

# Zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju zdravstvenom uslugom u privatnim i javnim ustanovama

---

**Horvat, Ivan**

**Master's thesis / Specijalistički diplomski stručni**

**2021**

*Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj:* **Zagreb School of Business / Poslovno veleučilište Zagreb**

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:180:797281>

*Rights / Prava:* [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2025-03-12**



*Repository / Repozitorij:*

[Repository ZSB - Final papers Zagreb School of Business](#)



POSLOVNO VELEUČILIŠTE ZAGREB

Ivan Horvat

**ZADOVOLJSTVO RODITELJA DJECE S  
TEŠKOĆAMA U RAZVOJU  
ZDRAVSTVENOM USLUGOM U  
PRIVATNIM I JAVNIM USTANOVAMA**

završni rad  
na  
specijalističkom diplomskom stručnom studiju

Zagreb, travanj, 2021. godine



**POSLOVNO VELEUČILIŠTE ZAGREB**

Specijalistički diplomski stručni studij marketinga i komunikacija

**ZADOVOLJSTVO RODITELJA DJECE S  
TEŠKOĆAMA U RAZVOJU  
ZDRAVSTVENOM USLUGOM U  
PRIVATNIM I JAVNIM USTANOVAMA**

završni rad

MENTOR

doc. dr. sc. Tanja Grmuša, v. pred.

STUDENT

Ivan Horvat

Zagreb, travanj, 2021. godine

## SAŽETAK

Roditelji djece s poteškoćama u razvoju imaju jednu od najbitnijih uloga u životima te djece, s obzirom na to da s njihove strane postoji ogromna razina odricanja, žrtve i potreba za iznadprosječnom emocionalnom stabilnošću u svrhu kvalitetnog odgoja svog djeteta. Ovdje bitnu ulogu igraju institucije koje pomažu tim roditeljima u svrhu kvalitetnijeg razvoja djece s poteškoćama u razvoju. Te institucije su privatne i javne, a razlike kod tih institucija su obrađene u sklopu ovog rada. Tako privatne institucije prema pregledu literature imaju bolji odnos prema pacijentima, transparentnije su, brže i očekivano skuplje, dok prema javnim ustanovama postoji određena doza negativne percepcije od strane ispitanika u svim prethodno spomenutim elementima. Upravo zato, kao cilj završnog rada postavljeno je ispitivanje zadovoljstva roditelja koji imaju djecu s određenim stupnjem poteškoća u razvoju, prema javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama. Pritom je dodatni cilj bio usporediti percepciju stavova, društvenih normi i zadovoljstva uslugama u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama. Prikupljeno je primarnim istraživanjem 266 ispitanika kroz *online* upitnik. Mnogi rezultati ukazuju pozitivan utjecaj percepcije stavova prema zadovoljstvu zdravstvenim uslugama u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama. Također, ističu se i razlike po spolovima, gdje je pronađeno da su muškarci u prosjeku zadovoljniji od žena kada se ispituje zadovoljstvo prema zdravstvenim ustanovama. Ispitanici su, također, u prosjeku puno zadovoljniji privatnim zdravstvenim ustanovama, a samim time je i njihova percepcija stavova prema privatnim zdravstvenim ustanovama izraženija.

**Ključne riječi:** *djeca, poteškoće, razvoj, zdravstvene usluge, privatne institucije, javne institucije.*

## ABSTRACT

Parents of children with disabilities have one of the most important roles in the lives of these children, given that there is a huge level of sacrifice, sacrifice and the need for above-average emotional stability for the purpose of quality education of their child. Institutions that help these parents for the purpose of better development of children with developmental disabilities play an important role here. These institutions are private and public, and the differences with these institutions are addressed in this paper. Thus, according to the literature review, private institutions have a better attitude towards patients, they are more transparent, faster and more expensive than expected, while towards public institutions there is a certain dose of negative perception by respondents in all the aforementioned elements. That is why the goal of the final paper is to examine the satisfaction of parents who have children with a certain degree of developmental difficulties, according to public and private health care institutions. An additional goal was to compare the perception of attitudes, social norms and satisfaction with services in public and private health care institutions. 266 respondents were collected through a primary survey through an online questionnaire. Many results indicate a positive impact of the perception of attitudes towards satisfaction with health services in public and private health care institutions. Also, differences by gender are highlighted, where it was found that men are on average more satisfied than women when surveying satisfaction with health facilities. Respondents are also, on average, much more satisfied with private health care institutions, and thus their perception of attitudes towards private health care institutions is more pronounced.

**Key words:** *children, disabilities, progress, health care services, private institutions, public institutions.*

U Zagrebu, travanj 2021. godine

## **IZJAVA STUDENTA**

Izjavljujem da sam završni rad pod naslovom

**ZADOVOLJSTVO RODITELJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU  
ZDRAVSTVENOM USLUGOM U PRIVATNIM I JAVNIM USTANOVAMA**

izradio samostalno, pod nadzorom i uz stručnu pomoć mentora  
doc. dr. sc. Tanja Grmuša, v. pred.

Izjavljujem da je završni rad u potpunosti napisan i uređen prema Pravilniku o završnom radu na stručnim preddiplomskim i specijalističkim diplomskim stručnim studijima PVZG-a te sukladno uputama u priručniku Metodologija pisanja seminara i završnog rada.

Izjavljujem da je završni rad lektoriran na jeziku na kojemu je napisan.

Izjavljujem i da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i objavi moj završni rad

**ZADOVOLJSTVO RODITELJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU  
ZDRAVSTVENOM USLUGOM U PRIVATNIM I JAVNIM USTANOVAMA**  
(naslov rada)

u javno dostupnom institucijskom repozitoriju *Poslovnog veleučilišta Zagreb* i javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14 i 60/15).

Ime i prezime studenta:

**Ivan Horvat**

**OIB: 27099844669**

---

(potpis)

## **SADRŽAJ**

<b>1. UVOD .....</b>	<b>1</b>
<b>2. ISKUSTVA RODITELJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU.....</b>	<b>2</b>
<b>3. USTANOVE U HRVATSKOJ ZA RAD S DJECOM S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU .....</b>	<b>7</b>
<b>4. KVALITETA ZDRAVSTVENE USLUGE U JAVNIM I U PRIVATNIM USTANOVAMA .....</b>	<b>8</b>
<b>4.1. Karakteristike zdravstvenih usluga u javnim ustanovama .....</b>	<b>8</b>
<b>4.2. Karakteristike zdravstvenih usluga u privatnim ustanovama .....</b>	<b>10</b>
<b>4.3. Prednosti i nedostaci zdravstvenih usluga u javnim i privatnim ustanovama .....</b>	<b>11</b>
<b>5. MARKETING PRIVATNIH SPECIJALIZIRANIH USTANOVA ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU .....</b>	<b>13</b>
<b>5.1. Primjena marketinga u privatnim ustanovama .....</b>	<b>13</b>
<b>5.2. Segmentacija tržišta .....</b>	<b>15</b>
<b>5.3. Formuliranje marketinške strategije u privatnim zdravstvenim ustanovama.....</b>	<b>17</b>
<b>6. ISTRAŽIVANJE ZADOVOLJSTVA KVALITETOM PRUŽENOM U JAVNIM I PRIVATNIM USTANOVAMA .....</b>	<b>24</b>
<b>6.1. Ciljevi istraživanja.....</b>	<b>24</b>
<b>6.2. Istraživačka pitanja i hipoteze.....</b>	<b>24</b>
<b>6.3. Metoda i uzorak istraživanja.....</b>	<b>25</b>
6.3.1. Obrada podataka .....	28
<b>6.4. Interpretacija rezultata istraživanja.....</b>	<b>29</b>
<b>POPIS LITERATURE .....</b>	<b>40</b>
<b>POPIS TABLICA .....</b>	<b>47</b>
<b>POPIS SLIKA .....</b>	<b>48</b>



## 1. UVOD

Prema Smith i sur. (1983: 11) u suvremenom svijetu djeca s poteškoćama rađaju se svakodnevno, a na ovaj životni izazov nitko nije imun bez obzira na bilo koji socio-demografski aspekt. Prema Jurakoviću (2015: 19) obitelj je moguće opisati kao jedan oblik zajednice koja ja zaslužna za očuvanje i prenošenje temeljnih odgojnih i ljudskih vrijednosti unutar same zajednice.

Prema Brofenbrenner (1994: 4) bitno je razumjeti ljudski razvoj, odnosno uzeti sve ekološke aspekte tog razvoja, jer je taj sustav određen s pet ključnih društveno organiziranih jedinica koje formiraju način na koji individua odrasta. Prethodno spomenuti sustav obiteljsku zajednicu gleda kao manje sustave u kojima je stabilnost ključ samog razvojnog procesa. Interakcija pojedinca kroz proces odrastanja s obitelji dugoročno će utjecati na formiranje ponašanja pojedinca, ali i na formiranje stavova, društvenih normi, sustava vrijednosti i sl. (Smith i sur., 1983: 11).

Nastavno na prethodno, isti autori pojašnjavaju da je za razvoj potrebno shvatiti međusobne interakcije i međusobne utjecaje između tri glavna klastera aktera; a) članovi obitelji, b) članovi šire obitelji i c) društva, gdje postoje znanstveni dokazi koji objašnjavaju da sve te strukture međusobno zavisne jedna o drugoj.

Ljubešić (2003: 11) smatra da roditelji igraju najznačajniju i najzapaženiju ulogu u razvoju djece te je njihov utjecaj ključ razvoja, u smislu podrške, ali i u smislu rada. „Upravo će način na koji roditelji odgovaraju djetetovim potrebama imati odlučujući utjecaj na razvoj različitih procesa i vještina koje se usvajaju kasnije“ (Ljubešić, 2003: 11). U ovom je radu kroz sedam poglavlja prikazano kako se roditelji nose s djecom koja imaju teškoće u razvoju, što je opisano u idućem (drugom poglavlju).

Treće poglavlje opisuje neke ustanove koje služe za zbrinjavanje djece s teškoćama u razvoju. Četvrto poglavlje fokusirano je na opis kvalitete usluge u javnim i privatnim zdravstvenim ustanovama.

Peto poglavlje opisuje marketing u privatnim zdravstvenim ustanovama, dok se u šestom poglavlju donose rezultati empirijskog istraživanja.

Sedmo poglavlje je zaključno poglavlje rada.

## 2. ISKUSTVA RODITELJA DJECE S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

„Roditelji djece s teškoćama u razvoju doživljavaju visoku razinu emocionalnog distresa koji može voditi do simptoma anksioznosti i depresije koji imaju socijalne i emocionalne posljedice za cijelu obitelj, stoga im je potrebna podrška kako bi se nosili s tom situacijom“ (Pelchat, Lefebvre, 2004: 126).

„Tugovanje je trajna značajka podizanja djece s teškoćama u razvoju. Na primjer, roditelji mogu tugovati zbog nedostatka djetetovih razvojnih, socijalnih i akademskih postignuća i neprestane stigmatizacije. Oni mogu žaliti i zbog sebe i izgubljenih prilika za osobnim rastom i postignućima, jer je svaki aspekt njihovog života ugrožen i promijenjen“ (Oluremi, 2015: 17).

Prema Ljubešić (2005: 5) u razvoju djeteta roditelji nesvjesno izostave emocionalnu potporu prema djetetu, što je uzrokovano neizvjesnošću vezanom za djetetovo zdravlje i sam napredni proces. Prethodni autor stoga naglašava koliko je bitno da roditelji u razvojnom procesu djeteta zadrže emocionalnu stabilnost i tako reduciraju sam psihološki stres koji se javlja zbog prevelike brige za djetetom.

Martinac Dorčić (2008: 92) objašnjava kako su rizici kod majki veći zbog toga što one imaju veću tendenciju preuzimanja brige i žrtvovanja kod brige za dijete. Leutar i Oršulić (2015: 162) nastavljaju na rizike, te objašnjavaju da kod majki postoji problem emocionalnog pada zbog toga što se majke ponekad osjećaju bespomoćno jer na primjer nisu u stanju nahraniti dijete ili ga nisu u mogućnosti uspavati, ili možda ne znaju kako bi se ponašale u igrama s djetetom, te im je zbog svih prethodno navedenih razloga uskraćena bliskost s djetetom, pa su primorane potražiti savjetovanje od strane raznih specijaliziranih ustanova i stručnjaka.

„Očevi teško prihvaćaju dijete s teškoćama u razvoju zbog toga što oni na taj problem gledaju više racionalno, pa im samokontrola otežava emocionalno nadvladavanje problema“ (Leutar, Oršulić, 2015: 164).

„Govoreći o svojem doživljaju roditeljstva, majke djece s teškoćama u razvoju opisivale su različite izvore roditeljskog stresa, od povećane zahtjevnosti skrbi o djetetovim potrebama, preko problema u ostvarivanju prava na ranu intervenciju i inkluzivni odgojno-obrazovni proces“ (Pećnik i sur., 2015: 23).

Osim stresnih situacija uzrokovanih zdravstvenim teškoćama svoje djece, roditelji češće pate zbog neodgovarajuće društvene okoline. Roditelji djece s teškoćama žrtvuju mnogo svog vremena i uobičajenih obveza te se na ranije opisan stres gomilaju zabrinutost, narušeni

obiteljski i bračni odnosi. Inače je povratak majki nakon porodiljnog dopusta na radno mjesto težak, ali za roditelje djece s teškoćama naročito je zahtjevan zbog društvenih predrasuda.

Istraživanja koja su se bavila ovim problemom, osim zdravlja djece s teškoćama, ukazuju i na tjelesno i duševno zdravlje njihovih roditelja (Pećnik i sur., 2015: 26). S namjerom umanjivanja stresa roditelja djece s teškoćama, društvo, ali i zdravstveni sektor, pruža im emocionalnu, materijalnu ili informacijsku podršku. Svako dijete je različito, pa tako i obitelj u kojoj odrasta, te je vrsta podrške koja se pruža obiteljima uvijek individualna (McWilliam, 2010: 22). Najčešća vrsta nužne podrške jest financijska. Prikladan i djelotvoran pristup djetetovoj poteškoći zahtijeva brojne medicinske pretrage, terapije, lijekove, pomagala, što uz trošak putovanja, predstavlja značajan financijski teret roditeljima. (Oluremi, 2015: 16).

