

*Kincsesné Vajda Beáta*

## **SZOLGÁLTATÁSMINŐSÉG AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN: SERVQUAL MEGKÖZELÍTÉS**



*Kincsesné Vajda Beáta doktorjelölt, Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, egyetemi tanársegéd.*

*E-mail: vajda.beata@eco.u-szeged.hu*

### **Összefoglaló**

*Az egészségügyi ellátás minőségének értékelése igen komplex témakör. Az egészség-gazdasági megközelítések elsősorban a technikai minőséget mérik, mely az alkalmazott eljárások szakmai alkalmasságán alapul, ugyanakkor általánosan elfogadott az a szemlélet, mely szerint a minőség meghatározásakor igénybe vevői szempontokat is érdemes figyelembe venni. Ez azért is fontos, mert a páciensek szubjektív tapasztalatai összefüggnek az együttműködéssel, melynek súlyos következményei vannak az egyébként is finanszírozási gondokkal küszködő egészségügyben. Kutatásomban a páciensek szubjektív élményének egyik szeleteként vizsgáltam az észlelt (funkcionális) minőséget a háziorvosi ellátás kapcsán, melyhez a SERVQUAL modellt (Parasuraman et al., 1988) adaptáltam, saját skála összeállításával. Kérdőíves felmérésem eredményei alapján megállapítottam, hogy értelmezhető és adaptálható e modell a háziorvosi ellátás tekintetében. Faktoranalízis segítségével az elméleti modelltől némiképp eltérő dimenziókat tártam fel, melyek az orvosi gondoskodás, a személyzet, valamint az idő-menedzsment fontosságára hívják fel a figyelmet.*

**Kulcsszavak:** *szolgáltatásminőség, egészségügy, háziorvosi ellátás, SERVQUAL, együttműködés*



## 1. Bevezetés

Az egészségügyi ellátórendszernek a finanszírozási nehézségek és strukturális problémák mellett növekvő páciens-igényekkel is szembe kell néznie. Az egészségügy egyre inkább szolgáltatásként jelenik meg, és ennek eredményeképp nagyobb hangsúly kerül az igénybe vevői elégedettségre, a személyes kapcsolatmenedzsmentre, illetve a kockázat-kommunikációra. Az egészségügy hosszú időn keresztül csak mintegy „melléktermék” volt a gazdasági fejlődés során (WHO 2008), a humán erőforrás felértékelődésével párhuzamosan azonban szemléletváltásra van szükség e szektorban.

Simon (2010) szerint az ellátórendszer olyan speciális szolgáltatásokat foglal magában, melyben az egészség-szakmai megközelítések mellett növekvő szerepe van a vállalatgazdasági, szervezeti és marketing személetű megközelítéseknek is.

Az egészségügyi ellátás minőségét ugyanakkor nem csak a szolgáltatás-specifikumok jelenléte miatt nehéz meghatározni, hanem a piac sajátosságai miatt is. E szektorban az orvos egy személyben szolgáltató és egyfajta vevő is, hiszen az esetek nagy részében ő dönt az ellátás szükségességéről és módjáról; meghatározza a szükségletek a szolgáltatások iránt, és azokat ő maga is nyújtja. Az igen erős információs aszimmetria miatt az igénybe vevő – a páciens – pedig nem rendelkezik a vásárlói döntés meghozatalához szükséges mennyiségű és minőségű információval (Evetovits, 2004). Az orvos-beteg kapcsolat ugyanakkor átalakulóban van, a hagyományos orvosközpontú megközelítés helyett széles körben elfogadott, hogy betegközpontú kommunikációra van szükség.

Az egészségügyi ellátás minőségének meghatározásakor is egyértelműen jelen van az információs aszimmetriából adódó kettősség. Donabedian (1988) szerint az ellátás minőségének meghatározásához szükséges információknak három forrása van:

- a struktúra, amely az ellátás körülményeire vonatkozik: beletartozik a tárgyi környezet, a felszerelés, az emberi erőforrás, és a szervezeti kultúra is;
- a folyamat, amely alatt az értendő, hogy pontosan mi történik az ellátás nyújtása-kapása alatt; beletartoznak mind a páciens, mind az ellátó személyzet tevékenysége;
- kimenet, amely az ellátás páciensre és társadalomra gyakorolt hatását jelenti; tágabb értelmezésébe a páciens ismereteinek bővülése, viselkedésének megváltoztatása, valamint elégedettsége is beletartozik.

A második komponens (folyamat) során emelhető ki az interperszonális kapcsolatok fontossága: az, 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. Az interperszonális folyamat a technikai teljesítményt segítheti vagy akadályozhatja, mégis olyan tényező, melyet gyakran figyelmen kívül hagynak az elemzések.

