

**Mit tesznek az egészségügyi szereplők a szolgáltatás eredményessége
érdekében? A kétoldalú kockázatérzetet csökkentő mechanizmusok az
egészségügyben**

*What do health care providers do in order to ensure service efficiency? The mechanisms of
bilateral risk perception mitigation in health care*

HETESI ERZSÉBET

egyetemi tanár, SZTE GTK, hetesi@eco.u-szeged.hu

BÉLA-CSOVCSICS ANDREA

egyetemi tanársegéd, SZTE GTK, csovcsics.andrea@eco.u-szeged.hu

Absztrakt

Tanulmányunkban az egészségügyi szolgáltatások specialitásait a szolgáltatók „szemüvegén át” mutatjuk be. Az egészségügyi szolgáltatásmarketing rövid szakirodalmi áttekintése után ismertetjük kvalitatív kutatásunk eredményeit. A mélyinterjú felmérés célja annak feltárása volt, vajon az egészségügy különböző szintjein dolgozók (orvosok, gyógytornászok, ápolók) miben látják e speciális szolgáltatás esetén a minőségi színvonal emelésének lehetőségeit, és megalkotható-e a betegelégedettség egy általános modellje. A válaszok egyrészt jelzik a bizonytalanságot annak megítélésében, hogy melyek is az egészségügyi szolgáltatások minőségének megragadható dimenzió, másrészt arra is felhívják a figyelmet, hogy a minőségi stratégiák a különböző területeken nagyon eltérőek lehetnek, és még a sztenderdizálható folyamatok is igényelhetnek esetenként egyedi eljárásokat. Az interjúkból az is kiderült, hogy a csúcsidőszakok kezelése, az orvos-beteg kommunikáció, a beteg bevonása a döntési folyamatba rendkívül differenciált. Kutatásunk megerősíti, hogy a szolgáltatásmarketing alkalmazhatósága szituáció-specifikus, és még egy ágazatra vonatkozóan is nehéz általánosítani a kétoldalú kockázatérzetet csökkentő mechanizmusokat.

Kulcsszavak: egészségügyi szolgáltatásminőség, minőségi stratégiák, betegelégedettség modellezése

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

Abstract

In this paper the specialties of health services are presented through the "glasses" of service providers. After a short review of health service marketing we will present the results of our qualitative research. The purpose of the in-depth survey was to explore whether the various levels of healthcare (doctors, physiotherapists, nurses) what do they think about the possibility of raising quality for this special service and whether a general model of patient satisfaction can be created.

On the one hand responses indicate uncertainty in assessing which are the definable dimensions of quality of health care services and also to point out that quality strategies may vary widely in different areas, and even standardizable processes may require specific procedures each time. Interviews also revealed that management of demand fluctuations, medical- patient communication and involvement in the decision-making process were highly differentiated. Our research confirms that the applicability of service marketing is situational-specific, and it is also difficult to generalize the mechanisms of bilateral risk mitigation for a single sector.

Keywords: health service quality, quality strategies, modeling of patient satisfaction

Acknowledgement: This research is supported by EFOP-3.6.1-16-2016-00008, EU co-financing project.

1. Bevezetés

Az egészségügy a világ minden részén olyan stratégiai ágazat, amelynek komplexitása, heterogenitása, az ágazat szereplőinek sokszínűsége szinte lehetetlenné teszi azt, hogy az ágazatot „általánosságban” vizsgáljuk. Az új kihívások, a technikai-technológiai fejlődés, az új kezelési módszerek, az elöregedő népesség, a prevenció hiánya, a szűkös erőforrások egyaránt meghatározzák az egészségügyi helyzet jövőbeli alakulását. A kihívásokra adott válaszok egyik kulcskérdése az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása, javítása, amely a szereplők (az állam, a finanszírozó, az egészségügyi dolgozók, az ellátást igénybe vevők) magatartásától függ.

Az egészségügyi szolgáltatás speciális szolgáltatás, ahol az eredményességet nagyon sok tényező befolyásolja. Szűkebben értelmezve a szolgáltatás kimenetele függ a szolgáltató és az igénybe vevő magatartásától, és mindkét oldalon számos kockázata van annak, hogy mi is lesz a végeredmény. Mind a nemzetközi, mind a hazai szakirodalomban több kutatási eredményt találhatunk arra vonatkozóan, hogy a páciensek milyen dimenziókban ragadják meg az egészségügyi szolgáltatás minőségét, milyen minőségképekkel bírnak, milyen elvárásaik vannak, és ezek az elvárások hogyan befolyásolják a minőséggel kapcsolatos értékítéletüket, azt azonban kevés tanulmány vizsgálja, hogy vajon maguk a szolgáltatók mit gondolnak a minőségről, illetve mit tesznek azért, hogy a szolgáltatás eredményes legyen.

