

Az egészségügyi marketing szerepe

Az egészségügy a társadalom tagjainak megfelelő egészségi állapotát biztosító nélkülözhetetlen szektor, a társadalom átalakításában kulcsszerepet játszó ágazat.

Dinamikus, nyílt rendszer, állandó mozgásban van, fejlődik.

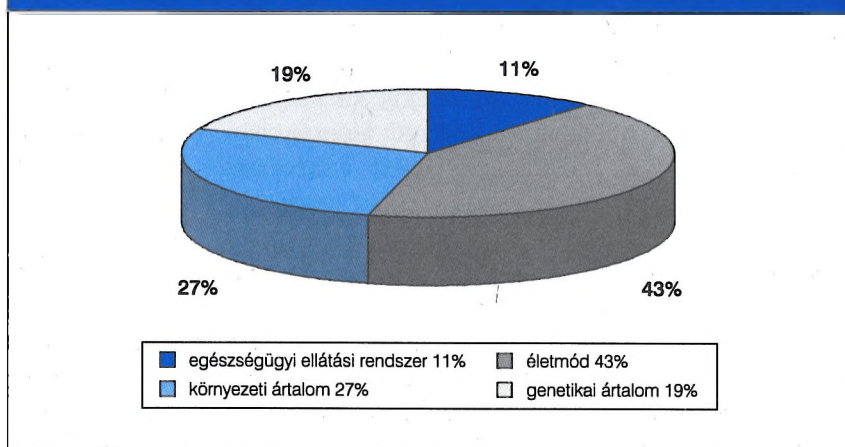
A WHO kimutatása szerint az egészségi állapotot befolyásoló és meghatározó tényezők közül az egészségügyi ellátásnak mindössze 11 százalék a súlya.

A legnagyobb befolyást ebben az életmód hatása jelenti, amely 43 százalékot, a környezeti ártalom 27 százalékot és a genetikai ártalom 19 százalékot képvisel.

Az egészségügy a lakosság egészségi állapotát csak 11 százalékban képes befolyásolni, mégis a közvélemény deklarálta az egészségügyi ágazatra helyezi a felelősséget. Az egészségügyi rendszer alapvető funkciója a lakosság egészségi állapotának fenntartása, javítása és elsősorban az ehhez szükséges feltételrendszer biztosítása.

1. ábra

Egészségügyi állapotot befolyásoló és meghatározó tényezők %-os megoszlása



Országos lakossági egészségfelmérést végzett az Országos Epidemiológiai Központ és összefoglaló jelentését 2002. október 1-én hozta nyilvánosságra. Megállapította, hogy Magyarországon egy ma 18 éves nő előreláthatólag 43,3, egy ugyanilyen korú férfi pedig 38,4 egészségkárosodás nélküli esztendőre számíthat az előtte álló várhatóan 59, illetve 50 életévében.

A kórházak missziója, hogy befejezett ellátást nyújtsanak, minél teljesebb körű szolgáltatást biztosítsanak a megelőzés, gyógyítás, ápolás és az ezt kiegészítő szolgáltatások terén is. A szolgáltatások szerepe egyre növekszik, főleg az egészségügy területén.

A kórházak marketingtevékenységének komoly szerepe van a betegek jobb ellátása és a gazdaságosabb üzemeltetés területén.

1. táblázat

Egészség és jólét a közvéleményben

Amerikai Egyesült Államok				Franciaország	
Mennyire fontos a jóléthez?*				Mi a legfontosabb a boldogsághoz?***	
	Nagyon fontos	Fontos	Nem fontos		
Egészség	70	24	–	Egészség	90,4
Házasság	74	17	4	Szerelem	80,0
Család	67	24	1	Szabadság	75,1
Haza	62	26	1	Család	73,5
Barátság	34	36	1	Igazság és egyenlőség	66,0
Otthon	35	34	2	Munka	62,7
Munka	38	32	10	Pénz	52,5
Lakóhely	28	40	3	Biztonság	51,1

*Forrás: Campbell et al.: *The Quality of American Life*. New York, Russell Sage Foundation. 1976. 84. p.

**Forrás: Institut DEM, 1977. In: A. Bailly, M. Périat: *Médecimétrie. Une nouvelle approche de la Santé*. Economica, Paris, 1995. 10. p.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSOK IRÁNTI MEGNÖVEKEDETT IGÉNY

Az Európai Közösség országaiban 1960 és 1980 között vizsgálatokat végeztek az egészséggel kapcsolatban. A felmérések mindenütt azt mutatják, hogy az emberek nagy fontosságot tulajdonítanak az egészségnek. Ráadásul annak hiánya a többi jóléti és boldogságforrás értékelésére is kihat. A beteg ember nem tudja ugyanúgy élvezni, értékelni őket, mint egészségesen. Ezzel összefügg az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet stabilitása, illetve a kor előrehaladtával növekedése. (1. táblázat)

Az Európai Közösség valamennyi országában tapasztalható, ahol a hatvan év felettek részaránya a

korábbi egy ötöd-egy hatodról 2010-re megközelítően egyharmadra emelkedik. Az idősök arányának növekedése miatt a jövőben várhatóan tovább nőnek a háztartások egészségügyi ellátással kapcsolatos kiadásai, s az akár a legfontosabb költségkategóriává is előléphet. (2. táblázat)

A társadalom elöregedése mellett költségfokozó tényezőként kell számításba venni:

- az „új” betegségek kezelését (például az AIDS)
- korábbi betegségek újbóli jelentkezését (például a tuberkulózis)
- korunk társadalmi és gazdasági változásaival összefüggően jelentkező betegségeket és ártalmakat (például Alzheimer-kór, az ózonpajzs ritkulására visszavezethető rosszindulatú daganatok, a csernobilihez hasonló nukleáris balesetek és környezeti ártalmak következményei).

2. táblázat

A 65 évesnél idősebbek arányának alakulása a teljes lakosság százalékában

	1960	1980	2000*	2020
Világ	5,3	5,9	6,8	8,7
EU	10,5	13,8	15,7	19,5
Ausztrália	8,5	9,6	11,7	15,9
Kanada	7,5	9,5	12,7	18,8
Japán	5,7	9,0	15,9	23,7
Egyesült Királyság	11,7	15,1	15,2	18,2
Egyesült Államok	9,2	11,3	12,8	17,5

*Becsült érték

Forrás: Office of Health Economics. London. In: Reekie: *Government in Healthcare: Lessons from the UK*. The Smith Center, Johannesburg, 1994.

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZEKTOR SAJÁTÓSÁGAI

Egészségünk értéke

Egészség a WHO szerint: nem egyenlő a betegség hiányával, szociális és mentális tényezők együttes állapota. Egészség a közgazdaságtan definíciója szerint: olyan különleges jószág, amelynek nincs ára, és semmi mással nem helyettesíthető.

