

Egészséggazdaság és marketing

*A jelenség a felszínen, az okok a mélyben
vannak*

**Amikor meghal egy beteg, mert
harmadfokú égési sérülései dacára
sem fogadja a „nem illetékes”
egészségügyi intézmény
– a közvélemény felhördül. Jogosan,
mert hogy van ez a rendszer
megszervezve, ha ilyesmi
előfordulhat?**

Eszme-futtatásomban egy marketinges szemével próbálok megközelíteni az egészségügyet – bízva benne, hogy megállapításaim és javaslataim, bár az orvos-szakmai megfontolásokat nem pótolhatják, jól kiegészíthetik azokat. Meggyőződésem ugyanis, hogy minél inkább „piacosítják” az egészségügyet, annál fontosabb lesz a szolgáltatás igénybevevőjének, a betegnek – nagyon is szubjektív – értékelése. Mindaz fontos tehát, ami ezt pozitív irányba változtatja.

I. A VÁLSÁGBAN LÉVŐ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER

Az egészségügy válságát és az erről folytatott polémiát – a szakmai, a politikai valamint a bulvárlap szintű vitát – lassan több évtizedesnek mondhatjuk. Ezek középpontjában olyan kérdések állnak, mint az ellátás-finanszírozás deficitje és korlátai, az orvosi szolgáltatások hozzáférhetőségének biztosítása mindenki számára, illetve az ágyszám-kihasználás, a kórházak felszereltsége, a működtetés anomáliái, vagy éppen az egészségügy magánkézbe adhatósága.

E problémáktól a fejlett ipari országok sem mentesek (más kérdés, mennyire örülnénk mi az ő gondjaiknak). OECD statisztikák szerint¹ 1980 és 1992 között az egy személyre fordított egészségügyi kiadások átlaga 577 USD-ről 1374 USD-re nőtt, ami évi 7,5%-os növekedésnek felel meg. Az átlag mögött természetesen nagyok az eltérések: ugyanazon időszakban e két érték Ausztriában 683 és 1576 USD, Németországban (NSZK): 811 és 1775 USD, az Egyesült Államokban 1068 illetve 3094 USD volt. (Magyarországon 2000-ben: 270 USD/fő!)

Vajon arányos-e az egészség-ráfordítások „haszna” a gyorsan növekvő költségekkel? Egyáltalán: mi(k) az oka(i) a válságnak? Miért nem sikerül leküzdeni – úgy tűnik – nálunk lényegesen fejlettebb országoknak sem? Rendszerproblémával állunk-e szemközt, vagy az egészség-

¹ Közlök: Sahieber-Pullier-Greenwald: Health System Performance in OECD-countries (Health Affairs '94/13.)

ügy technikai fejlesztése során nem vesznek figyelembe alapvető közgazdasági összefüggéseket (pl. határhaszon)? Csupa izgalmas kérdés, melyek közül elsősorban a marketinggel szorosan összefüggőkre próbálok választ találni.

1. A népesség előregedése

Közismert jelensége ez az iparilag fejlett államoknak – beleértve, de nem kizárólag az Európai Úniót is. Okai is közismertek: a születésszám csökkenése az egyik, az egészségügyi ellátás színvonalának növekedése a másik oldalról – gazdasági, szociológiai és tudatbeli változások kedvezőtlen eredőjeként.

A **következmény**, nevezetesen az hogy a várható élettartam növekedésével „*derékszögűsödik a mortalitási görbe*”, azonban már kevésbé ismert.

