

## Modellezhető-e az egészségügyi szolgáltatások sikeressége?

*How can the success of health services be modelled?*

HETESI ERZSÉBET

egyetemi tanár, Szegedi Tudományegyetem, [hetesi@eco.u-szeged.hu](mailto:hetesi@eco.u-szeged.hu)

BÉLA-CSOVCSICS ANDREA

egyetemi tanársegéd, Szegedi Tudományegyetem, [csovcsics.andrea@eco.u-szeged.hu](mailto:csovcsics.andrea@eco.u-szeged.hu)

### **Absztrakt**

Tanulmányunkban az egészségügyi szolgáltatások sikerességének modellezésére vállalkozunk, mégpedig szolgáltatói oldalról. Az egészségügyi szolgáltatások minőségének és eredményességének rövid szakirodalmi áttekintése után a betegelégedettségi modellek és saját kvalitatív kutatásunk eredményeit felhasználva azonosítjuk a sikeresség legfontosabb hard és soft dimenzióit, és felvázoljuk kutatási modellünket. A mélyinterjúk kutatásaink eredményei felhívják a figyelmet arra, hogy a minőségi dimenziók a szolgáltatást nyújtók oldaláról nehezen azonosíthatók, és a sikeresség szempontjából új dimenziók megragadásában is segítségül szolgálnak. Bár kvalitatív kutatásunk megerősíti, hogy az egészségügyi ágazatra vonatkozóan nehéz általánosítani a kétoldalú kockázatterzetet csökkentő mechanizmusokat, jelen tanulmányban egy olyan modellt fejlesztettünk ki, amely két szempontból jelenthet újdonságot: egyrészt a minőség technikai és funkcionális dimenzióit szolgáltatói oldalról vizsgálja, másrészt a minőség mellett a sikerességet nem csupán az egészséggazdaságtani, hanem az emberi oldalról is meg kívánja közelíteni.

*Kulcsszavak: egészségügyi szolgáltatások sikeressége, hard minőségi tényezők, soft minőségi tényezők, technikai minőség, funkcionális minőség*

In our study, we are attempting to model the success of health services from the service provider side. After a short review of the quality and effectiveness literature of healthcare services, we use the patient satisfaction models and the results of our own qualitative research to identify the most important hard and soft dimensions of success and outline our research model. The results of our in-depth interviews draw attention to the fact that quality dimensions are difficult to identify from service providers, they also help in capturing new dimensions of success. Although our qualitative research confirms that it is difficult to generalize the risk reduction mechanisms in the health sector, in this study we have developed a model that can be novel in two aspects: on the one hand, it examines the technical and functional dimensions of quality from the service side, and on the other hand, it wants to approach the success not only from the health economics, but also from the human side.

*Keywords: health service success, hard quality factors, soft quality factors, technical quality, functional quality*

## **Köszönetnyilvánítás:**

A kutatást az EFOP-3.6.1-16-2016-00008 azonosítószámú, EU társfinanszírozású projekt támogatta.

### **1. Bevezetés**

Az egészségügyi szolgáltatások minőségének, eredményességének, sikerességének mérése az utóbbi időkben a kutatók érdeklődésének középpontjába került, és ennek egyik vetülete a marketing alapú megközelítés. Az elmúlt évtizedekben a minőségi, betegelégedettségi kutatások cizellálódtak, és egyre plasztikusabb megközelítésekkel találkozhatunk. Ez a tendencia nem meglepő, hiszen az egészségügyi ellátórendszernek számos olyan új kihívással kell szembesülnie, amelyekre adandó válaszok differenciálást igényelnek. Az új technikai-technológiai fejlődés, új és ismeretlen betegségek megjelenése, az új kezelési elvárások, módszerek, a társadalom növekvő elvárása mind-mind új megközelítést igényelnek. A sok „új” jelző arra is utal, hogy a kutatási kérdések is nagyon különbözőek. Az egészségügyi szolgáltatások „minősége”, „színvonala”, „hatékonysága”, „eredményessége”, „sikeressége” olyan kategóriák, amelyek vizsgálata és mérésmódszertana önmagában is szerteágazó, másrészt e dimenziók elválaszthatatlanok egymástól.

Tanulmányunkban egy olyan modellt kívánunk kísérleti jelleggel megalkotni, amelyben megpróbáljuk azonosítani az egészségügyi ellátás sikerességét szolgáltatói oldalról befolyásoló tényezőket, majd a konceptualizálás után előkészíteni egy kvantitatív kutatási tervet. Hogy mi is lesz a kimenete egy szolgáltatásnak nem csak az igénybe vevőn múlik, hanem a szolgáltatás nyújtóján is. Az eredmény tehát a szolgáltatási folyamat kimenete, amelyben többnyire mindkét fél szerepet játszik, az egészségügyben pedig akkor tartjuk sikeresnek a szolgáltatást, ha az a nyújtók részéről is értékelhető (teljesítik az elvárásokat), és a szolgáltatással az igénybe vevő is elégedett. Ezt nevezi a szolgáltatásmarketing kétoldalú kockázaterzetnek, és kutatási célunk az, hogy ennek szolgáltatói oldalát is feltárjuk.

