

A megelőzés "marketing szemmel"
avagy, tanulmány a prevenciós szolgáltatásokról a magyar egészségügyben

Health protection with a "marketing eye"
a study on prevention services in the Hungarian health care sector

Dóra Tímea Beatrice
PhD hallgató, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem
dora.timea@mvt.bme.hu

Absztrakt

A tanulmány célja az egészségügyi prevenció rendszerének és szolgáltatásainak feltérképezése, valamint az szolgáltatás megvalósítása szempontjából fontos szereplők azonosítása marketing szempontból primer kutatások megalapozásához. Napjaink trendjeit megvizsgálva bár elmondható, hogy a fogyasztók vásárlásaikban az egészséges életmódhoz kapcsolható trendeket követik, egészségértéküket tekintve még mindig ambivalens hozzáállás tapasztalható részükről az egészségügy szolgáltatásaihoz. Ennek erősítésére érdemes az edukációt és az egészségélményt vizsgáló kutatásokkal felderíteni a terület kiemelt fókuszpontjait, melyre a tanulmány az egészségügyi értéklánc modelljét, valamint a DAGMAR hatásmechanizmust vizsgáló modellt hozza fel példaképp. A szolgáltatás létrehozásában közreműködő szervezetek közötti kapcsolat vizsgálatát is hangsúlyozza, mely esetben az IMP megközelítésben használt ARA és 4R modelljének alkalmazását támasztja alá. A tanulmány végén a fókuszpontok kiemelésével iránymutatást ad további primer kutatásra a vizsgált területen a B2C és B2B vonalon egyaránt.

Kulcsszavak: egészségügy, prevenció, szolgáltatáskomponensek, üzleti kapcsolatok

Abstract

The aim of the study is to map the system and services of health care prevention and to identify the actors essential for the implementation of the service in order to establish primary research from a marketing point of view. Examining today's trends, although it can be stated that consumers follow trends related to a healthy lifestyle in their purchases, they still have an ambivalent attitude towards healthcare services in terms of their health value. To reinforce this, it is worth to explore the focus points in the area, through research on education and health experiences, with the study citing the health care value chain model and the DAGMAR model as examples. It also emphasizes the examination of the relationship between the organizations involved in the creation of the services, in which case it supports the application of the ARA and 4R models used in the IMP approach. At the end of the study, by highlighting the focus points, the study provides guidance for further primary research in the field both in B2C and B2B directions.

Keywords: health care, prevention, service components, business relationships

1. Bevezetés

Ahogy azt Szakály és szerzőtársai is leírták (2015), általános jelenség, hogy napjainkban a fogyasztókat sokkal jobban érdekli egészségük, mint korábban. Az egészségtudatosság, az egészséges étkezés fő irányvonalat képviselnek az életmódban, életvitelben (SZAKÁLY et al., 2012). Ezen preferenciák a fogyasztói magatartást befolyásoló trendekben is megjelennek és ez alól az egészséggel kapcsolatos magatartás sem kivétel. Tudjuk, hogy a trendek, mint az újdonság hírvivői a társadalomban, általában olyan módon alakulnak ki, hogy egyes, már meg-

előzőleg a társadalmi élet részeként definiált jelenségek előtérbe kerülnek, mértékük, formájuk, környezetük és kiterjedésük megváltozik, vagy növekszik (TÖRŐCSIK, 2003). Az egészséges táplálkozás, a kiegyensúlyozott élet iránti igény megatrendként van jelen (TÖRŐCSIK, 2011:50). A háztartások költségében egyre nagyobb az egészség megőrzésére, fejlesztésére, akár a kisebb betegségek legyőzésére fordított arány. Ma már egészségpiacról beszélünk, vagyis a piac kiterjesztéséről a megelőzésben, így például az étel, a szabadidő is mérvadó területek. Ezek a változások pozitív irányban hatnak a megelőzést támogató magatartásra, a preventív szolgáltatások iránti keresletre. Az erre nyitott egyének az életterületi sajátosságokkal kapcsolatban szeretnének információkat, igénylik a tanácsadást az új lehetőségekről. Az egészségtudatosság megjelenik az egyén életvitelében, életstílusában, a testmozgásban, az étkezésben, de akár az étrend- kiegészítők fogyasztásában, vagy ha szükséges, a gyógyszereszedési kultúrában is (JAKOPÁNECZ - TÖRŐCSIK, 2015). A fogyasztói trendeket tekintve észre vehető a nyugati orvoslás háttérbe szorulása valamennyire a természetes gyógymódokkal szemben. Az emberek egyre inkább választják a "mellékhatás mentes" vagy annak mondott gyógymódokat a felírt gyógyszerekkel szemben. Bár sok esetben a hatásosság kérdéses, mégis úgy tűnik, tartós trendről beszélhetünk. Az egészségügyi szolgáltatók próbálnak reagálni erre a kihívásra, nagyban bővítették a szolgáltatási kereteket, szinte minden - a betegségek leírásától kezdve a bejelentkezésekig - interneten elérhető, de ezek az intézkedések messze nem elégségesek. Fontos továbbá az élményevidencia, a fogyasztók elvárják, hogy az élet minden területén élményekkel szórakoztassák őket (SIMON, 2010: 96-125.). Fogyasztói trendként beszélhetünk a wellnessről is, amely a fitness-ből nőtte ki magát és újabban komoly teret hódít Európában (TÖRŐCSIK, 2011). Magyarországon a két terület folyamatosan fejlődik egymás mellett, nem lép egyik a másik helyébe. A kikapcsolódásra vágyók sokszor utaznak el wellness hétvégre, de a gyógyulni akarók is elég gyakran vesznek igénybe "medical wellness" szolgáltatásokat (SIMON, 2010: 96-125).