Az egészségügy gazdasági összefüggéseinek megértéséhez az egészségügy definíciójából kell kiindulni. Az egészségügy:

- Egy társadalom életét meghatározó nagy rendszer.
- Mindazon egyéni és közösségi elemek összessége, amelyek célja az egészség megőrzése, helyreállítása, illetve ezek feltételeinek biztosítása.
- Célja a lehető legjobb egészségi állapot elérése a lakosság legszélesebb rétegeiben.
- Csak a kormányzati politika interszektorális tényezőjeként értelmezhető.

Mi az egészségünk értéke? Az egészségre és az egészségügyi szolgáltatások értékére vonatkozó kérdés megegyezik azzal, amely az élet értékéről szól. A gazdaságtannak, mint tudománynak céljai és feladatai abból a felismerésből eredeztethetők, hogy korlátozott eszközök világában élünk, s ezért gazdálkodnunk kell. Életünk és az egészség is korlátozott. Ebből következik, hogy az egészségre és az életünket is meggondoltan kell használnunk, és ezt a legfőbb jószágot (vagyon) gazdaságosan kell alkalmaznunk. Ismeretünk szintjének megfelelően, az emberi életet is versenynek kell tekinteni. E verseny hatására az ember igyekszik úgy képezni magát és úgy alkalmazkodni, hogy a versenyben sikert érjen el.

Az egészségügyben a szükségleteket tehát általános formájukban úgy lehet tekinteni, mint a versenyképességben talált hiányosságokat, és mint olyan kívánságot, hogy azoktól tőle megszabaduljunk. Eszerint az elveszített egészség helyreállításának kiadásait az ember tőkébe való további beruházásának lehet tekinteni.

Aszimmetrikus információ

A modern közgazdaságtan egyik sokoldalúan tanulmányozott jelensége az aszimmetrikus információ. Minden olyan piacon jelentkezik, ahol az eladó többet tud a tranzakció tárgyáról, mint a vevő. Az egészségügyben ez igen élesen mutatkozik meg. A kínálati oldal (az orvos, illetve az egészségügyi szolgáltató intézmény) sokkal többet tud a tranzakció tárgyáról, azaz a betegség gyógyításáról, annak hasznáról és összes költségeiről, mint a keresleti oldal (a beteg és a helyette esetleg fizető biztosítóintézet).

Ez az aszimmetria nagymértékben befolyásolja mindkét fél viselkedését. Így többek között a kínálati oldalon, az ott érvényesülő érdekeltségtől függően, túlköltekezésre vagy egyes ráfordítások megtagadására ösztönözhet.

Az egyén szuverenitásának érvényesítése megköveteli, hogy csökkenjen az információ aszimmetriája. A betegek nagy részéről elmondható: minél nagyobb a választási szabadságuk, és minél inkább érinti őket anyagilag is a gyógyítás költsége, annál erősebb az ösztönzésük arra, hogy információt igényeljenek a kezelőiktől.

A beteg kiszolgáltatottsága

A tökéletes verseny esetén az eladó és a vevő egyenrangú, egyiknek sincs hatalma a másik felett. Ám az egészségügyi szektorban szó sem lehet tökéletes versenyről, és ezzel együtt a szolgáltatás nyújtójának és felhasználójának egyenrangúságáról. Társadalmi rendszertől, gazdasági ösztönzőktől függetlenül az orvosnak hatalma van a beteg felett.

A kiszolgáltatottság mértéke a reformált egészségügyben függ az orvos-beteg viszonyt szabályozó törvényektől, az orvosi szakma írott és íratlan belső szabályaitól, de függ a gazdasági mechanizmus konkrét vonásaitól, az orvosra és más szolgáltató személyekre ható anyagi ösztönzőktől is.

Az egészségügyi piac főbb jellemzői

Az egészségügy számos okból speciális területe a gazdaságnak:

- Monopóliumok fennállása: monopóliumot képez például az orvos és a finanszírozó OEP.
- A beteg nem rendelkezik elegendő ismerettel a racionális döntések meghozatalához.
- Az orvos alapvető befolyással rendelkezik saját szolgáltatásainak keresetségére.
- A piacon bizonytalanság van, mivel a kereslet megjósolhatatlan.
- A szükséglet/kereslet arány annál nagyobb lehet, minél kisebb a fogyasztó fizetési képessége.
- Ellátási kötelezettség terheli az orvost és az intézményhálózatot, azaz minden beteget el kell látni.
- Technikailag lehetséges, de gazdaságilag irracionális a kezelések számának a növekedése (pl. a gyógyíthatatlan betegek életben tartása).
- Problémás az áralkuláció, az eredménymérés, a minőségellenőrzés.
- A társadalmi externáliák alapvetően meghatározhatják az egyének egészségi állapotát, például fertőző betegségek, környezetszennyezés.

A keresleti oldalon a betegek az egészség értékét csak akkor becsülik, ha már tönkrement. Akkor készek közel mindent megadni azért, hogy egy ideig még éljenek. Ezt a nézetet képviseli az egész társas-

dalom. Bár a kuratív medicinának csak 10% befolyása van az egészségre, az egészségügyi költségvetésnek 90 százalékát erre fordítják. A kínálati oldalon az orvosokat, akik ezen oldal elsőszámú képviselő, a kuratív medicinára képezik.

Az egészségügyi fogyasztás nem racionális. A piacgazdaságban a kínálat globálisan meghaladja a keresletet, és ez a fogyasztót racionális magatartásra kényszeríti. A fogyasztás folyamatos költség- és haszonelemzéseken alapul, a fogyasztó nem a legjobb terméket, hanem az elvárt haszon érdekében ráfordított forrásért elérhető legjobbat fogja megvásárolni. Az egészségügy az egyetlen olyan terület, ahol a fogyasztás nem a költség- és haszonelemzéseken alapul. Mindenki az elérhető legjobb, legbiztonságosabb szolgáltatást kívánja megkapni, azaz a társadalmi elvárások szerint minden betegnek mindig feltétlenül a legújabb, legjobb gyógyszert kell kapnia.

A fogyasztás irracionálitásának két oka van: tradicionálisan a legjobb egészségügyi ellátás elfogadására vagyunk szocializálva, másrészt a társadalombiztosítás harmadik fizető jellege miatt a biztosítottak fogyasztása nem költségtudatos, mert a beteg nem költségérzékeny.

Az egészségügyi szolgáltatás szereplői

A páciens (fogyasztó, biztosított) az egészségügyi szolgáltatás keresleti oldalán helyezkedik el, vagyis ő az, aki igénybe veszi gyógyulása érdekében az egészségügyi intézmények, háziorvosok stb. által nyújtott segítséget. Az adott szolgáltatást készpénzfizetés vagy adó, járulék, illetve biztosítási díj fejében kapja.