Tanulmányunkban egy nagyobb kutatás részeredményeit mutatjuk be, ahol az egészségügyi szolgáltatások sajátosságainak szakirodalmi áttekintése után a szolgáltatói oldal (orvosok, ápolók, védőnők) körében végzett mélyinterjúk felméréseink céljait, körülményeit és legfontosabb eredményeit mutatjuk be. A tanulmány terjedelmi korlátai miatt a teljes kutatásnak csak egy részét ismertetjük, és a szakirodalmi feldolgozásnál is e területekre szorítkozunk. Célunk, hogy feltárjuk, mennyire tartják az egészségügy eltérő területein dolgozó szakemberek az egészségügyi szolgáltatásokat speciális szolgáltatásoknak, milyen mértékben vonják be a páciens a szolgáltatás folyamatába és a döntéshozatalba, miként tudják kezelni a kereslet ingadozását, valamint mennyire tartják fontosnak a fizikai környezet szerepét az általuk nyújtott szolgáltatás esetében. Összességében vizsgáljuk azt, hogy az egészségügyi dolgozók miben látják a minőségi színvonal növelésének lehetőségeit.

2. Az egészségügyi szolgáltatások specialitásai, hatásuk a minőségre

Kotler és Clarke (1987) szerint az egészségügyben alkalmazott marketing nem túlzottan speciális, tehát a klasszikus marketing megközelítések és eszközök is némi finomhangolással alkalmazhatóak. Az azonban, hogy az egészségügyi szolgáltatások arzenálja számos sajátossággal bír árnyalja ezt a megállapítást, és a nem profitorientált jelleg is jobban befolyásolja az alkalmazható stratégiákat (SIMON, 2010). Az egészségügyi marketing az elmúlt években differenciálódott, és a használt eszköztárak különböző súllyal jelennek meg az egyes területeken (kórházi marketing, házi orvosi praxis, gyógyszermarketing, magánszféra, állami szféra stb.) Az egészségügyi szolgáltatás azonban nem csupán heterogenitása miatt, hanem önmagában is specifikus néhány jellemző tekintetében.

2.1. Megfoghatatlanság

A szolgáltatás megfoghatatlanságának, azaz a nem fizikai természetének köszönhetően a szolgáltatás érzékszervi úton a legtöbb esetben nem értékelhető. Mivel tehát nincs kézzel fogható eredmény, hiányoznak a fizikai jellemzők és a mérhető paraméterek, amelyek segítenének döntést hozni a fogyasztóknak, ezért a szolgáltatás minőségét a fogyasztó a szolgáltatás folyamata alapján tudja majd megítélni. A nem fizikai jelleg miatt a szolgáltatás

nem lesz pontosan prezentálható az ügyfél számára, így tulajdonképpen a vevő egy ígéretet vesz igénybe, vásárol meg (SIMON, 2010). A megfoghatatlanságnak ezt az aspektusát Bateson (1979) és Berry (1980) is fizikai megfoghatatlanságként értelmezi. Általában egy komolyabb orvosi beavatkozás előtt a páciensnek vázolják, hogy mi fog történni az operáció során, a felépülési szakaszban, hogy milyen kockázatokkal és eredményekkel járhat a műtét, mindezt statisztikai adatokkal alátámasztva, konkrét eseteket említve, vagy videóanyagon keresztül szemléltetve. Ez azonban mégsem változtat a megfoghatatlanság tényén. Elképzelhető, hogy a páciens bizonytalanságérzése csökken, de teljes mértékben nem szűnik meg. Akkor, ha az információ átadás nem teljes körű és a páciens fejében maradnak kérdések, a mentális megfoghatatlanság (RUSHTON – CARSON, 1989) továbbra is a bizonytalanság és a félelem érzését fogja előidézni. Mittal (1999) szerint a mentális tapinthatatlanságot, nem érzékelhetőséget a szolgáltatás komplexitása vagy újszerűsége okozza. Az egészségügyi szolgáltatások összetettek, magas szakértelmet kívánnak és az innovációk szinte mindennaposak, a laikusoknál a mentális megfoghatatlanság jelen van, így hát nem meglepő, hogy a pácienseket a bizonytalanság érzése tölti el. Az általuk észlelt, szolgáltatásokkal kapcsolatos kockázatok szolgáltatásonként eltérőek lehetnek, ugyanúgy, ahogyan a kockázat kezelésének módjai is. Nem kizárólag a keresleti oldalnak okoz gondot a megfoghatatlanság ténye, hiszen a szolgáltató túl bonyolultnak találhatja annak megértését, hogy az ügyfél miként észleli a szolgáltatást, és hogyan értékeli annak minőségét (ZEITHAML 1981). Mindezek mellett a célszegmens kiválasztását és a pozicionálás érvényesítését is hátráltatja (BÁNYAI 1995). Ez az egyedi jellemző az oka a kiszolgálás minőségének folyamatos növelésére tett kísérleteknek.