A fentebb említett megállapításokat a hazai egészségtudatosságra vonatkozó Központi Statisztikai hivatal által elvégzett 2014-es Európai Lakossági Egészségfelmérés legutóbbi eredményei is alátámasztják, amelyek az egészségtudatossághoz kapcsolódó statisztikákat tartalmazzák különböző faktorok vizsgálata alapján (a 2019-ben végzett felmérés eredményei még nem publikusak). Ez alapján a felsőfokú végzettségű, majd utánuk kicsit kisebb mértékben (körülbelül 5-6 %-al), az érettségivel rendelkező populációról mondható el leginkább, hogy egészségtudatos. Fontos az az eredmény is, mely alapján az egészségtudatosság "tudatának" mértéke a kutatás alapján növekvő tendenciát mutat a férfiaknál és a nőknél egyaránt. Az eredmények alapján kimondható, hogy 2009-ről 2014-re az egészségtudatosok aránya mintegy 5%-al nőtt. Ezen trendek alapján kiemeltté vált a fizikai aktivitás illetve munka jellegének kapcsolata is. A felmérés kimutatta, hogy a fizikai aktivitás munka közben, a férfiak és nők körében egyaránt a többnyire ülő, vagy álló munkát végzők között a legnagyobb: nőknél 49,8%; férfiaknál: 42,1%. Ez sajnos így is alacsonynak mondható, nem beszélve a szabadidős mozgás vagy sportolás alacsony mértékéről. A lakosság kétharmada nem sportol még napi 10 percet sem, ami azt jelenti, hogy a nem sportolók aránya a lakosságban 67%-os (EURÓPAI LAKOSSÁGI EGÉSZSÉGFELMÉRÉS 2014, 2015).

Az egészségügyi prevenció területe a fent említett trendeket meglovagolva segítheti az egészségtudatosság megerősítését a fogyasztók körében. Az egészségügy prevenciók szolgáltatásainak marketing szemlélete, alkalmas marketingeszközök bevonásával, és megfelelő stratégia kialakításával a szolgáltatások javításához, fejlesztéséhez és népszerűsítéséhez járulhat hozzá tekintve, hogy a fogyasztók az egészséghez mint értékhez egyes tanulmányok szerint még

mindig ambivalensen viszonyulnak (HOFMEISTER-TÓTH,2016). Gyakori probléma ugyanis, hogy bár a fogyasztó követi az egészséget promótáló útmutatásokat, nincs tisztában egyes betegségek kiváltó okaival az egészséget mint értéket, a megelőzés szerepét nem jól definiálja. A népszerűség marketing eszközökkel való növelése és a betegségeket kiváltó okokkal kapcsolatos információ minél szélesebb körű átadása az egészség mint érték szerepét erősítheti, hangsúlyozva a prevenció kiemelt szerepét a fogyasztók egyéni preferenciáiban és értékrendjében.

Jelen tanulmány a prevenciót mint szolgáltatást kívánja elemezni B2C, valamint B2B kontextusban egyaránt, meghatározva az egyes területeken figyelembe veendő sarkalatos pontokat és azok vizsgálati lehetőségeit. Egy olyan marketing fókuszú kitekintést kíván nyújtani, amelyből az összegzett információk felhasználásával a későbbiekben jobban felmérhetőek lesznek a fogyasztók és a különböző (ezen szolgáltatásokhoz kapcsolható) szervezetek preferenciái.

2. Prevenció mint szolgáltatás a magyar egészségügyben

A magyar egészségügyi ellátórendszer több szintű struktúrával írható le. Benne a magasabb szinteken fekvőbeteg vagy fekvő- illetve járóbeteg ellátást is nyújtó intézmények találhatóak. Ezek olyan országos szinten ellátást végző intézmények amelyek tapasztalt és szakavatott szakmai személyzettel és eszközparkkal felszereltek, valamint ide tartoznak még az orvosi egyetemek klinikái illetve a regionális központok és a megyei valamint városi kórházak is (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről).

A prevenciót a magyar egészségügyben az előbb említett szintek alatt, az alapellátás szintjén találjuk meg, amely az egészségügyi ellátórendszerünk belépő szintje és alapja. Az alapellátás az a szolgáltatási tér, amellyel a betegéletút kezdetén, még megbetegedés előtt találkozik a lakosság. Definícióját tekintve, ez egy "olyan típusú lakosság-közeli ellátási forma, amely az általánosságban igénybe vett „alap” (és nem pedig szak) ellátásokat hivatott biztosítani. Ezen a szinten az ellátás egy folyamatosan, és hosszú távon zajló, az orvos-beteg személyes kapcsolatán nyugvó ellátási forma." Maga az alapellátás, mint az nevében is jelen van, a lakosság „alapvető” ellátására specializálódott, ezért az ezen a szinten megtalálható szolgáltatások esetén a páciens maga helyeződik a fókuszba, és nem a betegség, mint az ellátórendszer felsőbb szintjein (2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról).

A prevenció feladatok, bár fontos szerepet kapnak a szakellátás szintjén is (azaz egy beteg kezelési tervének kidolgozásánál -pl. kísérő diéta-), alapvetően az alapellátás intézményeinek, az ide tartozó szolgáltatóknak a mindennapi tevékenységei közé tartoznak. Maga a prevenció szó latin eredetű (prevenire), jelentése „megelőzni valamit”, tehát elébe menni valamilyen következménynek. Az ide tartozó tevékenységek legfontosabb céljának a betegség megelőzését tekintjük, bár maga a fogalom voltaképp komplexebb. Az egyes kórképek örökletes hátterét, valamint a fejlett országok előregedő kórfáit (PRESTON-STOKES, 2012) tekintve a prevenció tevékenységek célja igen összetett, mely alapján kijelenthető, hogy maga a prevenció azoknak a cselekedeteknek az összességéként definiálható, melyek különböző betegségek esetében, azok incidenciájának mérséklését, vagy kialakulásának halasztását, és a lehetséges szövődmények kialakulásának redukálását célozza meg (ÁDÁNY,2012,25). A KSH adatai alapján elmondható, hogy a 2003-as év egészségügyre fordított kiadásaihoz képest csökkent a prevencióra fordított finanszírozás mértéke (infláció figyelembevételével) 2017-ig. A háztartások prevencióra fordított kiadásai 52 százalékkal, a kormányé 12 százalékkal csökkentek (KSH,2018).

