanje pokazalo da je pozitivan raskorak (jaz) samo kada je riječ o

¹²⁶ Marković, S., Lončarić, D., Lončarić, D.: „Service Quality and Customer Satisfaction in the Health Care Industry - Towards Health Tourism Market“, *Tourism and Hospitality Management*, Vol. 20, br. 2, 2014., str. 155-170.

¹²⁷ Marković, S., Horvat, J., Raspor, S., op. cit.

prepoznatljivosti imidža, odnosno percipirani imidž Thalassoterapije Opatija veći je od očekivanoga.

Ljestvica očekivanja pokazala je da korisnici žele prije svega da zdravstvena usluga bude uredna i čista, a osobito se to odnosi na pribor i uređaje. Važno je i osoblje – od njega korisnici očekuju da bude stručno, da ulijeva povjerenje i da bude uredno. Ljestvica percepcije ukazuje da su, unatoč negativnom jazu (raskoraku) u odnosu na očekivanja, najviše ocjene dobili upravo urednost i čistoća ustanove te pribora i uređaja, a među pet najbolje ocijenjenih tvrdnji su i one koje se odnose na osoblje – ponašanje osoblja ulijeva povjerenje, pacijenti se u Thalassoterapiji Opatija osjećaju sigurno i bezbrižno, a osoblje je stručno i, zahvaljujući svome znanju, zna odgovoriti na njihova pitanja.

Najmanja očekivanja korisnici su imali o atraktivnosti zgrade, modernom izgledu opreme, inventara i namještaja te ponudi sportsko-rekreacijskih i različitih medicinskih programa. To je očekivano s obzirom na to da je riječ o korisnicima koji dolaze ciljano na preglede ili dijagnostičke pretrage i ne zadržavaju se dugo u ustanovi. No, unatoč tome na ljestvici percepcije najmanje ocjene dobili su upravo opipljivi elementi – dostupnost Thalassoterapije Opatija i mogućnost snalaženja u ustanovi, a negativna je i percepcija atraktivnosti izgleda zgrade i prostorija, inventara i namještaja. Među pet najlošije ocijenjenih tvrdnji je i ponuda sportsko-rekreacijskih programa. Iako ovi nemedicinski elementi nisu u središtu pozornosti ispitivanih korisnika, ali su upravo njih percipirali negativno, to je signal menadžmentu da na tome treba poraditi, te ustanovu učiniti dostupnijom korisnicima i omogućiti im lakše snalaženje unutar nje.

Dimenzije koje su mjerene ovim istraživanjem su: opipljivost (oprema, prostor, odjeća osoblja i slično), pouzdanost, sigurnost, razumijevanje i odgovornost. Potvrđena je hipoteza da su najviša očekivanja u dimenzijama pouzdanosti i sigurnosti te da ustanova prilično ispunjava ta očekivanja jer je, iako negativan, jaz u ovim dimenzijama manji nego kod opipljivih elementa. Naime, iako na ljestvici očekivanja opipljivost nije visoko ocijenjena (6,60), upravo su to elementi koji se najlakše zapažaju pa je jaz u ovoj dimenziji najveći (-0,32). To potvrđuje da je dostupnost, snalaženje, te dostupnost jednostavnih i jasnih informacija najveća manjkavost ove ustanove i da upravo tu treba najviše poraditi da bi kvaliteta usluga koje pruža Thalassoterapia Opatija bila potpuna.

Najmanji jaz je kod razumijevanja (-0,11) i sigurnosti (-0,13) te odgovornosti (-0,17) što znači da su korisnici, iako je jaz negativan, ipak dobili očekivanu uslugu i kod tih se dimenzija percepcija najviše približila očekivanjima. Visoke ocjene dobila je i ljubaznost osoblja pa je odbačena hipoteza da korisnici usluga percipiraju nedostatak ljubaznosti, a nije potvrđena niti

hipoteza da percipiraju nedostatak želje za pomaganjem i osiguravanjem brze usluge. Ukupni imidž ustanove na višoj je razini od očekivanja, a korisnici usluga zadovoljni su i individualiziranom pažnjom, i ustanove u cjelini i osoblja. Općenito, dakle, ispitanici su zadovoljni ukupnim primljenim uslugama (prosječna ocjena 6,65 od maksimalnih 7) i boravkom i imaju povjerenje u ustanovu. Vrlo je visoko ocijenjena i tvrdnja da je zdravstvena usluga premašila očekivanja – ocjena je 6,28, a najveća moguća je 7. Dakle, korisnici su Thalassoterapiju Opatija prepoznali kao kvalitetnu ustanovu koju će preporučiti drugima (prosječna ocjena tvrdnje 6,65), a i sami će je ponovo koristiti (6,74).

Istraživanjem je ispitivano i ovise li očekivanja korisnika o socio-demografskom profilu. Rezultati ukazuju da postoji razlika u očekivanjima, odnosno da stariji korisnici imaju veća očekivanja od mlađih, ali ta razlika nije statistički značajna pa je i hipoteza u kojoj se tvrdi da postoji statistički značajna razlika u prosječnim ocjenama za očekivanu vrijednost s obzirom na dob korisnika nije potvrđena. No, postoji statistički značajna razlika kada je riječ o percepciji s obzirom na dob. Istraživanje je, naime, pokazalo da stariji korisnici dobivenu uslugu percipiraju kvalitetnijom od mlađih korisnika. Očekivanja, ali i percepcije, ovise i o spolu – žene imaju veća očekivanja od muškaraca, ali i boljom percipiraju kvalitetu dobivene usluge. Hipoteza o statistički značajnim razlikama s obzirom na obrazovanje samo je djelomično prihvaćena. Obrazovaniji korisnici usluga očekuju, naime, veću individualiziranu pažnju. Kada je o percepciji riječ, s obzirom na razinu obrazovanja korisnika usluga razlika postoji u ocjenjivanju čistoće pribora i uređaja, pravovremenog izvršavanja obećanja, razumijevanja za probleme klijenata, pružanja usluge korektno već u prvom pokušaju, a postoji razlika i s obzirom na očekivanje da ih se obavijesti o točnom vremenu pružanja usluge, te da se usluga u tom obećanom vremenu i ispuni, dakle, bez kašnjenja. Osim toga, korisnici s višom razinom obrazovanja očekuju da osoblje nađe vremena odgovoriti na njihova pitanja, da razumije njihove specifične potrebe. Razlika postoji i kod percepcije snalaženja po ustanovi, te dostupnosti, jednostavnosti i jasnoći informacija.

Hipoteza o statistički značajnim razlikama u prosječnim ocjenama za očekivanu i percipiranu vrijednost s obzirom na vrstu korištene usluge prihvaćena je također djelomično. Korisnici različitih usluga imaju, naime, različita očekivanja kada je u pitanju izgled opreme, zgrade i prostorija, inventara i dostupnosti. Različita su očekivanja i kada je riječ o vremenu u kojem će usluga biti pružena i očekivanjima individualne pažnje i razumijevanju njihovih specifičnih potreba, kao i ponudi različitih medicinskih programa i sportsko-rekreacijskih programa. No, kada je u pitanju percipirana kvaliteta usluga, statistički značajna razlika ne postoji s obzirom na vrstu korištene medicinske usluge pa se može zaključiti da je ocjena kvalitete usluga Thalassoterapije Opatija slična, bez obzira na vrstu usluge koju su u ustanovi koristili.

Ovo istraživanje još jednom je potvrdilo da je koncept kvalitete zdravstvenih usluga višedimenzionalan te da je uz korištenje SERVQUAL modela moguće na jednostavan i učinkovit način saznati očekivanja, potrebe i želje korisnika zdravstvenih ustanova, kao i njihove stavove o dobivenim uslugama, a zatim ih iskoristiti u svrhu kreiranja kvalitetne ponude.