A szolgáltatók körét a kínálati oldalon elhelyezkedő egészségügyi intézmények, illetve az alapellátásban és járóbeteg-ellátásban, valamint a kórházban dolgozó orvosok, egészségügyi szakdolgozók alkotják, akik a páciensek számára az adott egészségügyi szolgáltatást nyújtják. Számukra a finanszírozó vagy a teljesítmény, vagy a mérőszám alapján fizetést, javadalmazást juttat, vagy a beteg készpénzfizetéssel honorálja az ellátást.

A finanszírozó az állam, a társadalombiztosító, a magánbiztosító vagy a tulajdonos, amely az állampolgárok, páciensek által befizetett összegek révén az egészségügyi szolgáltatást az előre meghatározott feltételeknek megfelelően honorálja. Átvállalja a fogyasztók pénzügyi kockázatát, cserébe bizonyos adó- vagy járulékbefizetésért. Schopenhauertől származó mondás, hogy „az egészség nem minden, de egészség nélkül minden semmi”, akkor azt kell gondolnunk, hogy mindent arra teszünk fel, hogy ezt a legfőbb vagyont ápoljuk és megtartsuk.

HELYZETKÉP A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYI SZEKTORRÓL

Az alábbi összefoglalás az egészségügyi piac három főszereplőjéről: a betegekről, a finanszírozóról és a szolgáltatókról ad rövid helyzetértékelést.

Az egészségügyi ellátórendszer célja az, hogy biztosítsa a betegek számára a minél teljesebb gyógyulást, és segítse az egészségük megőrzését. A magyar lakosság egészségi állapotára vonatkozó számadatokat kellő kritikával kell értékelni, a szolgáltatók-

3. táblázat

A népmozgalom főbb adatai

Év	A népesség száma, január 1. 1000 fő	Élveszületés		Halálozás		Természetes szaporodás, ill. fogyás 1000 lakosra
		összesen	1000 lakosra	összesen	1000 lakosra	
1970	10 322	151 819	14,7	120 197	11,6	3,1
1976	10 501	194 240	18,4	131 102	12,4	6,0
1980	10 709	148 673	13,9	145 355	13,6	0,3
1985	10 599	130 200	12,3	147 614	14,0	-1,6
1990	10 375	125 679	12,1	145 660	14,1	-1,9
1995	10 246	112 054	11,0	145 431	14,2	-3,3
1999	10 092	94 645	9,4	143 210	14,2	-4,8
2000	10 043	97 597	9,7	135 601	13,5	-3,8

Forrás: Statisztikai Évkönyv, KSH Budapest, 2002.

nak az OEP-hez továbbított teljesítményadataiban erőteljesen érvényesül a célhoz kötöttség torzító hatása. A kötelezően bejelentendő betegségek adatai megbízhatóak, de ezek csak a teljes spektrum nagyon kis részét fedik le. A legmegbízhatóbb adatokat a demográfiai és a halálzási statisztikák szolgáltatják. (3. táblázat)

A népesség fogyása 1985-től kezdve folyamatos jelenség, amely az utóbbi években lassult. A fogyás oka elsősorban a magas halálzási arányszám. A születési arányszám az elmúlt években enyhe emelkedést mutatott, de még mindig jelentősen elmarad a nemzetközi és az európai összehasonlításban is nagyon magasnak számító halálzási arányszámtól.

A társadalom öregedése miatt az aktív korú népesség aránya csökken. Ez nem magyar sajátosság,

a fejlett államok mindegyikében megfigyelhető ez a jelenség. Mivel a társadalombiztosítás bevételét képező járulékok a munkabérekhez kapcsolódnak, ez azt jelenti, hogy a járulékfizetők aránya folyamatosan csökken, miközben a kiadások emelkednek. Ennek a problémának a kezelésére az egyéni öngondoskodás szerepének a növelését tartják a megfelelő eszközök. (4. táblázat)

A szolgáltatói oldalon is fontos változások következtek be az elmúlt évtizedben. Az alapellátásban meghatározóvá váltak a vállalkozó háziorvosok, míg a szakellátást nyújtó orvosok döntő többsége ma is közalkalmazott.

A kórházi kapacitásokban csökkenés következett be, de a felhasznált források tekintetében ez nem mutatkozik meg, mert ezzel párhuzamosan a kórházak által nyújtott teljesítmények folyamatosan növekedtek. A gyógyító és megelőző ellátásra fordított összeg több mint 40 százalékát ma is a kórházak használják fel.

Alapvető probléma, hogy az orvosilag lehetséges megoldások és a gazdaság teherbíró képessége között erősen nyílik az olló. Az 5–6. táblázatokban bemutatom a gazdaságunkban az egészségügyre fordított kiadások alakulását folyóáron és az 1991. évi árakon.

Nominálisan kis mértékű növekedés látható.

A magyar egészségügy reálértékben egyre csökkenő forrásból gazdálkodik.

4. táblázat

A biztosítottak arányának változása

Év	Biztosítottak átlagos létszáma [ezer fő]	Lakónépességen belül aránya [%]
1990	5 146	49,6
1991	4 804	46,4
1992	4 672	45,3
1993	4 396	42,7
1994	4 362	42,5
1995	4 232	41,4
1996	4 080	40,0
1997	3 889	38,3
1998	3 886	38,4
1999	3 818	37,9
2000	3 843	38,3

Forrás: Statisztikai Évkönyv, OEP, Budapest 2001.

5. táblázat

Egészségügyi kiadások alakulása 1991–2000 között (milliárd Ft, folyóáron)

Megnevezés	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
A. Folyó közkiadások	145,6	182,0	220,2	289,1	325,2	381,8	445,8	526,6	588,0	642,0
A. 1. Költségvetés	14,0	24,0	30,5	42,5	43,2	48,0	46,4	57,6	72,0	75,0
A. 2. Egészségbiztosítás	131,6	158,0	189,7	246,6	282,0	333,9	399,4	469,1	516,0	567,0
B. Folyó magánkiadások	19,6	27,4	34,7	46,1	67,3	91,3	111,1	121,3	146,9	–
C. Beruházások	15,0	18,5	20,7	28,3	27,1	23,2	36,7	40,7	36,8	36,3
Összes kiadás	180,2	227,9	275,7	363,5	419,7	496,3	593,6	688,6	771,7	–

Forrás: OEP, PM

Egészségügyi kiadások alakulása 1991–2000 között
(milliárd Ft, 1991. évi áron)

Megnevezés	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
A. közkiadások	145,6	148,0	146,1	161,5	141,7	134,6	132,9	137,3	139,4	138,6
B. magánkiadások	19,6	22,3	23,1	25,8	29,3	32,2	33,1	31,6	34,8	–

MARKETING, SZOLGÁLTATÁSMARKETING, EGÉSZSÉGÜGYI MARKETING

Miben nyújt segítséget a marketing?

