

Az egészségügyi ellátás minőségének SERVQUAL szempontú mérése*

Kincsesné Vajda Beáta
Szegedi Tudományegyetem

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.

A tanulmány egy olyan kutatás eredményeit ismerteti, mely a páciensek szubjektív élményének részeként az észlelt (funkcionális) minőséget mérte a háziorvosi ellátás kapcsán, a SERVQUAL modell adaptálásával. A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy értelmezhető e modell a háziorvosi ellátás tekintetében.

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

BEVEZETÉS

Hazánk egészségügyi ellátórendszerének a finanszírozási nehézségek és strukturális problémák mellett növekvő páciens-igényekkel is szembe kell néznie. Nemzetközi tendencia, hogy az egészségügy egyre inkább szolgáltatásként jelenik meg, melynek eredményeképp nagyobb hangsúly kerül az igénybe vevői elégedettségre, a személyes kapcsolatmenedzsmentre, illetve a kockázatkommunikációra. Ennek megfelelően növekvő szerepe van e szektorban a vállalatgazdasági, szervezeti és marketing személtű megközelítéseknek (Simon 2010). Az egészségügy hosszú időn keresztül csak mintegy „melléktermék” volt a gazdasági fejlődés során (WHO 2008), a humán erőforrás felértékelődésével párhuzamosan azonban szemléletváltásra van szükség.

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 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

* A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/1-11-1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program – Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és működtetése országos program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

Ellátási komponens	A leginkább érintett minőségtípus
Technológiai	Megfelelőség
	Hatásosság
Interperszonális	Páciens-központúság
Szervezeti	Egyenlőség
	Elérhetőség
	Hatékonyág
	Átfogó jelleg

Forrás: Woodward 2000, 5. o.

aszimmetriából adódó kettősség. A WHO (Woodward 2000) megközelítése szerint az ellátás minősége technológiai, interperszonális és szervezeti összetevőkből áll (1. táblázat).

E gondolatmenet összecseng Donabedian tipologizálásával, aki szerint az ellátás minőségének meghatározásához szükséges információk az ellátás körülményeiből (azaz a struktúrából), a folyamatból (azaz az ellátásban résztvevő felek tevékenységéből), valamint a páciens- és társadalom-szempon-tú kimenetekből erednek. Az interperszonális kapcsolatok fontossága első-sorban a folyamat kapcsán emelhető ki: 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-t. Az interperszonális folyamat a technikai teljesítményt segítheti vagy akadályozhatja, mégis olyan tényező, melyet gyakran figyel-men kívül hagynak az elemzések.

Kutatásunk során kifejezetten az egészségügyi ellátás során fontos szerepet játszó interperszonális folyamatokra helyeztük a hangsúlyt, megkülönböztetve az ellátás technikai és funkcionális minőségét. Komplex kutatási modellünkben a funkcionális minőség SERVQUAL-szempon-tú 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 kapcsol-

atos szeptét és kérdőíves kutatásunk ide vonatkozó eredményeit mutatjuk be.

SZOLGÁLTATÁSMINŐSÉG AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN: ELMÉLETI HÁTÉR ÉS MÓDSZERTAN

Az egészségügyi szolgáltatás minőségének holisztikus megközelítése már több évtizede jelen van (Woodward 2000), amely azt jelenti, hogy bár már-már problematikusan sok nézőpont létezik egyidőben, közös pontnak tekinthető 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-fogyasztás-ról” (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 alkalmosságán alapul. Gulácsi (2005) szerint az egészségügyben a kezeléstről szóló döntéshez alapvetően a tevékenységek költségeinek és azok következményeinek összehasonlítására van szükség, a közgazdasági 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 ellátás folyamatáról informálták, amennyire bevonták a döntésbe, amennyire empatikus volt az ellátó) – ez tehát az a minőség, amely a betegek minőségértékelését elsődlegesen meghatározza (Babakus és Mangold, 1991).

Mivel kutatásunkban a páciensek szempontjából vizsgáljuk az egészségügyi ellátást, annak funkcionális minőségére koncentrálna a szolgáltatás-marketing elméleti és módszertani megközelítéseit tekintjük alapként.