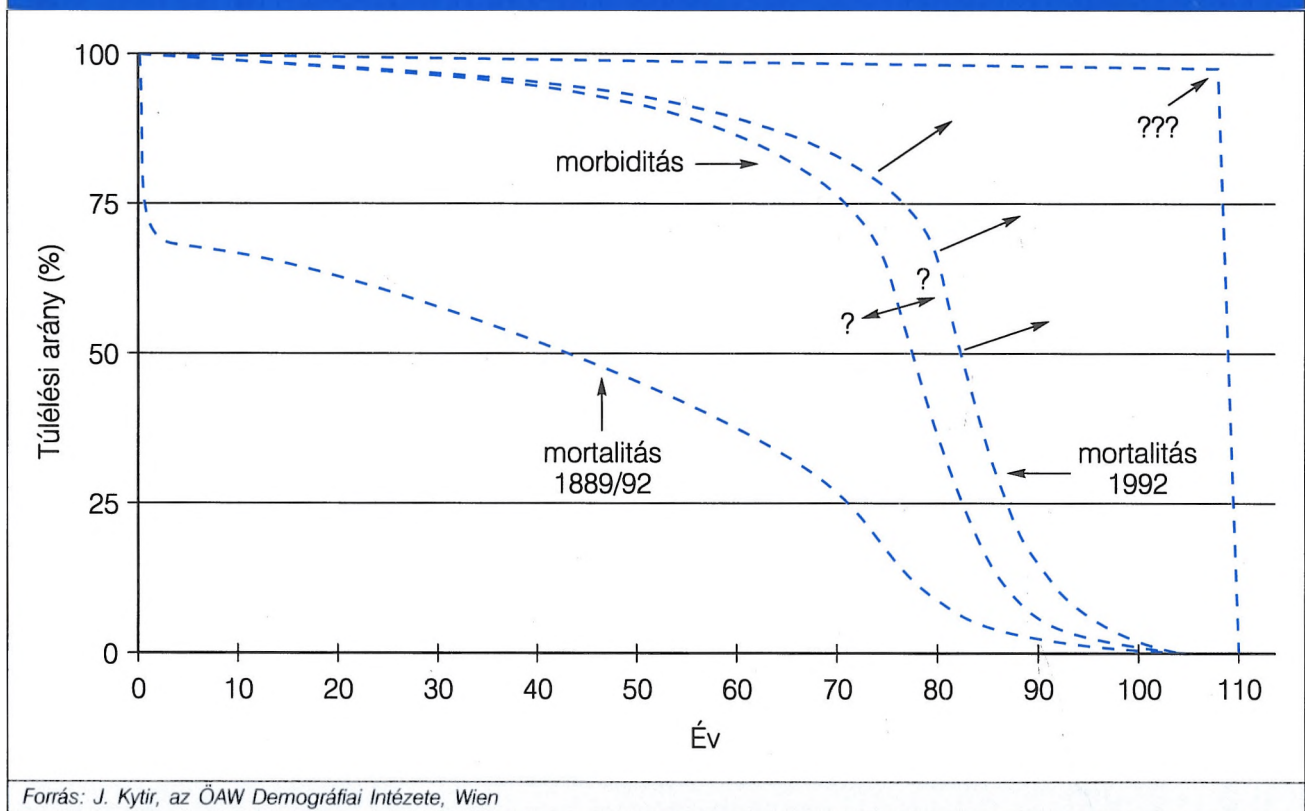
mortalitási jellemzőit azonban további érdekes, egyben figyelmeztető megállapításokat is tehetünk.

Egy adott (tetszőleges) életkort kiválasztva az X-tengelyen, a morbiditási görbe hozzátartozó pontjáiig található az egészségesek, a morbiditási és mortalitási pontok között pedig az adott korú populációból a valamilyen betegségben szenvedők. (A mortalitási pont „fölötti” hányad az eltávozottaké.) A két görbe azonos X-hez tartozó értékei közti különbség tehát az egészségügyi szolgáltatások (potenciális) kereslete.

Így, ha a mai tendencia folytatódik, és a mortalitási görbe még közelebb kerül a derékszöghöz, a kereslet tényleges nagysága a morbiditástól függően alakul – vagyis, ha függvénye változatlan marad, netán „laposodik”, akkor az egészségügyi szolgáltatások

1. ábra

A mortalitási görbe derékszögűsödése: az 1889/92-es és 1992-es női kohorsz
(a monarchiának az Osztrák Köztársaság határai közé eső területei és az Osztrák Köztársaság területe)



Az ábráról nem csak azt olvashatjuk le, hogy míg az 1889–92 közt születettek kevesebb, mint fele érhetette meg 50. életévét, az 1992-ben születők harmegyede a 75-t is eléri – bár ez sem érdektelen. Összehasonlítva az újabb generáció morbiditási és

iránti kereslet, *következésképpen az erőforrásigény növekedésével* kell számolnunk.