Összegyűjti a vezetés számára a szolgáltatás piacára vonatkozó információkat. Felbecsüli az adott szolgáltatás nyereségességét, lehetőségeket tár fel. Célja, hogy kedvező irányba befolyásolja az intézmény és környezetének szereplőit. A minőségügyet szolgálja. Segíti a privatizációs kérdések megválaszolását.

A marketing fogalma

„A marketing a tervezésnek és a végrehajtásnak az a folyamata, amelynek során elképzelések, eszmék, termékek és szolgáltatások teremtése, árazása, ösztönzése, elosztása megy végbe az egyéni és a szervezeti célok kielégítése végett.” (Az American Marketing Association hivatalos definíciója, 1985.)

A marketing értelmezésének másik lehetséges módja a mikro- és a makromarketing közötti különbségtétel. A mikromarketing az összes olyan vállalati tevékenységet magában foglalja, amelyek célja a meglévő és a potenciális ügyfelek igényeinek maradéktalan kielégítése. A makromarketing olyan szervezeti rendszer és tevékenységsor, amely egy adott nemzetgazdaság erőforrásait osztja fel az állampolgárok között. Újabban megkülönböztetünk mezomarketing szintet is. Ide egyes gazdasági ágazatok, szakmai csoportosulások, kamarák, vállalati szövetségek által folytatott marketing jellegű és hatású tevékenységek tartoznak (pl. kiállítások szervezése stb.).

A marketing fogalmának mindenre kiterjedő, bonyolultabb meghatározása:

A marketing olyan tudatos, széles piaci információbázison és csapatmunkán alapuló irányítási és gazdálkodási funkciók összessége, amelyek

- a termelést a fogyasztók igényei alapján szervezik,
- a fogyasztói vásárlóerőt meghatározott termékek vagy szolgáltatások iránti effektív szükségletté alakítják,

- a termékeknek a végső felhasználóhoz vagy a fogyasztóhoz való eljuttatását biztosító fejlesztési és piaci tevékenységeket szervezik és összehangolják oly módon, hogy
- a gazdálkodó szervezet számára a lehető leggazdaságosabban válják elérhetővé a szükséges mértékű nyereség.

A 70-es években kezdték felismerni a marketing alkalmazásának előnyeit az állami szektor intézményeinek tevékenysége során is. A szolgáltatások piaca nem a vevő személye, hanem az áru jellege alapján tekinthető önálló piactípusnak, hiszen a vevő szerepkörében bármely vevőtípus megjelenhet (fogyasztó, közvetítő, termelő/felhasználó, intézmény). Ha a tevékenység tartalmát választjuk osztályozási szempontnak, akkor külön szolgáltatásfajtát képeznek az egészségügyi, népjóléti szolgáltatások. A másik osztályozási lehetőség az, amikor a szolgáltatókat vállalkozói és nonprofit szférákra osztjuk. Az igénybevevők attitűdjét a szolgáltató irányában meghatározza a szolgáltatás vállalkozói, tehát tisztán profitorientált, illetve non-business jellege. Az utóbbi szolgáltatások nem feltétlenül a költségvetés által finanszírozottak, de ha az igénybevevőknek fizetni is kell a szolgáltatásért, az mindig költségtérítés jellegű.

A nonprofit szférába soroljuk azokat az állami szervezeteket is, amelyek „állami-szolgáltató” jellegű tevékenységük révén nem nyereségérdekeltek, és az állami költségvetésből gazdálkodnak. Ilyenek az állami egészségügyi intézmények is, például a kórházak.

A szolgáltatásmarketing alapmodellje

A szolgáltatás-tranzakció marketing nézőpontú modellje a következőkből áll:

- A szolgáltatóvállalat háttérintézményei, az ún. backoffice-ok. Ide tartoznak azok a háttérintézmények, amelyek nélkülözhetetlenek a szolgáltatás teljesítéséhez, de az igénybevevők jelenléte felesleges (pl. kötszerraktár), vagy nem célszerű (pl. orvosi konzílium).

- A szolgáltató látható része az ún. frontvonal. Két összetevője van: az igénybevevőkkel közvetlen kapcsolatban álló szolgáltató személyzet és a frontvonal fizikai elemei.
- Maga a szolgáltatás, amelyből számos szolgáltatás esetében egyidejűleg több is látható a tranzakció helyszínén.
- Az igénybevevő, aki aktívan részt vesz az ügyletben.
- Más igénybevevők, akik egyidejűleg az ügylet helyszínén tartózkodnak.

A szolgáltatás alapvető sajátosságát George fogalmazza meg: „a szolgáltatás vásárlójának kosara üres... az ügyleten kifizetett pénzéért nem kap semmi megfoghatót ... számára a szolgáltatások megvétele kevésbé kellemes élménynek tűnik”.

A marketingre hárul, hogy megkönnyítse az igénybevevő számára a szolgáltatás összetevőinek megismerését és az értékelést.

A gyakorlat csak az elmúlt években nevezte nevének a tudománynak a részterületét. Az, hogy a beteggel udvariasan, figyelmesen kell bánni, amióta gyógyítás folyik, elfogadott és megkövetelt. A betegellátó intézmények a marketinget egy megtervezett folyamatnak kell, hogy tekintsék, amely integrálódik az összes tevékenység közé, amelyekkel a kórházak meg akarnak felelni az igényeknek.

Az egészségügyi marketing létjogosultságának okai

- A kórházak évtizedeken keresztül kizárólag orvosi ellátásban látták el feladatukat. Az adott környezethez, a betegekhez való kapcsolatuk elhanyagolható volt. A fejlődés egyre inkább a nyilvánosság középpontjába helyezte az egészségügyi intézményeket és szolgáltatásaikat.
- Az egyik legnagyobb gazdasági szektor.
- Az egészségügy nem lehet egy elszigetelt piac, hanem a gazdaság egészének szerves része.
- A világon szinte valamennyi ember élete folyamán kapcsolatba kerül az egészségügy valamely elemével.
- A kórházak, egészségügyi intézmények már modern nagyüzemként értelmezhetők.

Az egészségügy csak a beteget látja, a marketing túllép ezen, és a beteg környezetét is megcélozza (munkahely, látogatók, nyilvánosság stb.).

A marketing alkalmazásának haszna a kórházak esetében:

- orvosok elkötelezettségének fokozása;

- alkalmazotti morál javulása;
 - kedvezőbb közvélemény kialakulása;
 - jobb kihasználtság;
 - orvosi vélemények javulása;
 - piaci részesedés megtartása.
- Az egészségügyi marketing sajátosságai:
- szolgáltatás- és ipari marketing elemeket is tartalmaz;
 - komplex, sok részelemből tevődik össze;
 - a résztvevők gyakran kiszámíthatatlanul viselkednek;
 - a világ minden részén általában szabályozott piacon kell alkalmazni;
 - több szintű és több irányú marketingtevékenység.