A 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 köszönhe-

tően intenzív tudományos vitákat is generált, melyek a modell további fejlesztéseit, ugyanakkor kritikáit is maguk után vonták. Cronin és Taylor (1992) hibásnak tartja a diszkonfirmasiációs 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 és tsai (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 elvárás, 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. Ezen eredményükhöz érdemes hozzátenni, hogy az eredeti skála lényegesen lerövidített változatát használták. A szerzők eredményeik alapján felvetették a kérdést, hogy szükséges-e az elvárás skála felvétele, ugyanis az nem erősítette a modellt azon túl, amit az észlelési skála

is nyújtott. Nem nyilvánítottak ugyanakkor határozott véleményt e kérdésben, és hozzátették, 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 kritikai 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 tekintjük e témában Miranda és tsai (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 véljük, modelljük egyfajta hibridnek 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.

Az észlelt minőség interperszonális vonatkozásai: az orvos-beteg kapcsolat
Az észlelt minőség általunk is használt modellje magában foglalja annak elfogadását, hogy az orvos és a páciense közötti kapcsolat (az interperszonális) fontos eleme a minőségnek. Bár a SERVQUAL modell magába foglal az empátiára vonatkozó elemeket, kutatásunk során külön hangsúlyt kívántunk fektetni az orvos-beteg kapcsolat vonatkozásaira; többek között arra, hogyan történnek az ellátással kapcsolatos döntések. Kutatásunkban (az ezzel kapcsolatos domináns irodalmi szemlélettel párhuzamosan) az orvos-beteg kapcsolat három típusát különböztettük meg, melyek az orvos-centrikusság vagy beteg-centrikusság mentén jellemezhetők. Az orvos konzultációs stílusát leginkább saját tényezői határozzák meg, és kevésbé fontosak a betegre, valamint a helyzetre vonatkozó tényezők – „létezik tehát az

egyres orvosokra jellemző, elsősorban az orvos viselkedése által meghatározott konzultációs stílus” (Molnár és Csabai 1994, 82. o.) Orvoscentrikus stílusként jellemezhető a paternalista döntéshozatal, amely esetében az orvos hozza a döntéseket, melyeket közöl a betegével. A betegcentrikus orvosokra az a jellemző, hogy nagyobb mértékben veszik figyelembe a páciensek érzéseit, meglátásait; a közös döntés (amikor a két fél együtt dönt), valamint az informatív döntés (amikor az orvos csak információkat nyújt, és a páciens önállóan dönt) e kategóriába tartoznak.

Saját kutatási módszertan

Kutatásunk során az orvos-beteg interakció tényezőit és kimeneteit vizsgálva egy számos konstruktumot (pl. egészséghit, orvosi stílus, kognitív és érzelmi gondoskodás) magába foglaló kérdőívet állítottunk össze, melynek egy részét képezte az észlelt minőség mérésére szolgáló eszköz is. Kutatásunk lefolytatásához kifejezetten a háziiorvosi ellátásra fókuszáltunk. E döntésünk oka, hogy a háziiorvosi ellátással valamilyen tapasztalata vélhetően valamennyi potenciális válaszadónak van, továbbá, hogy a háziiorvosi ellátás rendkívül fontos preventív, valamint egyfajta „kapuőri” szereppel is rendelkezik, és olyan ellátási forma, mely

hosszú távú, folyamatos, személyes kapcsolatra épül (Karner 2011).

Kérdőíves kutatásunk egyik részét képezte tehát a háziiorvosi ellátásra adaptált SERVQUAL skála, mely a válaszadók háziiorvosukkal kapcsolatos elvárásait és észleléseit mérte. Tudomásunk 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, feltárázó jellegű kutatásunk miatt úgy döntöttünk, hogy az elvárások vizsgálata is fontos lehet, így a SERVQUAL megközelítést annak nagyobb információtartalma miatt választottuk – figyelembe véve, hogy a kitöltőktől ez többlet idő- és energia ráfordítást igényel. Ennek adaptálásánál alapul vettük az eredeti, 22 állításból álló sort (Parasuraman és tsai 1988; magyar nyelven Veres 2009), valamint az előző alfejezetben ismertetett kutatások publikált eszközeit. Fontosnak tartottuk, hogy ne csak a háziiorvosra, de a segítő személyzetre vonatkozó külön állítások is szerepeljenek a kérdőívben, hiszen úgy véljük, ennél az ellátási típusnál sok esetben fontos lehet a háziiorvos asszisztensével történő interakció is.