4.7. Ograničenja istraživanja i prijedlozi za daljnja istraživanja

Ograničenja provedenog empirijskog istraživanja odnose se prije svega na uzorak i metode provedenoga istraživanja. Iako se nastojalo obuhvatiti što veći broj korisnika kako bi se postigla reprezentativnost uzorka, njime je obuhvaćen tek dio korisnika usluga ove ustanove, i to uglavnom onih koji dolaze na kraće vrijeme i ciljano na određeni pregled ili pretragu, što bi moglo biti jedno od ograničenja istraživanja. U istraživanje je uključen tek manji postotak stacionarnih pacijenata, koji u Thalassoterapiji Opatija borave duže vrijeme i imaju veće zahtjeve kada je riječ o različitim elementima ponude. Osim toga, visok je postotak onih koji su došli zbog korištenja medicinskih usluga kardiologije, a vrlo mali broj ispitanika došao je zbog ostalih usluga koje čine značajnu ponudu ove zdravstvene ustanove, kao što su fizikalna medicina i reumatologija, dermatologija, neurologija, radiologija, dijetoterapija i sportska medicina. Istraživanje je, nadalje, bilo vremenski ograničeno i ispitivani su korisnici koji su u to vrijeme boravili u Thalassoterapiji Opatija pa istraživač nije mogao utjecati u potpunosti na odabir korisnika uključenih u ispitivanje zbog vremenskog i prostornog ograničenja.

Metodološki ograničenje sastoji se u tome što je prilagođeni SERVQUAL model uključivao i dodatne tvrdnje karakteristične za zdravstveno-turističke usluge te su obuhvaćene 33 tvrdnje za ljestvicu očekivanja i ljestvicu percepcije, zbog čega je anketni upitnik bio dug. No, unatoč tom ograničenju visok je postotak upitnika koji su ispravno popunjeni – 178 od ukupno 181 prikupljenog.

Kako bi se u budućim istraživanjima omogućilo jasnije i preciznije razdvajanje medicinskih i nemedicinskih usluga i dobile konkretnije smjernice što učiniti kako bi ustanova ojačala svoju poziciju na zdravstveno-turističkom tržištu, moguća je primjena nekog drugog instrumenta. Za stacionarne pacijente moguće je, na primjer, koristiti LODGSERV model razvijen za mjerenje kvalitete usluga smještaja. Zadovoljstvo korisnika i njihova očekivanja i percepciju kvalitete usluga u Thalassoterapiji Opatija trebalo bi kontinuirano istraživati i primjenom drugih metoda (analiza izgubljenih klijenata, tehnika kritičnih točaka, fokus grupe ili dubinski intervju). Tako bi se dobio dublji uvid u moguće elemente usluge koje bi trebalo mijenjati ili prilagođavati novonastalim zahtjevima i potrebama korisnika.

Budući da za procjenu kvalitete zdravstvenih usluga nije dovoljna samo ocjena korisnika, koji ponekad i ne znaju što je za njih dobro ili kvalitetu pružene usluge ocjenjuju samo po ishodu, istraživanje kvalitete usluga u Thalassoterapiji Opatija trebalo bi obuhvatiti i stručnjake, zdravstvene djelatnike koji pruženu uslugu mogu ocijeniti i s gledišta profesionalnih potreba. Važan segment u ukupnoj ocjeni kvalitete zdravstvene usluge je i racionalno korištenje resursa pa bi za cjeloviti uvid trebalo organizirati i istraživanje o tome koriste li se postojeći resursi dovoljno i na pravi način.

5. ZAKLJUČAK

Rezultati ovog istraživanja potvrdili su hipotezu da je koncept zdravstvenih usluga višedimenzionalan. Kvalitetna zdravstvena usluga podrazumijeva kvalitetne materijalne, prostorne i ljudske kapacitete, te kvalitetne metode rada u obavljanju zdravstvenih postupaka, odnosno pružanju zdravstvenih usluga. Osim toga, kvaliteta zdravstvene zaštite ovisi i o konačnom rezultatu koji predstavlja mjerljivu promjenu zdravstvenog stanja, kvalitete života i zadovoljstva pacijenata.

Na percepciju kvalitete usluge utječu brojni faktori: od prethodnih iskustava, usmenih predaja i imidža na temelju kojih se formiraju očekivanja, do onoga što i kako korisnik dobiva, odnosno onoga što Grönroos naziva „tehničkom i funkcionalnom dimenzijom kvalitete“. Korisnici percipiranu uslugu uspoređuju s očekivanom i upravo zbog toga cilj je pružatelja usluga premašiti njihova očekivanja kako bi se stvorio zadovoljan korisnik koji će biti lojalan, promicati ugled tvrtke i usluge, te privlačiti nove korisnike. Tako se stvara i konkurentska prednost na tržištu.

Istraživanje je potvrdilo i glavnu hipotezu da je korištenjem teorijskih i empirijskih spoznaja o kvaliteti zdravstvenih usluga i njenim mjerenjem, moguće na jednostavan i učinkovit način saznati očekivanja, potrebe i želje korisnika zdravstvenih usluga, kao i njihove stavove o dobivenim uslugama, te iste koristiti u svrhu kreiranja kvalitetne ponude zdravstvenih usluga.

Potrebe, zahtjevi i očekivanja korisnika stalno se mijenjaju pa je potrebno kontinuirano provoditi mjerenja kako bi se znalo što korisnici očekuju te zadovoljava li pružena usluga u svakom segmentu njihove potrebe i očekivanja. Kada je riječ o uslugama, osobito je teško mjeriti kvalitetu zbog njezinih svojstava: neopipljivosti, nedjeljivosti, promjenjivosti, prolaznosti i raznolikosti. Kod mjerenja usluga ključno je identificirati zahtjeve korisnika i njihova očekivanja o kvaliteti usluga. Za mjerenje je moguće koristiti različite mjerne ljestvice, a jedan od najznačajnijih instrumenata za mjerenje kvalitete usluga je SERVQUAL model koji su razvili Parasuraman, Zeithaml i Berry. Taj model nudi skalu koja sadrži poželjne kvalitete usluga i temelji se na procjeni jaza između očekivanja korisnika o određenoj usluzi i njihove percepcije izvedbe te usluge, odnosno pružatelja usluga. Kvaliteta usluge u ovom se modelu promatra kao višedimenzionalni konstrukt. SERVQUAL model koristi se za mjerenje kvalitete usluga u nizu uslužnih djelatnosti pa tako i u zdravstvu i zdravstvenom turizmu. U zdravstvu se uglavnom koristi za mjerenje kvalitete s gledišta korisnika usluga. Istraživanje percepcije korisnika daje važne podatke o mogućim manjkavostima koje je potrebno ispraviti kako bi kvaliteta usluga bila na što višoj razini.

U ovom radu SERVQUAL model bio je korišten kako bi se u Specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju bolesti srca, pluća i reumatizma Thalassotherapia Opatija izmjerila očekivanja i percepcije korisnika te izračunom SERVQUAL jaza ocijenila kvaliteta usluga i važnost pojedinih dimenzija kvalitete. Istraživanje je provedeno metodom istraživanja uz pomoć anketnih upitnika, uz primjenu modificiranog SERVQUAL modela kao instrumenta za mjerenje kvalitete usluga. Korišten je višedimenzionalni model za ocjenjivanje kvalitete usluga kojim su bile obuhvaćene sljedeće dimenzije: opipljivost, odnosno fizička dimenzija usluge (stanje zgrade, opreme, izgled osoblja), pouzdanost, odnosno sposobnost realizacije obećane usluge točno i odgovorno, sigurnost koja podrazumijeva znanje, ljubaznost osoblja te njihovu sposobnost da ulijevaju povjerenje korisnicima, razumijevanje kojim je obuhvaćena brižnost i individualizirana pažnja prema korisniku/klijentu te odgovornost, odnosno voljnost osoblja da trenutno pruži uslugu ili pomoć.