Istraživanjem je dokazano kako obitelji s povoljnijim socioekonomskim statusom pokazuju veću otpornost stresu uzrokovanim teškoćama djeteta u odnosu na one obitelji skromnijih materijalnih sposobnosti. Ta je pojava lako objašnjiva, financijska moć i pristup informacijama omogućavaju i bolju skrb za dijete (Knestrict, Kuchey, 2009: 237). Iako je to samo po sebi razumljivo, to je uzrok društvene nejednakosti, ali istovremeno je poticaj vlastima da omoguće pristup zdravstvenim i sličnim uslugama svima jednako. Ljubešić (2003: 13) opisuje istraživanje sociologinje Miller (1994:29) koje je trajalo 25 godina. Tema istraživanja bili su obiteljski odnosi, načini i koraci prilagodbe te podrška koja im je potrebna. Rezultati su jako utjecali na autoricu, s obzirom na to da su oni posljedica razvoja modela opisa četiri faze adaptacije roditelja djece s određenim stupnjem razvojne teškoće. Te faze su: preživljavanje, traganje, smještavanje i odvajanje (Miller, 1994 prema Ljubešić, 2003: 14):

1. "preživljavanje" – adaptacija započinje nakon početnog šoka, tuge ili beznađa. Roditelji se osjećaju bespomoćno i žele pomoći svome djetetu, ali često u tom pomaganju, odmažu sebi jer zapostave vlastite potrebe na račun djetetovih. Adaptacija započinje osvješćivanjem činjenice da je potrebno očuvati i zdravlje roditelja, a za pomoć cijeloj obitelji, roditelje se upućuje u socijalizaciju i daje im se emocionalna podrška.

2. "traganje" - razlikujemo "unutarnje traganje" i "vanjsko traganje". Nakon upoznavanja s roditeljskim udrugama, stručnom pomoći i sl. načinima emocionalne podrške dane u prvoj fazi, započinje potraga za uspostavljanjem valjane dijagnoze, a nastavno i terapije. To je vanjsko traganje, dok se unutarnje traganje odnosi na obiteljske odnose i planiranje

budućnosti i prilagođavanje isplanirane budućnosti s dijagnosticiranom poteškoćom. Emocionalna podrška je i dalje iznimno važna jer roditelji tek uspostavljaju temelje osjećaja kontrole koje su izgubili prije početka prilagodbe, a potraga za liječnicima, terapeutima ili lijekovima vrlo je iscrpljujuća. U Republici Hrvatskoj stadij traganja ima produljeno trajanje jer su postojeći sustavi zdravstva, obrazovanja i rehabilitacije nedovoljno međusobno povezani.

3. "smještavanje" – stadij koji započinje pronalaskom odgovarajućeg oblika pomoći. Obitelj usvaja novi životno tempo koji uključuje odlaske na terapiju i sl. Roditelji zadobivaju osjećaj kontrole, razvijaju samopouzdanje i svladavaju potrebne vještine za ophođenje s djetetovim teškoćama.

4. "odvajanje" – četvrta faza prilagodbe ima obilježja prve, odnosno roditelji opet osjećaju zabrinutost zbog djece jer shvaćaju da će mnogo teže biti samostalno, kao što su u prvoj fazi shvaćali da im je dijete *drugačije*. Ova faza nije i posljednja jer rezultira ponavljanjem treće faze. Ponovno se događa smještavanje, život se nastavlja prilagođeno.

Postojeći sustav fokus stavlja na dijete, ali time se ostatku obitelji nameće osjećaj nekompetentnosti. S namjerom promicanja suradnje unutar obitelji, potrebno je pažnju usmjeriti na cijelu obitelj te raditi na povezanosti djece i roditelja. Otvoren i izravan odnos roditelja i djece ima djelotvoran učinak na djetetovu poteškoću (McWilliam, 2010: 25).

U skladu s tim društvenim spoznajama, pozornost se usmjerava na pružanje podrške cijeloj obitelji, podizanje kvalitete življenja, ali i upoznavanje javnosti s različitim oblicima teškoćama kako bi i društvo pružalo podršku, ili barem prestalo osuđivati na temelju predrasuda. (Cvitković i sur., 2013: 19).

Prema McWilliam (2010: 27) u ranoj je intervenciji prema djeci potrebno naglasak staviti na sljedeće elemente:

1. Važno je etablirati i provoditi dnevne rutine tijekom trajanja rane intervencije, za razliku od izdvojenih terapija koje nemaju kontinuitet.
2. Potrebno je aktivno uključiti obitelj i bližnje, i to ne isključivo na operativni način, u smislu izvršavanja određenih molbi i zahtjeva, već na način koji stimulira emocionalnu podršku od strane obitelji i bližnjih.

3. Potrebno je paziti da razvoj djetetovih kompetencija ne postane dominantna stavka koja preuzima i nadilazi sve ostale elemente života, već je ključno balansirati samu kvalitetu života uz razvoj djetetovih kompetencija.

U ranoj je intervenciji iznimno važno svakodnevne obiteljske aktivnosti pretvoriti u aktivnosti za učenje. Osim djetetovih uspjeha, treba vrednovati i uspjehe roditelja koji kreiraju poticajno okruženje za dijete. Prema McWilliamu (2015: 27) intervencija je svakodnevno vrijeme sa užom i širom obitelji, susjedima ili odgajateljima koje uključuje aktivnosti za učenje, poticajnu i aktivnu okolinu. Intervencija se događa između terapija.

Intervencija roditelja i ostatka obitelji ključna je za djetetov razvoj i stoga se, u posljednjem desetljeću, roditelje podučava „sposobnosti u promišljanju vlastitih postupaka u odnosu s djetetom, određivanju uspješnosti odabranih postupaka, kao i razvoju plana za poboljšanje djelovanja u budućim situacijama“ (McWilliam, 2015: 27).

Pritom je nužna suradnja i otvorena komunikacija roditelja i stručnjaka kako bi se usuglasili u izboru tehnike rješavanja poteškoće, ali i vrednovanja iste. Osim davanja na značaju roditeljima, građenju njihova samopouzdanja, suradnjom se postiže i da roditelji vjeruju stručnjacima te će radije poduzeti i neke potencijalno zahtjevne ili neugodne postupke u radu s djetetom (Pighini i sur., 2014: 268). Sve to uvećava šansu za uspješnim terapijama (Pighini i sur., 2014: 266).

S namjerom postizanja kvalitetne komunikacije, potrebno je usredotočiti se na:

- „(1) aktivnosti koje rade s roditeljima i njihovom djecom;
- (2) njihovo prethodno znanje o strategijama, aktivnostima i mogućim programima; i
- (3) stručne riječi koje upućuju roditeljima, moraju biti razumljive“ (Pighini i sur., 2014: 270).

Istraživanje Kashinath i sur. (2006: 93) bavi se učincima tehnika podučavanja roditelja autistične djece u svakodnevnim aktivnostima. Intervencije roditelja djelovale su pozitivno na razvoj komunikacije djece s autizmom, a i sami su roditelji doživljavali te aktivnosti korisnima (Kashinath, 2006: 97). Istraživanje Blue-Banninga i sur. (2004: 171) slične je teme, a njegovi rezultati upućuju na sljedeće pokazatelje koji su bitni u suradnji roditelja sa stručnjacima: „komunikacija, predanost, ravnopravnost, vještine, povjerenje i poštovanje“. Središte suradnje roditelja sa stručnjacima su racionalnost i humanost. Sljedeće istraživanje koje su kreirali Kenn i sur. (2007: 2642) provedeno je među 154 roditelja autistične djece. Istraživanjem je ispitivana

količina zadovoljstva roditelja dijagnozom i terapijom. Roditelji su bili zadovoljniji kada su imali priliku doprinijeti djetetovoj terapiji i napretku, te kada su detaljno i pravovremeno upućivani u dijagnozu djeteta. Ti rezultati predstavljaju zahtjev stručnjacima da angažiraju roditelje u radu s djecom, na njima prihvatljiv način. (Keen i sur., 2007: 2645; Pintarić Mlinar i sur., 2013: 32).

Dakako, odabrani način rada mora biti prihvatljiv i djetetu, a utemeljen na roditeljskim vještinama – tako postavljeni način rada osigurava maksimalnu učinkovitost. Pristup roditeljima svodi se na dva temeljna oblika; prvi obuhvaća uspostavljanje odnosa s roditeljima, odnosno upoznavanje roditelja. Taj oblik obilježavaju poštovanje, povjerenje, senzibilnost i iskrenost. Drugi oblik je proaktivan, suradnički odnos. Roditelji su partneri koji dijele svoje osjećaje, dileme i strahove, a stručnjaci dijele informacije (Espe-Sherwindt, 2008; Pintarić Mlinar i sur., 2013: 37). Stručnjaci koji izrađuju model intervencije, moraju razumjeti i poznavati obitelj za koju ga stvaraju. Obiteljski resursi, podrška, jakosti i želje su čimbenici koji osiguravaju uspješnost provedene intervencije (McWilliam, 2010: 29).

Stručnjaci, radeći s djecom s teškoćama, rade s cijelim obiteljima, pristupaju čitavoj obitelji i djetetov napredak usklađuju i predviđaju s obiteljskim financijskim, društvenim i sociološkim prilikama. Utvrđivanje tih prilika nužno zahtijeva iskrenu i otvorenu komunikaciju s roditeljima. Izrada i planiranje intervencija u Republici Hrvatskoj još uvijek su centrirane oko djeteta, a premalo oko cijele djetetove obitelji. Osim fokusa usmjerenog isključivo na dijete, greška u intervencijama jest i rad s djetetom u izoliranim situacijama, potpuno odsječenim i različitim od njegove svakodnevnice. Stručnjaci su preopterećeni jer ih nema dovoljno, a posljedica je da nedovoljno obrazovani stručnjaci djeluju površno. Komunikacija s roditeljima je općenita, svodi se na prepričavanje terapije. Roditelji koji se istinski osjećaju dijelom procesa napretka djeteta, aktivnije i strastvenije će pratiti upute stručnjaka, podijeliti svoje strahove bez straha od osuđivanja, ali i iskreno opisati svakodnevicu obitelji. Djeci s teškoćama mnoge svakodnevne aktivnosti predstavljaju izazov, te će roditelj koji je s njima neprestano najbolje opisati probleme s kojima se dijete susreće te će tako dobro informiran stručnjak osmisliti obuhvatnu i djelotvornu intervenciju koja će napredovati od najmanjih dnevnih izazova do prilagodbe života u društvu uopće. Osim roditelja i stručnjaka, u procesu intervencije sudjeluje i obiteljski liječnik koji roditeljima može pomoći u ranom otkrivanju teškoća (Pighini i sur., 2014: 267).

### 3. USTANOVE U HRVATSKOJ ZA RAD S DJECOM S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

Ključna dva elementa u kontekstu specijaliziranih zdravstvenih ustanova i djece s poteškoćama u razvoju razrađena su u nastavku poglavlja.

Naime, ustanove specijalizirane za rad s djecom koja imaju razvojne teškoće generalno se dijele na rehabilitacijske i one odgojno-obrazovne. Specijalizirane odgojno-obrazovne ustanove svakako pokrivaju i važan dio rehabilitacije djece s teškoćama u razvoju.

Ako govorimo o djeci predškolske i školske dobi, svakako bi trebalo imati na umu da je, ovisno o stupnju oštećenja, cilj uključivanje svakog djeteta u predškolski odgoj i obrazovanje, a kasnije i u osnovnoškolsko obrazovanje, po redovitom programu (Tomić, Ivšac Pavliša i Šimleša, 2019: 46).

Kada pak govorimo o specijaliziranim ustanovama i udrugama koje se bave rehabilitacijom djece, onda najčešće susrećemo ustanove specijalizirane prema dijagnozi. U tablici 1. prikazane su samo neke od ustanova koje djeluju pod ingerencijom Grada Zagreba. Popis ostalih udruga i ustanova dostupan je na mrežnim stranicama grada Zagreba.

**Tablica 1.** *Zdravstvene ustanove specijalizirane za rad s djecom s teškoćama u razvoju.*

Ime ustanove	Područje rada
Centar za autizam	program Centra za autizam namijenjen je djeci predškolskog odgoja koja imaju određeni oblik mentalne retardacije i autizma
Poliklinika za rehabilitaciju slušanja i govora "Suvag"	program namijenjen za djecu predškolskog odgoja koja imaju određeni stupanj oštećenja sluha
Centar za odgoj i obrazovanje "Goljak"	Program je namijenjen djeci predškolskog odgoja koja imaju određeni stupanj tjelesnog invaliditeta te neku kroničnu bolest
Centar za odgoj i obrazovanje "Slava Raškaj"	Kao i kod Suvaga, ovdje je program namijenjen djeci predškolskog odgoja koja imaju određeni stupanj oštećenja sluha
Centar za odgoj i obrazovanje "Vinko Bek"	program je namijenjen djeci predškolskog odgoja koja imaju određeni stupanj oštećenja vida
Centar za rehabilitaciju "Zagreb"	Program namijenjen djeci predškolskog odgoja koja su pogođena mentalnom retardacijom i to umjerenog ili težeg stupnja, ili se radi o djeci koja zahtijevaju stručno defektološki tretman u obitelji

Izvor: mrežne stranice Grada Zagreba, [online]: <https://www.zagreb.hr/posebne-ustanove-i-udruge/526> (pristupljeno 2. 11. 2020.)

## **4. KVALITETA ZDRAVSTVENE USLUGE U JAVNIM I U PRIVATNIM USTANOVAMA**

Kvaliteta rada zdravstvenih ustanova danas se uglavnom temelji na sustavu akreditiranja zdravstvene ustanove. Zdravstvene ustanove sve su više u svoju svakodnevnu praksu primorane uvoditi pojam kvalitete što je sve do nedavno bilo rezervirano za ustanove iz drugih područja djelovanja. U suvremenim uvjetima poslovanja kvalitetom se upravlja u svrhu poboljšanja poslovanja (Kalauz, 2015: 39).

Kako bi ustanova dobila potvrdu svoje kvalitete i izvrsnosti treba proći detaljan sustav akreditiranja. Zdravstvene ustanove s područja Republike Hrvatske potvrdu svoje izvrsnosti u radu traže od međunarodno priznatih agencija kao što su: „Kanadski akreditacijski sustav (Canadian Council on Health Services Accreditation - CCHSA)“, koji danas nosi ime „Accreditation Canada“, zatim „Australškog akreditacijskog sustava (Australian Council on Healthcare Standards International - ACHSI)“ i „Nacionalne agencije za sigurnost bolesnika (National Patient Safety Agency – NPSA)“ (Kalauz, 2015: 41).