A kereslet növekedése pedig nem csak a kínálat nagyságára és összetételére lesz hatással, hanem a hatékonyabb felhasználás irányába történő befolyá-

solás – vagyis az okosan megválasztott *marketing eszközök iránti igényt is megnöveli* (intézményeken belül és kívül egyaránt).

2. *Epidemiológiai változások*

A XX. sz. elején – hasonlóan a harmadik világ mai helyzetéhez – a fejlett országok betegséglistáját a fertőző betegségek (tuberkulózis, kanyaró, diftéria stb.) vezették. A mai morbiditási és mortalitási statisztikák élén ezzel szemben a szív- és keringési rendszer megbetegedései, illetve a rosszindulatú daganatos betegségek állnak.

Az orvosok „életmódfüggőnek” nevezik ezek előtörését (egészségtelen táplálkozás, kevés mozgás, dohányzás, alkohol), az újabb kutatások azonban további civilizációs ártalmakra is rávilágítanak (környezetszennyezés, szintetikus élelmiszeradalékok túlzott használata). Ezek *nem kevésbé, csak kevésbé tudottan* veszélyeztetik egészségünket és életkilátásainkat.

A várható élettartam meghosszabbodása egyúttal megnöveli a krónikus-degeneratív (elsősorban: mozgásszervi) megbetegedések számát és arányát is. Ha tehát nem sikerül a *megelőzésre nagyobb hangsúlyt fektetni, akkor a morbiditási görbe balra tolódik*, vagyis *növekszik a két görbe közti terület, azaz egészségügyi szolgáltatások keresleti potenciálja*.

A marketingnek tehát igen fontos szerepe lenne az egészségtudatosság fejlesztésében, és az erre fordított milliók milliárdokat „spórolhatnának meg” az eredményes kommunikáció hatására bekövetkező életmódváltozás, egészségmegőrzés révén.

A másik jellemző, amire az epidemiológia spektrumváltozása miatt figyelniünk kell, az a *bizonytalan-sági tényező erősödése*. A krónikus-degeneratív betegségek esetében ugyanis *jóval kevésbé kiszámítható* az alkalmazott terápia és az elért gyógyulás közti összefüggés! Következésképpen a gyógy módok nehezen standardizálhatók, és az alkalmazott terápia nemcsak sokszínű, de *sokkal inkább függ az egészségügyi intézmény adottságaitól (is)*, mint pl. egy fertőző betegség vagy sebészeti beavatkozás esetén. Márpedig minden helyzetben, amikor nem lehet *egyértelműen* meghatározni a követendő eljárást, *felértékelődik a gazdasági ösztönzők és keretfeltételek szerepe*.

A közgazdászok jelentős része – figyelemmel a csökkenő határhaszon törvényére – az egészségügyi rendszerekben is költség/haszon optimumra törek-

szik. Ez azonban – személyes véleményem szerint – **ellentmond** a hippokratészi felfogásnak (és eskünek). Az *optimumot* ezért *nem kizárólag gazdasági, hanem orvosi–etikai–gazdasági–szociális és humánus szempontok egyidejű mérlegelésével* kell keresni, a marketing eszköztárát (igényfelmérés–tájékoztatás–meggyőzés–visszajelzés) is igénybe véve.

3. *Az orvostechnikai és információ-technológiai forradalom*

Az orvostechnika ugrásszerű fejlődése mind a betegség-felismerés (diagnosztika), mind pedig a gyógyítás (terápia) vonalán tetten érhető. Tréfásan szokták is mondani: „Te csak hiszed, hogy egészséges vagy – látszik, hogy még nem vizsgálták ki alaposan.” Kétségtelen, hogy a diagnosztizáló műszerek és módszerek finomodásával és ezek elterjedésével számos betegség sokkal korábbi stádiumban fedezhető fel, mint a régi eljárásokkal. Ez viszont *még egy tényező*, ami *bal felé*, tehát a mortalitási görbétől *távolabb* tolja a morbiditását (vagyis növeli a keresleti potenciált).