Najveći dio korisnika obuhvaćenih istraživanjem u Thalassoterapiji Opatija bio je starije životne dobi, u mirovini i srednjoškolskog obrazovanja. Njihova očekivanja bila su vrlo visoka. Visokim ocjenama ukupno je ocijenjena i percepcija pruženih usluga, no jaz između očekivanja i percepcije je negativan, osim kada je riječ o imidžu ustanove. Istraživanje je pokazalo da najveća očekivanja korisnici imaju kada je riječ o pouzdanosti i sigurnosti, a najmanja kada je riječ o opipljivim elementima, odnosno fizičkoj dimenziji usluga. U tim najvažnijim dimenzijama (pouzdanost, sigurnost, razumijevanje, odgovornost) jaz je manji nego kada je riječ o opipljivim elementima. Korisnici nisu uočili niti nedostatak ljubaznosti zaposlenika niti nedostatak njihove želje da im pomognu i osiguraju brzu uslugu. Zbog toga se može zaključiti da je ukupna ocjena kvalitete usluga u Thalassoterapiji Opatija, unatoč statistički značajnom negativnom jazu, dobra. To potvrđuje i rezultat da ju je većina korisnika prepoznala kao kvalitetnu ustanovu koju će i sami ponovo koristiti i preporučiti drugima.

Najveća manjkavost na koju upozoravaju rezultati ovog istraživanja je fizička dostupnost same ustanove, mogućnost snalaženja unutar nje te dostupnost jednostavnih i jasnih informacija. To upućuje da menadžment ustanove mora poraditi upravo na tim elementima kako bi se ukupna kvaliteta usluge podigla na višu razinu. Korisnici su u manjoj mjeri percipirali i nedostatak ponude različitih medicinskih i sportsko-rekreacijskih programa, ali budući da je u istraživanju veći postotak onih koji su u ustanovu došli nakratko, samo zbog određenih medicinskih i zdravstvenih programa ili na pregled i dijagnostičku pretragu, taj segment ponude nije osobito naglašen niti kada je riječ o očekivanjima.

Istraživanje je pokazalo da očekivanja i percepcije korisnika samo djelomično ovise o socio-demografskom profilu. S obzirom na dob, stariji korisnici imaju nešto veća očekivanja, ali i zadovoljniji su pruženom uslugom, a kada je riječ o spolu veća očekivanja, ali bolju percepciju,

imaju žene. Ocjena kvalitete usluga djelomično ovisi i o obrazovanju, pa tako obrazovaniji korisnici očekuju veću individualiziranu pažnju, veće razumijevanje, ali i da im usluga bude pružena u obećanom vremenu, bez kašnjenja te da pružena usluga bude korektna već u prvom pokušaju.

Empirijski dio specijalističkog rada trebao bi doprinijeti testiranju SERVQUAL modela u specijalnim bolnicama, a znatan doprinos trebao bi dati i analizi povezanosti koncepta zadovoljstva korisnika s njegovim uzrocima i posljedicama. Osim toga, provedeno istraživanje doprinosi utvrđivanju očekivanja i percepcije korisnika zdravstvenih usluga u Thalassoterapiji Opatija te određivanju važnosti pojedinih dimenzija i raskoraka (jaza) između očekivane i percipirane kvalitete usluga ove ustanove s obzirom na socio-demografski profil korisnika usluga. U aplikativnom smislu može biti poticaj upravi i zaposlenicima ove ustanove da poboljšaju elemente usluge koji su identificirani kao manjkavi u cilju pružanja kvalitetnije zdravstvene usluge i ostvarivanja većeg zadovoljstva korisnika.

POPIS LITERATURE

KNJIGE

1. Anić, V.: Rječnik hrvatskog jezika, Novi liber, Zagreb, 1991.
2. Avelini Holjevac, I., Upravljanje kvalitetom, Fakultet za turistički i hotelski menadžment, Opatija, 2002.
3. Cooper, P. B., Health Care Marketing: A Foundation for Managed Quality, Third edition, An Aspen Publication, Maryland, 1994.
4. Crosby, B. P., Kvaliteta je besplatna: Umijeće osiguranja kvalitete, 3. izdanje, Privredni vjesnik, Zagreb, 1994.
5. Goetsch, D.L. and Stanley, B.D., Quality Management for Organizational Excellence: Introduction to Total Quality, Sixth Edition, New Jersey: Pearson Education Inc., 2010.
6. Grbac, B., Načela marketinga, Sveučilište u Rijeci, Ekonomski fakultet Rijeka, 2007.
7. Grigoroudis, E. i Siskos, Y., Customer Satisfaction Evaluation: Methods for Measuring and Implementing Service Quality, Springer, New York, 2010.
8. Gryna, F. M. i Juran, J. M., Planiranje i analiza kvalitete, MATE, Zagreb, 2002.
9. Horvat, J. i Mijoč, J.: Osnove statistike, Naklada Ljevak, Zagreb, 2012.
10. Hunt, H.K., Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction, Marketing Science Institute, 1977.
11. Injac, N. Sustavi kvalitete 2000 : velika revizija normi ISO 9000; Oskar, Zagreb, 1999.
12. Kandampully, J., Mok, C. i Sparks, B., Service quality management in hospitality, tourism, and leisure, Routledge, New York, 2009.
13. Klaić, B., Rječnik stranih riječi, Nakladni zavod Matice Hrvatske, Zagreb, 1987.
14. Kotler, P., Upravljanje marketingom – analiza, planiranje, primjena i kontrola, Mate d.o.o., Zagreb, 2001.
15. Kotler, P., Wong, V., Saunders, J. i Armstrong, G.: Osnovne marketinga, Mate: Zagrebačka škola ekonomije i managementa, 2006.
16. Kotler, P., Bowen, J. T. i Makens, J. C.: Marketing u ugostiteljstvu, hotelijerstvu i turizmu, Mate, Zagrebačka škola ekonomije i managementa, Zagreb, 2010.
17. Kotler, P., Keller, K. i Martinović, M., Upravljanje marketingom, 14. izdanje, Mate i Zagrebačka škola ekonomije i menadžmenta, 2014.
18. Kovačić, L., Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti, Medicinska naklada, Zagreb, 2004.
19. Lazibat, T., Upravljanje kvalitetom, Znanstvena knjiga, Zagreb, 2009.
20. Ozretić Došen, D., Osnove marketinga usluga, Mikrorad, Zagreb, 2010.
21. Pavičić, J., Strategija marketinga neprofitnih organizacija, Masmedia, Zagreb, 2003.
22. Skoko, H., Upravljanje kvalitetom, Sinergija, Zagreb, 2000.

23. Šofranac, R. i Šofranac, M., Menadžment kvalitetom u medicini, Pobjeda a.d., Podgorica 2007.
24. Thomas, R. K., Marketing Health Services, Second Edition, AUPHA/HAP, 2011.
25. Vranešević, T., Upravljanje zadovoljstvom klijenata, Golden marketing, Zagreb, 2000.
26. Zeithaml, V. A. i Bitner, M. J., Services marketing: Integrated customer focus across the firm, 3rd Edition, McGraw-Hill, New York, NY, 2003.
27. Zeithaml, V., Parasuraman, A. i Berry, L.L., Delivering Quality Service, The Free Press, New York, NY, 1990.