Doktori kutatásom során kifejezetten az egészségügyi ellátás során fontos szerepet játszó interperszonális folyamatokra helyezem a hangsúlyt, megkülönböztetve az ellátás technikai és funkcionális minőségét. Komplex kutatási modellemben a funkcionális minőség SERVQUAL-szempontrú megközelítése az egyén- és orvos-specifikus tényezők, a két fél



kapcsolata és a beteg-együttműködés összefüggéseiben kap szerepet. E tanulmányban a teljes kutatás ismertetésére nincs mód, annak kifejezetten a funkcionális minőség mérésével kapcsolatos szeletét és kérdőíves kutatásom ide vonatkozó eredményeit mutatom be.

## **2. Szolgáltatásminőség az egészségügyben: elméleti háttér és módszertan**

Az egészségügyi szolgáltatás minőségének egyfajta holisztikus megközelítése már több évtizede jelen van (Woodward 2000). Észrevehető az is, hogy a minőség kapcsán felmerül a nézőpontok sokféleségének problematikája, és ezzel együtt annak megállapítása, hogy a technikai szempontok mellett fontos a páciensek nézőpontja, valamint az interperszonális kapcsolat, vagy másképpen, az ellátás folyamatának milyensége.

Grönroos (1998) általánosan a szolgáltatások kapcsán megfogalmazta, hogy a termékekre jellemző „eredmény-fogyasztás” (outcome consumption) helyett vagy mellett a szolgáltatásoknál „folyamat-fogyasztásról” (process consumption) beszélhetünk, és így jön létre az észlelt minőség modellje, melynek két dimenziója van: technikai minőség (amely a „mit nyújtunk?” kérdésre ad választ) és funkcionális minőség (amely a „hogyan nyújtjuk?” kérdésre ad választ). A szolgáltatást igénybe vevők mindkettőt észlelik, azonban a technikai oldalt sok esetben nem tudják értékelni, ezért a szolgáltatás értékelésénél nagyban támaszkodnak a folyamat értékelésére.

A technikai minőség egészségügyi környezetben a diagnózis és a végrehajtott eljárások technikai megfelelőségét jelenti. Az egészség-gazdaságtani elemzésekben a hangsúly gyakorlatilag e komponenseken van, a minőség az alkalmazott eljárások tudományos/szakmai alkalmasságán alapul. Gulácsi (2005) szerint az egészségügyben a kezeléssel szembeni döntéshozatalhoz alapvetően a tevékenységek költségeinek és azok következményeinek összehasonlítására van szükség, a közzgazdasági vizsgálatok fő célja az alternatív lehetőségek összehasonlító vizsgálata. Az erről szóló információ azonban az esetek többségében nem elérhető illetve nehezen értelmezhető a fogyasztó, azaz a páciens számára – a technikai minőség ismerete a szolgáltató hatáskörén belül marad. A funkcionális minőség arra a módra utal, ahogyan az ellátást nyújtották a páciensnek (tehát pl. ahogyan az információkat megkapták, ahogyan eldöntötték, milyen kezelést kell alkalmazni, amennyire megnyugtató és figyelmes volt az ellátó) – ez tehát az a minőség, amely a betegek minőségértékelését elsődlegesen meghatározza (Babakus-Mangold, 1991).

Mivel kutatásomban a páciensek szempontjából vizsgálom az egészségügyi ellátást, annak funkcionális minőségére koncentrálna a szolgáltatás-marketing elméleti és módszertani megközelítéseit tekintem alapként.

### ***2.1. Funkcionális minőség mérése az egészségügyben***

A funkcionális szolgáltatásminőség kutatásában az egyik legnagyobb hatásúnak tartott modell a SERVQUAL, mely Parasuraman és tsai (1988) nevéhez fűződik. Az észlelt minőséget az igénybe vevő megítéléseként definiálják a szolgáltatás átfogó kiválóságáról, amely nem más, mint a különbség mértéke és iránya a vevői elvárások és észlelések



között (gap-modell). A szerzők ennek operacionalizálására hozták létre a SERVQUAL módszert, mely az elvárt és észlelt teljesítményt öt dimenzióban (tárgyi tényezők, megbízhatóság, reagálási készség, biztonságérzet, empátia) interpretálja, és kérdőív segítségével méri (Veres, 2009). A skálához tartozó 22 állítás és az általuk reprezentált dimenziók egyfajta vázként viselkednek, melyet szükség szerint lehet adaptálni az adott szervezethez. A SERVQUAL népszerűségének köszönhetően intenzív tudományos vitákat is generált, melyek a modellt további fejlesztéseit, ugyanakkor kritikáit is maguk után vonták. Cronin és Taylor (1992) hibásnak tartja a diszkonfirmációs paradigmát; eredményeik alapján a minőséget nem az elvárások és teljesítmény közötti gap, hanem csak a teljesítmény alapján érdemes meghatározni, így a mérésre az egyszerűbb SERVPERF modellt javasolták. Számos kutatás született a SERVQUAL és a SERVPERF összehasonlítására. Carillat et al., (2007) szerint a SERVPERF népszerűsége és annak több kutatás által alátámasztott jobb előre jelző képessége nem csökkentette a SERVQUAL használatát; utóbbi továbbra is széles körben elfogadott mérési módszere a szolgáltatás minőségének. Meta-analízisük alapján megállapítható, hogy mindkét módszer megfelelő és egyformán érvényes módszer az átfogó szolgáltatás-minőség meghatározására. Kenesei és Szántó (1998) szerint hibái ellenére a SERVQUAL alkalmazása, akár módosításokkal, de mindenképpen ajánlott.