Akreditacijski postupak proces je procjene „*kvalitete rada zdravstvene ustanove, trgovačkog društva koje obavlja zdravstvenu djelatnost ili privatnih zdravstvenih radnika na osnovi ocjene sukladnosti njihova rada s utvrđenim optimalnim standardima za djelatnost koju obavljaju*“ (NN 79/2011).

Prva javna zdravstvena ustanova u Republici Hrvatskoj koja je ušla u proces akreditacije te dobila sve potrebne dokumente kao dokaz ispunjavanja strogih uvjeta akreditacije, a ujedno i dokaz standarda rada i kvalitete pružene usluge je Specijalna bolnica za plućne bolesti u Zagrebu.

### **4.1. Karakteristike zdravstvenih usluga u javnim ustanovama**

Uslugu, ovisno o tome je li materijalna ili nematerijalna, možemo definirati kao svaku radnju ili proizvod koji zadovoljava neku potrebu. Dakako, materijalne su usluge vezane za konkretne proizvode, dok su nematerijalne one koje nemaju materijalne proizvode, već se sastoje u pružanju neke usluge. Neovisno o tome je li riječ o materijalnim ili nematerijalnim uslugama, središte zdravstvenih usluga uvijek predstavlja pacijent i udovoljavanje njegovim potrebama na što potpuniji i profesionalniji način. Osim toga, cilj je i što potpuniji povratak pacijenta aktivnostima svakodnevnog života, kao i rehabilitacija koja podrazumijeva što



kvalitetniju skrb o pacijentu uz što manji stupanj invaliditeta koji nakon rehabilitacije zaostaje. U zdravstvenom sektoru, od iznimnog je značaja usmjerenost na pacijenta i kvalitetno komuniciranje s pacijentom kako bi mu se na što razumljiviji način objasnila srž samog problema.

Pružiti kvalitetnu uslugu znači ispuniti potrebe, zahtjeve i očekivanje pacijenta, a kvaliteta kao relativno složen pojam sastavljena je od nekoliko elemenata koji su rezultat različitih aktivnosti i usluga. Prema Bakiji (1993: 7) kvaliteta usluga i proizvoda definira se kao sposobnost udovoljavanja zahtjevima kupaca, a koja je usmjerena na tržište i kupca i ona uključuje: istraživanje zahtjeva tržišta, razvoj novih proizvoda ili usluga, optimizaciju kvalitete i stalno praćenje kvalitete.

Kada govorimo o javnom zdravstvenom sektoru, on je uglavnom u vlasništvu države ili lokalne samouprave. Zdravstveni sustav podrazumijeva zadovoljenje općedruštvenih potreba, a sve u svrhu zaštite pacijenta i očuvanja zdravlja. Ustanove javnog sektora, i to ne samo one zdravstvene, pružaju usluge kojima se svaki građanin može koristiti. Prema Pauletiću, (2009: 39) građani koriste usluge zdravstva s namjerom unaprjeđenja kvalitete zdravlja, čime se postiže iskorjenjivanje postojećih bolesti, ali i eliminacija opasnosti od bolesti te smanjenje rasprostranjenosti bolesti.

Džinić, (2012: 1020) navodi da je za osiguranje kvalitetnog pružanja zdravstvenih usluga nužan pristanak pacijenta da iste primi. Drugim riječima, ako životne navike pacijenta nisu primjerene, uspjeh zdravstvenih usluga bit će nizak. Isto tako, ako je pacijent nesuradljiv ili se ne pridržava dobivenih uputa kvaliteta i ukupan rezultat zdravstvene usluge ne mogu biti potpuno uspješni.

Ono što je u javnom sektoru teško mjerljivo je kvaliteta rada. Kako bi se kvaliteta rada podigla uvijek je potrebno uvesti odgovarajući oblik nagrađivanja, jer je nagrada, pogotovo ona novčana, potvrda dobro obavljenog rada, ali i priznanje za rad. Istovremeno, redovan i pravedan sustav nagrađivanja, na pružatelje usluge odnosno zdravstvene djelatnike djeluje kao moćan motivacijski alat koji će ih poticati na daljnje usavršavanje i pružanje visoke razine usluge, dok će one koji nisu dobili nagradu stimulirati da tu razinu dostignu. Nažalost, u javnom sektoru sustav nagrađivanja poprilično je loš i uglavnom se temelji na hijerarhijskim postulatima zdravstvenog sustava, u kojem oni više pozicionirani, uglavnom liječnici, dobivaju veće nagrade, dok drugo zdravstveno osoblje uglavnom ostaje u okvirima redovitih primanja. Još jedan veliki problem javnog sektora je što drugom zdravstvenom osoblju još uvijek nisu priznati

ni koeficijenti na plaću sukladni završenom stupnju obrazovanja. Na primjer, magistri fizioterapije u javnim zdravstvenim ustanovama još uvijek nemaju koeficijent magistara, već primaju istu plaću kao i prvostupnici fizioterapije koji su završili tri godine stručnog studija.

#### 4.2. Karakteristike zdravstvenih usluga u privatnim ustanovama

Kao što smo već spomenuli „... javna je služba od posebnog društvenog interesa koja organizirano djeluje u zdravstvenim ustanovama (javnim i privatnim), skupnoj ili pojedinačnoj privatnoj praksi. Pojam zdravstva uži je od pojma zdravstvene zaštite koja obuhvaća, osim aktivnosti koje se odvijaju unutar zdravstvenih institucija, i sve ostale mjere.

„Model privatnog financiranja zdravstvene zaštite uključuje financiranje sustava putem privatnog zdravstvenog osiguranja i izravnog plaćanja troškova zdravstvene zaštite“ (Bertoni, DeRosa i Dražić Lutilsky, 2017: 109).

Socijalni segment i osnovni postulati zdravstva koje je još prošlog stoljeća postavio Andrija Štampar u ovom su konceptu sasvim izostavljeni što podrazumijeva da pacijent svaku zdravstvenu uslugu plaća, izravno ili sredstvima privatnoga osiguranja (Bertoni, De Rosa i Dražić Lutilsky, 2017: 111).

Prema Vašiček i sur. (2016: 71), zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj ne financira se po samo jednome modelu, nego je kombinirani model sastavljen od Bismarckovog i Beveridgeovog modela. Bismarckov model temelji se na socijalnom osiguranju, a Beveridgeov model na proračunskim prihodima.

Zastupljenost privatnih zdravstvenih ustanova sve je veća na razini zdravstvenog sustava Republike Hrvatske. Sve učestalija praksa je unajmljivanje poslovnih prostora od strane privatnih klinika u domovima zdravlja koji su pod državnim vlasništvom. Privatnim praksama također je uvjetovano zadovoljavanje određenih kriterija, postavljenih na razini države, odnosno od strane nadležnog Ministarstva zdravstva. Zahtjevi Ministarstva jasno impliciraju minimalno upisani broj pacijenata te minimalni opseg zdravstvenih usluga koje privatna zdravstvena ustanova mora moći pružiti. Osim privatne prakse u javnim ustanovama, a s obzirom na preopterećenost javnog sustava, sve se više pacijenta okreće privatnim specijalističkim uslugama na koje se u javnim ustanovama čeka i dulje od godine dana. Najbolji primjer za to je recimo magnetska rezonancija za koju se pacijenti nerijetko odlučuju da ju obave u privatnim ustanovama u puno kraćem vremenskom roku, bez obzira na relativno visoku cijenu same pretrage. Osim specijalističkih pretraga u privatnim se ustanovama sve više

obavljaju dermatološke, stomatološke, oftalmološke i mnoge druge usluge iz područja specijalizirane medicinske djelatnosti.

Osim puno kraćeg vremena koje pacijenti provedu čekajući na određenu pretragu, razlozi zašto se odlučuju na usluge u privatnom sektoru su ljubaznost medicinskog osoblja, ambijent i ugodnost boravka u samom prostoru. Zbog svega navedenog pacijenti smatraju da zbog plaćene usluge dobivaju i kvalitetniju uslugu u odnosu na istu u javnom sektoru.

Sustav nagrađivanja u privatnom je sektoru kud i kamo pravedniji i češći, ponajviše iz razloga jer je čest slučaj da privatne ustanove i klinike vode ekonomski stručnjaci, a ne medicinski, koji se puno uspješnije nose s budžetiranjem, a medicinsko osoblje tada može biti posvećeno svom primarnom poslu - posvećenosti pacijentima. Samim time medicinsko osoblje motiviranije je za rad jer postoji jasan sustav nagrađivanja, ali i puno jasnija kontrola kvalitete rada, nego što je to u javnom sektoru.

#### 4.3. Prednosti i nedostaci zdravstvenih usluga u javnim i privatnim ustanovama

„Cjelokupna reforma i restrukturiranje zdravstvenoga sustava u Republici Hrvatskoj proces je koji osim zdravstva, uključuje političku, ekonomsku i društvenu komponentu te je zbog toga vrlo izazovan, a kada bi se dogodio, morao bi uključivati radikalne promjene.“ (Šarić, 2016: 99).

„Političke i upravljačke strukture svakako moraju razraditi odgovarajući sustav kompenzacija i nagrađivanja za sve koji budu obuhvaćeni promjenama. Realizacijom strukturalnih reformi (jedna od takvih je i *outsourcing* u hrvatskom javnom sektoru), što su ujedno i najvažniji ciljevi reforme hrvatskoga javnoga sektora. Hrvatska državna politika ima jedinstvenu priliku usmjeriti Hrvatsku na put održivog rasta kako bi se postigao bolji životni standard za sve hrvatske državljane“ (Šarić 2016: 102).

U tablici u nastavku prikazana je struktura pozitivnih i negativnih elemenata javnih i privatnih zdravstvenih ustanova.

**Tablica 2. Prednosti i mane privatnih i javnih zdravstvenih ustanova.**

	<b>Javne ustanove</b>	<b>Privatne ustanove</b>
<b>Prednosti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Javni sustav financiranja</li> <li>• Velik broj i raznolikost usluga koje javne ustanove mogu pružiti</li> <li>• Dostupnost skupe medicinske opreme koja se uglavnom financira putem javne nabave</li> <li>• Veliki broj stručnjaka zaposlenih u sektoru</li> <li>• Sve medicinske usluge pokrivene su obaveznim i/ili dopunskim zdravstvenim osiguranjem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jasan sustav nagrađivanja djelatnika koji rezultira većim zadovoljstvom pacijenata</li> <li>• Jasni kriteriji vrednovanja svakog zaposlenika</li> <li>• Zadovoljstvo pacijenta pruženom uslugom</li> <li>• Kratke liste čekanja</li> <li>• Adekvatna primanja za medicinske stručnjake</li> <li>• Jasna i kvalitetna komunikacija medicinskih stručnjaka prema pacijentu</li> <li>• Adekvatan broj pacijenata na broj medicinskih djelatnika</li> </ul>
<b>Nedostaci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Loš sustav nagrađivanja zbog iznimno velikog broja zaposlenih u javnom zdravstvenom sektoru</li> <li>• Nezadovoljstvo djelatnika zbog nemogućnosti praćenja i vrednovanja rada</li> <li>• Loš ili potpuno izostavljen sustav nagrađivanja zaposlenika</li> <li>• Duge liste čekanja</li> <li>• Niska primanja zaposlenih</li> <li>• Veliko nezadovoljstvo pacijenata</li> <li>• Loša komunikacija na relaciji pacijent- medicinski djelatnik (najčešće zbog preopterećenosti samih djelatnika)</li> <li>• Preveliki broj pacijenta na mali broj djelatnika</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiranje isključivo od vlastitog dobitka</li> <li>• Ograničeni broj usluga koje ustanova može pružiti</li> <li>• Ograničenost skupe opreme</li> <li>• Ograničen broj stručnjaka koji uglavnom rade honorarno u pojedinoj ustanovi</li> <li>• Iznimno visoka cijena pojedinih medicinskih usluga</li> </ul>

Izvor: izrada autora.

## 5. MARKETING PRIVATNIH SPECIJALIZIRANIH USTANOVA ZA DJECU S TEŠKOĆAMA U RAZVOJU

### 5.1. Primjena marketinga u privatnim ustanovama

Postoje različite strategije uslužnih djelatnosti koje potječu od generičkih strategija Michaela Portera. Temelj za osiguranje diferencijacije i tržišnog udjela predstavljaju zadovoljeni kriteriji triju generičkih strategija. Tri generičke strategije su:

- **Strategija niskih troškova** analizira troškovne inpute poslovanja s ciljem pronalaska načina optimalnog poslovanja koji će omogućiti realizaciju pružanja konkretnih usluga uz predviđenu razinu kvalitete i minimalni mogući trošak. Ugradnja ove strategije u poslovanje omogućava određenje konkurentne cijene usluga, a to rezultira bržim rastom tržišnog udjela i stvaranjem vjernih korisnika. Osnova ove strategije je kreiranje jednostavne i standardizirane usluge s ciljem ponuđivanja usluga po što nižoj cijeni. Ova je strategija poželjna u trenutku kada je konkurencija usmjerena na strategiju diferencijacije. Osim toga, strategija niskih troškova poželjna je i u trenutku kada su konkurenti slabi i/li kada ne obraćaju pozornost na krajnju cijenu usluge. Strategija je, dakle, poželjna, ali s njome treba postupati oprezno kako njena primjena ne bi ugrozila kvalitetu usluga koju tržište očekuje. U slučaju pada standarda kvalitete poslovni uspjeh ne može osigurati ni cijena koja je niža od svih ostalih na tržištu.
- **Strategija diferencijacije** implicira da se subjekt fokusira na kreiranja razlikovne ponude usluga čime dobiva na dojmu iskustva i vodstva. Uključivanjem ove strategije u poslovanje postiže se prednost u odnosu na konkurenciju temeljena na jedinstvenosti na tržištu. Jedinstveni imidž i jedinstvene usluge opravdavaju više cijene i omogućavanje stjecanja vjernih klijenata. Prema željama klijenata, poslovni subjekt izdvaja karakteristike po kojima se može razlikovati i time postići prednost. U ovoj strategiji postavljanje prave cijene koja će omogućavati profit jest izazov jer diferencija može biti izvor povećanja prihoda, ali ne mora nužno izravno utjecati na ostvarenje većeg tržišnog udjela. „Najvažnija komponenta strategije diferencijacije jest održivost. Uslužni subjekt treba pronaći trajne načine diferencijacije usluge kakvu neće biti moguće jednostavno imitirati u njenim sastavnicama. Konkurentske prednosti, odnosno elementi diferencijacije se mogu pronaći u lancu stvaranja vrijednosti pojedine usluge,

u sklopu uslužnog subjekta, ili u lancu kojim se isti povezuje sa svojim dobavljačima, distributerima i kupcima usluga“ (Porter, 1990: 10).