Ennek eredményeképp 29 állításból álló skála született, amelynek tartalmát a 2. táblázat mutatja.

2. táblázat: A saját kutatásban használt SERVQUAL skála tartalma

Tárgyi tényezők	modern felszerelés	Empátia	egyénre 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
Reagálási készség	segítőkéss orvos		tájékoztatás a kezelés természetéről
	segítőkéss személyzet		páciens érdekei
	figyelmes orvos		megkülönböztetett figyelem
	orvos problémamegoldás		bizalomkeltő orvos
Megbízhatóság	lehet kérdéseket feltenni		Biztonságérzet
	a rendelő könnyű elérhetősége	kedves és udvarias orvos	
	ígéret betartása a határidőkről	kedves és udvarias személyzet	
	ellátási probléma esetén jó reagálás	professzionális orvos	
	megbeszélrt időpont esetén pontosság	professzionális személyzet	
	elfogadható várakozási idő		

Forrás: Saját szerkesztés

lázat mutatja be. Az állítások értékelésére 7-fokú Likert-skálát alkalmaztunk, melyben a válaszadás megkönnyítése és a szélső válaszok szükségtelen gyakoriságának csökkentése érdekében valamennyi fokozat rendelkezett elnevezéssel.

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 vettük 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 a kérdőívben 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 mértük. Emellett egy egyszerű választásos kérdésben a válaszadóknak ki kellett választani a háziorvosuk stílusára leginkább jellemző leírást – e leírások a paternalizmus, a közös döntés, valamint az informatív stílus közérthető jellemzői voltak.

A KÉRDŐÍVES KUTATÁS EREDMÉNYEI

Az adatfelvétel CAWI módszerrel készült. Kutatásunkban alapsokaságként a felnőtt (18 éven felüli) lakosságot választottuk, akikhez hólabda módszerrel jutott el a kérdőív, melyet online módon lehetett kitölteni. Bár a hólabda mintavétel nem tekinthető véletlenszerűnek, így a reprezentativitás követelményeinek sem tudtunk megfelelni, a nagyobb számú eléréshez azonban megfelelőnek tartottuk az online kérdőívet, melynek terjesztésében egyetemi hallgatók is segítettek, számukra meghatározott demográfiai változók mentén kvótákat határoztunk meg. A mintát a statisztikai elemzés során súlyozással illesztettük az alapsokaság korra és nemre vonatkozó jellemzőihez, melynek során az egyes korcsoportokhoz tartozó nemi arányokat

vettük figyelembe, így ezen ismérvek mentén országosan reprezentatívnak tekinthető adatbázist kaptunk. Az elemzés során az SPSS 20.0 programcsomagot alkalmaztuk.

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 tartjuk megjegyezni, hogy nem többségében hallgatókból álló mintáról van szó: válaszadóink 15,4%-a tanuló, 57,6%-uk aktív dolgozó, nyugdíjasok pedig a tanulókkal szinte megegyező arányban töltötték ki a kérdőívet, arányuk 15%. A fennmaradó válaszadók munkanélküliek, GYES-en/GYED-en lévők, vagy egyéb státuszúak. 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 választották meg ezt a kérdést, a háziorvosi ellátás értékelésére vonatkozó kérdéseket nem választották 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.

A SERVQUAL skála validálása és a dimenzionalitás vizsgálata

A SERVQUAL modell validálását és a dimenzionalitás vizsgálatát faktorelemzéssel végeztük, mind az észlelési, mind az elvárási, 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 dimenziókhöz tartozó állítások belső konzisztenciáját is vizsgáltuk, melyhez a Cronbach-féle alfa mutatót használtuk. 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 megtartottunk.