2.2. Elválaszthatatlanság-folyamatjelleg

A szolgáltatások további sajátossága, hogy a termelés és a fogyasztás egy időben, egy térben történik. Az elválaszthatatlanság két jelentős problémát idéz elő. Az egyik nehézséget az okozza, hogy a fogyasztó is aktív részese lehet/lesz a folyamatnak, sőt ő maga adja az inputot, tehát egyrészt jelenléte képes befolyásolni a szolgáltatás kialakuló minőségét, másrészt a teljes folyamat ideje alatt foglalkozni kell az igénybevevővel (BÁNYAI, 1995, KENESEI – KOLOS, 2007), ez pedig többlet terhet ró a szolgáltatóra. A legtöbb egészségügyi szolgáltatás esetében az igénybe vevő aktív szerepet tölt be a folyamatban, ezáltal viszont a szolgáltatás hatékonysága van jelentős kockázatnak kitéve. Az orvosi vizsgálatok is csak akkor végezhetőek el maradéktalanul, ha a páciens teljes körűen informálja panaszairól az orvost, és mindent a szakértői előírás szerint tesz. Hiába okolja a páciens az orvost, amennyiben nem javul az állapota, miközben az orvosi utasításokat nem tartja be, hiszen az eredménytelenség sokkal inkább a saját hibájának tekinthető. Az egészségi állapot, a panaszok, a betegségek mind-mind a páciens személyéhez szorosan kötődnek, így részvételük az egészségügyi szolgáltatásokban szinte kizárólag a személyes megjelenéssel valósulhatnak meg. Az orvos és betegek általában személyesen kommunikál. Egyes szerzők szerint a szolgáltatásoknál az elválaszthatatlanság, mint sajátosság a technika fejlődésének következtében megkérdőjelezhető (LOVELOCK – WIRTZ, 2011). Az interneten vagy telefonon keresztül történő pszichológiai, dietetikai vagy laktációs szaktanácsadás sem számít ma már ismeretlennek. Simon (2010) erre példaként hozza azokat az amerikai kis és közepes kórházakat, amelyek CT és radiológiai képeik elemzését ausztrál vagy indiai szakemberekre bízzák elsősorban a kedvezőbb finanszírozás miatt. Ennek a praktikának köszönhetően olcsóbb a munka elvégeztetése annál, mintha éjszakai ügyeletet ellátó orvosoknak kellene megfizetni a munkabérért. A folyamatban résztvevő szereplők közti interaktivitás, kétoldalú kapcsolat sem jön létre minden esetben, gondolhatunk itt az altatóorvos és a páciens

kapcsolatára, amelynek csupán első néhány percében van kétoldalú kommunikáció a felek között (SIMON, 2010).

2.3. Nem tárolható jelleg

A nem tárolható jelleg azt a problémát vonzza magával, hogy a kereslet váratlan ingadozása az olyan jelentős humán erőforrást mozgósító szolgáltatások esetében, mint amilyenek az egészségügyi szolgáltatások is, a szolgáltató nem képes minden esetben reagálni ezekre a változásokra. A fluktuáló kereslet nagy nehézséget jelent, hiszen a kereslet nagysága gyakran meghaladja a kínálat nagyságát, amelynek megoldása a kereslet egyenletes eloszlására való törekvése lehet (KENESEI – KOLOS, 2007), az egészségügy számos területén ez azonban nagyon nehezen szabályozható. Egy tömegbaleset bekövetkezése, amelynek során orvos- és helyhiány léphet fel, nem szabad akarat szerint vezényelhető. A szezonális problémájára szintén erőteljesen jelen van az egészségügyben. Az allergia- vagy influenzaszézon beköszöntével jelentős keresletnövekedés figyelhető meg, amelynek következménye a hosszabb várakozási idő a betegek részéről, illetve kapacitáshiány a szolgáltatónál. Grönroos (2000) meglátása az, hogy mivel a szolgáltatás nem raktározható, ezért az ügyfeleket kell „raktározni”, például a várólisták is ezen az elven működnek. Abban az esetben, ha a szolgáltató iránt megnövekedett kereslet mutatkozik, azonban a szolgáltatást nyújtó fél nem képes kapacitását növelni, az emberek várakozásra, vagy szolgáltató-váltásra kényszerülnek. Sajnos az egészségügyben nem idegen számunkra az órákon át tartó várakozás a váróteremben, vagy a hónapokkal későbbre kapott időpont egy-egy komplikáltabb vizsgálat elvégzéséhez. Habár az emberek egyre kevesebb időt szeretnek várakozással tölteni, mégis számos esetben arra kényszerülnek, hogy türelmet gyakoroljanak, mivel adott egészségügyi szolgáltatásokat nincs lehetőségük máshol igénybe venni.