Ezen arányok jelezhetik azt, hogy a személyes egészségre fordított prevenció nem eléggé kihangsúlyozott, kiemelve a korábbi állítást, miszerint az egészséghez mint érték a fogyasztók még mindig ambivalensen bizonyulnak.

Három szintje/típusa definiálható a prevenciónak, mely eltérő szolgáltatások összességét jelenti. Egészségi állapotunk megőrzésére és a betegségek elleni védelemre helyezi a hangsúlyt a Primer (*elsődleges*) prevenció, míg a kritikus egészségügyi értékeket detektáló és elváltozásokat mutató állapotot feltáró vizsgálatokat alkalmazó szint a Szekunder (*másodlagos*) prevenció szintje. A prevenció Tercier (*harmadlagos*) szintje az első kettőtől eltérő kontextusban jelenik meg, melyben az alkalmazott szolgáltatások célja az, hogy a beteget vissza lehessen integrálni az adott kezelés vagy beavatkozás előtti társadalmi állapotába, valamint megelőzzék a lehetséges szövődményeket, rehabilitációt alkalmazzanak (CAPLAN,1964).

A primer prevenció általánosságban az egészség védelmére fókuszál, azoknak az egészséget károsító faktoroknak a megelőzésére összpontosít amik egészségromlást alakíthatnak ki. Minden olyan edukációt célzó foglalkozás is erre a szintre pozicionálható, melynek célja az egészséget károsító tényezőkről szóló felvilágosítás (pl. iskolai mentálhigiénés foglalkozás, vagy addikciók kialakulásáról szóló előadások). Ebbe a szintbe tartoznak a lakosság részére szervezett prevenciós programok, rendezvények is, amelyek közösségi élmény biztosításának keretében ajánlanak edukációs/konzultációs lehetőséget a lakosság számára, különböző egészségügyi szűrésekkel kiegészítve.

A prevenciós programok lehetőséget kínálnak különböző egészségügyi szűrésekre is amelyeket szekunder prevenciós szolgáltatásként ajánlanak a rendezvények. Ezek legfőbb céljaként a különböző betegségek megjelenésére utaló rizikófaktorok detektálását definiáljuk, ezzel minél nagyobb esélyt adva a betegségek megelőzésének vagy a kezdeti betegség visszafordításának, esetlegesen időbeli eltolásának. Magas kockázatú betegségek (PLATT et al.,2017), vagy betegségcsoportok esetén kiemelt az úgynevezett időszakos szűrések elvégzése, amelyek általában korhoz és nemhez kötötten időben fényt deríthetnek bizonyos magas kockázatú betegségekre (például: vérnyomásmérés, vércukorszint mérése). Ezen típusú szűrések három kategóriába sorolhatók (ÁDÁNY, 2012):

- tömeges szűrővizsgálatok (egész populációra kiterjedő vizsgálatok)
- tervezett/előírt vizsgálatok (meghatározott nemű és korú népességcsoportra kiterjedő vizsgálatok)
- célzott szűrések (meghatározott időközönként speciális populáción végrehajtott vizsgálatok)

A prevenció harmadlagos, azaz tercier szintjén, a beteg személyek kezelés vagy beavatkozás utáni rehabilitációját, trauma utáni kezelését értjük. Ilyen esetekben az alkalmazott terápia és kezelés célja a mentális állapot helyrehozatala is lehet (például addikció esetén). Ilyen tevékenységeket látnak el ambulanciák, magán és állami rehabilitációt támogató szervezetek, valamint klinikák.

3. A prevenció vizsgálható kontextusai

A terület szolgáltatásaival kapcsolatosan két irányban vizsgálhatók a prevenció sajátosságai. B2C vonalon és B2B vonalom más-más célt, és más szereplőket szolgálnak (ki) ezek a szolgáltatások. A B2C (nem szervezetközi) marketing esetén egyértelmű cél a szolgáltatáscsomagok által az egészségérték erősítése a fogyasztók értékrendjében és egyéni preferenciáiban, míg

B2B vonalon általánosságban promóciós, reputációs lehetőségeket kínál a különböző vállalatok számára az ilyen programokon, kezdeményezésekben való részvétel. A következőkben az említett két irányba "indulva" kívánja a tanulmány bemutatni a prevenció övezetét.

3.1. A prevenció B2C kontextusban

A szolgáltatás definícióját az egészségügy esetére leszűkítve megállapítható: „A szolgáltatás tárgya maga az ember, amely esetben a test, mint szervezet működőképességének megtartását vagy helyreállítását értjük (egészségügyi szolgáltatás), másfelől a lelki érzelmi összetevők alakítását és gazdagítását (pszichológiai tanácsadás, szabadidős tevékenységek)” (SIMON, 2010:63). Az egészségügyi szektorra is jellemző a co-creation, azaz a fogyasztó együttműködésével megvalósuló közös értékteremtés koncepciója (BARILE et al.,2014). Az egészségügyi szolgáltatások kapcsán azonban gyakori eset, hogy bár a fogyasztó aktív résztvevője a szolgáltatási folyamatnak, gyakran hiányzó információkkal rendelkezik a szolgáltatásról, ezek híján félelmet vagy érdektelenséget mutat (SIMON,2010:71-75).