Mivel a SERVQUAL módszertant eredetileg nem az egészségügyi szolgáltatások vizsgálatára hozták létre, így felhasználása e területen nem volt egyértelmű. Fontos kiindulópont, és a további kutatások által gyakran hivatkozott Babakus és Mangold (1992) tanulmánya, mely gyakorlati szakemberekkel együttműködve kórházi ellátásra adaptálta a SERVQUAL modellt. Eredményeik alapján az eszköz megbízhatósága megfelelő, azonban nem tudták faktorelemzéssel alátámasztani a többdimenziós struktúrát: mind az elvárási, mind az észlelési skála egyetlen dimenzióként jelent meg, mely jelzi, hogy az elméleti dimenziók egymással korrelálnak, illetve hogy további módosításokra, finomításokra lehet szükség az eszközön. A szerzők eredményeik alapján felvetették a kérdést, hogy szükséges-e az elvárási skála felvétele, ugyanis az nem erősítette a modellt azon túl, amit az észlelési skála is nyújtott. Nem nyilvánítanak ugyanakkor határozott véleményt e kérdésben, és hozzáteszik, hogy a SERVQUAL megfelelő eszköz lehet a kórházi szolgáltatás minőség felmérésére a páciensek körében, valamint hogy az eszköz hasznos lehet abban, hogy megtalálják azon kritikus pontokat, ahol a teljesítmény elmarad az elvárásoktól.

McAlexander és tsai (1994) fogorvosi szolgáltatások észlelt minőségének mérésére alkalmazták mind a SERVQUAL, mind a SERVPERF módszert (mindkettőnek súlyozott és súlyozatlan változatát is), illeszkedve az erre az időszakra jellemző, a két modellt összehasonlítani kívánó tendenciába. Eredményeik mindazonáltal azt támasztják alá, hogy mindkét skála megbízható, ugyanakkor a Cronin és Taylor (1992) által is felvetett kritikái megjegyzésekkel élnek a SERVQUAL használatát illetően. Igen hasonló kutatást végzett Paul (2003), mind a vizsgált területet (fogászati ellátás), mind a célokat (SERVQUAL és SERVPERF összehasonlítása) illetően, skáláját azonban nem publikálta. Eredményei alapján mindkét módszer megfelelő megbízhatósággal és magyarázó-erővel bír, és kicsi



az általuk generált eredmények közötti különbség. A súlyozás nélküli SERVQUAL bizonyult az átfogó minőségítélet statisztikailag legszignifikánsabb fokmérőjének, míg a súlyozott SERVPERF a variancia kicsivel nagyobb hányadát magyarázta.

Lee és Yom (2007) az ápolói ellátással kapcsolatos minőségészleléseket vizsgálta kutatásában, jelentősen módosítva az eredeti skálát, de a dimenziókat megtartva. Eredményeik szerint az eszköz megbízható a teljes skálára, valamint az egyes dimenziókhoz tartozó állításokra vonatkozóan is. A megbízhatóság és a biztonságérzet dimenziókban kapták a legmagasabb elvárási pontszámokat, melyek szignifikánsan magasabbak, mint az észlelési skála pontszámai.

Fontosnak tekintem e témában Miranda és társai (2009) kutatását. A szerzők a korábbiakkal ellentétben nem a páciens-elvárások és tapasztalatok közötti gap-et vizsgálták, hanem a páciensek és az egészségügyi központ-vezetők véleménye közötti gap-et (mely a SERVQUAL alapjául szolgáló elméleti keretben eredetileg nem is szerepel), az alapellátásban. Skálájuk, melyet HEALTHQUAL-nak neveztek el, az eredeti állítás-sor jelentős módosítása, melynek köszönhetően az általuk kapott faktor-struktúra is jelentősen eltér az eredetitől. Bár a tárgyi tényezők megjelennek, emellett külön dimenziót a hatékonyság (pl. várakozási idő, páciensre fordított idő, panaszkezelés), valamint az egészségügyi személyzet (pl. az egészségügyi személyzet szakmaisága, a páciens problémáinak megértése, figyelem) és a nem-egészségügyi személyzet (pl. szakértelmük, problémakezelésük) képviselnek. Úgy vélem, modelljük egyfajta hibrid-modellnek tekinthető, mely a SERVQUAL-hoz lazábban kapcsolódik, ugyanakkor magában foglal olyan fontos elgondolást, mely szerint az egészségügyi és a nem egészségügyi személyzet szerepét érdemes elkülöníteni. Összemos ugyanakkor a hatékonyság dimenzióban olyan állításokat, melyeket a SERVQUAL külön kezel.