- **Strategija fokusiranja** odnosi se na kvalitetu pruženih usluga, ali bez težnje udovoljavanja zahtjeva tržišta. „Uslužni subjekt odabire jedan ili par segmenata nastojeći sukladno njihovim preferencijama ponuditi konkretne konkurentske prednosti. Ova strategija počiva na ideji da poslovni subjekt može pružati usluge užem dijelu tržišta učinkovitije i primjerenije od subjekata koji su usmjereni na ekonomiju obujma. Strategija fokusiranja ima dva fokusa“ (Porter, 1990: 15,16):

- o Troškovna orijentacija kod pružanja usluga;
- o Strategija diferencijacije koja pogađa uži ciljani tržišni segment.

U slučaju primjene ove strategije, poželjno ju je kombinirati s još nekom strategijom kako bi subjekt bio uspješan (Porter, 1990: 15,16).

Bitno je u potpunosti uključiti postulate svih triju strategija, stoga što djelomičnim uključivanjem ne postoji garancija poslovnog uspjeha. Praksa često pokazuje primjere subjekata koji ne ostvaruju poslovne uspjehe ili im se postojeći uspjeh smanjuje gubljenjem klijenata, a sve to zbog nedosljednosti u svim trima generičkim strategijama (Porter, 1990: 18).

Političke i upravljačke strukture svakako moraju razraditi odgovarajući sustav kompenzacija i nagrađivanja za sve koji budu obuhvaćeni promjenama. Realizacijom strukturalnih reformi (jedna od takvih je i *outsourcing* u hrvatskom javnom sektoru), što su ujedno i najvažniji ciljevi reforme hrvatskoga javnoga sektora.

Hrvatska državna politika ima jedinstvenu priliku usmjeriti Hrvatsku na put održivog rasta kako bi se postigao bolji životni standard za sve hrvatske državljane.

Polazišne marketinške strategije se nadograđuju se drugim strategijama, a njihov izbor određuju misija, vizija i dugoročni ciljevi poslovanja. Uslužni subjekti posluju i sljedećim strategijama:

- Strategija pozicioniranja;
- Strategija segmentacije tržišta;
- Strategija koja se fokusira na odnose prema kupcima (eng. *Customer relationship management – CRM*);
- Strategija vodoravne i okomite integracije;
- Strategija diverzifikacije;

- Marketinške strategije za zelena „zrela“ tržišta i tržišta koja imaju trend pada;
- Strategije rasta.

U nastavku se nalazi slika tri generičke strategije i njihove implementacije u zdravstvenim ustanovama (slika 1).



**Slika 1.** Tri generičke strategije upravljanja uslugama u zdravstvenim ustanovama.

Izvor: Renko (2009: 43).

## 5.2. Segmentacija tržišta

Tržište usluga čine različite kategorije potrošača, koje razlikujemo po njihovim potrebama, „kupovnoj snazi, geografskom smještaju, načinima odabira i kupnje usluga, kupovnim navikama i sl.“ Strategija segmentacije tržišta podrazumijeva podjelu tržišta na razlikovne podskupove potrošača, čije su potrebe i obilježja slična pa će i njihova reakcija na ponude usluga ili određenu marketinšku strategiju biti slična. „Kritična točka za svaki uslužni subjekt je pronaći odgovarajući plan za segmentaciju koji će omogućiti optimalan odabir dijela ciljnog tržišta, pozicioniranje usluge i uspješno formuliranje strategije i programa ponude“ (Renko, 2009: 47).

Taktički pristupi iz prakse (Renko, 2009: 61):

- Masovni marketing – primjeren je kada je moguće standardizirati usluge i marketinški program što se događa kada su razlike između potreba i želja klijenata zanemarive. Subjekt koji pruža usluge nastoji pridobiti korisnike čitavog tržišta te se ne provodi strategija segmentacije.
- Segmentirani marketing – u današnje vrijeme ovo je potreban pristup iz razloga što je financijski izazovno izvesti proširenje asortimana usluga s namjerom usluživanja više ili svih tržišnih dijelova. Kod ovog se pristupa usluge i marketinški splet prilagođavaju užem segmentu tržišta.
- Marketing tržišne niše – primjenjuje se u situacijama kada subjekt odluči usluživati segmente strogo definiranih karakteristika, unikatnih ili jedinstvenih potreba. Krajnji cilj subjekta je identificirati tržišnu nišu. Tržišna niša je mala skupina potrošača čije se potrebe neispunjene.
- Koncentrirani marketing – usmjerava fokus na određeni ciljni segment i posebni marketinški splet koji se prilagođava zadanome ciljnom segmentu. Koncentrirani pristup je primjeren za subjekte čija je težnja najveći tržišni udio određenog tržišnog segmenta. Konkretizacija je pristup poslovanju koje je rizično jer je tržišni segment poslovanja uzak, specifičan.
- Individualizirani marketing – osnova ovog pristupa je svaki korisnik individualno, odnosno svakom se korisniku udovoljava specifično u skladu s njegovim željama i potrebama. Individualizacija, odnosno prilagođavanje marketinškog spleta uslugama, glavno je obilježje individualiziranoga marketinga. U uslužnome sektoru direktni pristup korisniku smije biti tek dodatni pristup u kombinaciji strategija pristupanja. Prednosti segmentacije marketinga za uslužne subjekte su sljedeće:
  - stvaranje metoda i politika prodaja usluga kojima se efikasno pristupa homogenim skupinama potencijalnih korisnika;
  - prepoznavanje opcija i načina za razvijanje novih usluga identificiranjem tržišnih segmenata čije potrebe nisu prikladno ispunjene. Identificiranjem tih segmenata, subjekti mogu znatno napredovati i razvijati nove usluge uz nove vjerne klijente;
  - unapređivanje strateške alokacije marketinških resursa takvom raspodjelom resursa koja će zadovoljiti najatraktivnije tržišne segmente.



### 5.3. Formuliranje marketinške strategije u privatnim zdravstvenim ustanovama

Od 2006. godine *inbound* marketing najdjelotvornija je marketinška *online* metoda poslovanja (We are social, 2019). Stare *Outbound* marketinške metode kupnje oglasa, kupnje email lista zamjenjuju se *inbound* marketingom koji se fokusira na kreaciju kvalitetnih sadržaja kojima privlači korisnike. Korisnike se privlači i prema tvrtka, ali i prema proizvodima pojedinačno. Usporedbom objavljivanoga internetskoga sadržaja sa sadržajima koji zanimaju korisnika, informacije koje se predstavljaju korisniku mogu biti oblikovane prema njegovim željama i interesima te će korisnik uživati u pregledu takvih sadržaja. (Halligan i Shah, 2009: 121). Korisnik čiji su interesi zadovoljeni uvijek će vraćati po još. Čitav proces moguće je predočiti prodajnim lijevkom koji čini pet faza (eng. *SVLCA*) prema prethodnim autorima:

- I – Sadržaj i kreacija, temeljni je zadatak stvaranje sadržaja koji zanima klijente, ali i koji ispunjava njihove želje i potrebe. Taj se sadržaj dijeli „nadaleko i naširoko“.
- II – Marketing životnog ciklusa odnosi se na faze kroz koje prolaze korisnici. Taj se ciklus može odvijati samostalno ili interaktivno, ali važno je različitim fazama ciklusa prilagoditi različite marketinške akcije.
- III – Personalizacija, individualizacija koja sasvim odgovara klijentima u pravilu dolazi nakon nekog vremena, odnosno nakon upoznavanja klijenata i identificiranja njegovih jedinstvenih interesa.
- IV – Multi-kanalnost, odnosi se na mogućnost pristupanja klijentima bez obzira na to gdje se oni nalaze. Oni sami odabiru kanal kojima žele komunicirati.
- V – Integracija, sjedinjenje sadržaja i alata analize sadržaja u funkcionalnu cjelinu koja omogućava korisnicima da se fokusiraju na prave sadržaje u pravo vrijeme na pravom mjestu. Time marketing postaje vjerodostojan i uspješan, a preduvjet takvom marketingu su marketinški stručnjaci, kojima je marketing, osim posla, strast.

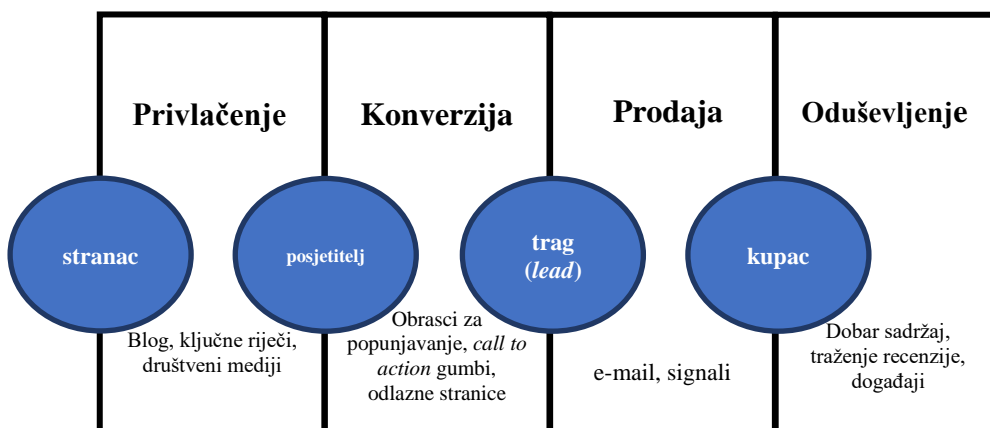
Stvoreni kvalitetni sadržaji bit će privlačni novim posjetiteljima što je predstavlja osnovu za širenjem poslovanja i stvaranjem novih korisnika koji ulaze na vrhu lijevka, a zadržavanje tih korisnika i zadovoljenje njihovih želja i potreba izlazi na dnu lijevka.

Cilj *inbound* marketinga je povećanje broja korisnika na vrhu i na dnu lijevka. Privlačenje što većeg broja korisnika *inbound* marketinga vrši se alatima vidljivosti, konverzije, i analize, a taj proces rezultira i povećanjem broja zadovoljnih korisnika na dnu lijevka.

Generiranje spomenutih alata odvija se u sljedećim fazama (Halligan i Shah, 2009: 129):

- izrada sadržaja,
- SEO optimizacija internetske stranice,
- integracija društvenih platformi u svrhu privlačenje ciljane skupine kupaca,
- zahvaćanje i stvaranje potencijalnih prilika,
- metrika performansi internetske stranice korištenjem besplatnih ili plaćenih alata,
- implementacija e-mail marketinga, kao aspekt podrške odjelu prodaje,
- izvještavanja o performansu kampanja.

Završetak spomenutih faza rezultira donošenjem takvih marketinških odluka koje će ubrzati povrat uložena.



**Slika 2.** Faze *inbound marketinga*.

Izvor: Osterwalder i Pigneur (2010: 201).

Bitno je istaknuti da mjerilo uspjeha nije samo broj korisnika koji su pristupili sadržaju (promet), nego i detalji tog prometa.

Tako se ovdje mogu naći *persone* kupaca (eng. *Buyer Persona*) koje integriraju najčešće aktivnosti svih kupaca na stranicama, te zahvaćaju zajedničke uzorke izazova, problema i motiva koje imaju kupci kada koriste neki proizvod ili usluge, odnosno kada koriste neku web stranicu. *Persone* kupaca predstavljaju holistički ideal. Holistički ideal zove se tako „jer njihova osobnost obuhvaća ciljeve, izazove, bolne točke, zajedničke primjedbe na proizvode i usluge, osobne i demografske podatke zajedničke“ (Osterwalder i Pigneur, 2014: 201).

Persona je prema Brown (2010: 209) fiktivno utjelovljenje naših kupaca, i oni su zapravo fizičke osobe koje predstavljaju centar izgrađenoga posla (Osterwalder i Pigneur, 2014: 209).

Među najvažnijim alatima za privlačenje korisnika internetskim sadržajima izdvajamo:

- Blogging – *inbound* marketing započinje ovim alatom. Ovo je jedan od boljih načina privlačenja novih korisnika koji se temelji na stvaranju obrazovnih sadržaja za korisnike. Obrazovni sadržaji služe za komunikaciju s klijentima. Blog se ističe kao izniman alat jer predstavlja komunikaciju s korisnicima na mjestu gdje oni provode najviše svoga vremena. Privlačenje kupaca koji se osjećaju sigurno i poželjno, znatno je lakše jer se osjećaju sigurno i poželjno (Halligan i Shah, 2009: 131).

- SEO (eng. *Search Engine Optimization*) – korisnici postaju kupci ili potrošači *online*, najčešće pretragom predmeta interesa. SEO osigurava to da upisane ključne riječi postaju vidljive kada su upotrijebljene u pretraživanju. Privlačenje kupaca SEO alatom odvija se uključivanjem upisanih ključnih riječi na mrežu, prilagodbom i optimizacijom sadržaja te stvaranjem veza između sadržaja i želja kupaca (Halligan i Shah, 2009: 140).
- Stranice – moraju biti u skladu s vremenom i željama, proces optimizacije stranica nikada ne završava, mijenja se na temelju razgovora s korisnicima i prilagođava se njihovim željama i interesima. Uspješna stranica uskladit će što više sadržaja s korisnikovim željama, što će rezultirati time da se korisnik vraća baš na tu stranicu.

Privlačenje klijenata započinje privlačenjem njihove pozornosti koju smo privukli kada oni posjete našu stranicu i pregledavaju naše sadržaja. Sljedeći je korak u procesu, posjetitelje učiniti kupcima ili klijentima koji će podijeliti svoje kontakt informacije. Kontakt informacije su od najveće vrijednosti *online* marketinškim stručnjacima. Poticanje posjetitelja na stranicama na određene akcije, iziskuje od poduzeća određenu vrijednost zauzvrat, i na taj način se ostvaruje dodana vrijednost poduzeća (Halligan i Shah, 2009: 141).

Pozivi na akciju (eng. *Call to action*) – pozivaju korisnika na određeni tip akcije. Te akcije mogu biti pritisak na određeni gumb (eng. *Button*) ili neku vanjsku poveznicu (link), a svrha tih CTA-ova je da krajnjeg korisnika natjeraju na preuzimanje određenog sadržaja na internetskoj stranici poduzeća (*e-book*, određena infografika, tekst, multimedijski sadržaj ili možda poziv na trening, webinar, seminar i sl.).