2.4. Heterogenitás

Egy-egy adott szolgáltatásfolyamat egyszeri és megismételhetetlen, hiszen még azonos tevékenységnél is befolyásolja azt mind a szolgáltatást nyújtó, mind az igénybe vevő személye, illetve a szolgáltatás nyújtásának ideje és helye is. Az ingadozó minőség elsődleges forrása maga az ember, hiszen nem hibamentesen működő, ugyanolyan minőséget garantáló robotok nyújtják a szolgáltatást. Ezért is érvényes az, hogy minél jelentősebb a személy(ek) szerepe a szolgáltatásban, annál nagyobb a heterogenitás kockázata. Az egészségügyi szolgáltatások esetében ez fokozottan igaz, hiszen sok tevékenységet nem lehet gépekre bízni és automatizálni (például milyen gyógyszeres kezelés lenne ideális a beteg számára), ezeknek az ellátása a szolgáltatás megvalósítóira hárul. Bár szigorú fegyelem és kontroll mellett végzik munkájukat, mégis munkateljesítményük ingadozó, részben a leterheltség, részben pedig a kifáradással arányosan redukálódó figyelem miatt. Egy 2015-ös hazai kutatás eredményei szerint, az orvosok és a nővérek is úgy érzik, nem jut kellő idejük és energiájuk arra, hogy a szakmai optimumot nyújtsák.²⁶ A változékonyság kockázatának mértékét azonban nem kizárólag a szolgáltatást nyújtó fél befolyásolja, hanem az igénybe vevő is. Amikor a vevőnek is hathatós szerepe van a folyamatban, akkor a szolgáltató, a szolgáltatás minőségére tett befolyása kisebb (PARASURAMAN – ZEITHAML – BERRY 1985). A páciensek egészségügyi állapota, a tájékozottsági szintje, valamint külső és belső adottságai, magatartása képes rányomni bélyegét a szolgáltatás minőségére, még abban az ideális esetben is, amikor a szolgáltató hiánytalan és hibátlan szolgáltatást biztosít a páciens számára. Az

²⁶ Szinapszis.hu (2015): <http://www.szinapszis.hu/hu/hirek/milyen-a-betegbiztonsag-2015-ben-magyarorszagon> letöltve: 2017. 09. 10.

egészségügyi szolgáltatások esetében az egyik legnagyobb kérdés az, hogy mi tekinthető minőségnek, és talán itt a legnagyobb az eltérés annak megítélésében, amit a szolgáltató és az igénybe vevő gondol a jó minőségről és a szolgáltatás eredményességéről.

3. Minőség az egészségügyben

Az egészségügyi ellátás komplexitását és a benne potenciálisan résztvevők széles körét tekintve nem meglepő, hogy többféle megfogalmazással és szempontrendszerrel találkozunk az irodalomban. A témával foglalkozó szerzők többsége elismeri, hogy nehéz mindenki által elfogadható definíciót adni az egészségügyi ellátás minőségére. Campbell és társai (2000) szerint a meghatározások többsége vagy túl általános és így igencsak nehezen operacionalizálható, vagy túl specifikus és adott területre lebontott. Sokszor hivatkozott Donabedian (1980) definíciója, mely rendszer-szemléletű megközelítésben úgy fogalmaz, hogy *„a minőség az egészségügyi ellátás olyan tulajdonsága, amely a betegek egészségének maximalizálására törekszik, miután mérlegelte a várható előnyöket és kockázatokat, amelyek az egészségügyi ellátás során várhatóak. A minőséget az egészségügyi ellátás olyan alapelveinek tekinti tehát, amely a várható egészségnyereség növelésére törekszik, figyelembe véve a rendelkezésre álló erőforrásokat. Az egészségnyereség egy költséghasznosságú megközelítés, és nem más, mint az ellátás által elért hatás, azaz a megnyert életek és az életminőség változása.”* (in: GÖDÉNY et al. 2009:27)