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 értelmeztünk. 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 a gap skálák faktorelemzésénél (5 komponens esetében) kapott KMO-k értéke és a magyarázott varianciarányad szintén megfelelő, előb-

„Kronikus betegsége a válaszadók saját bevallása szerint 44,7%-ának, azaz közel felének van, ezek közül leggyakoribb a diabétesz, valamint a magas vérnyomás.”

binél 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 neveztük el, ugyanis egyértelműen olyan elemeket különültek el benne, melyek az orvos kognitív és érzelmi gondoskodásával függnek össze (3. 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 konstruktmokat 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 az általunk használt skála nem egydimenziós mértéke az észlelt minőségnek; egymástól világosan elkülönülő és értelmezhető komponenseket kaptunk. Azon korábbi eredményeknek, melyek az empátia,

a reagálási készség és a biztonságérzet egybeolvadását jelezték, azonban megfelel, csakúgy, mint Miranda és tsai (2009) eredményeinek, melyek szerint különállóan értelmezhető a segítő személyzet dimenzió. A segítő személyzetre vonatkozó állítások egyetlen komponensben való megjelenése jelentheti, hogy ahogyan feltételeztük, a háziorvos 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 gondoskodás: a nagyszámú, kifejezetten betegközpontú orvosi kommunikációra utaló állítás egy dimenzióba tömörülése fontos jelzése a kognitív és érzelmi gondoskodás szükségességének.

A háziorvosi ellátás észlelt minőségére vonatkozó eredmények

A diszkonfirmációs paradigma szerinti észlelt minőség szintjének megállapításához az észlelési és az elvárási 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 elvárási 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 pozitív, szórása relatíve magas. A gap a tárgyi környezet egyik állítását (elrendezés) leszámítva valamennyi állítás esetében statisztikailag szignifikáns (Wilcoxon teszt, $p=0,05$). Az

3. táblázat: Az elemzés által felállított észlelési skála és gap dimenziók

Gondoskodás (Empátia+ Reagálási készség + Biztonságérzet+ Megbízhatóság) (alfa: 0,963)	tájékoztató a kezelés természetéről	Személyzet (alfa: 0,925)	kedves és udvarias személyzet
	tájékoztató a kezelés céljáról		bizalomkeltő személyzet
	bizalomkeltő orvos		professzionális személyzet
	ellátási probléma esetén jó reagálás		segítőképző személyzet
	Tárgyi környezet (alfa: 0,790)	segítőképző orvos	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
Idő-menedzsment (alfa: 0,844)	megfelelő alaposágú vizsgálat	megbeszélte időpont esetén pontosság	
	páciens érdekei	elfogadható várakozási idő	
	kedves és udvarias orvos	ígéret betartása a határidőkről	
	megkülönböztetett figyelem	megfelelő rendelési idő	
Személyre szabottság (alfa: 0,890)	egyenre szabott bánásmód		

Forrás: Saját szerkesztés

egyes komponensekhez tartozó értékelések jobb szemléltetésére valamennyinél kiszámítottuk a hozzá tartozó állításokra adott pontszámok átlagát, melyet a 4. táblázat mutat be.

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 magunk is használtunk egy külön kérdést az átfogó elégedettség mérésére. Ordinalis logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltuk 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. Eredményeink alapján az észlelt minőség gap faktorai az átfogó elégedettség varianciájának 63,7%-át magyarázzák, mely azt jelzi, hogy a modell magyarázóereje e tekintetben jó. Árnyalja ugyanakkor ezt az eredményt az észlelési dimenziók által az elégedettség magyarázott variancihányadának vizsgálata: az erre vonatkozó eredményeink alapján az észlelési skálafaktorok az elégedettség varianciájának 83,5%-át magyarázzák. Ezen eredmény azon irodalmi előzményeket támasztja alá, melyek a SERVPERF modell, azaz kizárólag az észlelési skála használatát javasolják. Saját eredményeink 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 együtttható 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.

AZ ORVOS-BETEG KAPCSOLAT ÉS AZ ÉSZLELT MINŐSÉG ÖSSZEFÜGGÉSEI

A háziorvosok válaszadóink által észlelt stílusa (paternalista, közös döntés, avagy

4. 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

informatív) és az észlelt minőség közötti összefüggést az észlelt minőség dimenziók átlagos értékelésén keresztül vizsgáltuk¹ Bonferroni próbával. Ennek eredménye azt mutatja, hogy az észlelt minőség négy dimenziójában (gondoskodás, személyzet, időmenedzsment és személyre szabottság) a paternalista (azaz orvoscentrikus) stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban észlelik kiválónak (6 feletti átlag) a minőséget, mint azok, akik közös döntést vagy informatív stílust alkalmazó (azaz betegcentrikus) orvossal találkoztak. A tárgyi környezet értékelésével kapcsolatban (várható módon) nincsenek eltérések az orvos stílusa szerint. Az észlelt stílus és az elégedettség közötti összefüggést szintén Bonferroni-próbával vizsgáltuk, és megállapítottuk, hogy a paternalista stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban elégedettek teljes mértékben az ellátással, mint a másik két stílusú orvos páciensei (5. táblázat).