## **2.2. Módszertan**

Kutatásom során az orvos-beteg interakció tényezőit és kimeneteit vizsgálva egy számos konstruktumot (pl. egészséghit, orvosi stílus, kognitív és érzelmi gondoskodás) magába foglaló kérdőívet állítottam össze, melynek egy részét képezte az észlelt minőség mérésére szolgáló eszköz is. Kutatásom lefolytatásához úgy döntöttem, kifejezetten a háziiorvosi ellátásra fókuszálok. Döntésem oka, hogy feltáró kutatásom miatt alapsokaságnak a felnőtt magyar lakosságot tekintettem, hisz az egészségügyi ellátásnak mindenki potenciális fogyasztója, és a háziiorvosi ellátással valamilyen tapasztalata vélhetően mindenkinek van. További szempont volt e döntés mellett, hogy a háziiorvosi ellátás rendkívül fontos prevenciós, valamint egyfajta „kapuóri” szereppel is rendelkezik, és olyan ellátási forma, mely hosszú távú, folyamatos, személyes kapcsolatra épül (Karner, 2011).

Kérdőíves kutatásom egyik részét képezte tehát a háziiorvosi ellátásra adaptált SERVQUAL skála, mely a válaszadók háziorvosukkal kapcsolatos elvárásait és észleléseit mérte. Tudomásom szerint hazánkban hasonló kutatás nem született, a SERVQUAL egészségügyi szolgáltatásra való adaptálása még nem történt meg magyar nyelven. Bár az irodalomban igen támogatott a SERVPERF modell is, feltáró jellegű kutatásom miatt úgy döntöttem,



az elvárások vizsgálata is fontos lehet, így a SERVQUAL megközelítést annak nagyobb információtartalma miatt választottam – figyelembe véve, hogy a kitöltőktől ez többlet idő- és energia ráfordítást igényel. Ennek adaptálásánál alapul vettem az eredeti, 22 állításból álló sort (Parasuraman et al., 1988; magyar nyelven Veres, 2009), valamint az előző alfejezetben ismertetett kutatások publikált eszközeit. Fontosnak tartottam, hogy ne csak a háziorvosra, de a segítő személyzetre vonatkozó külön állítások is szerepeljenek a kérdőívemben, hiszen úgy vélem, ennél az ellátási típusnál sok esetben fontos lehet a háziorvos asszisztensével történő interakció is.

Ennek eredményeképp 29 állításból álló skála született, amelynek tartalmát az 1. táblázat mutatja be. Az állítások értékelésére 7-fokú Likert-skálát alkalmaztam, melyben a válaszadás megkönnyítése és a szélső válaszok szükségtelen gyakoriságának csökkentése érdekében valamennyi fokozat rendelkezett elnevezéssel.

1. táblázat:

*A saját kutatásban használt SERVQUAL skálák tartalma*

<b>Tárgyi tényezők</b>	modern felszerelés	<b>Empátia</b>	egyéni szabott bánásmód
	tiszta felszerelés		megfelelő rendelési idő
	rendezett orvos		orvos által páciensre fordított idő
	rendezett személyzet		megfelelő alapossgú vizsgálat
	rendelő elrendezése		tájékoztatás a kezelés céljáról
<b>Reagálási készség</b>	segítőkéss orvos		tájékoztatás a kezelés természetéről
	segítőkéss személyzet		páciens érdekei
	figyelmes orvos		megkülönböztetett figyelem
	orvos problémamegoldás		bizalomkeltő orvos
	lehet kérdéseket feltenni		bizalomkeltő személyzet
<b>Megbízhatóság</b>	a rendelő könnyű elérhetősége	<b>Biztonságérzet</b>	kedves és udvarias orvos
	ígéret betartása a határidőkről		kedves és udvarias személyzet
	ellátási probléma esetén jó reagálás		professzionális orvos
	megbeszélte időpont esetén pontosság		professzionális személyzet
	elfogadható várakozási idő		

Forrás: saját szerkesztés



A végső skála és a skálák sorrendje két kollégával való egyeztetés, valamint 10 fős próbakitöltés és az azokból érkező visszajelzések után alakult ki. A két skála sorrendjében figyelembe vettem Hetesi (2006) javaslatát, mely szerint az elégedettségre és a fontosságra (elvárásokra) vonatkozó kérdéseket érdemes külön választani, mivel az elvárási skála elsősége befolyásolhatja az észlelési skálára adott válaszokat. Így kérdőívemben először az észlelési skála szerepelt, majd egyéb témájú kérdések után az elvárási skála.

A SERVQUAL állítások mellett a korábbi kutatások tanulságai alapján egy változóval az átfogó elégedettséget is mértem.