Maga a prevenció a szolgáltatások tevékenysége szerinti csoportosítás alapján, az egészségügyet érintő kategóriák közül kommunális; utazási, szállítási és hírközlési; testápolási, tisztítási; egészségügyi, népjóléti; oktatási, kutatási; hatósági és intézményi szolgáltatások kategóriába tartozó tevékenységeket lát el (VERES, 2005:14). A prevenció szintjeit már a korábban leírtakból ismerjük, így tudjuk melyik szint milyen szolgáltatást és promotáló tevékenységet tartalmaz, az egészségnevelést és az oktatást, a megelőző szűréseket és kezeléseket, valamint a tercier prevenció részeként, a rehabilitációs szolgáltatásokat. Magyarországon a prevenció szolgáltatásoknak forprofit és nonprofit verzióit és megtaláljuk. Egy részük forprofit alapon is igénybe vehető, míg jelentős részüket kizárólag államilag biztosított szinten használják ki a fogyasztók, gyakori a piaci viszonyok hiánya is, mivel bizonyos esetekben a fogyasztónak nincs lehetősége a választásra (például kötelező védőoltások), ahogyan az a nonprofit szolgáltatások egy jellemzőjeként is megállapítható (KENESEI-KOLOS, 2014:60). Mivel a lakosság jelentős része a nonprofit szolgáltatások igénybevételére szocializálódott (az elvégzett vizsgálatok számához képest még mindig kevesebb ember végez magán úton szűrést, vagy kivizsgálást) így közvetlen az állam nevezhető meg a prevenció szolgáltatás szolgáltatójaként, míg közvetlenül az ezeket a szolgáltatásokat kivitelező egészségügyi képzettséggel rendelkező személyzet. A primer és szekunder prevenció esetében orvosokról (főként házi orvos), fogorvosokról, asszisztensekről, védőnőkről és egészségfejlesztőkről, dietetikusokról, míg tercier prevencióban gyógytornászokról, mentálhigiénés szakemberekről, pszicho- és szociológusokról, pszichiáterekről beszélhetünk közvetlen szolgáltatóként. Mivel ez a szolgáltatói személyzet teremti meg az első találkozást az egészségüggyel a fogyasztók számára, ezen alapellátási tevékenységet végző team összetételét több szempont alapján, körültekintően kell megtervezni (LOVELOCK- WIRTZ, 2004:11.fej.). A szolgáltatás minőségi és tartalmi megvalósulását hátráltathatja a közvetett és közvetlen szolgáltató között felmerülő ellentét, amely az állam költségvetési deficit csökkenését célzó gazdaságpolitikáját és az egészségügyi személyzet magasabb finanszírozottságát és technológiai színvonal igényét állítja szembe egymással (FORGÁCS, 2012).

A fogyasztókat tekintve külön definiálható a primer, és külön a szekunder prevenció fogyasztója, de bizonyos elemzésekben együttes célcsoportnak is tekinthetők. A primer prevenció fogyasztója az egészséges (vagy magát annak gondoló) ember, aki szeretne még többet tenni egészségéért és annak megőrzéséért. Ennek érdekében információt keres, és igyekszik feltér-

képezni saját egészségügyi paramétereit. A szekunder prevenció fogyasztója lehet primer prevenció fogyasztó is, de ez kiegészül a már megjelent tünetekkel, panaszokkal rendelkező emberekkel, akik valamilyen betegségtől való félelem, defektus súlyosbodásának elkerülése végett keresik fel ezeket a szolgáltatásokat (egyszerűen fogalmazva, ki akarják vizsgáltatni, mi lehet a baj). A terciér prevenció fogyasztója egy éppen kezelés alatt, vagy beavatkozás, kezelés utáni állapotban lévő személy, vagy bizonyos esetben olyan aki terápiára, tartós támogatásra szorul ahhoz, hogy a társadalomba újra integrálható legyen (például függőségben szenvedők). Napjaink (korábban bemutatott) trendjeit vizsgálva megismerhetők a fogyasztók életvitelének sajátosságai, igényei egy prevenció környezettel szemben. A marketing sikerességének szempontjából ugyanakkor nagyon fontos a fogyasztók együttműködési készsége is. „A fogyasztónak a szolgáltatás fogyasztása/igénybevétele utáni érzését, azt az odaadást amit a beteg tanúsít azzal hogy az egészségügyi szakember utasításait feltétel nélkül megtartja és követi nevezük compliance-nak.” (SIMON, 2010:126). A cél mindig és mindenkor magában hordozza ennek javítását. Ebben meghatározó szerepet játszik a szolgáltató, a környezet, és maga a fogyasztó egyéni stílusjegyei is, melyeket célcsoportonként igyekezni kell, minél jobban feltérképezni.

B2C területen a prevenció szolgáltatásait sok szempont alapján lehet vizsgálni, amivel magyarázható az ezzel kapcsolatos kutatások magas komplexitása is. Nem csak azt kell meghatározni melyik megelőzési szinten vizsgálódunk, hanem azt is milyen szolgáltatást nyújtó platformot, csatornát, illetve azt, hogy milyen profilú fogyasztókat vizsgálunk. Az egészségügyi ellátórendszer szolgáltatásain kívül (házi orvos, fogorvos, stb.) kiemeltek a lakosság számára biztosított prevenció programok, valamint a különböző figyelemfelkeltő és edukációt célzó kampányok is, mint lehetséges platformok. Az eddigi kutatások alapján két példát és az ezekből eddig leszárt eredményeket kívánja a tanulmány bemutatni. Az egyik a programok és a nyújtott szolgáltatások vizsgálatára alkalmazható egészségügyi értéklánc modellje (SIMON, 2010:188-192), a másik a különböző prevenció kampányok hatékonyságának vizsgálatára alkalmazható DAGMAR modell (DUTKA-COLLEY, 1995).