ČLANCI

1. Ahmad, R. i Samreen, H., Assessing the Service Quality of Some Selected Hospitals in Karachi Based on the Servqual Model, Pakistan Business Review, 2011., str. 266-314.
2. Alén González, M. E., Comesana, L. R. i Brea, J. A. F.: Assessing tourist behavioral intentions through perceived service quality and customer satisfaction, Journal of Business Research, Vol. 60, 2007., str. 153-160.
3. Aliman, K., N. i Mohamad, W., N., Perceptions of Service Quality and Behavioral Intentions: A Mediation Effect of Patient Satisfaction in the Private Health Care in Malaysia, International Journal of Marketing Studies; Vol. 5, No. 4; 2013., str. 15-29.
4. Alrashdi, I. i Al Qasmi, A., Staff Perception of Relative Importance of Quality Dimensions for Patients at Tertiary Public Services in Oman, Oman Med Journal, 27(5), 2012., str.396-401.
5. Armstrong, R., Connie, M. i Go, F.: The Importance of cross-culture expectations in the Measurement of Service Quality Perceptions in the Hotel Industry, International Journal Hospitality Management, 16(2), str. 99-114.
6. Andaleeb, S. S., Service quality perceptions and patient satisfaction: A study of hospitals in a developing country, Social Science & Medicine, Vol. 52(9), 2001., str. 1359-1370.
7. Andaleeb, S. S., Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice, Health Policy and Planning; Vol. 15(1), 2001., str. 95–102.
8. Anderson, E. A., Measuring service quality at a university health clinic, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 8(2), 1995., str. 32-37.
9. Arsanam, P. i Yousapronpaiboon, K., The Relationship between Service Quality and Customer Satisfaction of Pharmacy Departments in Public Hospitals, International Journal of Innovation, Management and Technology, Vol. 5, No. 4, 2014., str. 261-265.
10. Avelini Holjevac, I., Kvaliteta i zdravstveni turizam, Turizam: međunarodni znanstveno-stručni časopis - 49 (2001), 1 ; str. 57-62.

11. Bajto, M. i Kondić, Ž., Mjerenje zadovoljstva korisnika usluge SERVQUAL modelom na primjeru opće bolnice, Online članak, preuzet 07.01.2013 sa http://issuu.com/kvaliteta.net/docs/bajto_m_rad
12. Babakus, E. i Mangold, W.G., Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation, *Health Services Research*, 1992., Vol. 26(6), str. 767–786.
13. Berry, L. L., Parasuraman i A., Zeithaml, V. A.: The Service-Quality Puzzle, *Business Horizons*, September - October, 1988., str. 35-43.
14. Bisschoff, C. i Clapton, H., Measuring customer service in a private hospital, *Problems and Perspectives in Management*, Volume 12, Issue 4, 2014, str. 43-54.
15. Blešić, I., Čerović, S., i Dragičević, V., Improving the service quality as a socially responsible activity of hotel companies, *Amfiteatru Economic Journal*, 13(29), 2011., str. 273-286.
16. Brahmabhatt, M., Baser, N. i Joshi, N., Adapting the Servqual scale to hospital services: An empirical investigation of patients' perceptions of service quality, *International Journal of Multidisciplinary Research* Vol.1 Issue 8, 2011., str. 27-42.
17. Braithwaite, J., Healy, J. i Dwan, K., *The Governance of Health Safety and Quality*, Commonwealth of Australia, 2005.
18. Buttle, F., SERVQUAL: review, critique, research agenda, *European Journal of Marketing*, Vol. 30, br., 1, 1996., str. 8-32.
19. Chakraborty, R. i Majumdar, A., Relevance Of Servqual Model For Determining Parameters Of Quality Of Healthcare Service In Indian Context, *IJRDTM*, Vol.20, 2013.
20. Chakravatry, C.A., Evaluation of service quality of hospital outpatient department services, *MJAFI*, Vol 67, No 3., 2011., str. 221-224.
21. Choi, K., Cho, W., Lee, S., Lee, H. i Kim, C., The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study, *Journal of Business Research*, Vol. 57, 2004., str. 913–921.
22. Cholewka, P. A.: Challenges to institutionalizing sustainable total quality management programs in healthcare systems of post-Soviet countries, (E-Journal), *International Journal of Economic Development*, Pennsylvania State University (www.spacf.com/IJED_PUB/)
23. Cronin, J. i Taylor, S., Measuring service quality: re-examination and extension, *Journal of Marketing*, Vol. 56, br. 3, 1992., str. 55–68.
24. Cvitanović, H., Jančić, E. i Knežević E., "Zadovoljstvo bolesnika kvalitetom zdravstvene zaštite u dermatološkoj poliklinici Karlovac", *medicina fluminensis* 2011, Vol. 47, No. 1, str. 82-90.
25. Danaher, P. J. i Haddrell, V.: A comparison of question scales used for measuring customer satisfaction, *International Journal of Service Industry Management*, Vol. 7, br. 4, 1996., str. 4-26.

26. Donabedian, A., The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Association*, No. 260, 1988., str. 1743-1748.
27. Eman, S.T., Emerging of Medical Tourism in Egyptian Hospitals: International Patient Satisfaction towards Nurses Services Quality, *Global Advanced Research Journal of Management and Business Studies*, Vol. 2(2), 2013., str. 93-104.
28. Flanagan, J. C.: The critical incident technique, *Psychological Bulletin*, Vol. 51, 1954., br. 4, str. 327-358.
29. Garvin, , D. A.: What does “product quality” really mean?, *Sloan Management Review*, 1984., Fall, str. 25.– 43., prema: Mudie, P., Pirrie, A.: *Services Marketing Management*, Third Edition, Elsevier, Burlington, MA, str. 87–88.
30. Gega, E. i Dapi, Z., Patients behavioural intentions and the influence of service quality perceptions and customer satisfaction in the Albanian healthcare industry, *International Journal of Multidisciplinary in Business and science*, Vol.1, No.1, 2013., str. 36-42.
31. Getty, J. i Thomopson, K.: A Procedure for Scaling Perceptions of Lodging Quality, *Hospitality Research Journal*, Vol. 18(2), 1994., str. 75-96.
32. Grant E.S., Quality Medical Care. A definition., *JAMA* 1988; 280, str. 56-61.
33. Grönroos, C., A service quality model and its marketing implications, *European Journal of Marketing*, Vol. 18., 1984., str. 36-44.
34. Guiry, M. i Vequist, D.G.: Traveling abroad for medical care: U.S. medical tourists’ expectations and perceptions of service quality, *Health marketing quarterly*, Vol. 28, br. 3, 2011., str. 253-269.
35. Hesselink, M. i Van der Wiele, T.: Mystery Shopping: In-depth Measurement of Costomer Statisfaction, *ERIM Report Series Research in Management*, ERS-2003-20-ORG
36. Hojat, M. Et al., A Brief Instrument to Measure Patients’ Overall Satisfaction With Primary Care Physicians, *Family Medicine*, Vol.43, No.6, 2011., str. 412-417.
37. Huei, C.T., Mee, L.Y. i Chiek, A.N., A Study of Brand Image, Perceived Service Quality, Patient Satisfaction and Behavioral Intention among the Medical Tourists, *Global Journal of Business and Social Science Review*, Vol. 2 (1), 2015, str. 14-26.
38. Huseinspahić, N., Kvalitet kao pretpostavka za zadovoljstvo pacijenata, *South Eastern Europe Health Sciences Journal (SEEHSJ)*, Volume 1, Number 1, 2011., str. 67-73.
39. Irfan, S.M., Ijaz, A. i Farooq, M.M., Patient Satisfaction and Service Quality of Public Hospitals in Pakistan: An Empirical Assessment, *Middle-East Journal of Scientific Research*, Vol. 12 (6), 2012., str. 870-877.
40. Karassavidou, E., Glaveli, N. i Papadopoulos, C.T., Health Care Quality in Greek NHS Hospitals: No one knows better than patients, *Measuring Business Excellence*, Vol.13, 2007., str. 34-46.