Modellünk kialakítása során támaszkodunk a szakirodalmi megközelítésekre, valamint saját kvalitatív kutatásaink eredményeire. A tanulmány első részében nagyon vázlatosan összegezzük, hogy általában milyen dimenziókat használnak az egészségügyben az eredményességi, minőségi, elégedettségi, modellekben, majd kvalitatív kutatási eredményeinkből is bemutatunk néhány releváns eredményt, végül ismertetjük kísérleti modellünket.

### **2. Az egészségügyi szolgáltatások eredményessége, minősége és az elégedettség megközelítése a szakirodalomban**

#### *2.1. Az egészségügyi ellátás értelmezésének aspektusai*

Az eredményesség, sikeresség, minőség kapcsán az egészségügyi szolgáltatásoknál a megközelítések arzenáljával találkozhatunk. Az egyik vonulat a közgazdasági megközelítés (GULÁCSI, 2005), a másik a humán tényezők hangsúlyozása (RÓZSA 2017).

Az egészség-gazdaságtani elemzésekben a hangsúly az alkalmazott eljárások tudományos/szakmai alkalmasságán alapul. Gulácsi (2005) szerint az egészségügyben a döntéshez alapvetően a tevékenységek költségeinek és azok következményeinek összehasonlítására van szükség, a közgazdasági vizsgálatok fő célja az alternatív lehetőségek összehasonlító vizsgálata. A fenti megközelítések olyan fogalmakat használnak, mint a költségminimalizálás, költséghasznosság, ám ezek önmagukban nem képesek azt a komplex szolgáltatást minősíteni, ami az egészségügy. A másik megközelítés (RÓZSA, 2017) amellet foglal állást, hogy az orvos-beteg kapcsolat orvos-páciens kapcsolattá válása a modern medicina egyik alapeleme, ahol a páciens áll a középpontban. A mi megközelítésünk valahol a kettő között helyezkedik el: miközben az eredményesség valóban mérhető egzakt mutatókkal, annak humán aspektusai is vannak, a sikeresség pedig semmiképpen nem értelmezhető kizárólag gazdasági mutatók teljesítésé mentén.

Amikor azonban az egészségügyi szolgáltatások értékeléséről beszélünk érdemes figyelembe venni, hogy a struktúra, a folyamat és az eredmény mást és mást jelenthet az egészségügy szereplőinek. Az érintett szereplők három csoportra oszthatók, és három szempontból értékelik az ellátás rendszerét.

1. sz. tábla Az ellátás értelmezési aspektusai

2.

Érintettek	Modell-elem		
	STRUKTÚRA	FOLYAMAT	EREDMÉNY
Menedzserek, szakemberek	<ul style="list-style-type: none"> <li>pénz, szakmai képzettség, kompetencia</li> <li>épületek, vizsgálók, eszközök</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a betegellátáshoz szükséges feltételek, intézmény működőképessége</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>gazdaságos eredmény, vevői elégedettség</li> </ul>
Orvosok	<ul style="list-style-type: none"> <li>eszközök, munkahelyek komfortja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a diagnosztikus és terápiás folyamatok,</li> <li>mérlegelési</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>a beteg tájékoztatásának eredménye, klinikai eredmények az adott betegnél</li> </ul>
Páciensek	<ul style="list-style-type: none"> <li>ápolás körülményei, információs lehetőségek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>eljárások megterhelése (fájdalom, időtartam)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>szellemi és testi állapotában, életminőségében bekövetkezett változás</li> </ul>

Forrás: <http://www.pro-qaly.hu/az-egeszsegugyi-ellatas-minosegenek-komponensei-88.html>, alapján saját szerkesztés

Az eredményességi szempontot preferáló menedzserek számára az ellátás sikeressége főként gazdasági mutatókban mérhető (anyagi források, megfelelő munkaerő, kimeneti haszon). Az orvosok és az ellátó személyzet más szempontokat tartanak fontosnak: szeretnének olyan környezetben dolgozni, ahol a sikeres munkához adottak az anyagi, felszerelési, humán erőforrás feltételek, a munkához szükséges komfort és biztonság. A páciens a fentiek közül áttételesen mindegyik érdekli, de a páciens alapvetően gyógyulni akar, és elégedetten távozni az ellátás végén. Ehhez azonban a szereplők magatartásának és a Donebedian (1988) féle minőség-modell három elemének találkozására lenne szükség.