### **3. Kérdőíves kutatás eredményei**

Az adatfelvétel CAWI módszerrel készült. Kutatásomban alapsokaságként a felnőtt (18 éven felüli) lakosságot választottam, akikhez hólabda módszerrel jutott el a kérdőív, melyet online módon lehetett kitölteni. Bár a hólabda mintavétel nem tekinthető véletlenszerűnek, így a reprezentativitás követelményeinek sem tudtam megfelelni, a nagyobb számú eléréshez azonban megfelelőnek tartottam az általam, valamint hallgatói segítségével terjesztett online kérdőívet. A mintát a statisztikai elemzés során súlyozással illesztettem az alapsokaság korra és nemre vonatkozó jellemzőihez, melynek során az egyes korcsoportokhoz tartozó nemi arányokat vettem figyelembe, így ezen ismérvek mentén országosan reprezentatívnak tekinthető adatbázist kaptam. Az elemzés során az SPSS 20.0 programcsomagot alkalmaztam.

#### **3.1. A minta bemutatása**

A kérdőívet összesen 648 fő töltötte ki legalább részben, közülük 450 fő teljes egészében. Az adatok tisztítása után 448 válaszadó maradt a mintában. A minta 46,7%-a férfi, 53,3%-a nő; 19,2%-a 18-29 év közötti, 28,2%-a 30-44 év közötti, 24,6%-a 45-59 év közötti, és 27,9%-a 60 év feletti (súlyozás után). A minta nem tekinthető reprezentatívnak iskolázottság és lakóhely szempontjából. A főiskolai és egyetemi végzettséggel rendelkezők a teljes lakossághoz képest felülreprezentáltak ugyanakkor fontosnak tartom megjegyezni, hogy elkerültem a hasonló, hólabdás mintavételű, egyetemről kiinduló kutatások gyakori jellegzetességét, a többségében hallgatókból álló mintát: válaszadóim 15,4%-a tanuló, 57,6%-uk aktív dolgozó, nyugdíjasok pedig a tanulókkal szinte megegyező arányban töltötték ki a kérdőívet, arányuk 15%. Mivel a kérdőív számos kérdése a háziorvosi ellátásra, illetve magára a háziorvosra vonatkozott, fontos, hogy a válaszadók milyen gyakorisággal találkoznak vele. A válaszadók közel 60%-a legalább fél évente találkozik háziorvosával. Azok, akik saját bevallásuk szerint soha nem járnak háziorvosuknál, vagy nem válaszolták meg ezt a kérdést, a háziorvosi ellátás értékelésére vonatkozó kérdéseket nem válaszolták meg (az online kitöltés során azok meg sem jelentek számukra). Krónikus betegsége a válaszadók saját bevallása szerint 44,7%-ának, azaz közel felének van, ezek közül leggyakoribb a diabétesz, valamint a magas vérnyomás.





### 3.2. *Eredmények*

A SERVQUAL modell validálását és a dimenzionalitás vizsgálatát faktorelemzéssel végeztem, mind az észlelési, mind az elvárás, mind a gap (azaz a kettő közötti különbség, minden válaszadónál, állításonként kiszámítva) skálára vonatkoztatva (hasonló metódust alkalmazott pl. Babakus és Mangold (1992)). Ezután az egyes dimenziókhoz tartozó állítások belső konzisztenciáját is vizsgáltam, melyhez a Cronbach-féle alfa mutatót használtam. A faktorelemzés útján kapott öt komponens (mind az elvárás, mind az észlelési, mind a különbségek skálájánál) megfelel a faktorképzés kritériumainak, az elemzés során valamennyi állítást megtartottam.

Az elvárás skála elemzésénél kapott KMO értéke (mely a változók közötti korreláció mutatója és azt jelzi, hogy a változók mennyire alkalmasak faktorelemzésre) 0,938, mely jónak tekinthető. A kapott öt faktor által magyarázott variancia 73,704%, amely megfelelőnek tekinthető. A kapott komponensek jól értelmezhetők, és bár tartalmilag hasonlítanak az elméleti dimenziókra, több eltérést is találhatunk. Egyrészt, ahogyan az az irodalmi adatok alapján nem meglepő, összeolvadt egymással az empátia, a reagálási készség és a biztonságérzet számos állítása, így képezve a legnagyobb komponenset. Az eredetileg az empátia dimenzióba tartozó állítások közül azonban három önálló komponensként jelent meg, melyet egyfajta „személyre szabottság”-ként értelmeztem. A megbízhatóság, valamint a tárgyi környezet dimenziók tartalma lényegileg nem változott (egy-egy állítás helye változott), valamint a biztonságérzet dimenzió nagy része is megmaradt. Valamennyi dimenzió megbízhatósága az alfa mutató alapján megfelelő.