Az egészséggondozási értéklánc modell a fogyasztók értékeinek meghatározásában kiemelt szereppel bír, kialakítása a Porter-féle ellátási értéklánc alapján történt (PORTER-TEISBERG, 2006). Az egészségérték meghatározásában döntő szerepet tulajdonít a páciensnek (fókuszban a compliance mértéke), így vizsgálva a számára nyújtott értéket a szolgáltató nyereségének függvényében. A modell a Porter-féle értékláncot alkotó tényezőket elsődleges (kifejezetten a gyógyításhoz, betegéletúthoz kapcsolható tényezők) és másodlagos (az elsődleges tevékenységeket támogató faktorok) tényezőkre osztja (SIMON, 2010:188-192). Az elsődleges tényezőket az orvos-beteg vagy a prevenció esetében a személyzet-beteg kapcsolaton keresztül és az alkalmazott eszközpark vizsgálatával határozhatjuk meg, melyhez a másodlagos tényezőket megfigyelve a betegéletút egyes fázisiban leírható a beteg eltérő hozzáállása, a továbbított információ mennyisége és minősége, valamint a szolgáltatáshoz tartozó kommunikáció jellegzetességei (EMT.BME.HU. 2011). Egy korábbi, addikciós prevencióhoz kapcsolódó kutatás (DÓRA-SZALKAI, 2019) a fenti modell alkalmazásával írta le a folyamatokban használatos adatbázisok, információk jellegét és típusát, illetve az egyes elemek meghatározását az addikciós betegségekre vonatkoztatva, eltérő betegségfázisokban. Az addikciós betegcsoportban kiemelt elsődleges jellemzőnek bizonyult a szolgáltatók viselkedése, illetve kiemelt másodlagos tényező volt a terápiás és támogató környezet, melyből információt, motivációt és

ösztönzést szerezhettek a páciensek. Fontos kihangsúlyozni hogy ezeknek az elemeknek a jellege, mértéke, és értéke is eltérő lehet különböző betegségek prevenciója esetében, például a bizalom kiépítését támogató tényezőket tekintve (DÓRA-SZALKAI, 2019).

A DAGMAR modell a kommunikációs kampányok és reklámok hatásmechanizmusának vizsgálatára alkalmas. Maga a modell négy szinten keresztül teszi vizsgálhatóvá a fogyasztó percepciójának és ez által a fogyasztóban megfogalmazódott értékeknek a vizsgálatát. Az "Információ" szintje megadja a vevő milyen forrásból vagy csatornán szerezhethet tudomást az adott reklámról, vagy kampányról. Ezt követi a "Megértés" szintje mely definiálja, hogyan és mit értett meg a kampány által közvetíteni kívánt információkból. A "Meggyőzés" szintje azokat az elemeket jeleníti meg, amelyek meggyőzik a fogyasztót a kampány üzenetének követéséről (általánosságban vásárlás, prevenció esetén a részvétel szükségességéről), míg a "Cselekvés" szintje azokat az elemeket foglalja össze, melyek a tényleges cselekvésre (a vásárlásra, részvételre) bírták rá (DUTKA-COLLEY,1995). Az alkoholizmus prevenciójával kapcsolatban a „Száz November” kampánnyal zajlott a fenti modell segítségével egy kutatás, mely az online platform kiemelkedő hatásosságára hívta fel a figyelmet a részvételre való ösztönzés útján. A kutatás során a programszervezővel készült mélyinterjú alapján a DAGMAR egyes szintjein lehetett a kampány motiváló faktorait meghatározni (Információátadást, Megértést, Meggyőzést, Cselekvést ösztönző vagy segítő tényezők). Ezek igazolására a kutatás egy kérdőíves megkérdezést is magában foglalt, amely alapján megállapítható volt, hogy a program által közvetíteni kívánt üzenetet a fogyasztók többsége annak célja szerint értelmezte és a közösségi élményre fókuszálással a fogyasztók véleményét felmérő platformot is sikerrel alkalmazták a kampány szervezői. Összességében az informálásra az online platform, a meggyőzésre és a csatlakozásra készítésre pedig a közösségi élmény biztosítása illetve az önkihívás üzenete vette rá a fogyasztókat (DÓRA,2019).

3.2. Szervezetközi kapcsolatok a prevenció területén

A prevenció területét érintő B2B szférában, Magyarországon az állami szervezetek és a privát szféra szereplőit összekapcsoló csatornák elemezhetőek, melyek a lakosság számára kínálnak valamilyen fajta szolgáltatást a megelőzés egyes szintjein. Ezek a forprofit és a nonprofit szervezetek összekapcsolódását tekintve stratégiai, valamint politikai kapcsolatként határozhatók meg. A stratégiai kapcsolat esetén a forprofit szféra (gyógyszergyárak, gyógyászati segédeszközöket forgalmazó cégek, élelmiszeripari szervezetek) általi szponzorálást vagy termék/eszközadományozást értjük, míg a politikai esetében a stakeholderek jóindulatának elnyerését (például a társadalmi felelősségvállalást tekintve) (HETESI-VERES,2013:37). A prevenció programok, kampányok szervezésében a közsféra oldaláról egészségügy és az állam szakmai szereplőin kívül különböző szakmai szervezetek valamint önkormányzatok képviselői, és nonprofit civil szervezetek is részt vehetnek. Privát oldalról kapcsolódnak általában szponzori tevékenységgel a különböző (fentebb felsorolt) vállalatok. Bizonyos esetekben olyan is előfordul, hogy maga a forprofit cég indít hasonló programot, melyhez szüksége van a közsféra oldaláról szakmai támogatásra, amely szintén magában foglalja a kapcsolat kialakításának szükségességét a két oldal között (pl. Spar futás).