Donabedian (1988) szerint az egészségügyi szolgáltatásoknál a minőség meghatározásához szükséges információknak három forrása van:

- a struktúra, amely az ellátás körülményeire vonatkozik és 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; beletartozik mind a páciens, mind az ellátó személyzet tevékenysége,
- a kimenet, amely az ellátás páciensre és társadalomra gyakorolt hatását jelenti; tágabb értelmezésébe a páciens ismereteinek bővülése, viselkedésének megváltoztatása, valamint elégedettsége is beletartozik.

A szerző 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. Az interperszonális folyamat a technikai teljesítményt segítheti vagy akadályozhatja, mégis olyan tényező, melyet gyakran figyelmen kívül hagynak az elemzések. Ennek több oka is van, mert olyan folyamat, melyet az egyéni szempontok miatt szinte lehetetlen általánosítani (DONABEDIAN, 1988). Ugyanakkor 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.

4. A kutatás kérdései, módszertana

Jelen kutatást az EFOP-3.6.1-16-2016-00008 azonosítójú EU társfinanszírozású projekt egyik részkutatása kapcsán végeztük. Vizsgálatunk célja az egészségügyi szolgáltatások specialitásainak, minőségi dimenzióinak feltárása, majd azok modellezése. A kutatás e szakaszában kvalitatív módszerrel (mélyinterjúk) az egészségügyi szolgáltatók oldaláról kívántuk megismerni a szereplők véleményét a specialításokról, és arról, hogy milyen eszközökkel csökkenthető a kétoldalú kockázatteret a szolgáltatást nyújtó részéről.

4.1. A kutatás kérdései

Kvalitatív kutatásunkban számos kérdést vizsgáltunk, de a terjedelmi korlátok miatt jelen tanulmányban ezek csak egy részét mutatjuk be.

1. Miben más az egészségügyi szolgáltatás, mint más szolgáltatások? (specialitások)
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?

4.2. A primer kutatás lebonyolítása

Kutatási problémáinkra feltáró eljárást alkalmaztunk, mélyinterjúk segítségével kívántunk választ kapni kérdéseinkre. Az egészségügy komplexitása miatt az alanyok kiválasztása során arra törekedtünk, hogy lehetőleg minél több szintről kapjunk információkat. Az eddig lebonyolított interjúk 2018. január 15. és február 20. között készültek, az alanyok között szerepelt sebész, kutató orvos, gyermekorvos, gyógypedagógus-logopédus, védőnő, ápolónő. A tervezett interjúk száma 10, de a kutatást a telítettség határáig kívánjuk folytatni. Az interjúk megszervezése az egészségügyi dolgozók leterheltsége miatt nem volt egyszerű, de akik vállalták a beszélgetést mindannyian készségesek voltak, és számos hasznos információval szolgáltak.

5. Eredmények

5.1. Az egészségügyi szolgáltatások specialitásai

Ebben a kérdésben a válaszok nem igazolták előzetes várakozásainkat, sőt a szakirodalmi megközelítések egy részét is cáfolták. Miközben néhány szerző úgy gondolja (KOTLER-CLARKE, 1987), hogy a specialitások ellenére nem igényel ez az ágazat különleges eljárásokat, az interjú alanyai más-és más megközelítést adtak a sajátosságokat illetően.

„Összehasonlítva más szolgáltatásokkal, véleményem szerint az egészségügyi szolgáltatások a professzionális szolgáltatások közé tartoznak, tehát igen nagy az erőforrásigényük – mind a humánerőforrás, mind az anyagi erőforrás tekintetében – speciális szaktudást igényelnek, illetve egy nagyon szoros kontaktus jön létre szolgáltató és a beteg között.” (kutató orvos, fertőző osztály)

„Mi egy élő szervezettel dolgozunk. Ez egy nagyon nehéz része a beavatkozásnak, mert nem tudod felmérni, hogy a beteg milyen állapotban van. Más, mint egy autószerelő, aki kimutatja, hogy ki kell cserélni a fékbetétet. Egy műtétnél – főleg, ha sürgős – kiszámíthatatlan, hogy az adott kezelés azt a hatást váltja-e ki, amit szeretnél, vagy amit a tankönyv leír.” (főorvos, baleseti sebész)