41. Kessler, D. P. i Mylod, D., Does patient satisfaction affect patient loyalty?, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 24, br. 4, 2011., str. 266-273.
42. Kilbourne, W. E., Duffy, J. A., Duffy, M. i Giarchi, G., The applicability of SERVQUAL in cross-national measurements of health-care quality, *Journal of Services Marketing*, Vol. 18(7), 2004., str. 524- 533.
43. Knutson, B., Stevens, P., Wullaert, C. i Patton, M.: LODGSERV: A Service Quality Index for the Lodging Industry, *Hospitality Research Journal*, Vol. 14(7), 1991., str. 277-284.
44. Kovač, N., *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*, *Ekonomski vjesnik*, Br. 2/2013. str. 551-563.
45. Krishnamoorthy, V. i Srinivasan, R., *Measuring Patient's Perceived Service Quality For Multispeciality Hospital*, *RJCBS*: Vol. 03, No. 5, 2014., str. 59-69.
46. Kumaraswamy, S., *Service Quality in Health Care Centers: An Empirical Study*, *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 3 (16), 2012., str. 141-150.
47. Lam, S. S. K., *SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong*, *Total Quality Management*, Vol. 8, 1997., str. 145-152.
48. Lee, H. et al, *Methods of Measuring Health-Care Service Quality*, *Journal of Business Research* 48, 2000., str. 233–246.
49. Lee, S.M., Lee, D., Kang, C.-Y.: *The impact of high-performance work systems in the health-care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty*, *The Service Industries Journal*, Vol. 32, br. 1, 2012., str. 17-36.
50. Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E. i Glinos, I. A: *Assuring the Quality of Health Care in the European Union – A case for action*, *Obervatory Studies Series No^o 12*, World Health Organisation, 2008.
51. Lehtinen, U. i Lehtinen, J.: *Service Quality: a study of quality dimensions*, *Service Management Institute*, Helsinki, 1982., prema: Parasuraman, A., Zelthaml, V. A., Berry, L. L.: "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, Vol. 49., 1985, str. 41-50.
52. Lei, P. i Jolibert, A., *A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: an empirical study of the Chinese healthcare system*, *BMC health services research*, Vol. 2, 2012., str. 436-447.
53. Li, L. X.: *Relationships between determinants of hospital quality management and service quality performance – a path analytic model*, *Omega*, Vol. 25, br. 5, 1997., str. 535–545.
54. Lohr K.N. i Schroeder S.A., *A strategy for quality assurance in Medicare*, *New England Journal of Medicine*, 322, 1990., str.707-712.

55. Mabić, M., Bevanda, A. i Zalihić, A., Kvaliteta u zdravstvu – percepcija pacijenata Doma zdravlja Mostar, 7. Naučno-stručni skup sa međunarodnim učešćem "Kvalitet 2011", Neum, BIH, 01.-04 lipanj 2011, str. 973-978.
56. Marković, S., Zadovoljstvo gosta i kvaliteta usluga u zdravstvenom turizmu, Zdravstveni turizam za 21. stoljeće = Health tourism for 21st century : zbornik radova - 3, 2000., str. 274-288.
57. Marković, S., An application of the multivariate statistical analysis in service quality measurement of higher education, *Tourism & Hospitality Management*, Vol. 9, No. 1, 2003., str. 93-112.
58. Marković, S., Measuring Service Quality in Croatian Hotel Industry: A Multivariate Statistical Analysis, *Naše gospodarstvo*, 1-2, 2014., str. 27-35.
59. Marković, S., Kvaliteta usluga u hotelskoj industriji: Koncept i mjerenje, *Tourism and Hospitality Management*, Vol. 11, 2005., 1, str. 47–67.
60. Marković, S., Kvantitativna primjena SERVQUAL modela u hotelskoj industriji, *Tourism and hospitality management*, Vol. 11, No. 1, 2005., str. 179-191.
61. Marković, S., Kvalitativna primjena SERVQUAL modela u hotelskoj industriji, *Tourism and Hospitality Management*, Vol. 11, 2005., 1, str. 301-312.
62. Marković, S., Statističko mjerenje kvalitete usluga u hotelskoj industriji, 6. Hrvatska konferencija o kvaliteti - Opatija, 18.-20.05.2005.
63. Marković, S., Horvat, J. i Raspor, S., Service Quality Measurement in Health Tourism Sector: An Exploratory Study, *Ekonomski vjesnik*, Vol. 17, 2004., str. 63.-75.
64. Marković, S., Lončarić, D. i Lončarić, D., Service quality and customer satisfaction in health care industry - towards health tourism market, *Tourism and Hospitality Management*, Vol. 20, No. 2, 2014., str. 155-170.
65. Marković, S., Lončarić, D. i Lončarić, D., Health tourism, customer satisfaction and quality of life: The role of specialty hospitals, *Sustainable Tourism, Economic Development and Quality of Life / Janković, Sandra ; Smolčić Jurdana, Dora (ur.)*. - Opatija : University of Rijeka, Faculty of Tourism and Hospitality Management , 2015., str. 159-173.
66. Markovic, S., i Raspor, S., Measuring perceived service quality using SERVQUAL: a case study of the Croatian hotel industry, *Management*, 5(3), 2010., str.195-209.
67. Marković, S. i Raspor, S., Sustainable tourism and wellness service quality: An empirical study of customers' expectations, *Conference proceedings of the 2nd International Scientific Conference "Knowledge and business challenges of globalization in 2010"*, Celje, Slovenia : Faculty of commercial and business sciences, Celje , 2010., str. 798-805.
68. Markovic, S., Raspor Jankovic, S. i Dorčić, J., What are the Key Dimensions of Restaurant Service Quality? An Empirical Study in the City Restaurant Settings,