MARKETINGESZKÖZÖK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN

Egészségügyi szolgáltatás, mint termék

Kotler szerint: „szolgáltatás minden olyan cselekvés vagy teljesítmény, amelyet az egyik fél felajánlhat a másiknak, és ami lényegében nem tárgyiasult, és nem eredményez tulajdonjogot semmi fölötte. Előállítása vagy kapcsolódik fizikai termékhez, vagy sem...”.

Szerinte a szolgáltatások négy fő jellemzője:

- Megfoghatatlan (nem tárgyiasult, ezért nagyfokú bizonytalanságot jelent). Az igénybevevő arról von le következtetést, amit lát, például tisztaság, bánásmód.
- Elválaszthatatlanság (keletkezésük pillanatában elfogyasztásra kerülnek). A szolgáltatást nyújtó és a páciens kölcsönhatása fontos.
- Ingadozás. A szolgáltatást nyújtó személyétől függ, a helytől és az időtől, valamint megismételhetetlen. Az intézményeknek két lehetőségük van a negatív teljesítmények kiküszöbölésére: egyrészt a megfelelő alkalmazottak kiválasztása és képzése, másrészt elégedettségi vizsgálatokkal folyamatosan figyelemmel kísérni a fogyasztó elégedettségét. A szükséglet is ingadozik, ezt a marketingnek segítenie kell, hogy pontosan fel lehessen mérni az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletet.
- Romlékonyság (nem tárolható). Ha a beteg nem jelentkezik időben, a kezelés nem lesz olyan eredményes.

Árpolitika

Nem a piaci viszonyok szerinti árképzés valósul meg. A beteg nem ismeri az egészségügyi szolgálta-

tás árát, csak ha magánbeteg, ezért nem alakul ki költségérzékenysége. Kialakult álláspont az egészségügy ingyenessége, pedig e mögött az jelenik meg, hogy az ellátás költségei nem közvetlenül azokat terhelik, akik abban részesülnek. Az egészségügy fenntartása állami feladat, a társadalombiztosítás finanszírozza.

Az ilyen sajátos piaci és szabályozott környezetben az államnak meghatározó szerepe van, mivel biztosítania kell:

- a minőségileg magas ellátást;
- a kedvező költségű szolgáltatást;
- a fogyasztási preferenciák figyelembevételét;
- a minden réteg számára elegendő ellátást;
- az elviselhetetlen pénzügyi terhek elhárítását.

Világjelenség ma – hazánkban is ez a tapasztalat –, hogy a lakosság jelentős része elégedetlen az egészségügyi rendszerrel, annak szolgáltatásaival. Az utóbbi évtizedekben lezajlott hatalmas árrobbanás az egészségügyet fokozottan érintette, és ezáltal szinte minden országban megjelent az egészségügyi szükségletek finanszírozhatóságának a problémája.

Az egészségügyi szolgáltatásokra nem volt ár, mert az a gazdaságtan klasszikus értelmében nem tudott létrejönni. (Talán az orvosi honoráriumok kivételével, amelyeket a biztosítók és az orvosi kamara közötti tárgyalásokon alkudtak ki.)

Ha az árát – egyszerűsítve – a kínálat és kereslet találkozási pontjának tekintjük, akkor ez sem keletkezhetett a piacon keresztül, mert az nem lenne megfizethető, ugyanis a kereslet milliószorosan meghaladja a kínálatot. Ki ne szeretne örökké szép, fiatal és betegségtől mentes lenni?

Az egészségügyi szolgáltatásoknak az árát („kvázi ár”) csak társadalompolitikai intézkedések útján és mesterségesen, vagy statisztikai normák alapján – például diagnózisokra vonatkozóan, ahogyan ez az új finanszírozási rendszerben történik – lehet megadni.

Értékesítéspolitikai

Az értékesítés legfontosabb feladata, hogy a termékeket, szolgáltatásokat eljuttassa a termelőtől a fogyasztóhoz. Az egészségügyben ez azt a követelményt támasztja a szolgáltatók számára, hogy az egészségügyi szolgáltatások térben és időben elérhetőek legyenek. Az értékesítési út sajátos: az intézmények a kormányzat, az önkormányzat által adottak; az orvosok, ápolók gondozói tevékenysége intézményhez kötött; az igénybevétel módja pedig többféle lehet: háziorvosi, járóbeteg-szakrendelési,

fekvőbeteg-ellátási. (Számos kiegészítő csatorna létezik: mentőszolgálat, ügyelet, telefondoktor, lelkeségyszolgálat, internet, házi betegápolás stb.)

Reklámpolitika

A marketing-mix elemek közül a reklám látványos fejlődésen ment keresztül.

A hatályos egészségügyi törvény és a Magyar Orvosi Kamara Etikai Kollégiumi állásfoglalása rögzíti, hogyan reklámozható orvos vagy orvosi szolgáltatás.

Legjobb reklám a gyógyult beteg. A kórházak, egészségügyi intézmények számára a hagyományos reklámozási tevékenység kizárt. Ahhoz azonban, hogy a közvélemény figyelmének központjában legyenek, mégis szükséges a Public Relations széleskörű alkalmazása.

Public Relations

Nem eladási célokat szolgál, alapvetően hosszú távon fejt ki hatását. Közönségkapcsolatot jelent, lehet belső és külső pr.

Belső pr

Az intézmény saját személyzetének mindennapi munkája döntően hat a hírnévre. A dolgozóknak ismerniük kell a célokat, feladatokat, a jövőre vonatkozó elképzeléseket, ami növeli a dolgozói elégedettséget. Az egészségügyben dolgozó felelős szakemberek fejében új képnek kell kialakulnia a „fogyasztókról”, akik többnyire saját igénybevételükbe határozott beleszólásra tartanak igényt. A felelős dolgozóknak tudniuk kell azt, hogy a páciensek kommunikálnak!

A dolgozók körében használható módszerek: munkatársak születésnapján, névnapján gratuláció; karácsonyi ünnepség; heti gyűlések; dolgozói faliújság, továbbképzések stb. Dolgozói elégedettségi vizsgálatokhoz bemutatom az alábbi kérdőívet, ami munkabérrel kapcsolatban elvégezhető:

Külső pr

Az alábbi célcsoportok szerint célszerű vizsgálni:

a) A lakosság

A lakosság az adott intézményről alkotott véleményét saját tapasztalatai alapján, a családtagoktól, ismerősöktől, a sajtóból, illetve a kórház külső megjelenéséből fogalmazza meg. A lakosság tagjai intelligens emberek, akik olyan kórházakat hajlandók felkeresni, amelyekben őket egyenrangú partnerként, szinte bizalmas barátként kezelik.

DOLGOZÓI ELÉGEDETTSÉGI KÉRDŐÍV

A válaszadás önkéntes!

1. Neme

férfi
nő

2. Beosztás

orvos
nővér
asszisztens
gazdasági/műszaki ellátás
igazgatás
egyéb...