„A logopédia egy teljesen más szakterület az egészségügyön belül, ez a terápia sokkal kötöttebb és nagyban kell alkalmazkodnia az egészségügyi ellátórendszerhez.” (gyógypedagógus-logopédus)

„Minden munka felelősségteljes, de az egészségügyben tulajdonképpen azoknak az embereknek az egészségével foglalkozunk és próbáljuk gyógyítani őket és próbáljuk egészségre nevelni, akik az egész társadalmunknak az alappillérei, és úgy gondolom, hogy ez adja a legnagyobb sajátosságát az egészségügyi szolgáltatásnak. Élő emberek egészségéről van szó, és ha az állam, illetve az ország népessége egészséges, akkor sokkal kevesebb energia és pénz fektetődik a gyógyításukba, nem hiányoznak olyan sokat a munkahelyükről, és a jövedelmüknek töredék részét kell gyógyszerekre költeni. Tehát én ebben találok a

legnagyobb sajátosságát, hogy emberek egészségéről van szó, ami szerintem mindannyiunk számára a leges legfontosabb.” (gyermekorvos, pulmonológus)

Az interjúrészek egyértelmű üzenete, hogy az egészségügyi szolgáltatás specialitásait szinte minden válaszadó saját helyzetéből látja, ami egyrészt természetes, másrészt felhívja a figyelmet arra, hogy még a sajátosságokat illetően is óvatosan kell eljárunk, amikor egy ágazatra vonatkozóan általános megállapításokat kívánunk tenni. A válaszadók saját helyzetük és speciális tevékenységük alapján fogalmazták meg azokat a jellemzőket, amelyek megítélésük szerint megkülönböztetik az adott szolgáltatást más szolgáltatásoktól, és látható, hogy ezek nagyon eltérőek az ágazaton belül is.

5.2.Folyamat, kommunikáció, páciens részvétele a döntési folyamatban

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 rábizzák 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 minek 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)

„Én úgy érzem, hogy a páciens a főszereplője ennek a szolgáltatásnak, tulajdonképpen ezt a szolgáltatási tevékenységet ő indítja be, ő áll a központban, és mivel a mi szolgáltatásunknak a célja az egészség megőrzése, ezért a páciens a legfontosabb a szakmánkban...nélkülük úgy gondolom, hogy nem is tudnánk dolgozni meg nem is lenne értelme a munkánknak. Bár ez speciális, mert többnyire a szülőkkel is kommunikálunk. (gyermekorvos, pulmonológus)

„A védőnői szolgálat önmagában a résztvevők nélkül semmit nem érne. Mi mindenképpen bevonjuk a folyamatba a pácienseket, akár a várandósokat, akár a csecsemőket és a szüleiket...” (védőnő)

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 at el. 2010) a felvilágosítást és a kommunikációt tartják fontos tényezőnek (BOWLING et al, 2013, PADDISON et al, 2015). Míg korábban az orvos-páciens kapcsolatban nagyon élesen érződött az információs aszimmetria, manapság némi tompulás érzékelhető, köszönhetően a betegek egyre növekvő ismeretszintjének és az ismeretszerzés iránti igényének (SZABÓNÉ - PATAKY 2006). Habár a páciens egészségi állapota, panaszai, betegségei mind-mind a személyéhez szorosan kötődnek, ezért azt feltételezhetjük, hogy részvételük az egészségügyi szolgáltatásokban szinte kizárólag a személyes megjelenéssel valósulhatnak meg, de jelen kutatásból is világosan látható, hogy a beteg bevonása a döntési folyamatba, és a kommunikáció esetenként korlátokba ütközik.

5.3. 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.

„Általában pénteken és hétfőn vannak a csúcsok. Ezek kezelésére kidolgozhatóak lennének módszerek, pl. követni lehetne a betegeket, az orvosok, a nővérek mozgását, és azt regisztrálni, és ahhoz alkalmazkodni. Állítólag vannak ilyen szoftverek főleg a sürgősségre, de mi még nem használjuk.” (klinikai orvos)

„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 várakozási idő tekintetében a nemzetközi szakirodalom is számos anomáliát jelez, és az indokok is eltérőek.²⁷ Zeithaml, Parasuraman és Berry (1985) szerint pedig a kereslet folyamatos és hektikus változása miatt, a szolgáltatások ezen sajátossága az, amely a legkritikusabb problémát jelenti.