A szervezetek közötti kapcsolatok vizsgálatára az IMP megközelítés kiválóan alkalmazható. E felfogás szerint, a létrejövő kapcsolatok mindig egy üzleti hálózat részeként vannak jelen és nem csupán egymagukban értelmezhetőek (HAKANSSON - SNEHOTA, 1995). Ezeket a kapcsolatokat a rajtuk keresztül létrejövő cserével elemezhetjük leginkább, amelyben jelen lehet termék, szolgáltatás és információ is (HAKANSSON,1982). A prevenció esetében is érdemes

esettanulmányokon keresztüli vizsgálatokat tenni, amely vizsgálati módszer igen elterjedt az IMP megközelítésű kutatásokban is (DUBOIS-ARAUJO, 2004). Ezen tanulmány két lehetséges modellt kíván példaképp felhozni a kutatások kivitelezésére, melyek alkalmazása már folyamatban van a témával kapcsolatban. Egyik a kapcsolatban definiálható dimenziókat, a másik az erőforrás-megosztást veszi alapul.

Az ARA modellben a kapcsolatok tartalmát három dimenzióra: tevékenységekre (A-activities); erőforrásokra (R-resources); és szereplőkre (A-actors) fókuszálva vizsgálhatjuk (HAKANSSON - SNEHOTA, 1995). A modell alapján, a tevékenységek, erőforrások, és a szereplők közötti kötelék képezi a két vállalat közötti kapcsolat különböző rétegeit. Fontos, hogy az ezzel kapcsolatos kutatásokat az egész hálózat hatását figyelembe véve kell végezni, illetve meg kell határozni magának az elemzett kapcsolatnak a hálózatra gyakorolt hatását is (MANDJÁK, 2005). Az ARA modell a prevenció esetében állami és a profit-orientált szféra közötti kapcsolatok vizsgálatára is kiválóan alkalmas, hiszen profitorientált és non-profit szervezetek kapcsolatairól van szó (SIMON et al., 2011). A fentebb említett prevenció szereplők kapcsolatainak tevékenység-dimenzióira a támogatói és szponzori érdekeltségek érvényesek. Az erőforrásokat tekintve kiemelt az eszközparkra, emberi erőforrásra, valamint az információra helyezett fókusz, illetve a szereplők egymáshoz fűződő viszonyának minősége. Az ezt befolyásoló tényezők is hatnak a kapcsolatok kimenetelére, így az egész prevenció hálózatra az egészségügyben. Waluszewski és szerzőtársai (2019) egy svédországi kórházépítési projektet is leírtak, mely kutatás középpontjában a magán-közsféra interakciói álltak. Az ARA dimenzióit vizsgálva feltárták azokat a problémákat, amelyek a köz- és magánszféra partnerségének kudarcát okozták vagy okozhatták. Fontos következtetésük, hogy az információcsere biztosításához mind a gyártó mind a felhasználói oldalon tevékenykedő szereplőknek aktívan részt kell vállalniuk a kapcsolat megteremtésében és annak erősítésében ahhoz, hogy a kapcsolat által előnyökre telessenek szert. A kutatás lényeges megállapítása, hogy a fókusz azon van, hogyan használják belső erőforrásaikat, és milyen tevékenységek keretében kapcsolják össze azokat a közvetett módon kapcsolódó társadalmi és anyagi erőforrásokkal (WALUSZEWSKI et al., 2019).

Az erőforrások lehetséges kombinációit és azok kapcsolatra és hálózatra való hatását vizsgálja a 4R (4 resources) modell, amely az erőforrások kapcsolatokon keresztüli cseréjét, változását figyeli négy kategóriába (termékek, szervezeti egységek, kapcsolatok és termelő berendezések) sorolva az erőforrásokat. Ezek vizsgálata három szinten történik, hogy a kapcsolat hatása teljeskörűen leírható legyen. Vizsgálunk kell az erőforrások kombinációit és viszonyát az üzleti hálózat más erőforrásaival, a másik vállalat (akivel kapcsolatban van) erőforrásaival, valamint vállalaton belül is meg kell néznünk az erőforrások egymáshoz való viszonyát. Az IMP értelmezés szerint a hangsúly az ezeken a szinteken vizsgált, a kapcsolat létrejötte által kialakult, új erőforrásokon és azok hatásán van (HAKANSSON et al., 2009). A prevenció területére vonatkoztatva fontos a szervezetek közötti kapcsolatok definiálásán túlmenően az is, hogy az egyes szervezetek milyen erőforrásokat használnak fel, hogyan kombinálják azokat és milyen típusú erőforrásokat nyerne, melyet beépítenek mindennapi működésükbe. Ismét kiemelésre kerül az emberi erőforrás képzettségén túl annak attitűdje, viselkedése, a kapcsolatba adott és az által létrejövő információ típusa, mennyisége és minősége, valamint a promótálást, támogatást biztosító platformok típusa, kiterjesztése.