A terápiaiban még ennél is meghökkentőbb előrelépésnek lehetünk tanúi vagy megtapasztalói. A géntechnológia, a mikro- és implantációs sebészet, a lézeres kezelés kiterjesztése korábban elképzelhetetlen eredményeket produkál – más kérdés, hogy olykor vitatható utakra is téved (ld. embrióklónozás).

A legtöbb innováció azonban igen drága, az orvosok pedig – már csak hivatástudatuk folytán is – *inkább a termék-*, semmint a *folyamat-innovációt* részesítik előnyben. (Termékinnováció ez esetben, ha a jobb eredményt új technika alkalmazásával érünk el. Folyamatinnováció, ha ugyanazt az eredményt kevesebb ráfordítással, vagy rövidebb idő alatt, tehát *hatékonyabban* érjük el.)

Ráadásul a folyamatinnovációban a technológiaszállítók sem igazán érdekeltek, hiszen átállásra csak komoly árendeménnyel tudnák rávenni az egészségügyi intézményeket – amit viszont a forgalom nagysága nem biztos, hogy ellensúlyozni képes. *Az orvosi technika fejlődése tehát – kétirányú hatás erejéigént ugyan, – de inkább fokozza a költségnyomást.*

Az információ-technikai forradalom az orvostudományban elsősorban nagy tömegű adatok feldolgozásában, komplex információk on-line cseréjében, illetve a legújabb ismeretekhez való szinte egyidejű hozzájutás, és a földrészeken átnyúló konzíliumok lehetőségében nyilvánul meg. Ez első ránézésre

hatékonyság-javító (gyorsabb és olcsóbb info-beszerzés). A *gyakorlat* azonban ezt nem egyértelműsíti. Egyrészt, mivel a legújabb, nagyon speciális, ám drága eszközök és eljárások birtoklására ösztönöz, másrészt – főleg a fejlett országokban – a betegek számára is megkönnyíti és felgyorsítja a tájékozódást (ami ma még nehezen belátható *további* változásokat fog előidézni az orvos–beteg kapcsolatban).

II. A BETEGEKBŐL VEVŐK LESZNEK

Az orvostudomány képviselői, de gyakran a gazdasági szakemberek is elborzadnak a gyógyítás és a marketing fogalmi összekapcsolásától:

„Talán a beteg mondja meg, szüksége van-e operálásra?”

„Fontosabb dolgokra sincs pénzünk.”

„A gyógyítást nem kell eladni. Munkánk eredményessége a jó hírnév alapja.”

Ilyen és hasonló vélekedéseket naponta hallhatunk. Az esetek többségében azonban nem kompetencia – inkább *presztízs-féltés*, nem az idők szavának fel nem ismerése, csupán a marketing rendelkezésének félreértése, gyakran pedig *ismerethiány* okozza a félreértéseket.

Mit szeretne a beteg? Meggyógyulni, lehetőleg minél előbb, minél teljesebben, minél kevesebb fájdalommal és fájdalommal.

Mit szeretne az orvos? Minél több gyógyult, elégedett beteget – akik neki és intézményének jó hírért viszik. (Ennek anyagi oldalát csak abból szempontból említsük most meg, hogy több beteg = nagyobb bevétel, jó szakmai hírnév = több beteg).

Mit szeretne az egészséggazdász? Ha a folyamatok nem csak eredményesek, de *költséghatékonyak* is lennének – vagyis a szakmai eredményesség gazdaságossággal párosulna.

Mit tettek eddig ennek érdekében? Nagyon sokat számoltak, terveztek és szerveztek – sőt, racionalizáltak. Több helyen ISO, sőt TQM minőségbiztosításra tértek át, nem kis áldozattal. A magánszektorban pedig megjelentek a marketing kommunikáció egyes elemei is.

Mindez azonban *legfeljebb* a makroszintű – és gyakran változtatott – egészségügyi koncepció szintjén van összehangolva! Mezo- és mikroszinten, vagyis ahol a rendszer *tényleges* működése történik,

változatlanul *párhuzamosan van jelen szűkösség és pazarlás*.

Mit tehet a marketing?