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 meg²⁸. Kutatásunk eredményei ebben a kérdésben a szolgáltatók oldaláról is megerősítik a tendenciákat.

„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 kell menni, vagy nincs is, azok tisztasága, a kézmosó, a fertőtlenítőszer adagoló, tehát én a kórházakban, klinikákon azt mondom, hogy sokszor a mellékhelyiség dönti el, hogy mennyire elégedett a beteg...” (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)

„Probléma nálunk a mozgáskorlátozott feljáró hiánya, ezt hát idestova 15-20 éve szeretnénk megváltoztatni, ígéretet mindig kapunk, most is van ígéret, ezzel kapcsolatosan. A tisztasági festést azt ránk bízzák, tehát lehetnek színesek a falak, a vállalkozók segítettek abban, hogy díszítőcsíkot kaphassunk a falra, nemrégiben a pályázókat sikerült áthúzatni egy új kárpittal, ami sokkal dizájnosabb, a régi bútoron ugyan, de dizájnosabb, és balesetmentes, mert nem lógnak ki belőle a szögek. Igyekszünk azért a falat is díszíteni. (védőnő)

²⁷ https://era.aeek.hu/zip_doc/kutatas/2013/varoterme_varakozas_nemzetkozi_v1.pdf

²⁸ http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/egy_betegelegedettségi_felmeres_tanulsagai

„... találtam egy nagyon-nagyon gyönyörű helyet, amit bérek egy főbérletől, és így a saját ízlésem alapján tudtam kifestetni, illetve a bútorokat hozatni, igyekeztünk meleg színeket, pasztellszíneket biztosítani a fal színe, illetve a bútorok színével kapcsolatban, nagyon sok gyerekjáték van kitéve, képek vannak kitéve a falra... tehát minden egyes berendezési tárggyal azon igyekszünk lenni, hogy ne félelmet keltsünk a gyerekekben, hanem inkább biztonságérzetet. (gyermekorvos, pulmonológus)

„Természetesen a magánpraxisomban jól felszerelt fejlesztőszobám van, minden szükséges feltétel adott, van mindenféle fejlesztőeszköz, amelyet én hatékonyan be tudok építeni a terápiámba, ami a legfontosabb rendelkezek tükörrel, hiszen az ellátó helyeken ez is sokszor problémát jelentett, hogy nem rendelkezett a terápiás szoba tükörrel. A falra igyekeztem olyan képeket válogatni, melyek mindenképp nyugalmat közvetítenek.” (gyógypedagógus-logopédus)

Interjúalanyaink véleménye ebben a kérdésben láthatóan hasonló a témában végzett más kutatási eredményekhez. Egy magánpraxis esetében a szolgáltató sokkal inkább páciensbaráttá, kellemessé tudja tenni a szolgáltatás helyszínét, hiszen céljuk, hogy a páciens a szolgáltatási időt – beleértve a várakozási időt is – kellemesen tölthesse el. Kifejezetten igaz ez azoknál a szolgáltatóknál, amelyek gyermekekkel (is) foglalkoznak, gondoljunk vissza a gyermekorvos, a védőnő, vagy akár a gyógypedagógus-logopédus válaszára. A kórházi és klinikai ellátást nyújtók esetében kötöttebbek a lehetőségek a tárgyi környezet kialakítására vonatkozóan. Érdekes felvetés volt a kórházi orvos részéről, miszerint az igénybe vevő elégedettségét akár a mellékhelyiség tisztasága és felszereltsége képes meghatározni.

6. Összegzés

Tanulmányunkban röviden áttekintettük az egészségügyi szolgáltatásokra jellemző sajátosságokat, valamint azok minőségre gyakorolt hatásait. Booms és Bitner (1981) szerint a szolgáltatások esetében a legtöbb nehézséget a szolgáltatás minőségének biztosítása és az ügyféllel való folyamatos interakció okozza. Az általunk készített kutatás is alátámasztja ezt a megállapítást, hiszen az egészségügyi szakemberek elmondása szerint a páciens döntési folyamatba történő involválása, valamint a pácienssel való kommunikáció alkalmanként nehézségekbe ütközik. Az egészségügyi szolgáltatások jelentős részében a páciensek nagy mértékű bevonására van szükség, mivel az ő testi és lelki egészségük javítása a kitűzött cél, ám az elmondottak szerint ez bizonyos esetekben nehezen megvalósítható, vagy a páciens aktív jelenléte hátráltathatja a szakemberek munkáját. Az állandó minőség biztosításának problematikáját jelen tanulmányban bemutatott primer kutatás nem részletezi.