- Sustainable Tourism: Socio-Cultural, Environmental and Economics Impact, *Tourism in South East Europe 2011.*, str. 235-249.
69. Marković, S. i Raspor Janković, S., Exploring the relationship between service quality and customer satisfaction in croatian hotel industry, *Tourism and Hospitality Management*, Vol. 19, No. 2, 2013., str. 149-164.
 70. Marković, S., Raspor, S. i Komšić, J., Service quality measurement in Croatian wellness tourism: an application of the SERVQUAL scale, *Academica turistica: tourism & innovation journal = revija za turizem in inovativnost - 5(2012)*, 1 ; str. 47-58.
 71. Marković, S., Raspor, S., i Komšić, J., Who are wellness customers? An empirical study in the Croatian hotel industry”, *Naše gospodarstvo/Our economy*, 58 (1-2), 2012., str. 24-34.
 72. Marković, S., Raspor, S., i Komšić, J., Mjerenje kvalitete usluga wellnesa: case study, 13. međunarodnog simpozija o kvaliteti “Kvaliteta i društvena odgovornost”, *Hrvatsko društvo menadžera kvalitete, Solin, Hrvatska*, 15. – 16. 3. 2012., str. 571-584.
 73. Marković, S., Horvat, J. i Raspor, S., Service quality measurement in health tourism: An exploratory study, *Ekonomski vjesnik*, Vol. 17, br. 1 i 2, 2004., str. 63-76.
 74. Marković, S., Raspor, S. i Šegarić, K., Customer Satisfaction and Customer Loyalty Measurement in Hotel Settings: An Empirical Analysis, *Tourism & Hospitality Management 2010, Conference Proceedings, FTHM, Opatija, 2010.*, str. 125–137.
 75. Marković, S., Raspor, S., Ivanković, G. i Planinc, T., A study of expected and perceived service quality in Croatian and Slovenian hotel industry, *European Journal of Tourism Research*, 6.1, 2013., str. 36-52.
 76. Mečev, D. i Kardum Goleš, I., Primary healthcare service quality measurement: SERVQUAL scale, *Ekonomski vjesnik, God. XXVIII, br. 1/2015.*, str. 161-177.
 77. Mpinganjira, M., Understanding service quality and patient satisfaction in private medical practice: A case study, *African Journal of Business Management*, Vol. 5(9), 2011., str. 3690-3698
 78. O’Connor, S. J. i Trinh, H. Q., Perceptual gaps in understanding patient expectations for health care service quality, *Health Care Management Review*, Vol. 25(2), 2000., str. 7-23.
 79. Ovretveit, J., A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA, and Sweden and of the use of organizational audit frameworks, *European Journal of Public Health*, 1994., 4; 1994., str. 46-54.
 80. Ovretveit J., *Health Service Quality. An introduction to Quality Methods for Health Services*, Blackwell Science, Oxford 1995:2.
 81. Ovretveit, J., Total quality management in European healthcare, *International Journal of Healthcare Quality Assurance*, 13/2, 2000., str. 74-79.

82. Padma, P., Antecedents of Customer Loyalty in Medical Tourism, 2013., On line članak preuzet sa: <http://bru-unide.iscte.pt/>
83. Parasuraman, A., Berry, L.L. i Zeithaml, V.A., A conceptual model of service quality and its implications for future research, *Journal of Marketing*, Vol. 49, 1985., str. 41-50.
84. Parasuraman, A., Berry, L.L. i Zeithaml, V.A., Refinement and reassessment of the SERVQUAL Scale, *Journal of Retailing*, Vol. 67., No. 4, 1991., str. 420-450.
85. Parasuraman, A., Berry, L.L. i Zeithaml, V.A., SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, Vol. 64., No. 1, 1988., str. 14-40.
86. Parasuraman, A., Berry L. L. i Zeithaml, V. A.: More on Improving Service Quality Measurement, *Journal of Retailing*, 1993., str. 141-147.
87. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. i Berry, L. L.: Alternative Scales for Measuring Service Quality: A Comparative Assessment Based on Psychometric and Diagnostic Criteria, *Journal of Retailing*, 1994., str. 201-230.
88. Pakdil, F. i Harwood, T. N., Patient satisfaction in a preoperative assessment clinic: An analysis using Servqual dimensions, *Total Quality Management*, Vol. 16(1), 2005., str. 15-30.
89. Peer, M. i Mpinganjira, M., A gap analysis of service expectations and perceptions in private general practice, *African Journal of Business Management*, Vol. 6(1), 2012., str. 297-305
90. Peprah, A.A. i Atarah, B.A., Assessing Patient's Satisfaction Using SERVQUAL Model: A Case of Sunyani Regional Hospital, Ghana, *International Journal of Business and Social Research*, Vol. 3., No. 2, 2014., str. 133-143.
91. Petrovici, D., A. i Phillips, P., Conceptualising the Perceived Performance in Hospital Services: A Patient's Perspective, University of Kent, Working Paper No.169, 2009.
92. Quintela, J.A., Correia, A.G. i Antunes, J.G.: Service quality in health and wellness tourism—trends in Portugal, *International Journal of Business, Management and Social Sciences*, Vol. 2, br. 3, 2011., str. 1-8.
93. Rad, N.F. , Som, A. P. M. i Zainuddin, Y.: Service Quality and Patients' Satisfaction in Medical Tourism, *World Applied sciences Journal* 10, Special Issue of Tourism & Hospitality, Vol. 10, 2010., str. 24-30.
94. Rahman, R. i Kutubi, S.S., Assessment of service quality dimensions in healthcare industry: A study on patient's satisfaction with Bangladeshi private Hospitals, *International Journal of Business and Management Invention*, Vol. 2, 2013., str. 59-67.
95. Ramez, W.S., Patients' Perception of Health Care Quality, Satisfaction and Behavioral Intention: An Empirical Study in Bahrain, *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 3 No.18, 2012., str. 131-141.

96. Ramsaran-Fowdar, R. R., Developing a service quality questionnaire for the hotel industry in Mauritius, *Journal of Vacation Marketing* Vol. 13 No. 1, 2007., str. 19–27.
97. Sayed, H.Y., Mohamed H.A. i Mohamed, E.E., Patients' Perceptions As Indicators of Quality of Nursing Service Provided At Al Noor Specialist Hospital at Makkah Al Moukarramah, KSA, *Journal of American Science*, Vol. 9(5), 2013., str. 71-78.
98. Sharmila, S. i Krishnan, J., Has the service quality in privat corporate hospitals meet the patient expectations? A study about hospital quality in Chennai, *Asia Pacific Journal of Marketing & Management Review*, Vol.2 (1), 2013., str. 19-35.
99. Shaw, C. D. i Kalo, I.: A background for national quality policies in health systems, World Health Organisation, 2002., Copenhagen
100. Sohail, M. S., Service quality in hospitals: more favourable than you might think, *Managing Service Quality*, Vol.13(3), 2003., str. 197-206.
101. Soita, P., W., Measuring Perceived Service Quality Using SERVQUAL: A Case Study of the Uganda Health and Fitness Sector, *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 3, No. 5, 2012., str. 261-271.
102. Snoj, B. i Ogorelc, A., Guests' Satisfaction with Tourism Services: A Case of Health Resorts in Slovenia, *Tourism Review*, Vol. 53, No. 2, 1998., str. 38-47.
103. Snoj, B. i Mumel, D.: The measurement of perceived differences in service quality – the case of health spas in Slovenia, *Journal of Vacation Marketing*, Vol. 8(4), 2002., str. 362-379.
104. Stavljenić-Rukavina, A., Kvaliteta zdravstvene skrbi, *Liječnički Vjesnik* 2008, 130, str. 306–310.
105. Stavljenić-Rukavina, A. i Kalanj, K., Mjere za poboljšanje kvalitete zdravstvene skrbi, *MEDIX* 2010., God. XVI, br. 86, str. 32-36.
106. Stevens, P., Knutson, B. i Patton, M.: DINESERV: A Tool for Measuring Service Quality in Restaurant, *The Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, Vol. 36(2), 1995., str. 56-60.
107. Yesilada, F. i Direktör, E., Health care service quality: A comparison of public and private hospitals, *African Journal of Business Management*, Vol. 4(6), 2010., str. 962-971.
108. Varga, S., Sustav kvalitete u zdravstvu, Online članak, preuzet 07.01.2014 sa: http://kvaliteta.inet.hr/e-quality/prethodni/8/Varga_Sinisa.pdf
109. Verner, J., SERVQUAL: A tool for measuring service quality, *Pravni vjesnik*, Vol. 21(1-2), 2005., str. 247-258.
110. Wisniewski, M. i Wisniewski, H., Measuring service quality in a hospital colposcopy clinic, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 18(3), 2005., str. 217-228.