3. Kora

18–25
26–35
36–45
46–55
55–

4. Mióta dolgozik az intézménynél?

–1
1–3
3–5
5–10
10–15
15–

5. Foglalkoztatási forma – kérem jelölje a megfelelőt, több válasz is lehetséges!

- Teljes munkaidős közalkalmazotti jogviszony
- Részmunkaidős közalkalmazotti jogviszony
- Megbízási szerződés
- Vállalkozói szerződés
- aktív
- nyugdíjas
- további jogviszony
- egyéb...

6. Határozza meg a munkaköréhez kapcsolódó illetményt, pótlékokkal együtt! A kategóriák a bruttó összeget jelölik!

50 000–100 000
100 001–150 000
150 001–200 000
200 001–250 000
250 001–300 000
300 001–400 000
400 001–500 000
500 001–

7. Elégedett-e a jelenlegi közalkalmazotti besorolásához kapcsolódó illetménnyel és a hozzá kapcsolódó pótlékokkal?

igen / nem

Ha igen, kérem ugorjon a 10. kérdésre!

8. Ha nem, miért? (kérem osztályozza! 1 – nem jellemző ... 5 jellemző)

	1	2	3	4	5
Nincs arányban az elvégzett munka mennyiségével					
Nincs arányban a felelősséggel					
Nem tükrözi a szakmai tapasztalatot, az eltöltött időt					
Nem biztosítja a megélhetést					
Nem tükrözi a szakma társadalomban elfoglalt presztízsét					

9. Határozza meg azt az illetményt, amely Ön szerint megfelelő lenne munkaköréhez kapcsolódóan!

.....

10. Jelölje be az intézménynél folyósított juttatásokat

- albérelti hozzájárulás
- étkezési hozzájárulás
- útiköltség térítés
- hitelkártya hozzájárulás
- munkáltatói kölcsön
- ajándékutalvány
- fizetés előleg
- törzsgárda jutalom
- segélyezés
- szolgálati lakás
- szolgálati autó
- mobiltelefon
- nyugdíjpénztár
- egyéb...

11. Rangsorolja a fent felsoroltak közül az Ön számára kiemelkedő 3 legfontosabbat!

.....

12. Értékelje az alábbi eszközök ellátottságát (1 – rossz ellátás, 5 – kifogástalan ellátás)

Munkavégzést segítő eszközök	1	2	3	4	5	NV / NA
Gyógyszer/kötszer						
Higiénias eszközök						
Technikai eszközök						
Gyógyászati segédeszközök						

Munkavégzést segítő eszközök	1	2	3	4	5	NV / NA
Zökkenőmentes hotelszolgáltatás						
Informatikai háttér						
Egyéb...						

13. Az alábbi állítások közül jelölje meg azokat, amelyek a csoporton belüli munkavégzés szempontjából az Ön számára kiemelkedő jelentőségűek!

- Minden fölmerülő problémát, konfliktust a csoporton belül beszéljünk és oldjunk meg.
- Nehézségeimet úgy tudjam megbeszélni a többiekkel, hogy ne kelljen attól tartanom, hogy panaszkodó, akadékoskodó fráternek fognak nevezni a háttérben
- Amikor összecsapnak fölöttünk a hullámok, mert szorít az idő vagy annyi a munka, a csoport tagjai segítsék ki egymást.
- Kevesebb legyen a hivatali bürokrácia és több az együttműködés, a kölcsönös segítségnyújtás.
- Támogatásra találjak, amikor a dolgaim nem mennek egészen simán, vagy éppen gödörben vagyok.
- A munkacsoportom többi tagja elfogadjon engem olyannak, amilyen vagyok.
- egyéb...

14. Az alkalmazott vezetés-módszertani eszközök közül értékelje, az alább felsoroltakat. (1 nem fontos, 5 nagyon fontos)

	1	2	3	4	5
Mindig pontosan tudjam, hogy milyen munkát, mikorra és minőségben várnak el tőlem.					
Ha valamilyen átütemezés, módosítás történik, mondják meg miért, hogy én is értem.					
A munkámhoz szükséges dolgok mindig rendelkezésre álljanak, vagy legyenek könnyen elérhetők					
A személyzeti munka, a javadalmazás módja és a munkafeltételek legyenek tisztességesek és nyíltak					
A vezetési stílus a csoport minden tagjával szemben következetesen azonos legyen					
Ne várjanak el tőlem olyan munkát, amire nem vagyok kiképezve, vagy ami nem fér bele a munkakörömbe					
Ne várják el, hogy a biztonságunk rovására is engedményeket tegyünk.					
Az információk, amelyekkel ellátnak, valóban fontosak, naprakészek legyenek, és segítsék a munkámat					
Dolgozhatassak a magam módján, a saját tempómban, és ha kell, meghozhatassam a munkámmal kapcsolatos döntéseket					

15. Munkaidejének ténylegesen hány százalékát tölti ténylegesen szakmai munkával?

- 25
- 50
- 75
- 100
- egyéb

16. Elégedett az alkalmazott munkarenddel?

- IGEN
- NEM

Ha nem, miért? (kérem, jelölje!)

- túlzottan megterhelő
- nincs elég szabadidőm
- a beosztás miatt nem tudok egyéb munkát vállalni
- egyéb...

17. Gondolt-e már munkahely-változtatásra?

- IGEN
- NEM

Ha igen, miért? Kérem írja le az okot!

.....

18. Néhány mondatban fogalmazza meg az intézmény vezetése számára a jelenlegi irányítással és ösztönzési rendszerrel kapcsolatos véleményét, javaslatait.

.....
.....

Köszönöm az együttműködését!

b) A betegek, mint közvetlen fogyasztók

A betegek potenciális hívivői lesznek az intézmény, a kórház imidzsének. Véletlenszerűsége ellenére a „szájreklám” (megfogalmazta: Dr. Szabadfalvi András) a marketingkommunikáció különálló formája és a legolcsóbb, ugyanakkor legeredményesebb reklámfajta.

Itt fontos az intézménybe való belépésnél az udvarias fogadás, a későbbi kezelések hangulata, az elgazodást segítő táblák, a tisztaság, a személyzet névtáblája, a betegtájékoztató, a falíújság, a belső rádió, televízió.

A betegtájékoztatót törvény szabályozza. Ha a beteg nem kapja meg a várható gyógyeredményről nyújtott információt, akkor elégedetlen lesz, úgy érzi, hogy nem gyógyították meg, vagy rosszul kezelték, ezért rossz híreket terjeszt az intézményről.