Az egészségügyi szolgáltatások olyannyira heterogének, hogy sajnos nem állt módunkban minden területre vonatkozóan feltárni a jellemzőket, azonban a különböző területen tevékenykedő egészségügyi szakemberekkel eddig készített interjúk is már felhívták a figyelmünket arra, hogy az egészségügyi szolgáltatások sokszor területenként eltérő, igen egyedi specialitásokkal rendelkeznek. Ebből kifolyólag az említett iparágra, általánosságban tett kijelentéseket nem szabad tenni.

Az egészségügyi szolgáltatások témaköre további izgalmas gondolatokat ébresztett bennünk, mint például: Mít mérlegelnek akkor az egészségügyben dolgozók, amikor az egészségügy minőségét kívánják javítani? Létezik-e standard minőség? Létezik-e márkázás az egészségügyben? Mennyire tartják a szakemberek fontosnak az egyes beavatkozási folyamatok tervezését? Mi a véleményük az “Evidence-based medicine”-ről? Milyen eszközöket, módszereket használnak arra, hogy a páciens és szolgáltató találkozásait javítsák? Vannak-e mechanizmusok a panaszok kezelése? Ezen kérdések megválaszolására azonban egy másik tanulmány ad lehetőséget.

A hatékony marketing – EMOK 2018 Nemzetközi Tudományos Konferencia konferenciakötete

Felhasznált irodalom:

- Bányai E. (1995): Minőség és fogyasztói elégedettség a szolgáltatásmarketingben. *Marketing és Menedzsment*. 3. 65-70.
- Bateson, J.E.G. (1979): Why we need service marketing. in Ferrell, O.C. – Brown, S.W. – Lamb, C.W. (eds.): *Conceptual and theoretical developments in marketing*, American Marketing Association.
- Berry, L.L. (1980): Services Marketing is Different. *Business*. 30. 24-28.
- Booms, B.H. - Bitner, M.J. (1981): Marketing Strategies and Organization Structures for Services Firms. in Donnelly, J. – George, W. (eds): *Marketing in Services*. American Marketing, Chicago. 47-51.
- 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.
- Campbell, S. M., - Roland, M. O., - Buetow, S. A. (2000): Defining quality of care. *Social Science and Medicine*. 51 (11) 1611-1625.
- 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.
- Gődény S., - Topár J., - Margitai B. (2009): Minőségirányítás és minőségbiztosítás továbbfejlesztése az egészségügyben I. rész. *IME*. 8 (10) 25-30.
- Grönroos, C. (2000): *Service Management and Marketing: A Customer Relationship Management Approach*. Wiley, NJ.
- Hubbert, A. R. (1995): Customer co-creation of service outcomes: effects of locus of causality attributions. unpublished doctoral dissertation, Arizona State University.
- Kenesei Zs. – Kolos K. (2007): *Szolgáltatásmarketing és –menedzsment*. Alinea Kiadó, Budapest.
- Kotler, P. - Clarke, R.N. (1987): *Marketing for Health Care Organizations*. Prentice-Hall, NJ.
- 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.

A hatékony marketing – EMOK 2018 Nemzetközi Tudományos Konferencia konferenciakötete

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.

Lovelock, C.H. – Wirtz, J. (2011): *Services Marketing: People, Technology, Strategy*, 7th edition. Prentice Hall, NJ.

Mittal, B. (1999): The Advertising of Services: Meeting the Challenge of Intangibility, *Journal of Services Marketing*. 16 (5) 424-431.

Paddison, C.A. - Abel, G.A. - Roland, M.O. - Elliott, M.N. - Lyratzopoulos, G. - Campbell JL (2015): Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey, *Health Expectations*. 18 (5) 1081-1092.

Rushton, A.M. – Carson, D.J. (1989): The Marketing of Services: Managing the Intangibles. *European Journal of Marketing*. 23 (8) 23-44.

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

Szabóné Pataky E. (2006): Az egészségügyi marketing néhány érdekes kérdése. *Marketing és Menedzsment*, Vol. 5-6 26-32.

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

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

Zeithaml, V.A. (1981): How Consumers Evaluation Processes Differ between Goods and Services. in: Donnelly, J. – George, W. (eds): *Marketing in Services*. American Marketing, Chicago. 186-190.

Zeithaml, V.A. – Parasuraman, A. - Berry, L.L. (1985): Problems and Strategies in Services Marketing. *Journal of Marketing*. 49 (2) 33-46.