Lebdeće stranice – funkcioniraju na sljedeći način: posjetitelj određene stranice uočava zanimljivi poziv na akciju te se klikom na taj poziv posjetitelja preusmjerava na odredišnu stranicu (eng. *Landing page*) (Halligan i Shah, 2009: 146).

Odredišna stranica (eng. *Landing page*) predstavlja mjesto gdje se nalaze informacije za komunikaciju s posjetiteljem ili mjesto na kojem se ponuda izvršava. Ispunjavanjem obrazaca na odredišnoj stranici posjetitelji prerastaju u klijente (Halligan i Shah, 2009: 146).

Obrasci – alat kojim posjetitelj stranice postaje klijent, a subjekt dobiva njegove podatke.

Kontakti – pretvorba ulaznih podataka posjetitelja u centralizirane marketinške baze. Klijent, koji je ostavio svoje kontakt podatke, uključuje se u komunikaciju različitim načinima (*e-mail*, odredišne stranice, društveni mediji itd.) koja mu stoji na raspolaganju i pruža pomoć.

Svrha toga je privlačenje i zadržavanje kupaca, odnosno stvaranje vjernih klijenata.

Najdjelotvornija metoda za to je korištenje marketinških alata. Alati za konverziju prodajnog procesa uključuju: E-mail – često se događa da posjetitelj pristupa sadržajima i pregledava internetske stranice, ali nije spreman postati klijent. Stoga usmjereni i korisni e-mailovi upućeni izravno posjetitelju mogu izgraditi odnos utemeljen na povjerenju koji će potrajati dugoročno. (Halligan i Shah, 2009: 151).

Marketing automatizacija – odnosi se na kreiranje e-mail marketinga koji je prilagođen kupcima i njihovim životima.

Zatvoreno izvještavanje – provodi se s namjerom otkrivanja onih marketinških napora koja najučinkovitije pridonose uspješnosti poslovanju i načina pretvaranja posjetitelja u kupce.

Integracija sa sustavom za odnose s kupcima (eng. *CRM-Customer relationship management*) sustavom omogućava analizu kvalitete suradnje marketinških i prodajnih timova.

Analiza se provodi za ispitivanje komunikacije unutar prodajnih timova, ali i s kupcima što u budućnosti olakšava privlačenje novih kupaca, kao i zadržavanje starih. „*Rezultati CRM-a u korelaciji s inbound marketingom ostvaruju se kroz ponudu pravog proizvoda, pravom kupcu u pravo vrijeme i kroz pravi kanal.*“ Stoga je uspostava dobre komunikacije i kvalitetnih odnosa poduzeća i kupaca ključan čimbenik neizostavan faktor uspješnosti i razvoja poduzeća. (Müller i Srića, 2005: 52).

Od izjave „*Sadržaj je kralj*“ (William Henry ‘Bill’ Gates III, 1996.) kao i „*od izrade prvih HTML stranica, portala, javnih foruma, prvih web trgovina, zakupa banner oglasa, uploada YouTube videosadržaja, sudjelovanja u affiliate mrežama, kontekstualnog oglašavanja (SEM), SEO optimizacije, blogova, grupnih kupovina do društvenih mreža i marketinga sadržaja*“ (eng. *Content Marketing*) prošlo je mnogo vremena, ali to su alati i tehnike koje se i dalje aktivno koriste u marketingu (Brown, 2010: 66).

*Content* marketing temelji se na iznad opisanim alatima, a njegova je uloga privlačenje i zadržavanje klijenta. (Kotler i Lee, 2008: 211; Brown, 2010: 69).

Bitno za marketing uopće, ali nadasve za marketing sadržaja je vrijeme koje posjetitelj posvećuje sadržajima koji mu se nude. Prema istraživanjima, posjetitelj je sklon najviše svog vremena potrošiti na internetske sadržaje (Đugum, Content marketing revolucija).

Budući da se internet razvija i širi beskonačno, u moru sadržaja je potrebno istaknuti svoj sadržaj i privući posjetitelje baš tim sadržajem. Taj sadržaj je imperativno atraktivan, zanimljiv, ali za posjetitelja, mora biti i važan. Marketing sadržaja, engl. *content* marketing,

marketinška je tehnika koja se bazira na stvaranju mjerodavnih sadržaja koji će korisnicima biti zanimljivi i vrijedni te poticajni. „Najvažnije 2 riječi, odnosno vrijednosti koje su isporučene korisniku marketingom sadržaja jesu: **vrijedan i relevantan sadržaj**. To je ono što odvaja marketing sadržaja od svih ostalih oblika zatrpavanja informacijama, tisućama marketinških poruka po osobi dnevno koje za krajnjeg korisnika nisu ni od kakve važnosti, već ga samo nastoje omesti i skrenuti mu pažnju“ (Brown, 2010: 47).

Joe Pulizzi (2013: 34), osnivač CMI-a (Content marketing institute), instituta za edukaciju i trening s područja marketinga sadržaja, objašnjava da bi učinkovit marketing sadržaja trebao privući posjetitelja da prekine ono što radi, da pregleda sadržaj koji mu se nudi i da o njemu razmišlja.

Pulizzijeva (2013: 36) objašnjenja marketinga sadržaja temelj su razlikovanja dva pristupa marketingu. Tradicionalni marketing koristi agresivni pristup potencijalnim kupcima, skreće im pažnju na proizvod, ali samo u određenom trenutku, kako bi kupili neki proizvod ili uslugu. S druge strane, marketing sadržaja, kupcima pristupa otvoreno i odgovarajući na njihove želje u skladu s njihovima interesima u njima ugodnoj okolini i to u vrijeme po izboru korisnika.

U tradicionalnome pristupu poduzeća privlače kupce *najboljim* proizvodima, dok moderniji pristup obilježava edukacija kupaca, ponuda alternativnih rješenja i sl. (Pulizzi, 2013: 27).

<b>Tradicionalan marketing</b>	<b>Marketing sadržaja</b>
- trenutno skreće pažnju	- zadržava pažnju
- oglasi prekidaju korisnika	- pruža vrijednost za kupca
- generira visoke troškove	- troškovno povoljniji

**Slika 3.** Razlike tradicionalnog marketinga i marketinga sadržaja.

Izvor: Ružić, Biloš i Turkalj (2014: 22).

Tradicionalni marketing potencijalne kupce privlači agresivnim pristupom u smislu da prekida njihovu trenutnu aktivnost i predstavlja im svoj proizvod ili uslugu. Pritom je pažnja korisnika trenutačna, a često je nepotpuna ili praćena neugodnim osjećajima, upravo zbog činjenice da su u nečemu naprasno prekinuti. Kvalitetan sadržaj koji nudi marketing sadržaja kupca će privući tako da će kupac proizvodi koji mu se nudi posvetiti svoju punu pažnju, iskoristit će priliku da postavi pitanje o proizvodu koji ga zanima i ostavit će kontakt podatke za daljnju komunikaciju. U brojnim sadržajima koji mu se nude, kupac će odabrati one primjerene sebi, i to uglavnom *online* iz udobnosti doma. Proizvod koji kupac odabere u sebi prihvatljivim uvjetima, ima veću vjerojatnost zadržavanja tog kupca dugoročno. Još je jedan problem tradicionalnoga marketinga, a to su troškovi oglašavanja. Poduzeća plaćaju oglase koje korisnici uglavnom izbjegavaju. Kupcima je takav način oglašavanja naporan i odbojan. Zato marketing sadržaja koristi tehniku u kojoj se kupcu stavlja na raspolaganje, a kupac sam odabire kada i će i što poduzeti. Općenito se prepoznaje vrijednost marketinga sadržaja i u praksi, a to je vidljivo iz podataka CMI-a koji govore da 90 % poduzeća prakticira barem neki oblik marketinga sadržaja za komunikaciju s potencijalnim i stvarnim kupcima (Pulizzi, 2013: 33).

## 6. ISTRAŽIVANJE ZADOVOLJSTVA KVALITETOM PRUŽENOM U JAVNIM I PRIVATNIM USTANOVAMA

### 6.1. Ciljevi istraživanja

U sklopu završnog rada postavljen je glavni cilj i određeni pomoćni ciljevi kako bi se dublje ispitala kompletna problematika.

Kao glavni cilj istraženo je zadovoljstvo roditelja koji imaju djecu s određenim stupnjem razvojnih poteškoća prema privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama.

Za potrebe jasnijeg postavljanja ciljeva i usmjeravanje istraživanja postavljeni su pomoćni ciljevi:

- ispitati društvene norme u kontekstu kvalitete zdravstvenih usluga koje se nude u javnim i privatnim ustanovama
- analizirati razlike kod varijable - zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju zdravstvenim uslugama u javnim i privatnim ustanovama s obzirom na socio-demografske pokazatelje (dob, spol i obrazovanje)
- istražiti percepciju zadovoljstva kvalitetom u javnim i privatnim ustanovama
- istražiti percepciju stavova prema kvaliteti u javnim i privatnim ustanovama
- istražiti percepciju društvenih normi prema kvaliteti u javnim i privatnim ustanovama
- istražiti percepcije zadovoljstva, stavova i društvenih normi ovisno o spolu ispitanika

### 6.2. Istraživačka pitanja i hipoteze

Glavno istraživačko pitanje u radu je ***kakvo je zadovoljstvo roditelja djece s teškoćama u razvoju zdravstvenim uslugama u javnim i privatnim ustanovama?***

U svrhu jasnijeg usmjeravanja empirijskog dijela istraživanja konstruirana su pomoćna istraživačka pitanja:

1. Kakva je povezanost društvenih normi i kvaliteti zdravstvenih usluga u javnim i privatnim ustanovama?
2. Kakva je razlika u percepciji zadovoljstva roditelja djece s teškoćama u razvoju zdravstvenim uslugama u javnim i privatnim ustanovama u odnosu na socio-demografske pokazatelje (dob, spol i obrazovanje)?



3. Kakva je percepcija kvalitete zdravstvenih usluga u specijaliziranim javnim i privatnim ustanovama?
4. Kakvi su stavovi roditelja djece s poteškoćama u razvoju prema uslugama u javnim i privatnim specijaliziranim ustanovama?
5. Kakva je percepcija društvenih normi roditelja djece s poteškoćama u razvoju prema uslugama u javnim i privatnim specijaliziranim ustanovama?
6. Kakva je percepcija prethodno opisanih faktora (zadovoljstva, stavova i društvenih normi) ovisno o socio-demografskim kategorijama (spol, dob, obrazovanje)?

Glavna hipoteza istraživačkog rada temeljem postavljenih ciljeva i istraživačka pitanja dana je u nastavku:

***H0: Roditelji su zadovoljniji pruženim zdravstvenim uslugama u privatnim ustanovama s obzirom na javne ustanove.***

U svrhu odgovaranja na glavnu hipotezu, pomoćne hipoteze dane su u nastavku:

H1: Roditelji imaju veći stupanj povjerenja u zdravstvene usluge javnih ustanova nego u zdravstvene usluge privatnih ustanova.

H2: Roditelji s višim stupnjem obrazovanja (VSS) i iznadprosječnim primanjima imaju izraženije (prosječno više) stavove prema korištenju zdravstvenih usluga privatnih ustanova s obzirom na roditelje sa srednjom razinom obrazovanja (SSS) i prosječnim primanjima.

H3: Majke djece s teškoćama u razvoju zadovoljnije su uslugama privatnih ustanova s obzirom na očeve.

### 6.3. Metoda i uzorak istraživanja

Istraživanjem je prikupljeno 266 odgovora, različitih ispitanika iz Zagreba. Istraživanje je konceptualno zamišljeno da se izradi anketni *online* upitnik putem Google softvera Google *survey* koji je adekvatan alat za kvantitativna istraživanja. Idejni koncept proveden je u sklopu istraživanja.

Anketa je rađena u suradnji s mentoricom rada na način da su istraživani znanstveni radovi u kojima je analizirana kvaliteta zdravstvenih usluga i načini mjerenja percepcija kvalitete. Istraživanje je provedeno od kolovoza do listopada 2020. godine.

Prikupljeni su između ostalog opći podaci o ispitanicima kao što su demografski podaci (spol, dobni razred, razina obrazovanja, mjesečni budžet i dr.) i informacije o preferenciji prema zdravstvenim ustanovama (zadovoljstvo prema zdravstvenim ustanovama, stavovi prema zdravstvenim ustanovama, društvene norme).

Prikupljanje odgovora na anketni upitnik obavljeno je u razdoblju od kolovoza 2020. do listopada 2020. godine.

Svaki ispitanik pojedinačno je popunjavao anketni upitnik, a prosječno vrijeme prikupljanja odgovora po ispitaniku trajalo je u prosjeku oko pet minuta.

Upitnikom su zahvaćena pitanja o socio-demografskim podacima, a ispitane su i Likertovim skalama varijable: 1) zadovoljstvo prema kvaliteti pruženih usluga u zdravstvenim ustanovama, 2) stavovi prema zdravstvenim ustanovama, 3) društvene norme.

Istraživanjem je obuhvaćeno 266 ispitanika. Nadalje, 10,5 % ispitanika su muškarci, dok su veliku većinu, 89,5 % uzorka činile žene. 66,9 % ispitanika imalo je između 31 i 40 godina starosti, što je najdominantnija podskupina. 19,5 % ispitanika imalo je između 41 i 50 godina starosti, dok je preostali udio ispitanika bio u ostalim klasifikacijskim skupinama. 38,7 % ispitanika imalo je završenu visoku stručnu spremu, dok je 33,1% ispitanika imalo završenu srednju stručnu spremu. Oko 30 % ispitanika izjavilo je da ima mjesečni budžet do 6000kn, a oko 22 % ispitanika izjavilo je da ima mjesečni budžet 15000kn i više. Čak 82 % ispitanika ima ili jedno ili dvoje djece, dok je nešto više od trećine ispitanika tek posjetilo privatne zdravstvene ustanove. Svi prethodno navedeni rezultati nalaze se u nastavku u tablici 3.