A kórházakban betegelégedettségi vizsgálatokat végeznek. Betegelégedettség alatt értjük, hogy a be-

teg öntudatlanul, vagy tudatosan mindig valamilyen elvárással él orvosával, a személyzettel, a gyógyeredménnyel, a körülményekkel szemben. A betegelégedettségi vizsgálatok funkciói:

- kommunikációs eszköz: a kérdőíveket nem dolgozzák fel, csak a betegben azt a jóleső érzést kívánják kiváltani, hogy megkérdezték a véleményét;
- kiegészítő információk gyűjtése: így plusz információkhoz juthat a kórház, például a beteg hogyan került az intézménybe, hova tartozik társadalmi, jövedelmi helyzete alapján;
- eszköz az ellátás színvonalának javításához: a kérdőívek feldolgozásra, és az információk visszatételére kerülnek – ez segíti az ellátás színvonalának javítását.

A betegelégedettség dimenziói:

- gyógyítással való elégedettség

BETEGELÉGEDETTSÉGI KÉRDŐÍV

Az ellátás színvonalának emelése és a jobb kapcsolat kialakítása érdekében kérem szíves közreműködését a kérdőív kitöltésében. *(Név nélkül kérjük a megfelelő válasz bekarikázásával.)*

1. Neme:	2. Életkora:
a) nő b) férfi	a) 20 év alatti b) 20–30 éves c) 31–40 éves d) 41–50 éves e) 51–60 éves f) 61–70 éves g) 70 éven felüli
3. Iskolai végzettsége:	4. Mennyi ideig kellett várakoznia?
a) általános iskola b) szakmunkásképző c) középiskola d) főiskola, egyetem	a) 15 percnél kevesebbet b) 30 percnél kevesebbet c) 1 óránál kevesebbet d) 1 óránál többet
5. Elégedett-e a várakozási idővel?	6. Milyenek ítéli meg a szolgáltatást?
a) igen b) nem	a) gyors b) elfogadható c) lassú
7. Mennyire elégedett az itt dolgozók munkájával?	8. Mennyire elégedett az itt dolgozók viselkedésével?
a) nagyon elégedett vagyok b) elégedett vagyok c) nem vagyok elégedett	a) nagyon elégedett vagyok b) elégedett vagyok c) nem vagyok elégedett
9. Mennyire elégedett a várakozás körülményeivel?	10. Mennyire elégedett a tisztasággal?
a) kiváló b) jó c) közepes d) rossz	a) kiváló b) jó c) közepes d) rossz
Megjegyzés	

Segítségét köszönjük.

- gyógyítás minőségével
- gyógyítás eredményével
- betegtájékoztatás
- gyógyulás reális lehetőségeiről
- egészséges és gyógyult állapot eltéréséről
- következményekről
- humán elemek
- emberségesség
- kulturált környezet, kényelem
- tisztaság

c) A látogatók

Fontos a pontos tájékoztatás arról, hogy a beteg hol, melyik osztályon, szobában található. Látogatási időben a kezelőorvos elérhetősége.

d) A házi orvosok, beutaló orvosok

A kórházi ellátás iránti igény meghatározása általuk történik meg. Tudniuk kell az adott kórház jellemzőit,

hogy az adott betegség hol gyógyítható legeredményesebben. Ehhez szükséges őket tájékoztatni, továbbképzésre hívni, konzultációs lehetőséget biztosítani, az új berendezésekről tájékoztatást küldeni, információs anyagot eljuttatni.

e) A finanszírozók (TB és egyéb állami finanszírozó szerv, potenciális adományozók)

Fontos, hogy valós képet kapjanak az intézmény gazdasági helyzetéről.

f) A média

Újságszerkesztőkkel folyamatos kapcsolat (napi sajtó, szakfolyóiratok). A helyi sajtóval nagyon szoros kapcsolatot kell kiépíteni, előnyös időről-időre megjelentetni egy-egy cikket a kórházban folyó lényeges eseményekről. Rádiós, televíziós társaságokkal helyi és országos szinten kapcsolatot kell tartani, riportokat közreadni, tudósítani.

A SOPRONI ERZSÉBET KÓRHÁZ TÖRTÉNETE, MISSZIÓJA, BETEGKÖRÉNEK BŐVÍTÉSE

A kórház története

A Soproni Erzsébet Kórház egyike Magyarország legmodernebb és legattraktívabb kórházainak. Magas színvonalú hotel-ellátást, jó infrastruktúrát és kellemes környezetet biztosít betegei számára. A kórházat 1919. június 23-án nyitotta meg dr. Szilvási Gyula kórházi főorvos, Sopron város egészségügyi népbiztos. A kórház fejlődése több szakaszon ment át, amíg megvalósult ez a jelenlegi modern, korszerű, európai színvonalú ellátást biztosító intézmény.

A Soproni Kórház életében a rendszerváltás után merült fel nagy hangsúllyal a kórház hosszú távú fejlesztésének kérdése. 1993-ban a kórházban egy nagyhorderejű fejlesztési koncepció indult el, amelynek utolsó műveletei most fejeződnek be.

A rekonstrukció eredményeként a kórház beépített területe csaknem megháromszorozódott, a felszereltsége és a betegeket kiszolgáló komfortfokozat messze az országos átlag felettire emelkedett. Műszerezettségben egyetlen városi kórház sem közelíti meg a soproni szintet, az 519 szervezett és 497 működő ágyszámhoz 9 műtő tartozik. A kórház jelenlegi állapota a nyugat-európai szintnek megfelel. A rekonstrukcióra elköltött 23 milliárd forint végeredménye ezt hozta létre.

A kórház-rekonstrukció és a finanszírozási rendszer hatására 1996-ban eladósodási folyamat indult meg az intézményben. Rendezése érdekében konszolidációs programot dolgozott ki a kórház vezetése, egyrészt a bevételek növelésére, másrészt a költ-

ségek optimalizálására úgy, hogy közben a betegellátás színvonala ne csökkenjen.

A kapacitások jobb kihasználása érdekében új szakmai programok beindítását, a külföldi fizetős betegek ellátását és keretgazdálkodás bevezetését alkalmazta.

A kórház jelenlegi formájában és vonzáskörzetében túlméretezett, a kapacitása csak részben kihasznált. E tekintetben a kórház és a tulajdonos egyaránt tud saját hatáskörében intézkedéseket tenni.

A kórház 2000-ben összesen 18 417 beteget ápolt. Ebből 84,25% került ki a kórház vonzáskörzetéből és 15,75% (2900 fő) a kórház vonzáskörzetén kívüli területről jött.

A betegellátásban feltűnő, hogy a Sopron város vonzáskörzetébe tartozó összesen 34 482 betegből mindössze 15 517 fő (45,14%) gyógyította magát a Soproni Kórházban és a többség 18 860 fő (54,86%) máshova ment kezelésre.

A Soproni Erzsébet Kórház földrajzi elhelyezkedése a gazdaságos működtetés szempontjából kedvezőtlen. Az ország legtöbb kórházának vonzáskörzetétől eltérően az ellátási területtől távol esik. A vonzáskörzet szélén helyezkedik el. A potenciális betegeknek a kórház megközelítése közben már fél, vagy harmad úton akad más kórház is, amelyek könnyen elterítheti a beteget a Sopronba való utazás szándékától.