## *2.2. Minőség az egészségügyben*

Már a fentiek alapján is látható, hogy nehéz mindenki által elfogadható definíciót adni az egészségügyi ellátás minőségére. A szolgáltatásminőség definiálása is nehéz, az egészségügyben pedig – annak komplexitása miatt – nagyon sokszínű a minőség megközelítése. Témánk szempontjából azokat a szakirodalmi megközelítéseket tartjuk relevánsnak, amelyek a technikai és funkcionális minőség különbségeire hívják fel a figyelmet (PARASURAMAN et al., 1985; DONABEDIAN, 1988; SIMON, 2010; GÓDÉNY et. al, 2009). Sajnos terjedelmi korlátok miatt nincs módunk részletesen bemutatni az egészségügyi minőségre vonatkozó releváns szakirodalmi megközelítéseket, így csak a témánk szempontjából fontos elemeket emeljük ki.

Donabedian (1988) a hármas modellben kiemeli a második komponens (folyamat) során az interperszonális kapcsolatok fontosságát: azt, ahogyan a páciens információkat nyújt a diagnózis felállításához, és kinyilvánítja preferenciáit az ellátással kapcsolatban; valamint ahogyan az orvos a betegséggel és annak menedzselésével kapcsolatos információkat nyújt és motiválja a páciens. A német szakirodalom a modern medicina alapvető elemének tekinti az orvos-páciens viszonyt (WOLFF 2006; VOLMANN 2008; in: RÓZSA, 2017), és a személyre szabott, empatikus szolgáltatást, a páciens döntésekben való részvételét, az informálódás lehetőségét egyre inkább hangsúlyozza az egészségügyi minőséget elemző szakirodalom (LEE-YOM, 2007; KINCSESZÉ, 2013).

## *2.3. Elégedettség az egészségügyben*

A szakirodalomban számos megközelítést találunk a betegelégedettség vizsgálatára, amelyek próbálják megragadni, hogy az egészségügyi szolgáltatásokat igénybe vevők milyen tényezőket tartanak fontosnak (JENKINSON et al., 2002; SJETNE et al., 2011; KINCSESZÉ 2013; LERCHER, 2013), kevés azonban az olyan megközelítés, amely a „másik” oldal szerepét is hangsúlyozná (VILARES-COELHO, 2003; RÓZSA, 2017; VERES et al. 2005). A páciensek, betegek elégedettségére vonatkozó kutatási modellek szituáció-specifikusan igyekeznek megragadni a minőségi, elégedettségi dimenziókat (GÓDÉNY, 2012; FAHLENBRACH, 2011), ám általánosan elfogadott modellel – a heterogenitás miatt - nem találkoztunk. A leggyakrabban használt dimenziók a következők:

- várakozási idő

- fizikai környezet
- szakmai felkészültség
- kommunikáció, informálódási lehetőség
- a páciens bevonása a döntésekbe, egyenrangú orvos-páciens viszony
- empátia, gondoskodás

A fenti dimenziók természetesen az adott vizsgálati kérdés, a szolgáltatás jellege, az ellátás típusa szerint változó súllyal jelennek meg. A következőkben saját kutatási problémánkat, kvalitatív kutatási eredményeinket mutatjuk be.

### **3. Kutatási probléma, kvalitatív kutatási eredmények**

#### *3.1. Kutatási probléma és kutatási kérdések*

Kutatásunk során arra a kérdésre keressük a választ, hogy az egészségügy szereplői miben látják az egészségügyi szolgáltatások sikerességét. Kutatási problémánk, az, hogy vajon mely sikerességi dimenziók relevánsak az egészségügyi szolgáltatást nyújtók oldaláról? A kutatás feltáró jellegű, ugyanis csak szolgáltatói oldalról, és csak hazai környezetben keressük a választ arra, hogy vajon mit tesznek az egészségügyi szereplők a kétoldalú kockázaterzet csökkentése érdekében, miben látják a szolgáltatás sikerességét.

A kutatás első szakaszában kvalitatív módszerrel (mélyinterjúk) az egészségügyi szolgáltatók oldaláról kívántuk megismerni a szereplők véleményét a specialításokról, és arról, hogy milyen eszközökkel csökkenthető a kétoldalú kockázaterzet a szolgáltatást nyújtó részéről.

Kvalitatív kutatásunkban számos kérdést vizsgáltunk, de jelen tanulmányban ezeknek csak egy részét mutatjuk be.

1. Mi tekinthető minőségnek az egészségügyben, melyek a sikeresség dimenziói?
2. Milyen szerepe van annak, hogy a páciens részt vesz a folyamatban? Bevonják-e az igénybe vevőt a döntésekbe, milyen a kommunikáció? Milyen szerepe van a szolgáltatást nyújtóknak (frontvonal) a szolgáltatásban?
3. Hogyan kezelik a kereslet ingadozásait, milyennek ítélik meg a fizikai környezet szerepét az ellátásban?