**Tablica 3.** Distribucija frekvencija nominalnih varijabli.

<b>Spol</b>			
	Frekvencije	%	Kumulativni %
Muški	28	10,5	10,5
Ženski	238	89,5	100,0
Ukupno	266	100,0	
<b>Dob</b>			
Do 30 godina	32	12,0	12,0
31 - 40 godina	178	66,9	78,9

41 - 50 godina	52	19,5	98,5
50 i više	4	1,5	100,0
Ukupno	266	100,0	
<b>Stupanj obrazovanja</b>			
SSS	88	33,1	33,1
VŠS	39	14,7	47,7
VSS	103	38,7	86,5
MBA/PhD	28	10,5	97,0
Ostalo	8	3,0	100,0
Ukupno	266	100,0	
<b>Mjesečni budžet</b>			
Do 6000kn	80	30,1	30,1
6001 - 8000kn	46	17,3	47,4
8001 - 10000kn	28	10,5	57,9
10001 - 15000kn	52	19,5	77,4
Više od 15000kn	60	22,6	100,0
Ukupno	266	100,0	
<b>Status roditelja</b>			
Da	262	98,5	98,5
Ne	4	1,5	100,0
Ukupno	266	100,0	
<b>Broj djece</b>			
Jedno dijete	119	44,7	44,7
Dvoje djece	99	37,2	82,0
Troje djece	36	13,5	95,5
Četvero djece	12	4,5	100,0
Ukupno	266	100,0	
<b>Vrsta zdravstvene ustanove</b>			
Javna	174	65,4	65,4
Privatna	92	34,6	100,0
Ukupno	266	100,0	

Izvor: izrada autora.

Sudionici su prije početka popunjavanja upitnika dobili uputu u kojoj je opisano cijelo istraživanje te objašnjena njegova svrha. Također, uoči popunjavanja svake pojedine sekcije anketnog upitnika sudionicima je jasno bilo naznačeno što pojedini konstrukt znači i što je točno zadatak svakog ispitanika.

### 6.3.1. Obrada podataka

U sklopu završnog rada, a specifično, njegovog istraživačkog dijela korištene su razne statističke metode i postupci u programu SPSS v. 26.

Kako bi se testirale razlike po socio-demografskim karakteristikama provedeni su t-testovi koji pokazuju postoje li razlike prilikom usporedbe varijabli po nekom socio-demografskom kriteriju (recimo spolu).

Provedena je i metoda analiza varijance koja se koristi kada se varijable trebaju usporediti po socio-demografskim elementima koji imaju više kategorija (recimo dob, odnosno više dobnih razreda, ili obrazovanje).

Kako bi se ispitala dinamika odnosa među varijablama provedena je regresijska i korelacijska analiza.

Ipak, izučavanjem detaljnijih odnosa i utjecaja jedne varijable na drugu bavi se regresijska analiza.

Ona predstavlja statističku metodu koja ispituje hipoteze (Byrne, 2010, str 12), odnosno prema Bentleru (1988, str 33), teorija regresijskog modeliranja predstavlja izučavanje dinamike odnosa i neformalnih procesa koji u obzir uzimaju dvije ili više varijabli istovremeno.

Ti procesi su vizualno prikazani kao sfere i kvadrati, kako bi se što jasnije mogao razumjeti teorijski model. Model se potom regresijskim algoritmima testira kako bi se prikazale jačine i smjerovi utjecaja i usklađenost s teorijskim podacima.

Regresija za razliku od klasičnih analiza bazira svoju analitiku na inferencijalnoj statistici što pomaže pri jasnijem razumijevanju međuodnosa. Time se regresija i razlikuje od recimo faktorske analize.

„Regresijom je moguće testirati koliko su teorijske implikacije i teorijski predloženi modeli skladni s empirijski spoznajama na temelju podataka, a sve s ciljem konkretnijeg pojašnjenja utjecaja, značajnosti utjecaja, kao i snagu tih utjecaja među varijablama.“ (Bentler i Bonette, 1980: 588).

„Podaci će biti prikladni za promatrani model ukoliko je koeficijent determinacije veći od 0,85, korigirani koeficijent determinacije veći i jednak 0,75, a koeficijent varijacije je manji jednak 30% (Hayduk, 1987: 7).“

#### 6.4. Interpretacija rezultata istraživanja

Na temelju rezultata analize deskriptivne statistike izračunati su pokazatelji centralne tendencije, varijabilnosti i oblika distribucije.

Prosječne vrijednosti varijabli zadovoljstva kretale su se između 2,72 i 3,59 s maksimalnom standardnom devijacijom od 1,44.

Što se tiče stavova prema kvaliteti zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj, rezultati variraju, pa se tako varijacija prosječnih vrijednosti kreće od 1,16 do 3,60.

Rezultati indikatora društvenih normi prate varijabilnost rezultata konstrukta stavova.

Preostali rezultati prikazani po indikatorima nalaze se u tablici 4. niže u nastavku rada.

**Tablica 4.** Deskriptivna statistika indikatora konstrukata u analizi.

Indikatori/pokazatelji	N	Min	Max	Me	Sd	Sk	K
Dobio sam dovoljno informacija vezanih za stanje svoje bližnje osobe od strane zdravstvene ustanove dok je ta osoba boravila u ustanovi.	266	1	5	3,50	1,17	-0,37	-0,67
Imao sam problema prilikom pokušaja kontaktiranja zdravstvene ustanove za dogovaranje narudžbe/pregleda.	266	1	5	2,72	1,44	0,22	-1,27
Moje je dijete imalo zadovoljavajuću razinu tretmana od strane zdravstvene ustanove.	266	1	5	3,59	1,21	-0,49	-0,59
Imao/la sam osjećaj da je osoblje zdravstvene ustanove imalo vremena za mene i sva moja pitanja.	266	1	5	3,37	1,32	-0,43	-0,88
Prilikom kontaktiranja osoblja zdravstvene ustanove komunikacija s osobljem bila je na zadovoljavajućoj razini.	266	1	5	3,58	1,11	-0,31	-0,55
Smatram da postoji pozitivna radna atmosfera među radnim osobljem u zdravstvenoj ustanovi.	266	1	5	3,60	1,10	-0,33	-0,71
Spreman sam plaćati veće poreze kako bi se razina zdravstvenih usluga u Hrvatskoj povećala.	266	1	5	2,93	1,43	0,03	-1,18
Imam visoko povjerenje u hrvatski zdravstveni sustav.	266	1	5	2,75	1,22	0,29	-0,83
Smatram da je vrijeme čekanja na odgovaranje na upućeni poziv ili e-mail zadovoljavajuće.	266	1	5	3,12	1,14	0,01	-0,59
Usluga pružena u ustanovi bila je visoke kvalitete.	266	1	5	3,39	1,18	-0,01	-0,95
U hrvatskom zdravstvenom sustavu nisu potrebne promjene.	266	1	5	1,63	0,98	1,77	2,82

Hrvatska bi trebala ograničiti raspon besplatnih zdravstvenih usluga.	266	1	5	2,59	1,52	0,32	-1,38
Liste čekanja su transparentno objavljene na web stranicama zdravstvene ustanove.	266	1	5	2,22	1,18	0,63	-0,35
Moji roditelji, prijatelji ili poznanici smatraju da je hrvatski zdravstveni sustav kvalitetan	266	1	5	2,33	1,07	0,42	-0,52
Smatram da su recenzije (komentari pacijenata) na web stranicama zdravstvene ustanove relevantni.	266	1	5	2,97	1,08	-0,02	-0,42
Moji roditelji, prijatelji ili poznanici vjeruju da nisu potrebne promjene u postojećem nacionalnom zdravstvenom sustavu	266	1	5	1,68	0,92	1,73	3,38
Smatram da bi zdravstveno osiguranje trebalo biti dostupno svima.	266	1	5	4,48	0,98	-2,24	4,75
Moji roditelji, prijatelji ili poznanici imaju visoko povjerenje u zdravstveni sustav Hrvatske.	266	1	5	2,46	1,11	0,26	-0,59

Izvor: izrada autora.

Nadalje, kako bi se ispitale pretpostavke i odgovorilo na istraživačka pitanja, proveden je niz statističkih testova. Proveden je t-test o kako bi se ispitale razlike između muškaraca i žena u promatranim konstruktima.

Rezultati u tablici 5 upućuju na neke detektirane razlike među spolovima i to u percepciji zadovoljstva prema zdravstvenim uslugama.

**Tablica 5.** Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između muškaraca i žena u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.

Indikatori/spol	N	Me	Sd	t	p	
Zadovoljstvo uslugama u zdravstvenim ustanovama	Muški	28	18,71	1,70	2,65	<0,05
	Ženski	238	16,54	4,30		
Stav prema uslugama u zdravstvenim ustanovama	Muški	28	22,86	3,71	0,67	>0,05
	Ženski	238	22,16	5,40		
Konstrukt društvene norme u stvaranju percepcije prema zdravstvenim ustanovama	Muški	28	14,14	3,50	0,36	>0,05
	Ženski	238	13,90	3,30		

Izvor: izrada autora.

Naime na temelju rezultata analize muški su ispitanici u prosjeku zadovoljniji uslugama u zdravstvenim ustanovama od ženskih ispitanica ( $t=2,65$ ;  $p<0,05$ ).

Prilikom testiranja razlika kod preostala dva konstrukta ustanovljeno je da nema razlika među spolovima.

Nastavno na prethodno, proveden je još jedan t-test, kako bi se testirale potencijalne razlike između ispitanika koji posjećuju privatne ustanove od onih koji posjećuju javne zdravstvene ustanove. Rezultati upućuju na zaključak da je zadovoljstvo u prosjeku izrazito više kada se radi o privatnim zdravstvenim ustanovama ( $t=-12,10$ ;  $p<0,05$ ).

Također, stavovi prema zdravstvenim ustanovama, odnosno percepcija stavova je u prosjeku puno izraženija kod privatnih zdravstvenih ustanova u odnosu na javne zdravstvene ustanove ( $t=-10,15$ ;  $p<0,05$ ).

Kod društvenih normi nisu pronađene razlike (tablica 6).

**Tablica 6.** Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika koji posjećuju privatne i javne zdravstvene ustanove u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.

Indikatori/vrsta zdravstvene ustanove		N	Me	Sd	t	p
Zadovoljstvo uslugama u zdravstvenim ustanovama	Javna	174	14,97	3,76	-12,10	<0,05
	Privatna	92	20,17	2,35		
Stav prema uslugama u zdravstvenim ustanovama	Javna	174	20,21	4,58	-10,15	<0,05
	Privatna	92	26,04	4,21		
Konstrukt društvene norme u stvaranju percepcije prema zdravstvenim ustanovama	Javna	174	13,68	3,08	-1,66	>0,05
	Privatna	92	14,39	3,70		

Izvor: izrada autora.

Kako bi se ispitale i statistički značajne razlike između podskupina ispitanika ovisno o dobnim granicama proveden je F-test. F-test provodi se kako bi se ispitale statistički značajne razlike triju ili više podskupina uzoraka istovremeno.

Rezultati analize nalaze se u tablici 7. u nastavku.

**Tablica 7.** Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika ovisno o dobnim granicama u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.

Indikatori/dobni razred	N	Me	Sd	F	p	
Zadovoljstvo uslugama u zdravstvenim ustanovama	Do 30 godina	32	18,88	2,35	5,38	<0,05
	31 - 40 godina	178	16,16	4,30		
	41 - 50 godina	52	17,69	4,12		
	50 i više	4	15,00	0,00		
Stav prema uslugama u zdravstvenim ustanovama	Do 30 godina	32	25,25	4,45	7,07	<0,05
	31 - 40 godina	178	21,51	5,39		
	41 - 50 godina	52	23,23	4,38		
	50 i više	4	17,00	0,00		
Konstrukt društvene norme u stvaranju percepcije prema zdravstvenim ustanovama	Do 30 godina	32	15,63	4,00	7,47	<0,05
	31 - 40 godina	178	13,29	3,29		
	41 - 50 godina	52	15,00	2,34		
	50 i više	4	15,00	0,00		

Izvor: izrada autora.

Zadovoljstvo ispitanika statistički se značajno razlikuje u prosjeku, a posebice se razlikuju ispitanici do 30 godina starosti od ispitanika s 50 i više godina starosti, pri čemu prva spomenuta podskupina ima puno pozitivnije izraženo zadovoljstvo prema zdravstvenim ustanovama ( $F=5,38$ ;  $p<0,05$ ).

Nadalje, statistički značajne razlike prisutne su i kod usporedbe podgrupa po godinama u varijabli „stavovi“, čime se zaključuje da mlađi ispitanici (do 30 godina) imaju izraženije stavove od starijih ispitanika (50 i više godina) ( $F=7,07$ ;  $p<0,05$ ).

Što se tiče konstrukta društvenih normi, vidljivo je da se podgrupa ispitanika do 30 godina starosti statistički značajno razlikuje od ispitanika koji imaju između 31 i 40 godina starosti ( $F=7,47$ ;  $p<0,05$ ).

U nastavku je provedeno testiranje između podgrupa ovisno o stupnju obrazovanja. Rezultati se nalaze u tablici 8 u nastavku.



**Tablica 8.** Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika ovisno o stupnju obrazovanja u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.

Indikatori/stupanj stručne spreme	N	Me	Sd	F	p	
Zadovoljstvo uslugama u zdravstvenim ustanovama	SSS	88	17,45	4,84	5,204	<0,05
	VŠS	39	15,44	3,24		
	VSS	103	16,56	3,52		
	MBA/PhD	28	18,43	3,73		
	Ostalo	8	12,50	4,81		
Stav prema uslugama u zdravstvenim ustanovama	SSS	88	22,82	5,51	11,265	<0,05
	VŠS	39	19,15	4,11		
	VSS	103	23,59	5,10		
	MBA/PhD	28	21,86	3,05		
	Ostalo	8	14,50	1,60		
Konstrukt društvene norme u stvaranju percepcije prema zdravstvenim ustanovama	SSS	88	13,73	3,11	4,101	<0,05
	VŠS	39	15,38	3,15		
	VSS	103	13,99	3,66		
	MBA/PhD	28	13,14	2,40		
	Ostalo	8	11,00	1,07		

Izvor: izrada autora.

Postoje razlike u načinu kako je percipirano zadovoljstvo uslugama u zdravstvenim ustanovama između osoba koje imaju završen MBA/PhD i osoba sa završenim VŠS i VSS stupnjem obrazovanja ( $F=5,204$ ;  $p<0,05$ ).

Razlike su prisutne i kod percepcije stavova prema zdravstvenim ustanovama, gdje se uočava da osobe sa završenom visokom stručnom spremom imaju puno izraženije stavove od ispitanika sa završenom višom stručnom spremom ( $F=11,265$ ;  $p<0,05$ ).