Az észlelési, valamint az észlelt minőségi skálák faktorelemzésénél (5 komponens esetében) kapott KMO-k értéke és a magyarázott varianciarányad szintén megfelelő, előbbinél 0,938 és 74,761%, utóbbinál 0,933 és 70,867%. A kapott komponensek a két skálánál teljes mértékben megegyeznek, ugyanazon állításokat tartalmazzák, és jól értelmezhetők, bár tartalmilag némiképp eltérnek mind az elméleti, mind az elvárás skálánál kapott dimenzióktól. A legfontosabb különbség, hogy önálló komponensként jelent meg a „segítő személyzet” – tartalmazva valamennyi rájuk vonatkozó állítást (és csak azokat, kivéve a rendezettségükre vonatkozót, mely a tárgyi környezet dimenzióhoz, azaz az „eredeti” helyére került). További különbség, hogy másik, új komponens is megjelenik, mely egyfajta „idő-menedzsment”-ként értelmezhető. Az elvárás skála eredményeihez hasonlóan itt is megjelent egy „személyre szabottság” dimenzió, azonban csak két állítást tartalmazva, valamint a „tárgyi környezet” dimenzió, melybe visszakerült a „rendelő tisztasága” változó, ezen felül teljesen megegyezik azzal. Végül itt is létrejött egy „hibrid” dimenzió, mely magában foglal az eredetileg az empátiához, reagálási készséghez, biztonságérzethez, sőt, egy állítás esetében a megbízhatósághoz tartozó állításokat. Ezt a dimenziót a gondoskodás dimenziójának neveztem el, ugyanis egyértelműen olyan elemeket különültek el e dimenzióban, melyek az orvos kognitív és érzelmi gondoskodásával függnek össze (2. táblázat). Valamennyi dimenzió megbízhatósága megfelelő, az egyes komponensekből képzett változók közötti korrelációvizsgálat nem mutatott korrelációt, így elmondható, hogy a kapott dimenziók valóban függetlenek egymástól, azaz egymástól eltérő tartalmú konstruktumokat vizsgálnak.





Az eredmények azt mutatják tehát, hogy értelmezhető és adaptálható a SERVQUAL modell a háziiorvosi ellátás tekintetében. Az eredmények eltérnek Babakus és Mangold (1992) eredményeitől a tekintetben, hogy a használt skálám nem egydimenziós mértéke az észlelt minőségnek; egymástól világosan elkülönülő és értelmezhető komponenseket kaptam. Azon korábbi eredményeknek, melyek az empátia, a reagálási készség és a biztonságérzet egybeolvadását jelezték, azonban megfelel, csakúgy, mint Miranda és társai (2009) eredményeinek, melyek szerint különállóan értelmezhető a segítő személyzet dimenzió. A segítő személyzetre vonatkozó állítások egyetlen komponensben való megjelenése jelentheti, hogy ahogyan feltételeztem, a házi orvos ellátás értékelésénél valóban fontos, és önálló szerepe van a segítő személyzetnek, megítélésük eltérhet magától az orvosétól. Szintén lényeges az idő-menedzsmentre utaló állítások egy dimenzióba való rendeződése, ezen eredmény szerint az ellátási idők, a várakozási és a rendelési idők szintén fontos elemét képezik a páciensek minőség-megítélésének, csakúgy, mint a gondoskodást: a nagyszámú, kifejezetten betegközpontú orvosi kommunikációra utaló állítás egy dimenzióba tömörülése fontos jelzése a kognitív és érzelmi gondoskodás szükségességének.



2. táblázat  
Az elemzés által felállított észlelési skála és gap dimenziók

<b>Gondoskodás (Empátia+ Reagálási készség + Biztonságérzet+ Megbízhatóság) (alfa: 0,963)</b>	tájékoztatás a kezelés természetéről	<b>Személyzet (alfa: 0,925)</b>	kedves és udvarias személyzet
	tájékoztatás a kezelés céljáról		bizalomkeltő személyzet
	bizalomkeltő orvos		professzionális személyzet
	ellátási probléma esetén jó reagálás		segítőképz személyzet
	segítőképz orvos	<b>Tárgyi környezet (alfa: 0,790)</b>	modern felszerelés
	figyelmes orvos		tiszta felszerelés
	orvos problémamegoldás		rendezett orvos
	lehet kérdéseket feltenni		rendezett személyzet
	professzionális orvos		rendelő elrendezése
	orvos által páciensre fordított idő		könnyű elérhetőség
megfelelő alaposágú vizsgálat	<b>Időmenedzsment (alfa: 0,844)</b>	megbeszélrt időpont esetén pontosság	
páciens érdekei		elfogadható várakozási idő	
kedves és udvarias orvos		ígéret betartása a határidőkről	
<b>Személyre szabottság (alfa: 0,890)</b>	megkülönböztetett figyelem		
	egyénre szabott bánásmód		megfelelő rendelési idő

Forrás: saját szerkesztés

A diszkonfirmációs paradigma szerinti észlelt minőség szintjének megállapításához az észlelési és az elvárési skálák egyes állításaira adott válaszok különbségeinek átlaga szükséges. Az állítások többségénél (ahogyan az várható volt) az elvárások a maximum pontszám közelében vannak, mely jelezheti a magas elvárési szintet, ugyanakkor a kérdőív kitöltésénél jelentkező plafon-hatást is. A tapasztalatok az esetek többségében az elvárások alatt helyezkednek el, a gap negatív, mely összességében nem jó minőséget jelez. Ehhez fontos hozzátenni azonban, hogy az észlelési skála pontszámai is igen magasak, a gap pedig igen alacsony, a tárgyi környezet egyes tényezőinél pedig pozitív. A gap a tárgyi környezet egyik állítását (elrendezés) leszámítva valamennyi állítás esetében statisztikailag szignifikáns (Wilcoxon teszt).