Az interjúk 2018. január 15. és február 20. között készültek, az alanyok között szerepelt sebész, kutató orvos, gyermekorvos, gyógypedagógus-logopédus, védőnő, ápolónő. Az interjúk megszervezése az egészségügyi dolgozók leterheltsége miatt nem volt egyszerű, de akik vállalták a beszélgetést mindannyian készségesek voltak, és számos hasznos információval szolgáltak. Összesen 10 interjú készült, melynek eredményeit az alábbiakban összegezzük.

#### ***Minőség***

A minőség a szolgáltatások estében sem értelmezhető általánosan, és ugyanez fokozottan jelentkezik az egészségügyi szolgáltatásoknál. Hogy mi a minőség, azt általában a páciensek

oldaláról közelítik meg a szakirodalomban, mi azonban arra voltunk kíváncsiak, hogy mit tartanak minőségi szolgáltatásnak az egészségügyben praktizálók.

*„Én azt gondolom, hogy mást jelent a minőség a szolgáltatónak, és mást a szolgáltatást igénybe vevőnek. Nyilván a szolgáltatást igénybe vevőnek nincs annyi információja, hogy milyennek kell lennie a szolgáltatásnak, vagy milyen egy jó terápia, jó kezelés, mint mondjuk aki nyújtja a szolgáltatást, de én azt gondolom, hogy valamilyen elvárást mind a két fél megfogalmaz. Mondjuk az orvos is, hogy a műszer hogy működjön, vagy maga az ellátási folyamatnak milyennek kellene lenni, meg maga a beteg is megfogalmaz egy elvárást és ennek az elvárásnak való megfelelés és ennek a megvalósulásának a mértéke szerintem, amit úgy minőségnek tekinthetünk. (kutató orvos)*

*„Az egészségügy minősége - mindenki azt mondja-, hogy nem pénzkérdés. Ebben is van egyféle igazság. De elsődlegesen pénzkérdés. Legyenek megfelelő berendezések, felszerelés, modern technika... (baleseti sebész)*

A minőség kapcsán nem tudtunk érdemi következtetést levonni az interjúalanyok válaszaiból, ugyanis azok semmilyen érdemi csoportosítást nem jeleztek. Az eszközigenyes ellátások a fejlett technológiában, a forrásigenyes területek a finanszírozásban látják a jobb minőség lehetőségét, de a klasszikus szolgáltatásminőség dimenziók nem fogalmazódtak meg. E tényezőkkel sokkal inkább a sikeresség esetében találkoztunk.

### **Sikeresség**

*„Megfelelően jól kell készíteni a beteget. Ha bízik a beteg, hisz a beteg, jobban gyógyul, ha parázik, bevonzza a rosszat. Meg kell akarni gyógyulni. Az orvos oldaláról az empátia nagyon fontos, átérezni, megpróbálni megérteni az ő helyzetét. Itt emberekkel dolgozunk, ez nem futószalag, minden beteg más, de az orvos se robot. (aneszteziológus)*

*„Mindenképp egyfajta pozitív légkört kell teremteni, ami az ember kisugárzásából is ered, a terapeuta kisugárzásából, és minden esetben meg kell találni a beteggel a közös hangot (főápolónő)*

A szolgáltatás sikerességét is különbözőképpen ítélik meg a válaszadók. Az empátia, a bizalom, az odafigyelés többször is előkerül, és ami figyelemre méltó, hogy ezekben az interjú részletekben is sokkal inkább az emberi méltóságot, az odaadást, a türelmet, az egyedi elbánást említik meg az interjúalanyok, mintsem a szakértelmet. Itt jelenik meg markánsan a személyiségjegyek fontossága is.

### **Döntésekbe való bevonás**

Az egészségügyi szolgáltatás folyamat jellege kapcsán is differenciált, és újszerű eredményeket kaptunk. Azt már a szakirodalomból is jól ismerjük, hogy a folyamatban való részvétel ideje (CHASE, 1978), az aktivitás szintje az igénybe vevő részéről eltérő lehet (HUBBERT, 1995), ám az interjúalanyok ennek kapcsán is cizellálják az általánosításokat.