3.3. A prevenció vizsgálatára alkalmas kutatómódszertanok

A B2C és B2B vonalon való kutatás eltérő módszertant igényel. B2C vonalon hatékonyan vizsgálható a prevenció területe kvantitatív kutatással. Mivel a területen inkább az egészségügy vagy az egészséges magatartás és az ezzel kapcsolatos preferenciákról (JAKOPÁNECZ - TÖRŐCSIK, 2015) lelhetőek fel publikált eredmények, mind problémafeltáró, mind problémamegoldó kutatás alkalmazható. A problémák feltárása esetén érdemes minél szélesebb populáció körében terjeszteni a kérdőívet, például hólabda módszerrel, amely segíthet változatosabb vélemények begyűjtésében azzal, hogy az éppen megkérdezett személyek is terjeszthetik a kérdőívet ismerőseik körében (MALHOTRA, 2009). Ezért is ajánlott az ezzel kapcsolatos kutatásokat egy olyan platformon elvégezni, ami akár országos szinten eléri a populációt (internetes csatornákon, közösségi oldalakon, vagy prevenciós rendezvényeken). Ezen kérdőívek célja a lakosság által felvetett problémák feltárása lehet, amely további kutatásnak adhat alapot. Már meghatározott probléma esetén jól definiált célcsoport körében lehet reprezentatív problémamegoldó felmérést végezni olyan esetekben, amikor egy adott betegségcsoportra vagy kifejezetten egy programra vonatkoztatva készül a kutatás (DÓRA, 2019). Prevenciós kampányok hatékonyságának mérésére kiválóan alkalmazható a reklámuktatás (DUTKA-COLLEY, 1995) vagy a szegmentációs kutatás kategóriájába tartozó módszertanok és az ezekhez illesztett kutatási modellek (MALHOTRA, 2009).

B2B kutatások esetében a kapcsolatokban felmerülő problémák feltárása a korábban is említett esettanulmány módszerét érdemes alkalmazni (DUBOIS-ARAUJO, 2004). Az esettanulmány kiválóan alkalmas arra hogy, megvizsgálható legyen a folyamatok dinamikája adott szituációhoz igazítottan (EISENHARDT, 1989). Alkalmazására az egészségügyben is találunk példát kiemelt betegségcsoportra vonatkoztatva (MCDONALD, 2012). Az IMP megközelítést alapul véve (HAKANSSON - SNEHOTA, 1995), abduktív szemszögből érdemes megtervezni a kutatást, hogy a szereplők közti viszonyban talált jelenségek vagy problémák oka minél jobban definiálható legyen (DUBOIS - GADDE, 2002). A kapcsolatok sajátosságait legjobban mélyinterjúk módszerrel lehet felmérni, hiszen az adott szereplő részéről a kapcsolattartók rendelkeznek a legtöbb információval és tapasztalattal a vállalatok közötti viszony sajátosságairól, az egymásnak nyújtott haszonról és értékekről.

4. Összegzés és további kutatási irányok

Összegzésként kijelenthető, hogy a prevenciós szférának marketing szemléletű megközelítésében igen sok lehetőség rejlik, melyek kihasználásával a fogyasztók értékrendjében és a vállalatok kapcsolati preferenciáiban is elérhető lenne pozitív irányú változás. Összességében úgy kell látnunk a prevenciót és a szolgáltatásait létrehozó vállalati kapcsolatokat, hogy ismerjük azok belső adottságait, külső feltételeit, szolgáltatások összességéként szemléljük azt, amit a fogyasztó szemében pozitív és információdús benyomás kialakítására használunk fel. Ez alapján egy olyan felfogásról beszélhetünk, ami a fogyasztóval kialakított kapcsolatra fókuszál, kiemelt szerepbe helyezi a fogyasztó elégedettségét és egészségértékét, tehát nem a szolgáltatásokra összpontosít, hanem magára a fogyasztóra (SIMON, 2010:14-15).

A tanulmány alapján elmondható, hogy B2C irányban a kapcsolódó kutatásoknak figyelembe kell venniük a vizsgált szolgáltatás fogyasztói profiljának sajátosságait, meg kell határozniuk nem csak a prevenciós szintet, de a kivitelezési platformot is (eü. szolgáltatás, prevenciós program, kampány), amelyen a vizsgálat folyhat. Az ilyen típusú kutatások szükséges fókuszaként két dolog emelhető ki. A kutatásokban mindenképp olyan modellek alkalmazása szükséges,

amelyek a kommunikáción keresztül vizsgálják a fogyasztóknak *közvetített információ* mennyiségét és minőségét, annak célját és hatását. Az egészséggondozási értéklánc modelljét és a DAGMAR modellt alkalmazó kutatások eredményei felvethetnek olyan kutatási kérdéseket, melyek betegségcsoportonként kérdeznek rá eltérő fogyasztói profilokra, vagy eltérő mértékű compliance-t mérnek az különböző szűrésekkel kapcsolatban. Fontos a szolgáltatás által nyújtott *élmény* és komponenseinek definiálása is. Összességében jövőbeni kutatások javasoltak a szolgáltatás minőségének felmérésére, valamint a fogyasztói elégedettség felderítésére a prevenció különböző szintjein, melyeket kvantitatív módszerekkel, kérdőívvel vagy kvalitatív, fókuszcsoportos interjúkkal lehetne megvalósítani meghatározott kutatási kérdéssel összefüggésben.

A B2B kontextust tekintve lényeges szempont az, hogy mi az egyes szereplők célja a definiált kapcsolatok megvalósításával. Az állam maga *támogatást* szerez a programok és a szolgáltatások kialakításához a forprofit vállalatok részéről, míg a forprofit vállalatoknak lehetőségük van az állam támogatásával *promótálni* magukat és termékeiket. Utóbbi nem csak a lakosságnak, de az egészségügy szakmai szereplőinek szóló promóciót is jelenti, mivel termékeik ezen a programokon a professzionális szereplőkhöz is eljutnak. Mindkét oldalnak fontos lehet továbbá, hogy az egészségügy ezen szintjén is erős kapcsolatot alakítson ki, amelyet az ellátórendszer felsőbb szintjein is kamatoztathat (például kórházak gyógyszerbeszerzése esetén). Jövőbeni kutatásként érdemes ezen célokat a prevencióban szintenként elkülönítve megvizsgálni az egyes szereplők szemszögéből, eltérő fókuszú programokra vonatkoztatva. Az ARA modellt alkalmazó kutatás eredményei alapján érdekes kutatási kérdésként vetődik fel a két oldal szereplői között közvetítői szerepet betöltő vállalat és az általa biztosított előnyök definiálása. További irányként, a vállalatok által alkalmazott stratégia és működés vizsgálatával, fókusszal a létrehozott kapcsolatok sajátosságaira a prevenció hálózat szereplői is szegmentálhatók, vagy azonos jellemzők alapján kategorizálhatók válhatnak a későbbiekben, az IMP megközelítés és annak a kapcsolatok vizsgálatára vetített modelljei alkalmazásával.