Az orvosi stílus elvárásoknak történő megfelelését az észlelt minőséggel, valamint az elégedettséggel a fentivel megegyező statisztikai módszerrel vizsgáltuk.² Azok között, akik az általuk ideálisnak tartott stílust tapasztalták, szignifikánsan többen vannak, akik az ellátás minőségét kiválónak észlelték (valamennyi dimenzióban), mint azok, akiknél eltérés volt az észlelt és az ideálisnak tartott stílusok tekintetében. Hasonló különbség van elégedettség tekintetében: azok, akiknél megfelelt egymásnak

az ideális és a tapasztalt stílus, szignifikánsan nagyobb arányban voltak teljesen elégedettek az ellátással (6. táblázat).

ÖSSZEZGÉS

Kutatásunk fontos eredményének tartjuk annak megállapítását, hogy értelmezhető háziiorvosi ellátás kapcsán a SERVQUAL modell, az általunk összeállított skála pedig validnak tekinthető. A skála további tesztelésére, a funkcionális minőség vizsgálatára reprezentatív mintán, specifikus pácienscsoportoknál vagy eltérő szintű ellátási szinteken azonban szükség van.

E tanulmányban ismertetett eredményeink közül kiemeljük, hogy a válaszadók által tapasztalt háziiorvosi ellátás a dimenziók többségében elmarad az ideális ellátástól és a kettő különbségeként 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. A magasabb észlelt minőség az ellátással történő magasabb elégedettséggel jár együtt, és kiemelkedő e tekintetben a „gondoskodás” dimenziója, mely az ideális szolgáltatás értékelésénél is kiemelt szerepet kap. A paternalista stílust észlelő páciensek az ellátás minőségének dimenzióit alacsonyabbra értékelik és kevésbé elégedettek, mint a betegcentrikus stílust tapasztalók. Eredm-

5. táblázat: Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség a különböző orvosi stílust tapasztalók között

	Beteg-centrikus	Orvos-centrikus	Össz.
Gondoskodást kiválóra értékelők aránya	68,3%	48,5%	53,4%
Személyzetet kiválóra értékelők aránya	75,0%	54,2%	59,5%
Tárgyi környezetet kiválóra értékelők aránya	53,3%	50,7%	51,3%
Időmenedzsmentet kiválóra értékelők aránya	55,6%	39,0%	43,4%
Személyre szabottságot kiválóra értékelők aránya	48,6%	27,7%	33,2%
Teljes mértékben elégedettek aránya	42,6%	25,9%	30,5%

Megjegyzés: Az arányokat tartalmazó cellák eltérő színe (egy sort nézve) egymástól szignifikánsan eltérő ($p=0,05$) arányokat jelöl a különböző stílusú orvost tapasztalók között az észlelt minőség adott dimenziója, illetve az elégedettség értékelése tekintetében.

Forrás: Saját szerkesztés

6. táblázat: Az észlelt minőség dimenziói és az elégedettség azok között, akinél az észlelt orvosi stílus megfelel az ideálisnak tekintettek és azok között, akiknél nem

	Az orvosi stílus megfelel	Az orvosi stílus nem felel meg	Össz.
Gondoskodást kiválóra értékelők aránya	66,7%	38,5%	53,5%
Személyzetet kiválóra értékelők aránya	68,8%	49,2%	59,5%
Tárgyi környezetet kiválóra értékelők aránya	60,8%	40,3%	51,3%
Időmenedzsmentet kiválóra értékelők aránya	52,7%	32,8%	43,4%
Személyre szabottságot kiválóra értékelők aránya	39,1%	26,3%	33,2%
Teljes mértékben elégedettek aránya	44,3%	14,8%	30,5%

Megjegyzés: Az arányokat tartalmazó cellák eltérő színe (egy sort nézve) egymástól szignifikánsan eltérő ($p=0,05$) arányokat jelöl az ideális orvosi stílust kapók és nem kapók között az észlelt minőség adott dimenziója, illetve az elégedettség értékelése tekintetében.