111. Wong Ooi Mei, A., Dean, A. M. i White, C. J.: Analysing service quality in the hospitality industri, *Managing Service Quality*, Vo. 9(2), 1999., str. 136-143.
112. Wong, J. C. H., Service quality measurment in a medical imaging department, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol. 15(5), 2002., str. 206-212.
113. Woodward, C. A., *Improving Provider Skills. Strategies for Assisting Health Workers to Modify and Improve Skills: Developing Quality Health Care - A Process for Change*, WHO/EIP/OSD/00.1, 2000.
114. Wu, C-C., The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty, *African Journal of Business Management*, Vol. 5, br. 12, 2011., str. 4873-4882.
115. Škare, T., Škare, V. i Ozretić Došen, D., Mjerenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zaštite SERVQUAL instrumentom, *Revija za socijalnu politiku*, Vol. 17, No.1, 2010., str. 27-44.
116. Šošić Z., *Sustav zdravstvene zaštite. Osnovne karakteristike sustava zdravstvene zaštite*, *Medicus*, 1994; 3, str. 89-95.
117. Yousapronpaiboon, K i Johnson, W.C., Out-patient Service Quality Perceptions in Private Thai Hospitals, *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 4, No. 2; 2013., 57-66.
118. Zaim, H., Bayyurt, N. i Zaim, S., Service Quality And Determinants Of Customer Satisfaction In Hospitals : Turkish Experience, *International Business & Economics Researh Journal*, Vol. 9, br. 5, 2010., str. 51–58.
119. Zarei, E. et al., An Empirical Study of the Impact of Service Quality on Patient Satisfaction in Private Hospitals, Iran, *Global Journal of Health Science*; Vol. 7, No. 1; 2015.

OSTALI IZVORI

1. Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi (2011): Priručnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, dostupno na: [http://www.aaz.hr/dokumenti/aktualno/Prirucnik o standardima](http://www.aaz.hr/dokumenti/aktualno/Prirucnik%20o%20standardima)
2. Europska povelja o kvaliteti, Pariz, 1998.
3. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, dostupno na: <http://www.hzzo.hr/>
4. IOM (1990), *Medicare: A strategy for quality assurance*, Vol.1. Washington, DC, National Academy Press.
5. ISQua: Međunarodno društvo za kvalitetu u zdravstvenoj zaštiti, dostupno na: <http://www.isqua.org/home>
6. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020., Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Zagreb, 2012.

7. Pravilnik o standardima kvalitete zdravstvene zaštite i načinu njihove primjene, Narodne novine, br. 107/07, Zagreb, 2007.
8. Thalassotherapia Opatija, dostupno na: <http://www.thalassotherapia-opatija.hr/> (28.05.2016)
9. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, br. 154/2014.
10. Zakon o kvaliteti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi, Narodne novine, br. 124/2011.
11. WHO, World health report 2000., Health system: improving performance, Geneva, 2000.
12. World Health Organisation (UNWTO), dostupno na: <http://www2.unwto.org> (08.01.2013)

POPIS TABLICA

<i>Tablica 1 Klasifikacija usluga</i>	11
<i>Tablica 2 Opći elementi kvalitete proizvoda i usluga</i>	18
<i>Tablica 3 Dimenzije SERVQUAL modela</i>	29
<i>Tablica 4 Pregled dosadašnjih istraživanja u području mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga</i>	32
<i>Tablica 5 Pregled dosadašnjih istraživanja kvalitete usluga u području zdravstvenog turizma</i>	40
<i>Tablica 6 Struktura mjernog instrumenta (upitnika)</i>	45
<i>Tablica 7 Prikaz broja korištenih tvrdnji po pojedinim dimenzijama</i>	46
<i>Tablica 8 Sociodemografska struktura uzorka ispitanika</i>	48
<i>Tablica 9 Rezultati deskriptivne statističke analize za očekivanja i percepciju ispitanika</i>	50
<i>Tablica 10 Srednje ocjene očekivanja i percepcije prema dimenzijama SERVQUAL modela</i>	52
<i>Tablica 11 Pet najbolje ocijenjenih tvrdnji za ljestvicu očekivanja i za ljestvicu percepcije</i>	52
<i>Tablica 12 Pet najlošije ocijenjenih tvrdnji za ljestvicu očekivanja i za ljestvicu percepcije</i>	53
<i>Tablica 13 Pet tvrdnji s najvećim jazom za ljestvicu očekivanja i percepcije</i>	54
<i>Tablica 14 Pet tvrdnji s najmanjim jazom za ljestvicu očekivanja i percepcije</i>	55
<i>Tablica 15 Rezultati deskriptivne analize zadovoljstva i lojalnosti ispitanika</i>	55
<i>Tablica 16 Rezultati t-testa za nezavisne uzorke – razlike u prosječnim ocjenama očekivanja s obzirom na dob ispitanika</i>	56
<i>Tablica 17 Rezultati t-testa za nezavisne uzorke – razlike u prosječnim ocjenama percepcije s obzirom na dob ispitanika</i>	57
<i>Tablica 18 Rezultati t-testa za nezavisne uzorke – razlike u prosječnim ocjenama očekivanja s obzirom na spol ispitanika</i>	57
<i>Tablica 19 Rezultati t-testa za nezavisne uzorke – razlike u prosječnim ocjenama percepcije s obzirom na spol ispitanika</i>	58
<i>Tablica 20 Analiza varijance za prosječne ocjene očekivanja i percepcije – varijabla „razina obrazovanja“</i>	59
<i>Tablica 21 Analiza varijance za prosječne ocjene očekivanja i percepcije – varijabla „korištena medicinska usluga“</i>	60
<i>Tablica 22 Sažetak testiranja hipoteza</i>	63

POPIS SHEMA

<i>Shema 1 Model kvalitete usluga (Grönroos, 1984)</i>	13
<i>Shema 2 Konceptualni model za mjerenje kvalitete usluga (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1985)</i>	15

PRILOG – ANKETNI UPITNIK

MJERENJE KVALITETE USLUGA I ZADOVOLJSTVA KLIJENTA U THALASSOTHERAPIJI OPATIJA

Dragi klijenti, odgovorima na pitanja iz ovog upitnika želimo saznati Vaša očekivanja i percepcije o kvaliteti usluge, te stupanj Vašeg zadovoljstva uslugom u Thalassoterapiji Opatija. Cijenimo što ste odvojili Vaše vrijeme kako biste ispunili ovaj anketni upitnik. O sudjelovanju u ovom istraživanju odlučujete potpuno slobodno, a dobiveni odgovori ostaju anonimni.

Sljedeća se pitanja odnose na Vaša očekivanja o uslugama u zdravstvenoj ustanovi općenito (u nastavku ZU). Molimo Vas, za svako pitanje prekržite (ili zaokružite) jedan od ponuđenih odgovora, gdje 1 znači „u potpunosti se ne slažem“, a 7 „u potpunosti se slažem“.