*„A beteg részvétele a folyamatban eltérő. Sürgősségi ellátás, vagy akut helyzet esetén nincs olyan állapotban a beteg, hogy bevonhatnánk a folyamatba, de más esetekben, ha a beteg igényli, akkor figyelembe kell vennünk a kéréseit. Ez életkor függő is: a fiatalabbak tájékozottak, kérdeznek, az idősek inkább rábízák magukat az orvosra. De az egészségügyben mindig jelen van az információs aszimmetria is...” (kutató orvos, fertőző osztály)*

*„Bevonás a döntésekbe? Nem tudja az ember fölmérni, hogy milyen lesz a beteg közreműködő képessége, ez szinte lehetetlen. Főleg akkor van probléma, amikor több lehetőség is van, amikor megbeszéljük minnek mi a hatása, mekkora az esélye a gyógyulásnak. Ilyenkor nehezen dönt a beteg is.” (főorvos, baleseti sebész)*

*„A betegek hülyék! Nem az a fontos nekik, hogy az orvosnak milyen a szakmai felkészültsége, hanem hogy kedves-e, beszélget-e vele, kérdezget-e. Nem attól fog meggyógyulni, hogy valaki cseveg, hanem attól, hogy jól végzi a munkáját.” (klinikai orvos)*

Az eredmények fontos dilemmákat vetnek fel: valóban a páciens érdeklődése zavarja a gyógyítási folyamatot, vagy szükséges a beteg bevonása a gyógyítása folyamatba? Az általános elégedettségi kutatások többsége az orvos szakmai felkészültsége mellett (SZATMÁRI, 2009; SZATMÁRI et al. 2010) a felvilágosítást és a kommunikációt tartják fontos tényezőnek (BOWLING et al, 2013), de jelen kutatásból is világosan látható, hogy a beteg bevonása a döntési folyamatba, és a kommunikáció esetenként korlátokba ütközik.

### ***Kapacitásmenedzsment, fizikai környezet***

Az elégedettségi felmérések szinte mindegyike kiemelten foglalkozik az egészségügyben a várakozási idővel. Az igénybe vevők oldalán ez az egyik leginkább kifogásolt elem a szolgáltatásnál, hiszen a folyosókon várakozással eltöltött idő feleslegesnek és elviselhetetlennek tűnik, mert a betegek megoldást várnak problémájukra (KRONEMAN et al, 2006, SZATMÁRI, 2009). A szolgáltatói oldal viszont úgy érzi, hogy mindent próbál megtenni a várakozási idő csökkentése érdekében, és ez a törekvés az interjúalanyok válaszaiból is egyértelműen érződik. A várakozási idő megoldatlan problémáját többnyire külső okokban keresik a válaszadók.

*„Az időt nehéz kezelni. Az egy betegre jutó idő nagyon kevés. Nem azért, mert a beteg, vagy az orvos nem ér rá, hanem azért, mert annyi a beteg egy orvosra vetítve nálunk, hogy az kezelhetetlen.” (sebész)*

*„A csúcsidőszakok nagyon nehezen kezelhetőek. Sorszámot szoktunk adni a betegeinknek, hogy nagyjából tudják mire számíthatnak, de a várandós kismamák, az egy éves kor alatti kisbabák és az egészségügyi dolgozók előnyt élveznek.” (gyermekorvos, pulmonológus)*

A hazai egészségügyben a fizikai környezettel kapcsolatban a páciensek véleménye attól függően változik, hogy milyen szintű ellátásban vesznek részt. A háziorvosi praxisokban általában elégedettek az igénybe vevők (SZATMÁRI et al. 2010), míg a kórházi és klinikai ellátásban részesülők kritikákat fogalmaznak meg<sup>11</sup>. Kutatásunk eredményei ebben a kérdésben a szolgáltatók oldaláról is megerősítik a tendenciákat.

---

<sup>11</sup> [http://medicalonline.hu/eu\\_gazdasag/cikk/egy\\_betegelegedettsegi\\_felmeres\\_tanulsagai](http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/egy_betegelegedettsegi_felmeres_tanulsagai)

*„A fizikai környezeten a tárgyi berendezéseket értem, akár a váróban elhelyezett székek jelenléte, hogy le tud ülni a beteg, a mellékhelyiségek jelenléte, mert van, ahol nagyon sokat menni, vagy nincs is, azok tisztasága, a kézmosó, a fertőtlenítőszer adagoló...” (kórházi orvos)*

*„Tulajdonképpen ez annyira eltérő, annyira változó, szakmánként is más- és más. Hiába van európai szintű vagy a fölötti technika, ha egyrészt hol működik a lift, hol nem. Mondjuk, leszáll egy helikopter a beteggel, de ha nem működik a lift, akkor háromnegyed óra alatt ér le a beteg a sürgősségre, a lépcső olyan keskeny, hogy 5 embernek kell egy embert cipelnie a lépcsőfordulóban.” (sebész)*

Interjúalanyaink véleménye ebben a kérdésben láthatóan hasonló a témában végzett más kutatási eredményekhez.