Forrás: Saját szerkesztés

nyeink arra mutatnak továbbá, hogy nem csak az észlelt stílus van kapcsolatban az észlelt minőséggel és az elégedettséggel, de az is, hogy az észlelt stílus megfelel-e az elvárásoknak: ennek hiánya összességében alacsonyabb észlelt minőséggel és elégedettséggel van kapcsolatban.

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 rendszeres társadalmi szintű következményei is vannak. A marketing szempontú vizsgálatot támasztja alá a betegközponúság 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 és Yom, 2007); passzív szerepüket egyre inkább a személyre szabott, odafigyelő és udvarias szolgálatot aktívan igénylő szerep váltja

fel. Mivel a konzultációk folyamata elsősorban az orvostól függ, nagyobb hangsúlyt érdemes fektetni ezzel kapcsolatos attitűdjeik feltárására és – eredményink alapján – a betegcentrikus kommunikációra való képességük és motivációjuk fejlesztésére.

JEGYZETEK

- 1 Ehhez az egyes dimenziókhoz tartozó állításokból számított átlagértékeket kategorizáltuk (az 1 és 1,99 közötti átlagok az 1-es kategóriába kerültek, a 2-2,99 közötti átlagok a 2-es kategóriába, és így tovább), így ordinális skálát kapva.
- 2 Ehhez új változót hoztunk létre, mely a válaszadók két csoportját különböztette meg: azokat, akiknél az ideálisnak tartott és a tapasztalt stílus megfelel egymásnak, és azokat, akiknél ez nem felel meg – függetlenül attól, hogy az adott válaszadónál mely stílusokról van szó.

HIVATKOZÁSOK

- Babakus, E. & Mangold, W. G. (1992), "Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation", *Health Services Research*, 26 6, pp.767-86
- 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, pp.472-90
- Cronin, J. T., Taylor, S. A. (1992), „Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension”, *Journal of Marketing*, 56 3, pp.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. és tsai (szerk.), *Bevezetés a piackutatásba*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Karner, C. (2011), „A háziorvosi ellátás jelene Magyarországon”, *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2 5-15. old.
- Kenesei, Zs. – Szántó, Sz. (1998), „A szolgáltatásminőség mérése – elmélet és gyakorlat”, *Vezetéstudomány*, 29 12, 8-18. old.
- Kotler, P., Shalowitz, J., Stevens, R. J. (2008): *Strategic Marketing for Health Care Organisations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lee, M. A. and 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 pp.545-55
- McAlexander, J. H., Kaldenberg, D. O., Koenig, H. F. (1994), „Service Quality Measurement”, *Journal of Health Care Marketing*, 13 3, pp.34-40
- Miranda, F. J., Mera, A. C., Hernandez, M. I. S., Murillo, L. R., Cervera, J. V. (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-ROM
- Molnár, P. – Csabai M. (1994), *A gyógyítás pszichológiája*. Budapest: Springer Hungarica
- 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, pp.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. Letöltve: 2010. október 20.
- Woodward, C. A. (2000), *Issues in health service delivery. Discussion papers No. 1: Improving provider skills*. Geneva: World Health Organization

Kincsesné Vajda Beáta PhD, tanársegéd

vajda.beata@eco.u-szeged.hu
 Szegedi Tudományegyetem
 Gazdaságtudományi Kar
 Üzleti tudományok intézete

Measurement of Healthcare Quality by SERVQUAL

Assessing the quality of health care is a highly complex topic. Its economic approaches focus on technical quality measured by the professional appropriateness of procedures used. However, it is a generally accepted view that patients’ considerations should also be taken into account when determining quality. This is important because patients’ subjective experiences are related to their compliance, having considerable implications in our healthcare system that is already struggling with financial difficulties. This paper describes the results of a research that measured perceived (functional) quality as part of patients’ subjective experience in regard of primary care, with the adaptation of the SERVQUAL model. The results of the research concluded that this model is applicable to primary medical care.

Beáta Kincses Vajda