Br.	Kakvu kvalitetu usluga OČEKUJETE u ZU?	U POTPUNOSTI SE NE SLAŽEM				U POTPUNOSTI SE SLAŽEM		
1.	ZU treba imati opremu modernog izgleda.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2.	Zgrada i prostorije ZU-e trebaju izgledati atraktivno.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3.	Osoblje ZU-e treba biti uredno.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4.	ZU treba imati ugodan inventar i namještaj.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5.	Pribor i uređaji u ZU-i trebaju biti čisti.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6.	ZU treba biti čista i uredna.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7.	ZU treba raspolagati opremom i objektima u skladu s uslugama koje pruža (bazen, sauna i sl.)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8.	ZU treba biti lako dostupna (parkirna mjesta, liftovi i sl.)	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9.	U ZU-i se obećanja trebaju izvršavati na vrijeme.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10.	ZU treba pokazivati razumijevanje za probleme klijenata.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11.	ZU treba pružati uslugu korektno već u prvom pokušaju.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12.	ZU treba pružati uslugu u obećanom vremenu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13.	ZU treba voditi dokumentaciju bez pogrešaka.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Br.	Kakvu kvalitetu usluga OČEKUJETE u ZU?	U POTPUNOSTI SE NE SLAŽEM				U POTPUNOSTI SE SLAŽEM			
14.	Osoblje ZU-e treba obavijestiti klijente o točnom vremenu kada će usluga biti pružena.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
15.	Osoblje ZU-e treba klijentima pružiti brzu uslugu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
16.	Osoblje ZU-e treba biti uvijek spremno pomoći klijentu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
17.	Osoblje ZU-e treba uvijek naći vremena odgovoriti klijentu na pitanje.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
18.	Osoblje ZU-e treba pružati usluge u točno obećanom vremenu (bez kašnjenja).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
19.	Ponašanje osoblja u ZU-i treba klijentima ulijevati povjerenje.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
20.	Klijenti se u ZU-i trebaju osjećati sigurno i bezbrižno.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
21.	Osoblje u ZU-i treba biti uvijek ljubazno prema klijentima.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
22.	Zahvaljujući svom znanju, osoblje u ZU-i treba znati odgovoriti na pitanja klijenta.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
23.	ZU treba pružati klijentima individualiziranu pažnju.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
24.	Osoblje u ZU-i treba stručno pružati usluge.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
25.	Osoblje u ZU-i treba klijentima pružati individualiziranu pažnju.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
26.	ZU treba brižljivo voditi računa o interesima klijenata.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
27.	Osoblje ZU-e treba razumjeti specifične potrebe klijenata.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
28.	Treba omogućiti jednostavno snalaženje po ZU-i.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
29.	Informacije u ZU-i trebaju biti dostupne, jednostavne i jasne.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
30.	ZU treba nuditi različite medicinske programe.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
31.	ZU treba nuditi različite sportsko-rekreacijske programe (sportski tereni, šetnja prirodom...).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
32.	Ponudu ZU-e treba prilagođavati suvremenim trendovima i potrebama klijenata.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	
33.	ZU treba imati prepoznatljiv imidž.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	

Sljedeća se pitanja odnose na Vašu ocjenu kvalitete usluga u Thalassoterapiji Opatija (u nastavku TTO). Molimo Vas, za svako pitanje prekrižite (ili zaokružite) jedan od ponuđenih odgovora, gdje 1 znači „u potpunosti se ne slažem“, a 7 „u potpunosti se slažem“.

Br.	Kako ocjenjujete kvalitetu usluga u Thalassoterapiji Opatija ?	U POTPUNOSTI SE NE SLAŽEM				U POTPUNOSTI SE SLAŽEM		
1.	TTO ima opremu modernog izgleda.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2.	Zgrada i prostorije u TTO izgledaju atraktivno.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3.	Osoblje u TTO je uredno.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4.	TTO ima ugodan inventar i namještaj.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
5.	Pribor i uređaji u TTO su čisti.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
6.	TTO je čista i uredna.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
7.	TTO raspolaže opremom i objektima u skladu s uslugama koje pruža (bazen, sauna i sl.).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
8.	TTO je lako dostupna (parkirna mjesta, liftovi i sl.).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
9.	U TTO se obećanja izvršavaju na vrijeme.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
10.	TTO pokazuje razumijevanje za probleme klijenata.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
11.	TTO pruža uslugu korektno već u prvom pokušaju.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
12.	TTO pruža uslugu u obećanom vremenu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
13.	TTO vodi dokumentaciju bez pogrešaka.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
14.	Osoblje TTO obavještava klijente o točnom vremenu kada će neka usluga biti pružena.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
15.	Osoblje TTO pruža klijentima brzu uslugu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
16.	Osoblje TTO uvijek je spremno pomoći klijentu.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
17.	Osoblje TTO uvijek nalazi vremena odgovoriti klijentu na pitanje.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
18.	Osoblje TTO pruža usluge u točno obećanom vremenu (bez kašnjenja).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
19.	Ponašanje osoblja u TTO klijentima ulijeva povjerenje.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
20.	Klijenti se u TTO osjećaju sigurno i bezbrižno.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
21.	Osoblje u TTO je uvijek ljubazno prema klijentima.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Br.	Kako ocjenjujete kvalitetu usluga u Thalassoterapiji Opatija ?	U POTPUNOSTI SE NE SLAŽEM				U POTPUNOSTI SE SLAŽEM		
22.	Zahvaljujući svom znanju, osoblje u TTO zna odgovoriti na pitanja klijenta.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
23.	TTO pruža klijentima individualiziranu pažnju.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
24.	Osoblje u TTO stručno pruža usluge.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
25.	Osoblje u TTO klijentima pruža individualiziranu pažnju.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
26.	TTO brižljivo vodi računa o interesima klijenata.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
27.	Osoblje TTO razumije specifične potrebe klijenata.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
28.	Omogućeno je jednostavno snalaženje po TTO.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
29.	Informacije u TTO su dostupne, jednostavne i jasne.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
30.	TTO nudi različite medicinske programe.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
31.	TTO nudi različite sportsko-rekreacijske programe (sportski tereni, šetnja prirodom...).	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
32.	Ponuda TTO je prilagođena suvremenim trendovima i potrebama klijenata.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
33.	TTO ima prepoznatljiv imidž.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

Sljedeća se pitanja odnose na ocjenu zadovoljstva i lojalnosti. Molimo Vas, za svako pitanje prekrižite (ili zaokružite) jedan od ponuđenih odgovora, gdje 1 znači „u potpunosti se ne slažem“, a 7 „u potpunosti se slažem“.

Br.	Slažete li se s navedenim izjavama o Vašem boravku u Thalassoterapiji Opatija?	U POTPUNOSTI SE NE SLAŽEM				U POTPUNOSTI SE SLAŽEM		
1.	Zadovoljan sam ukupnom uslugom ustanove.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
2.	Zdravstvena usluga je premašila moja očekivanja.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
3.	Ustanovu ću preporučiti prijateljima.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦
4.	Ako budem imao/la potrebe i prilike, ponovno ću boraviti u ovoj ustanovi.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

SOCIO-DEMOGRAFSKI PODACI

Starosna dob (zaokružite):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 16 – 25 godina ▪ 26 – 35 godina ▪ 36 – 45 godina 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 46 – 55 godina ▪ 56 – 65 godina ▪ 66 godina i više
Spol (zaokružite):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Muški 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ženski
Zanimanje (zaokružite):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zaposlen ▪ Nezaposlen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Učenik/student ▪ Umirovljenik
Obrazovanje (zaokružite):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Osnovna škola ▪ Srednja škola 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Viša škola ili fakultet ▪ Ostalo: _____
Razlog dolaska (moguće je zaokružiti više odgovora):	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregled ili dijagnostička pretraga ▪ Medicinski i zdravstveni programi (oporavak/rehabilitacija) ▪ Preventivna medicina i <i>wellness</i> (očuvanje zdravlja) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Odmor i opuštanje ▪ Aktivan odmor (korištenje sportskih sadržaja) ▪ Ljepota i privlačnost destinacije (krajolika)
Područje korištene medicinske usluge:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kardiologija ▪ Fizikalna medicina i reumatologija 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sportska medicina ▪ Dermatologija, neurologija, radiologija, dijetoterapija
Duljina boravka:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nekoliko sati ▪ 1-7 dana 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 8-15 dana ▪ Više od 15 dana
Koliko ste puta do sada boravili u ovom objektu (zaokružite)?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nikada ▪ 1 put 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 ili više puta ▪ Ostalo: _____

Zahvaljujemo na suradnji.