Irodalomjegyzék

- Ádány, R.(szerk.) (2012): Megelőző orvostan és népegészségtan. Budapest, Medicina Kiadó, 25-27.
- Barile, S., Saviano, M., & Polese, F. (2014): Information asymmetry and co-creation in health care services. *Australasian Marketing Journal*, 22(3), 205–217.
- Caplan, G. (1964): *Principles of preventive psychiatry*. Oxford, England: Basic Books.
- Dóra, T.- Szalkai, Zs.(2019): The specifics of services of prevention in the case of addictions. In: Illés, Bálint Cs. (szerk.) *Proceedings of the International Conference on Management: "People, Planet and Profit: Sustainable business and society"* : Volume I, Szent István Egyetemi Nonprofit Kiadó Kft, Gödöllő, 276-283.
- Dubois, A.- Araujo, L. (2004): Research methods in industrial marketing studies., In: Håkansson – Harrison – Waluszewski ed. (2004), *Rethinking marketing – Developing a new understanding of markets*, John Wiley and Sons. Chichester. England, p. 207-227.
- Dubois, A. - Gadde, L.-E. (2002): Systematic combining: An abductive approach to case research. *Journal of Business Research*. 55, pp. 553-560.
- Dutka, S. - Colley, R.(1995): DAGMAR, defining advertising goals for measured advertising results. 2nd ed. New York: ANA.
- Eisenhardt, K. M. (1989): Building Theories from Case Study Research. *Academy of Management Review*. 14(4), 532–550.

- Emt.bme.hu.(2011): Terápiás együttműködések rendszere. Fehér könyv, 2011 | eVITA. Online: <http://emt.bme.hu/drupal/evitaplatform/hu/terfk2011> (2019.04.14.)
- Európai lakossági egészségfelmérés, 2014.(2015): Statisztikai tükör, 2015/29. Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/stattukor/elef14.pdf> (2020.04.20.)
- Forgács I.(2012): Az egészségügyi ellátórendszer szerkezete és működése. In:Ádány R.(szerk.): Megelőző orvostan és népegészségtan. 2nd ed. Medicina Könyvkiadó, Budapest,654-684
- Håkansson, H. - Snehota I. (ed.) (1995): Developing relationships in business networks, Routledge, London and New York
- Håkansson, H. (ed.) (1982): International marketing and purchasing of industrial goods: An interaction approach, Wiley, Chichester
- Håkansson, H., Ford, D., Gadde, L., Snehota, I. and Walusewski, A. (2009): Business in networks. John Wiley and Sons, Chichester, UK
- Hofmeister-Tóth, Á. (2016): Fogyasztói értékek, trendek és magatartás. Vezetéstudomány / Budapest Management Review, 47(4), 26–29.
- Jakopánecz E.- Törőcsik M.(2015): Az egészség megatrendje. A kardiovaszkuláris betegek mai képe. Trendtanulmány. Pécsi Tudományegyetem, Pécs
- KSH. (2018): Egészségügyi kiadások alakulása (2003–). Kimutatás száma:2.4.1., Központi Statisztikai Hivatal, Budapest. https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001a.html (2020.01.29.)
- Lovelock, C. - Wirtz, J. (2004): Services Marketing, people,technology,strategy. Pearson Prentice Hall.7th ed. (e-könyv)
- Malhotra N.K.(2009) Marketingkutató. 5th ed.Akadémia Kiadó, Budapest
- McDonald, J. (2012): Collaboration between health professionals across organisational boundaries: a case study of diabetes. PhD Dissertation. School of Public Health and Community Medicine Faculty of Medicine. University of New South Wales. Australia
- Platt, J. M., Keyes, K. M., Galea, S. (2017): Efficiency or equity? Simulating the impact of high-risk and population intervention strategies for the prevention of disease. SSM - Population Health, 3, 1–8.
- Porter, M. - Teisberg, E. (2006). Redefining health care. Boston, Harvard Business School Press, 225-245.
- Preston, S. H., - Stokes, A. (2012): Sources of population aging in more and less developed countries. Population and Development Review, 38(2), 221–236.
- Simon J. (2010). Marketing az egészségügyben. Budapest, Akadémiai Kiadó
- Simon J., Mandják T., Szalkai Zs. (2011): 'Különböző beszerzői magatartásminták a magyarországi kórházak körében. Vezetéstudomány, XLII. évf. 2. szám. pp. 21-32.
- Szakály, Z., Szente, V., Kövér, G., Polereczki, Z., & Szigeti, O. (2012).: The influence of lifestyle on health behavior and preference for functional foods. Appetite, 58(1), 406–413.
- Törőcsik M. (2011): Fogyasztói magatartás trendek. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Törőcsik M.(2003): Fogyasztói magatartás trendek. KJK-KERSZÖV, Budapest
- Veres Z. (2005): Szolgáltatásmarketing, KJK-KRSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft., Budapest
- Waluszewski, A.- Håkansson, H.- Snehota, I. (2019):'The public-private partnership (PPP) disaster of a new hospital-expected political and existing business interaction patterns' Journal of Business and Industrial Marketing, Vol. 34 Issue 5, pp. 1119-1130.