#### **4. Modellfejlesztés**

##### *4.1. A modell sajátosságai*

A szakirodalmi feldolgozás és az interjú felmérés alapján próbáltunk egy új kutatási modellt kifejleszteni. Megközelítésünkben három újszerűséget tartunk figyelemre méltónak:

- az egészségügyi szolgáltatások eredményessége kapcsán nem páciens elégedettséget kívánunk mérni, hanem magának a szolgáltatásnak a sikerességét szolgáltatói oldalról, nevezetesen az ellátó személyzet oldaláról (nem kifejezetten gazdasági eredményességi kimeneteket vizsgálunk, azaz nem a menedzserek munkáját vesszük górcső alá)
- az érintettek körében olyan sikerességi, eredményességi dimenziókat is beépítünk modellünkbe, amelyeket interjú felmérésünkre alapozunk (bizalom, személyiségjegyek)
- megpróbáljuk a szolgáltatói oldalról azonosított eredményességi dimenziókat operacionalizálni úgy, hogy a „kétoldalú kockázatérzet” értelmében figyelembe vesszük a páciens oldalon validált itemeket, de újakat is megfogalmazunk

Modellünkben a szolgáltatás minőségi tényezőit hard és soft elemekre bontottuk:

- hard elemeknek tekintettük azokat a tényezőket, amelyek „dologi” oldalról is jól kezelhetők a szolgáltatást nyújtók részéről (várakozási idő, fizikai környezet, szakmai felkészültség, automatizálás, sztenderdizálás) = technikai minőség = teljesítmény
- soft elemek azok a tényezők, amelyek nem írhatóak elő, de elvárhatóak, és ezek inkább „humán, emberi, emocionális” hozzáállást igényelnek (kommunikáció a pácienssel, empátia, panaszok kezelése, bizalom, személyiségjegyek) = funkcionális minőség = emberi hozzáállás

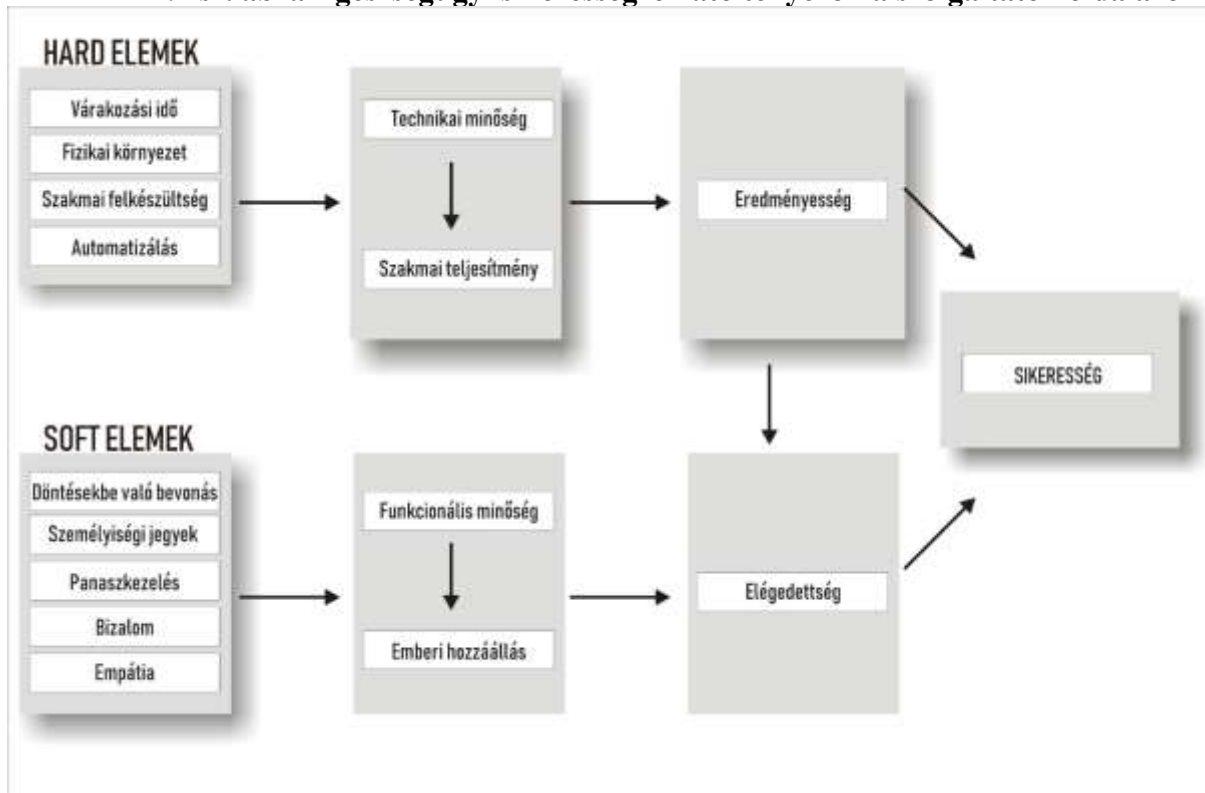
Megítélésünk szerint a két tényező együttesen eredményezi az észlelt minőséget, és ez hat az elégedettségre. Ha mindkét minőségi dimenzió megfelel a saját (szolgáltatói) elvárásnak, akkor tekinthető elégedettnek a szolgáltatást nyújtó, és akkor érzi sikeresnek a nyújtott szolgáltatást.