Az egyes komponensekhez tartozó értékelések jobb szemléltetésére valamennyinél kiszámítottam a hozzá tartozó állításokra adott pontszámok átlagát, melyet a 3. táblázat mutat be.

3. táblázat  
*A szolgáltatásminőség dimenziók átlagainak leíró statisztikája*

	Észlelés		Elvárás		Gap	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Gondoskodás	5,70	1,26	6,42	0,66	-0,75	1,25
Személyzet	5,84	1,16	6,24	0,79	-0,40	1,25
Tárgyi környezet	5,73	0,96	5,92	0,87	-0,26	1,03
Idő-menedzsment	5,26	1,47	6,20	0,75	-0,96	1,59
Személyre szabottság	5,45	1,7	5,31	1,40	-0,97	1,75

*Forrás: saját szerkesztés*

Látható, hogy az átlagos gap valamennyi dimenzióban 1 pont alatti; legmagasabb a személyre szabottság és az idő-menedzsment dimenziókban. A legmagasabb átlagos elvárásokkal a gondoskodás dimenzióban találkozunk, emellett a személyzettel és az idő-menedzsmenttel is közel maximálisak az elvárások.

Ahogy az áttekintett kutatások, úgy magam is használtam egy külön kérdést az átfogó elégedettség mérésére. Ordinalis logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltam meg, hogy a faktorelemzés során kapott észlelt minőség (gap) komponensek az átfogó elégedettséget milyen mértékben magyarázzák, hiszen feltételezhetjük, hogy ha a SERVQUAL modell jó mérője az észlelt minőségnek, akkor nagy a magyarázóerejük – ez a modell további validálását is jelenti. Eredményeim alapján az észlelt minőség gap faktorai az átfogó elégedettség varianciájának 63,7%-át magyarázzák, mely azt jelzi, hogy a modell magyarázó-ereje e tekintetben jó. Árnyalja ugyanakkor ezt az eredményt az észlelési dimenziók által az elégedettség magyarázott variancia-hányadának vizsgálata: az erre vonatkozó eredményeim alapján az észlelési skála-faktorok az elégedettség varianciájának 83,5%-át magyarázzák. Ezen eredményt az irodalmi előzményeket támasztja alá, melyek a SERVPERF modell, azaz kizárólag az észlelési skála használatát javasolják. Saját eredményeim is arra mutatnak tehát, hogy az észlelési skála jobb magyarázója az elégedettségnek, mint az ideális és észlelt szolgáltatás közötti különbség, melyet eddig az észlelt minőség definíciójaként használtam. E tény az elégedettség változója és az észlelési skála egyes faktoraihoz tartozó állítások átlaga, valamint az egyes faktorokhoz tartozó átlagos gap-ek közötti (Spearman-féle) korreláció is megerősíti. Az egyes dimenziókhoz tartozó észlelési átlagok magasabb korrelációt mutatnak az elégedettséggel, mint a gap-ek átlagai. Az észlelési skála egyes dimenzióihoz tartozó átlagos értékelések és az elégedettség között statisztikailag szignifikáns és erős vagy közepes korreláció van. A



legmagasabb korrelációs együttható a gondoskodás dimenziója és az elégedettség között tapasztalható (0,863,  $p=0,01$ ), amely összhangban van azzal a fent bemutatott eredménnyel, hogy a legmagasabb elvárások a gondoskodás dimenziójában jellemzők. Nem csak általánosan állítható tehát, hogy magasabb észlelt minőség magasabb elégedettséggel jár együtt, de az észlelt minőség egyes dimenziói és az elégedettség között is megmutatható ilyen kapcsolat. Megállapítható, hogy a funkcionális minőség elsődlegesen az orvos-beteg kapcsolatára és kommunikációra vonatkozó dimenziója („gondoskodás”) az, amely kiemelt fontosságú a szolgáltatással való elégedettség kapcsán. Ez az eredmény az egyik alátámasztása azon kapcsolat létezésének, melyet kutatási modellemben az orvos-beteg interakció – észlelt minőség – elégedettség között vázoltam.

#### 4. Összegzés

Kutatásom fontos eredményének tartom annak megállapítását, hogy értelmezhető háziiorvosi ellátás kapcsán a SERVQUAL modell, az általam összeállított skála pedig validnak tekinthető. A skála további tesztelésére, a funkcionális minőség vizsgálatára reprezentatív mintán, specifikus páciens-csoportoknál vagy eltérő szintű ellátási szinteken azonban szükség van.