Mosonmagyaróvár, Csorna, Kapuvár kórházi ágykapacitása együtt, mintegy másfélszerese a Soproni Kórházénak és a három város távolsága a 30–50 kilométert nem haladja meg. Ha az említett kórházak 20 kilométeres vonzáskörzetét berajzoljuk (amely korábban a fél órán belül elérhető távolságot határozta

meg), akkor a meghúzott körök bizonyos részei fedik egymást. A kórházszűrűség ezen a területen az ország egészét tekintve a legnagyobb.

A misszió

A soproni kórház missziója, hogy befejezett ellátást nyújtó kórházként minél teljesebb körű szolgáltatást biztosítson a megelőzés, a gyógyítás, az ápolás és az ezt kiegészítő szolgáltatások terén is.

A kórház vezetésének céljai:

- Magyarország legszebb kórházává váljon, ahol a betegek és a dolgozók is jól érzik magukat.

7. táblázat

Az ágyak száma és kihasználtsága %-ban

Időpont	Megnevezés	Szervezett		Működő	
		Száma db.	Kihasználtsága %	Száma db.	Kihasználtsága %
1998	Aktív ágyak	480	68,5	438	75,1
	Krónikus	76	66,9	70	72,6
	Összesen	556	68,3	508	74,8
1999	Aktív ágyak	472	64,1	407	74,3
	Krónikus	69	69,9	60	80,4
	Összesen	541	63,2	467	75,0
2000	Aktív ágyak	472	64,3	410	74,0
	Krónikus	69	59,7	67	61,5
	Összesen	541	63,7	477	72,2

- b) Komplex sürgősségi ellátást tudjon nyújtani.
- c) Országos, majd nemzetközi tudományos műhely kialakítása.

A célok megvalósításához az alábbi stratégiai tervekét dolgozta ki:

- a) a rekonstrukció bejezése;
- b) az ágyszám átalakítása;
- c) szerkezeti változtatások;
- d) érdekeltségi rendszer megteremtése;
- e) megfelelés a marketing és a pr elvárásoknak.

A betegkör

A betegkör bővítése az eddigiektől eltérő feladatot követel az orvosoktól. A vonzaskörzetből Sopronba „irányításukhoz” szorosabb együttműködésre lenne szükség a vonzaskörzet házi orvosai és a kórházi orvosok között. Ennek egyik módja lehetne, hogy a házi orvosi rendeléseken a kórház szakorvosai speciális rendeléseket vállalnának, ahol a betegek szakmai ellátása mellett olyan propagandát is kifejthetnének a kórház mellett, amellyel a betegkör növelése járhatna együtt. Egy ilyen kezdeményezésben a házi orvosokat is érdekeltté kell tenni, hogy a fekvőbeteg-ellátást igénylő betegeiket Sopronba és ne más kórházakba irányítsák. Ilyen jellegű kezdeményezés különösen hasznos lehetne azon betegek esetében, akik között az átlagosnál nagyobb az elvándorlás. (Ehhez a GYOGYINFOK felmérése kiindulásul szolgálhatna, amely TAJ-szám szerint kimutatja, hogy melyik település, milyen betegséggel kezelt betege, hol gyógyíttatja magát.)

Meg kell vizsgálni azoknak a betegeknek az indítékát, akik a Soproni Kórház helyett más kórházi intézményben gyógyíttatják magukat, és ennek a személyi, szervezeti konzekvenciáit korrigálni kell. Amennyiben a kiváltó ok az orvosi magatartás, gondoskodni szükséges arról, hogy a feltárt hiba mielőbb megszűnjön. Ha valamelyik intézményi működési hibából adódik a betegek elvándorlása, azt is sürgősen ki kell küszöbölni.

ÖSSZEGZÉS

Valamilyen kép elkerülhetetlenül kialakul a köztudatban minden egészségügyi intézményről. Ha nem a korszerű kórház gondoskodik arról, hogy milyen információk alakítsák a lakosság véleményét, a kialakított kép csak más forrásból származó tájékoztatásra épülhet.

A legkiválóbb pr- és marketingtevékenység sem leplezheti a rossz szolgáltatást, a lelketlen magtartást

és az erkölcsstelen intézeti politikát! Ezért fontos le- szögezni, hogy a közönségkapcsolat sikerének a titka az igazmondás.

A szolgáltatásmarketing akkor lehet sikeres, ha meggyőzőbb módon tud jobb minőséget kínálni, mint a versenytársak. Ez úgy lehetséges, hogy az intézmény mindig azt nyújtja, amit a fogyasztó a minőség területén elvár, vagy még többet.

Mivel a szolgáltatások nem tárgyiasultak, a szolgáltatásmarketing feladata a bizonyítéknyújtás, a megfoghatatlan megfoghatóvá tétele! A páciensek akkor elégedettek, ha megkapják azt, amire szükségük van, éppen akkor és éppen olyan módon, ahogy akarják.

A szolgáltatások szerepe egyre növekszik, főleg az egészségügy területén. A korszerű kórház jövőbeli sikere a piactudományi adaptációs módszerek alkalmazásától nagymértékben függ, ezt már korán felismerte az Erzsébet Kórház is, és sikeresen hasznosítja.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- BOGNÁR ÉVA, NÉMETH MÁRTA, OLACH ZOLTÁN, STREIT MÁRIA, TÖRZSÖK ÉVA, VERES ZOLTÁN: Nemzetközi marketing, Budapest 1995.
- Egészségügy és piactudomány: Magyar Tudományos Akadémia, Budapest
- Egészségügyi Gazdasági Szemle, 1998. 5. sz.
- GIDAI ERZSÉBET: A piac szerepe az egészségügyben Magyar Tudományos Akadémia, 1998.
- GIDAI ERZSÉBET: Az egészség minőségi változásai és azokat befolyásoló tényezők mérése
- Heves István: Gazdasági menedzsment az egészségügyben, Budapest 2000.
- JÓZSA LÁSZLÓ: Marketing, Veszprém, 2000.
- KINCSES GYULA: Egészség – gazdaság Praxis Server Kiadó, Budapest, 1999.
- KINCSES GYULA: Drága egészségünk Budapest. 1994.
- MIHÁLYI PÉTER, DR.: Az egészségügyi és egészségbiztosítási piacok sajátos vonásai 2002.
- OROSZ ÉVA: Félúton vagy tévúton Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest 2002.
- SZABADFALVI ANDRÁS: A korszerű kórház marketing- és PR feladatai, A Fővárosi Önkormányzat Szent János Kórház és Rendelőintézet Magazinja, 2002. 10.
- VERES ZOLTÁN: Szolgáltatásmarketing, Budapest, 1998.

*A szerző egyetemi adjunktus
a Nyugat-Magyarországi Egyetem
Közgazdaságtudományi Karán*