A modell és a megközelítés látszólag meghökkentőnek tűnik, de interjú vizsgálatunk eredményei bátorítottak bennünket arra, hogy megpróbáljuk felmérni, vajon milyen lehetőségek (szándékok) vannak szolgáltatói oldalról a gap-ek mérséklésére, és a kétoldalú kockázatérzet csökkentésére, az eredményesség növelésére.



A szakirodalmi modellek tényezői és az interjúk eredményei alapján úgy gondoljuk, hogy modellünknek van létjogosultsága, és érdemes azt tesztelni (1. sz. ábra).

**1. sz. ábra Egészségügyi sikerességre ható tényezők a szolgáltatók oldaláról**



#### 4.2. Konceptualizálás

Modellünkben a függő változó a sikeresség, amelyet Porter és szerzőtársa úgy határoznak meg, hogy ki kell tűzni az egészségügyi érték növelésének célját, nem csökkentve az egészségügyi előnyöket, azaz a sikerességet az egészség-haszon kombinációval mérik (Porter-Teisberg 2006). Mi ezt a mérőszámot másként értelmezzük, és megközelítésünkben a sikeresség az alábbiakat jelenti:

*Modellünkben a sikerességét a szakmai eredményesség és a szolgáltatói elégedettség következményének tekintjük, ahol az a sikeres tevékenység, ahol a szakmai teljesítmény mellett a humán tényezők, az emberi hozzáállás elégedettsége is megjelenik.*

A minőségi dimenziókat egyértelműen hard és soft elemekre bontottuk, és a hagyományos megközelítésekhez képest a hard tényezők (technikai minőségre ható tényezők) között új dimenzióként jelenik meg az automatizálás, a protokoll, vagy más néven az evidence based gyógyítás. A várakozási idő, a fizikai környezet és a szakmai felkészültség a korábbi modellekben már definiált fogalmak, és azok mérőskálái is validáltak.

A technikai minőség új elemét mi a következőképpen határoztuk meg: *automatizálásnak, sztenderdizálásnak, protokollon alapú eljárásnak tekintünk minden olyan szándékot, amely az egyéni jellemzők helyett a tapasztalatokon alapuló gyógyítást preferálja.*

Az interperszonális kapcsolatok az egészségügyben a funkcionális minőséget jelentik, amely a technikai teljesítményt segítheti vagy akadályozhatja, mégis olyan tényező, melyet gyakran figyelmen kívül hagynak az elemzések, főként azért, mert az egyéni szempontok miatt szinte lehetetlen általánosítani (DONABEDIAN, 1988). Modellünkben a soft elemeket humán tényezőknak tekintjük, és a klasszikus elemek (döntésekbe való bevonás, empátia mellett) új tényezőként emeltük be a személyiségjegyeket, a panaszkezelést és a bizalmat. Ezeket az alábbiak szerint definiáltuk:

*A személyiségi jegyek közé soroljuk az etika alapelvek alkalmazását, a morális magatartást, az egyenlő bánásmódot minden beteggel, a méltányos magatartást.*

*Panaszkezelésnek tekintünk minden olyan helyzetet, ahol a páciens elégedetlen, függetlenül attól, hogy ezt jelzi-e, vagy sem. A panaszkezelés megközelítésünkben a megelőzés elvétől a kompenzációig tartó folyamat, amelynek célja a hiba helyreállítása, megoldása.*

*A bizalmat úgy definiáljuk, mint a hitet abban, hogy az egészségügyi szolgáltatás folyamatában a felek nem fognak csalódni, valamint annak a kockázatnak a vállalását, hogy a másik fél nem szolgál rá a bizalomra.*

A modell minden elemének konceptualizálása és operacionalizálása megtörtént, de jelen tanulmányban ennek részletes ismertetésére nincs módunk.

## **Összegzés**

Tanulmányunkban egy hosszabb kutatási folyamat modellfejlesztési szakaszát mutattuk be, ahol szakirodalmakra és kvalitatív kutatási eredményeinkre támaszkodva egy olyan egészségügyi szolgáltatási sikerességi modellt fejlesztettünk ki, amelynek újszerűségét abban látjuk, hogy a szolgáltatást nyújtók oldaláról kívánjuk vizsgálni a kétoldalú kockázaterzet csökkentésének lehetőségeit. A modellben igyekeztünk felhasználni a szakirodalmi modellekben már használt dimenziókat, de új tényezőket is vizsgálni kívánunk.