E tanulmányban ismertetett eredményeim közül kiemelem, hogy a válaszadók által tapasztalt háziiorvosi ellátás a dimenziók többségében elmarad az ideális ellátástól és a két-öt különbségként számított gap-értékek többségében negatívak. Fontos kiegészítés ezen megállapításhoz azonban, hogy az elvárások és észlelések közötti különbség helyett érdemes lehet csak az észlelési skálát használni észlelt minőség mérésére, hiszen az jobban magyarázza a szolgáltatással való elégedettséget. Azt is megállapítottam továbbá, hogy a magasabb észlelt minőség az ellátással történő magasabb elégedettséggel jár együtt, valamint hogy kiemelkedő e tekintetben a „gondoskodás” dimenziója, mely az ideális szolgáltatás értékelésénél is kiemelt szerepet kap.

Kiemelten fontos lehet tehát az egészségügyben az igénybe vevők észleléseinek vizsgálata, hiszen az olyan szubjektív kimenetek, mint az elégedettség és az észlelt minőség nem csak a páciensek személyes jól-léte miatt fontosak, hanem olyan kimenetekre is hatással lehetnek, mint a beteg-együttműködés, melynek rendszer- és társadalmi szintű következményei is vannak. A marketing szempontú vizsgálatot támasztja alá a betegközpontúság egyre inkább elismert fontossága is. Kotler (2008) szerint a marketingnek fontos szerepe van az egészségügyi ellátórendszerben az értékek létrehozásának, közvetítésének és kommunikálásának elősegítése szempontjából, és célja lehet a tartós kapcsolatok létrehozása, valamint az elégedettség növelése. A vevőorientáció az egészségügyben azt is jelenti, hogy a beleszólás, az informálódás és a döntésben való részvétel a páciensek számára igen fontos tényezők (Lee-Yom, 2007); passzív szerepüket egyre inkább a személyre szabott, odafigyelő és udvarias szolgáltatást aktívan igénylő szerep váltja fel.



## FELHASZNÁLT IRODALOM

- BABAKUS, E. – MANGOLD, W. G. (1992): *Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation*. Health Services Research, 26 (6): 767-786.
- CARILLAT, F. A. – JARAMILLO, F. – MULKI, J. P. (2007): *The validity of SERVQUAL and SERVPERF scales: a meta-analytic view of 17 years of research across five continents*. International Journal of Quality and Reliability Management, 18 (5): 472-490.
- CRONIN, J. T. – TAYLOR, S. A. (1992): *Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension*. Journal of Marketing 56 (3): 55-68.
- DONABEDIAN, A. (1988): *The Quality of Care. How can it be Assessed?* The Journal of the American Medical Association, 260 (129): 1743-1748.
- EVETOVITS, T. (2004): *Célok és eszközök összehangolása az Irányított Betegellátási Rendszerben: az információs aszimmetria problematikája*. Egészségpolitika, 3 (3): 11-15.
- GRÖNROOS, C. (1998): *Marketing services: the case of a missing product*. Journal of Business and Industrial Marketing, 13 (4): 322-338.
- GULÁCSI, L. (2005): *Egészség-gazdaságtani elemzés*. In: GULÁCSI, L. (szerk.): *Egészség-gazdaságtan*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 267-307.
- HETESI, E. (2006): *Elégedettségi és lojalitási mérések*. In: VERES Z. – HOFMANN, M. – KOZÁK, Á. (szerk.): *Bevezetés a piackutatásba*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- KARNER, C. (2011): *A háziorvosi ellátás jelene Magyarországon*. Egészségügyi Gazdasági Szemle, (2): 5-15.
- KENESEI, ZS. – SZÁNTÓ, SZ. (1998): *A szolgáltatásminősítés mérése – elmélet és gyakorlat*. Vezetéstudomány, 29 (12): 8-18.
- KOTLER, P. – SHALOWITZ, J. – STEVENS, R. J. (2008): *Strategic Marketing for Health Care Organisations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- 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.
- MCALEXANDER, J. H. – KALDENBERG, D. O. – KOENIG, H. F. (1994): *Service Quality Measurement*. Journal of Health Care Marketing, 13 (3): 34-40.
- MIRANDA, F. J. és tsai (2009): *Adapting the SERVQUAL scale to primary health care services in Spain*. In: Proceedings of the 8th International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing IAPNM , Valencia. CD kiadvány.
- PARASURAMAN, A. – ZEITHAML, V. A. – BERRY, L. L. (1988): *SERVQUAL: A multiple-item scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality*. Journal of Retailing, 64 (1): 12-40.



SIMON, J. (2010): *Marketing az egészségügyben*. Budapest: Akadémiai Kiadó.  
VERES, Z. (2009): *A szolgáltatásmarketing alapkönyve*. Budapest: Akadémiai Kiadó.  
WHO (2008): *Health And Wealth. Regional Perspectives*.  
[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/134399/E91414.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/134399/E91414.pdf). Letöltve:  
2010. október 20.  
WOODWARD, C. A. (2000): *Issues in health service delivery*. Discussion papers No.  
1.: Improving provider skills. Geneva: World Health Organization.