Što se tiče društvenih normi, može se zaključiti da ispitanici koji imaju završenu višu stručnu spremu, imaju izraženije društvene norme od preostalih poduzoraka ( $F=4,101$ ;  $p<0,05$ ).

U nastavku je proveden F-test na poduzorcima ovisno o mjesečnom budžetu ispitanika. Rezultati se nalaze u nastavku u tablici 9. u nastavku.

**Tablica 9.** Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika ovisno o mjesečnom budžetu u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.

Indikatori/mjesečni budžet		N	Me	Sd	F	p
Zadovoljstvo uslugama u zdravstvenim ustanovama	Do 6000kn	80	17,15	4,23	3,837	<0,05
	6001 - 8000kn	46	16,61	3,68		
	8001 - 10000kn	28	16,29	3,43		
	10001 - 15000kn	52	18,23	4,67		
	Više od 15000kn	60	15,33	3,84		
Stav prema uslugama u zdravstvenim ustanovama	Do 6000kn	80	21,80	5,61	5,188	<0,05
	6001 - 8000kn	46	21,59	4,29		
	8001 - 10000kn	28	21,14	6,02		
	10001 - 15000kn	52	25,08	5,31		
	Više od 15000kn	60	21,33	4,16		
Konstrukt društvene norme u stvaranju percepcije prema zdravstvenim ustanovama	Do 6000kn	80	13,95	3,34	2,256	>0,05
	6001 - 8000kn	46	14,37	2,97		
	8001 - 10000kn	28	15,29	3,99		
	10001 - 15000kn	52	13,62	3,51		
	Više od 15000kn	60	13,20	2,86		

Izvor: izrada autora.

Prema rezultatima je vidljivo da ispitanici s budžetom između 10 i 15 tisuća kuna u prosjeku imaju puno izraženije zadovoljstvo prema zdravstvenim ustanovama od ispitanika s plaćom višom od 15 tisuća kuna ( $F=3,837$ ;  $p<0,05$ ).

Ispitanici koji spadaju u poduzorak s mjesečnim budžetom 10 do 15 tisuća kuna mjesečno imaju također i puno izraženije stavove od preostalih poduzoraka u istraživanju ( $F=5,188$ ;  $p<0,05$ ).

Nastavno je odrađeno testiranje kako bi se ustanovilo postoje li razlike u varijablama obzirom na broj djece ispitanika (tablica 10.).

**Tablica 10.** Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika ovisno o broju djece u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.

Indikatori/broj djece		N	Me	Sd	F	p
Zadovoljstvo uslugama u zdravstvenim ustanovama	Jedno dijete	119	16,86	3,63	0,17	>0,05
	Dvoje djece	99	16,71	4,52		
	Troje djece	36	16,89	3,96		
	Četvero djece	12	16,00	6,44		
	Jedno dijete	119	22,20	4,39	0,97	>0,05

Stav prema uslugama u zdravstvenim ustanovama	Dvoje djece	99	22,13	5,53		
	Troje djece	36	23,22	5,61		
	Četvero djece	12	20,33	8,71		
Konstrukt društvene norme u stvaranju percepcije prema zdravstvenim ustanovama	Jedno dijete	119	13,55	3,40	2,51	>0,05
	Dvoje djece	99	13,98	3,56		
	Troje djece	36	15,22	1,57		
	Četvero djece	12	13,33	3,55		

Izvor: izrada autora.

Temeljem provedenog F-testa nisu prisutne razlike u promatranim varijablama.

Prema rezultatima korelacijske analize (prikazane u korelacijskoj matrici) može se zaključiti da se s povećanjem zadovoljstva ispitanika povećava i konstrukt stavova prema uslugama u zdravstvenim ustanovama ( $r=0,637$ ;  $p<0,05$ ).

Drugi najjači koeficijent korelacije bio je onaj između stavova i društvenih normi. Odnosno s povećanjem stavova prema uslugama u zdravstvenim ustanovama povećat će se i konstrukt percepcije društvenih normi u kontekstu zadovoljstva prema zdravstvenim ustanovama i to za 46,3 % ( $r=0,463$ ;  $p<0,05$ ).

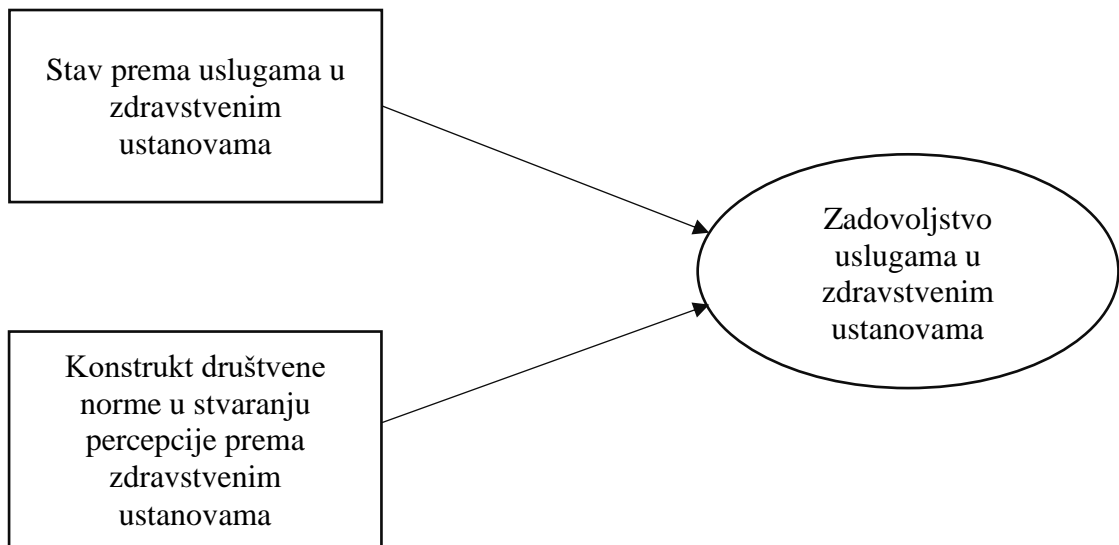
Zadovoljstvo uslugama također statistički značajno korelira s konstruktom društvenih normi, pri čemu se s povećanjem percepcije konstrukta društvenih normi povećava i konstrukt zadovoljstva u omjeru od 34,6 % ( $r=0,346$ ;  $p<0,05$ ) (tablica 11).

**Tablica 11.** *Korelacijska matrica promatranih varijabli u istraživanju*

	1	2	3
Zadovoljstvo uslugama u zdravstvenim ustanovama	1	.637**	.346**
Stav prema uslugama u zdravstvenim ustanovama		1	.463**
Konstrukt društvene norme u stvaranju percepcije prema zdravstvenim ustanovama			1

Izvor: izrada autora.

Nastavno je provedena i regresijska analiza, kako bi se ispitali potencijalni utjecaji u modelu (slika 4.).



**Slika 4.** Model višestruke linearne regresije zadovoljstva uslugama u zdravstvenim ustanovama.

Izvor: izrada autora.

Nastavno, regresija objašnjava oko 41 % ukupnih odstupanja, što znači visoku raspršenost regresijskog modela (tablica 12.).

**Tablica 12.** Rezultati regresijskog sažetka.

<b>R</b>	<b>R Square</b>	<b>Adj. R Square</b>	<b>Sd</b>
.640 <sup>a</sup>	0,409	0,405	3,20539

Izvor: izrada autora.

Nadalje, proveden je skupni test o značajnosti regresijskog modela kako bi se utvrdilo postoji li barem jedna značajna varijabla u modelu (tablica 13.).

**Tablica 13.** Rezultati skupnog testa o značajnosti regresije (ANOVA).

	<b>SS</b>	<b>DF</b>	<b>MS</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
Regression	1873,346	2	936,673	91,165	.000 <sup>b</sup>

Residual	2702,203	263	10,275		
Total	4575,549	265			

Izvor: izrada autora.

Na temelju skupnog testa može se zaključiti da je minimalno jedna nezavisna varijabla značajna u regresijskom modelu ( $F=91,165$ ;  $p<0,05$ ).

U nastavku su provedeni i pojedinačni testovi kako bi se vidjelo koliko je nezavisnih varijabli statistički značajnih u modelu.

'Stavovi prema uslugama u zdravstvenim ustanovama' utječu na zadovoljstvo kvalitetom u zdravstvenim ustanovama ( $t=11,357$ ;  $p<0,05$ ). Prema rezultatima analize, ukoliko se stavovi povećaju za 1 zadovoljstvo će se povećati za 0,607 (tablica 14.).

**Tablica 14.** Tablica koeficijenata u modelu višestruke linearne regresije.

	Nestandardizirani		Standardizirani	t	p
	B	SE	Beta		
(Constant)	4,936	0,991		4,981	<0,05
Stav prema uslugama u zdravstvenim ustanovama	0,481	0,042	0,607	11,357	<0,05
Konstrukt društvene norme u stvaranju percepcije prema zdravstvenim ustanovama	0,081	0,067	0,065	1,216	>0,05

Izvor: izrada autora.

## 6.5. Rezultati i rasprava

Kao glavna hipoteza u istraživačkom radu bila je postavljena:

***H0: Roditelji djece s teškoćama u razvoju zadovoljniji su zdravstvenim uslugama u privatnim ustanovama u odnosu na javne ustanove.***

Prema rezultatima analize u tablici 6. ( $t=-12,10$ ;  $p<0,05$ ), potvrđena je hipoteza da su roditelji djece s teškoćama u razvoju zadovoljniji zdravstvenim uslugama u privatnim ustanovama.

Od pomoćnih hipoteza istraživalo se:

***H1: Roditelji djece s teškoćama u razvoju imaju veći stupanj povjerenja u zdravstvene usluge javnih ustanova nego u zdravstvene usluge privatnih ustanova.***

Prema rezultatima analize iz tablice 6. ( $t=-10,15$ ;  $p<0,05$ ) opovrgnuta je hipoteza h1 i može se zaključiti da ispitanici imaju veći stupanj povjerenja u privatne zdravstvene ustanove.

***H2: Roditelji djece s teškoćama u razvoju s višim stupnjem obrazovanja (VSS) i iznadprosječnim primanjima imaju pozitivniji stav prema korištenju zdravstvenih usluga privatnih ustanova u odnosu na roditelje sa srednjom razinom obrazovanja (SSS) i prosječnim primanjima.***

Rezultati analize iz tablice 8 i 9 dokazuju sljedeće. Prihvaća se hipoteza H2 da su stavovi ispitanika viši što je obrazovanje ispitanika više (tablica 8.). Odnosno, obrazovaniji ispitanici imat će viša očekivanja od obrazovnog sustava, što dokazuju i prosječne vrijednosti percepcije stavova prema zdravstvenim uslugama, za razliku od ispitanika s nižim stupnjem obrazovanja. S druge strane odbacuje se pretpostavka da su stavovi pozitivniji (izraženiji) s porastom mjesečnog budžeta.

***H3: Majke djece s teškoćama u razvoju zadovoljnije su uslugama privatnih ustanova u odnosu na očeve.***

Temeljem rezultata analize iz tablice 1. može se zaključiti da hipoteza H3 nije potvrđena ( $t=2,65$ ;  $p<0,05$ ), odnosno može se zaključiti da majke nisu zadovoljnije uslugama privatnih ustanova u odnosu na očeve.

Primjerice, muškarci su zadovoljniji uslugama zdravstvenih ustanova i u prosjeku imaju pozitivnije stavove.

Obrazovanije osobe također su zadovoljnije uslugama zdravstvenih ustanova, ali imaju i pozitivnije stavove, dok kućni mjesečni budžet nije prediktor višeg zadovoljstva uslugama u zdravstvenim ustanovama.

## 7. ZAKLJUČAK

Zabrinutost stanovništva za zdravstvenu zaštitu i zdravstvene probleme raste, a korisnici zdravstvenih usluga traže i očekuju sve bolje i složenije usluge. Trendovi u svijetu, ali i Hrvatskoj, sve više adresiraju važnost problematike pružanja kvalitete zdravstvenih usluga.

U Hrvatskoj su trendovi očiti, a to je da raste broj zdravstvenih ustanova u privatnom vlasništvu. Samim time stvara se zdrava konkurencija postojećim javnim zdravstvenim institucijama i veći izbor ponude. Rezultat svega trebao bi biti rast kvalitete pruženih usluga. Istraživanje provedeno u sklopu završnog rada na 266 ispitanika, dokazuje da već sada postoji značajan jaz u pruženoj kvaliteti zdravstvene usluge između privatnih i javnih zdravstvenih institucija.

Doprinos rada sadržan je u sustavnom pregledu dostupnih izvora iz područja marketinga zdravstvenih usluga, preciznije mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga. Isto tako, doprinos proizlazi iz odabira te obrade teme koja je skromno zastupljena u domaćoj literaturi.

Rezultati dobiveni u ovom radu mogu pomoći menadžmentu i svim zaposlenicima zdravstvenih ustanova prilikom fokusa formiranja strategije koja će naposljetku dovesti do poboljšanja kvalitete.

Kao ograničenje rada svakako bi se trebalo istaknuti manjak disperzije ispitanika po gradovima te naglasiti ovaj aspekt kao sugestiju za buduće istraživače. Također preporuča se za buduća istraživanja napraviti kompletnu psihometrijsku analizu kako bi se instrument bolje prilagodio hrvatskom tržištu. Kao treće ograničenje potrebno je istaknuti broj ispitanika, koji bi za ovakav tip istraživanja trebao biti veći.