A kutatás megvalósítása, a modell tesztelése nem egyszerű, ugyanis az érintettek megkérdezéséhez speciális etikai bizottsági döntés szükséges. Már a kvalitatív vizsgálat is korlátokba ütközött, az interjúalanyok féltek nyilatkozni. A fenti korlátok mellett kutatási korlátként kell megemlítenünk, hogy mind a szakirodalom, mind kvalitatív eredményeink arra figyelmeztetnek, hogy az egészségügyi szolgáltatások heterogenitása miatt nem lehet általános modellt használni. Éppen ezért vagyunk kíváncsiak arra, hogy a különböző területen dolgozók véleménye vajon miként alakul majd a modell tesztelése során.

## Irodalomjegyzék

Bowling A. - Rowe, G. - McKee, M. (2013): Patients' experiences of their healthcare in relation to their expectations and satisfaction: a population survey, *Journal of the Royal Society of Medicine*. 106 (4) 143-149.

Chase, R. B. (1978): Where Does the Consumer Fit In a Service Operation. *Harvard Business Review*. (11-12), 41-52.

Donabedian, A. (1988): The Quality of Care. How can it be Assessed? *The Journal of the American Medical Association*. 260 (12) 1743-1748.

Fahlenbrach, C. (2011): Patientenbefragungen – vergleichende Ergebnisdarstellung. G-BA Qualitätskonferenz, Berlin, Deutschland.

Gódné S., - Topár J., - Margitai B. (2009): Minőségirányítás és minőségbiztosítás továbbfejlesztése az egészségügyben I. rész. *IME*. 8 (10) 25-30.

Gódné S.(2012), „Minőségbiztosítás és minőségfejlesztés az egészségügyi ellátás területén”, in: Ádány R. (szerk.), *Megelőző orvostan és népegészségtan*, Budapest: Medicina Kiadó

Gulácsi, L. (2005): Egészség-gazdaságtani elemzés. In: Gulácsi, L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 267-307.

Hubbert, A. R. (1995): Customer co-creation of service outcomes: effects of locus of causality attributions. unpublished doctoral dissertation, Arizona State University.

Jenkinson, C . – Coulter, A. – Bruster, S. (2002) : The Picker Patient Experience Questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 5, 353-358. o.

Kincsesné Vajda B. (2013): Kommunikációs, kapcsolati és egyéni tényezők az egészségügyi szolgáltatások minőségében és kimeneteiben. Doktori értekezés, SZTE GTK.

Kroneman, M.W. – Maarse, H. – van der Zee, J. (2006): Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy*. 76 (1) 72-79.

Lee, M. A.- Yom, Y. H. (2007): A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital. A Questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*. 44, 545-555.

Lercher, M. (2013): Sektorenübergreifende Patienten befragung in Österreich. Qualitätskonferenz der EQS-Hamburg, Deutschland.

Parasuraman, A. – Zeithaml, V. A. – Berry, L. L. (1985): A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49/3: 41-50.

Porter, M. E., - Teisberg, E.O. (2006): [Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results](#). Boston: Harvard Business School Press

Rózsa, E (2017): Deficitok az orvos-beteg/páciens kapcsolatban – esélyek és lehetőségek bioetikai és egészségpszichológiai vizsgálatok metszéspontjain. *METSZETEK* (6) 2. 203-227. DOI 10.18392/metsz/2017/3/9

Simon J. (2010): *Marketing az egészségügyben*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Sjetne, I.S. – Bjertnaes, O. A. – Olsen, R. V. – Iversen, H. H. – Geir Bukholm, G. (2011): The Generic Short Patient Experiences Questionnaire (GS-PEQ):identification of core items from a survey in Norway. *BMC Health Services Research* 2011, 11, 88. o.

Szatmári M. (2009): Betegelégedettség alapellátási praxisokban, *Medicus Universalis*. 42 (5) 179-182.

Szatmári M. - Sonkoly I. - Balogh S. (2010): Alapellátási tükrözés 5007 betegelégedettségi kérdőív alapján, *Medicus Universalis*. 43 (4) 137-139

Vilares, M. J. – Coelho, P. S. (2003): The employee-customer satisfaction chain in the ECSI model. *European Journal of Marketing*, 11-12, 1703-1722. o.

Veres Z. – Málóvics É. – Hetesi E. – Lippai L. – Mihály N. (2005): Véltek kompetenciák, észlelt kockázatok és kockázatkezelő kommunikáció a szolgáltatásügyletekben, In Józsa, L –

Vollmann, J. (2008): *Patientenselbstbestimmung und Selbstbestimmungsfähigkeit*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart

Wolff, H. P. (2006): *Arzt und Patient*. In: H.-M. Sass (szerk.): *Medizin und Ethik*. Id. kiad. 184–211.