## POPIS LITERATURE

1. Škrobo, M. (2016): Obilježja socijalne kognicije kod osoba s poremećajem iz spektra autizma, posebnim jezičnim teškoćama i intelektualnim teškoćama. *Logopedija*, Vol. 6., No. 1., str. 6 – 13, dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/161790> (pristupljeno 17. 10. 2020.)
2. Ljubičić, M., Šare, S., Markulin, M. (2014): Temeljne informacije o zdravstvenoj njezi osoba s autizmom. *Sestrinski glasnik*, Vol. 19., No. 3., str. 231-122, dostupno na: [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=191799](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=191799) (pristupljeno 17. 10. 2020.)
3. Ozretić Došen, Đ., Škare, V., Škare, T. (2009): Mjerenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zaštite. *Revija za socijalnu politiku*, Vol. 17., No 1., str-27-44, dostupno na: [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=75218](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=75218) (pristupljeno 17. 10. 2020.)
4. Sopta, M., Mikić, M., Botički, M. (2017): Analiza utjecaja teorije agenata u privatnim i javnim poduzećima na primjeru hrvatskog zdravstvenog sustava. *Notitia-časopis za ekonomske, poslovne i društvene teme*, Vol 3., No 1., str. 103-123, dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/192277>, (pristupljeno 17. 10. 2020.)
5. Romstein, K. (2016): Razina uključenosti djece s teškoćama u razvoju predškolske dobi u odnosu na vrstu aktivnosti i vrstu teškoće. *Život i škola: Časopis za teoriju i praksu odgoja i obrazovanja*, Vol LXII., No 1., str. 165-176, dostupno na: [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=243525](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=243525) (pristupljeno 23. 9. 2020.)
6. Odak Krasić, S., Šaravanja, I. (2015): Socijalno poduzetništvo udruga u Republici Hrvatskoj kao način financiranja djelovanja udruga. *Obrazovanje za poduzetništvo*, Vol 5., No 2., str. 115-131, dostupno na:



- [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=220149](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=220149) (pristupljeno 17. 10. 2020.)
7. Crnković, I., Rukavina, M. (2012): Sport i unapređenje kvalitete života kod osoba s invaliditetom. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol 49., No 1., str.12-24, dostupno na: <https://hrcak.srce.hr/104207> (pristupljeno 17. 10. 2020.)
  8. Rašan, I., Car Ž., Pavliša Ivšac, J. (2017): Doživljaj samoga sebe i okoline kod roditelja djece urednog razvoja i roditelja djece s razvojnim teškoćama. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, Vol 53., No 2., str. 72-87, dostupno na: [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=282800](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=282800) (pristupljeno 23. 9. 2020.)
  9. Ostojić, R., Bilas V. (2012): E-zdravstvo – unapređenje zdravstvenoga sustava primjenom informacijske i komunikacijske tehnologije. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja*, Vol 21., No 4., str. 843-862, dostupno na: [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=140350](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=140350) (pristupljeno 23. 9. 2020.)
  10. Požgaj, V. (2012) Radna terapija u funkciji socijalne integracije djece s posebnim potrebama. *Dijete, vrtić, obitelj: Časopis za odgoj i naobrazbu predškolske djece namijenjen stručnjacima i roditeljima*, Vol 18., No 67., str. 26-28, dostupno na: [https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id\\_clanak\\_jezik=183116](https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=183116) (pristupljeno 23.9.2020)
  11. Vlah, N., Ferić, M., & Raguz, A. (2019): Nepovjerenje, spremnost i nelagoda roditelja djece s teškoćama u razvoju prilikom traženja socijalno-stručne pomoći. *JAHR*, 10(1), str. 75-97.
  12. Ajzen, I. (1991): The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), str. 179-211.

13. Popčević, K., Ivšac Pavlića, J., & Šimleša, S. (2015): Razvojna procjena i podrška djeci s poremećajima iz autističnog spektra. *Klinička psihologija*, 8(1), str. 19-31.
14. Gojsalić, I. (2016): *Marketing strategija u funkciji diferencijacije ustanove za zdravstvenu njegu* (Doctoral dissertation, University of Split. Faculty of economics Split.).
15. Milić Babić, M., & Laklija, M. (2013): Strategije suočavanja kod roditelja djece predškolske dobi s teškoćama u razvoju. *Socijalna psihijatrija*, 41(4), str. 0-225.
16. Burušić, J. (2017): *Razlikuju li se roditelji, učenici i nastavnici u stavovima prema osobama s tjelesnim teškoćama?* (Doctoral dissertation, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. Faculty of Education. Department of Social Sciences.).
17. Matas, T. (2018): *Djeca s teškoćama u razvoju i njihove obitelji* (Doctoral dissertation, University of Split. Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Split. Department of Pre-school Education.).
18. Bratković, D., & Teodorović, B. (2001): Osobe s teškoćama u razvoju u sustavu socijalne skrbi. *Revija za socijalnu politiku*, 8(3), 279-290, dostupno na: [https://hrcak.srce.hr/search/?show=results&styp=1&c%5B0%5D=article\\_search&t%5B0%5D=Osobe+s+te%C5%A1ko%C4%87ama+u+razvoju+u+sustavu+socijalne+skrb](https://hrcak.srce.hr/search/?show=results&styp=1&c%5B0%5D=article_search&t%5B0%5D=Osobe+s+te%C5%A1ko%C4%87ama+u+razvoju+u+sustavu+socijalne+skrb) (pristupljeno 23. 9. 2020.)
19. Matijaš, T., Ivšac Pavliša, J., & Ljubešić, M. (2014): Health care system in the domain of Early Childhood Intervention. *Paediatrica Croatica*, 58(4), 303-309, dostupno na: [https://hrcak.srce.hr/search/?show=results&styp=1&c%5B0%5D=article\\_search&t%5B0%5D=Health+care+system+in+the+domain+of+Early+Childhood+Intervention](https://hrcak.srce.hr/search/?show=results&styp=1&c%5B0%5D=article_search&t%5B0%5D=Health+care+system+in+the+domain+of+Early+Childhood+Intervention) (pristupljeno 13. 11. 2020.)

20. Tomic, A., Pavliša, J. I., & Šimleša, S. (2019): Uključivanje djece s teškoćama u razvoju i ustanove ranog i predškolskog odgoja i obrazovanja perspektive odgojitelja. *Hrvatska Revija za Rehabilitacijska Istraživanja*, 55(2), str. 40-52.
21. Kalauz, S. (2015): *Organizacija i upravljanje u području zdravstvene njege*. Medicinska naklada.
22. Blumenthal, D. (1996): Quality of care—what is it? *The New England Journal of Medicine*. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199609193351213> (pristupljeno 13. 11. 2020.)
23. Pelchat, D., & Lefebvre, H. (2004): A holistic intervention programme for families with a child with a disability. *Journal of Advanced Nursing*, 48(2), str. 124-131.
24. Oluremi, F. D. (2015): Domestic "Violence Against Women In Nigeria.". *European Journal of Psychological Research*, 2(1), str. 82-89.
25. Leutar, Z., & Oršulić, V. (2015): Povezanost socijalne podrške i nekih aspekata roditeljstva u obiteljima s djecom s teškoćama u razvoju. *Revija za socijalnu politiku*, 22(2), 153-176.
26. Pećnik, N., Ljubešić, M., & Starc, B. (2015): Moderatoru učinkovitosti programa podrške roditeljstvu " Rastimo zajedno Plus". *Rana intervencija u djetinjstvu: sveobuhvatnost, pravednost i kvaliteta sustava podrške*, 61. <https://www.bib.irb.hr/782393?rad=782393> (pristupljeno 18. 11. 2020.)
27. McWilliam, R. A. (2010): *Routines-based early intervention. Supporting Young Children and Their Families*. Baltimore: Brookes.
28. Oluremi, F. D. (2015). Domestic "Violence Against Women In Nigeria.". *European Journal of Psychological Research*, 2(1), str. 24-33. <http://www.idpublications.org/wp->

<content/uploads/2014/12/DOMESTIC-VIOLENCE-AGAINST-WOMEN-IN-NIGERIA.pdf> (pristupljeno 18. 11. 2020.)

29. Knestrict, T., & Kuchey, D. (2009): Welcome to Holland: Characteristics of resilient families raising children with severe disabilities1. *Journal of family studies*, 15(3), str. 227-244.
30. Cvitković, D., Žic Ralić, A., & Wagner Jakab, A. (2013): Vrijednosti, interakcija sa zajednicom i kvaliteta života obitelji djece s teškoćama u razvoju. *Hrvatska revija za rehabilitacijska istraživanja*, 49 (Supplement), str. 10-22.
31. Pighini, M. J., Goelman, H., Buchanan, M., Schonert-Reichl, K., & Brynensen, D. (2014): Learning from parents' stories about what works in early intervention. *International Journal of Psychology*, 49(4), str. 263-270.
32. Kashinath, S., Woods, J., & Goldstein, H. (2006): Enhancing generalized teaching strategy use in daily routines by parents of children with autism. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research.*, (49), str. 466-485.  
[https://www.researchgate.net/profile/Howard-Goldstein/publication/6996113\\_Enhancing\\_generalized\\_teaching\\_strategy\\_use\\_in\\_routines\\_by\\_parents\\_of\\_children\\_with\\_autism/links/0a85e535bcbc33ab7b000000/Enhancing-generalized-teaching-strategy-use-in-routines-by-parents-of-children-with-autism.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Howard-Goldstein/publication/6996113_Enhancing_generalized_teaching_strategy_use_in_routines_by_parents_of_children_with_autism/links/0a85e535bcbc33ab7b000000/Enhancing-generalized-teaching-strategy-use-in-routines-by-parents-of-children-with-autism.pdf) (pristupljeno, 18. 11. 2020.)
33. Blue-Banning, M., Summers, J. A., Frankland, H. C., Nelson, L. L., & Beegle, G. (2004): Dimensions of family and professional partnerships: Constructive guidelines for collaboration. *Exceptional children*, 70(2), str. 167-184.
34. Pintaric Mlinar, L., Bratkovic, D., & Mamic, D. (2013): Parent's Satisfaction with Some Features of Early Care Provisions for Children with Different Levels of Intellectual Disabilities. *Journal of special education and rehabilitation*, 14(3-4), str. 22-42.

35. ESPE-SHERWINDT, M. A. R. I. L. Y. N. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support for learning*, 23(3), str. 136-143.
36. Bakija, I. (1993): *Osiguranje kvalitete proizvoda i usluga po normama ISO 9000*—Novi zahtjevi.
37. Pauletić, V. (2009): Javno dobro i privatni interes, *Zbornik radova znanstveno- stručnog skupa, Ekonomika i menadžment u javnom sektoru*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka. str. 151-172.
38. Džinić, J. (2012): Nagrade u javnom sektoru- podizanje kvalitete kroz natjecanje i suradnju, *HKJU- CCPA*, vol. 12, no.4. p. 1003-1036.
39. Bertoni, M., De Rosa, B., & Dražić Lutilsky, I. (2017): Opportunities for the improvement of cost accounting systems in public hospitals in Italy and Croatia: A Case Study. *Management: journal of contemporary management issues*, 22 (Special Issue), str. 109-128.
40. Vašiček, V., Dražić Lutilsky, I., Dragija, M., Bertoni, M., De Rosa, B., Grisi, G., ... & Juroš, L. (2016): *Procesni pristup obračunu troškova u sustavu zdravstva*. Zagreb: Tim4Pin.
41. Šarić, M. (2016): Opravdanost privatizacije hrvatskog javnog sektora modelom outsourcinga. *Zbornik radova Međimurskog veleučilišta u Čakovcu*, 7(2), str. 99-107.
42. Porter, M. E. (1990): The competitive advantage of nations. *Competitive Intelligence Review*, 1(1), str. 14-14.
43. Renko, N. (2009): *Strategije marketinga*. Zagreb: Naklada Ljevak.
44. <https://wearesocial.com/> (pristupljeno, 12. 1. 2021.)

45. Osterwalder i Pigneur (2010): „*Business model generation: a handbook for visionaries, game changers, and challengers*“, John Wiley&Sons
46. Brown, S. (2010): Where the wild brands are: Some thoughts on anthropomorphic marketing. *The Marketing Review*, 10(3), str. 209-224.
47. Osterwalder, A., & Pigneur, Y. (2010): *Business model generation: a handbook for visionaries, game changers, and challengers*. John Wiley & Sons.
48. Muller, J., & Srića, V. (2005): *Upravljanje odnosom s klijentima*. Zagreb: Delfin.
49. Kotler, P., & Lee, N. (2008). *Social marketing: Influencing behaviors for good*. Sage.
50. <http://planb.hr/content-marketing-revolucija/> (pristupljeno, 7. 12. 2020.)
51. Pulizzi, J. (2013): *Epic content marketing*. McGraw-Hill Publishing.
52. Ružić, D., Biloš, A., & Turkalj, D. (2009): *E-marketing*, II. izdanje.
53. Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980): Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological bulletin*, 88(3), 588.
54. Hayduk, L. A. (1987): *Structural equation modeling with LISREL: Essentials and advances*. Jhu Press.
55. [https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011\\_07\\_79\\_1693.html](https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_79_1693.html) (pristupljeno 20. 1. 2021.)

## POPIS TABLICA

<b>Tablica 1.</b> <i>Zdravstvene ustanove specijalizirane za rad s djecom s teškoćama u razvoju.</i> .....	8
<b>Tablica 2.</b> <i>Prednosti i mane privatnih i javnih zdravstvenih ustanova.</i> .....	13
<b>Tablica 3.</b> <i>Distribucija frekvencija nominalnih varijabli.</i> .....	29
<b>Tablica 4.</b> <i>Deskriptivna statistika indikatora konstrukata u analizi.</i> .....	32
<b>Tablica 5.</b> <i>Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između muškaraca i žena u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.</i> .....	30
<b>Tablica 6.</b> <i>Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika koji posjećuju privatne i javne zdravstvene ustanove u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.</i> .....	31
<b>Tablica 7.</b> <i>Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika ovisno o dobnim granicama u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.</i> .....	32
<b>Tablica 8.</b> <i>Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika ovisno o stupnju obrazovanja u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.</i> .....	32
<b>Tablica 9.</b> <i>Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika ovisno o mjesečnom budžetu u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.</i> .....	33
<b>Tablica 10.</b> <i>Deskriptivni pokazatelji i testiranje statistički značajnih razlika između ispitanika ovisno o broju djece u zadovoljstvu, stavovima i društvenim normama u kontekstu zadovoljstva kvalitetom zdravstvenim ustanovama.</i> .....	38
<b>Tablica 11.</b> <i>Korelacijska matrica promatranih varijabli u istraživanju.</i> .....	39
<b>Tablica 12.</b> <i>Rezultati regresijskog sažetka.</i> .....	36
<b>Tablica 13.</b> <i>Rezultati skupnog testa o značajnosti regresije (ANOVA).</i> .....	36
<b>Tablica 14.</b> <i>Tablica koeficijenata u modelu višestruke linearne regresije.</i> .....	37

## **POPIS SLIKA**

<b>Slika 1.</b> <i>Tri generičke strategije upravljanja uslugama u zdravstvenim ustanovama.</i> .....	15
<b>Slika 2.</b> <i>Faze inbound marketinga</i> .....	19
<b>Slika 3.</b> <i>Razlike tradicionalnog marketinga i marketinga sadržaja</i> .....	22
<b>Slika 4.</b> <i>Model višestruke linearne regresije zadovoljstva uslugama u zdravstvenim ustanovama.</i> .....	39