1. **Segíthet annak felismerésében**, hogy a *minőség*, amire minden, hivatástudattal rendelkező orvos törekszik, nem más, mint a beteg várakozásainak való minél teljesebb megfelelés, a rendelkezésre álló erőforrások segítségével.

Amikor új laborműszert szereznek be, aminek alkalmazásával néhány órára csökkenthető a korábban több napos várakozás (pl. egy véranalízis eredményére), akkor ez az orvost hamarabb hozza döntési helyzetbe, tehát fejlettebb diagnosztikus szintnek felel meg. Természetesen a betegnek is jobb, mert csökkenti a bizonytalanság rossz érzését. És ha ez a vizsgálat kórházban történik, értelemszerűen az ápolási költség is kevesebb lesz az időkülönbsözetnek megfelelően. Megtalálható tehát az érdekek „közös nevezője”.

2. **Rámutathat, hogy a marketing alkalmazása** az egészségügyben *nem csak lehetséges*, de *szükséges* is. Az előző részben említetteken túl ezt támasztják alá az olyan tendenciák és jelenségek is, mint például:

az erősödő konkurenciaharc

Költségvetésből finanszírozott intézményeknél eszköztámogatásért, a felszereltség javításáért, kórházfejlesztésért folyik a verseny. A sokat vitatott privatizáció előtérbe kerülésével – de előrelátó vezetés esetén már korábban is – versengés, sőt harc bontakozhat ki a betegért is. A folyamat előrehaladásával az intézményeket az eddiginél jobban fogják érinteni a piaci folyamatok, mind a beszerzés, mind az „értékesítés” oldaláról. A menedzser szemléletű vezetés, amit Magyarországon is mind több helyen indokoltan látnak, nem nélkülözheti a piaci szempontok figyelembe vételét (sem).

(Ön)tudatosabb betegek

Világszerte, így nálunk is megfigyelhető jelenség a betegek ismeretszintjének növekedése. Ebben az iskolázottság éppúgy szerepet játszik, mint a különböző ismeretterjesztő kiadványok és média műsorok („Napközben”), de még a közkezdelt TV-sorozatok (Vészhelyzet, Kórház a város szélén stb.) is.

A tudásszint növekedése az igény szint növekedésével jár

A beteg elvárja a hiteles tájékoztatást – mit miért akarnak tenni vele, és ez mivel jár, vagy járhat – valamint, hogy adott helyzetben a „legjobbat” kapja-e.

Az már a társadalmi értékrend átalakulásának következménye, hogy változik a *tekintélyhez való viszony* is. Bár bizonyos értelemben a beteg továbbra is kiszolgáltatott, az orvos már nem mindenek felett álló orákulum. A jogi szabályozás – nagyon helyesen – lehetőséget kíván biztosítani a gyengébb fél érdekérvényesítésére (ld. pl. betegjogi képviselők alkalmazása). Más kérdés, hogy a még mindig meglehetősen „feudális” orvostársadalom *nehezen mozdul*, és ebben a tekintélyelvűség mellett az *érdekeltségnek* is komoly szerepe van.

Ha az intézmény vezetése rákényszerül, hogy felszereltség, folyamatszervezés, személyzeti politika és bánásmód (stílus) tekintetében is *betegközpontúvá* váljon, *haszonnal alkalmazhatja a szolgáltatásmarketing eszközeit*. (Etikai vonatkozás: általánossá válás esetén talán nem fordul majd elő, ami ma még egyáltalán nem ritka, hogy a bácsika ezer forintját „ma már kávéztam” felkiáltással löki vissza az osztályos orvos...)

Felértékelődik a közvélemény szerepe

A szájreklám mindig is egyike volt a leghatásosabbnak – ráadásul az emberi természetnek megfelelően a rémtörténetek mindig hatványsebességgel terjednek. A jelenséget a szenzációéhes média „felturbósítja”, és ha egy intézményre árnyék vetül (akár van alapja, akár nincs), a megtépázott hírnevet sokkal nehezebb helyreállítani, mint pl. folyamatos média-jelenléttel – (PR) bizalmat szerezni. Minél inkább van/lesz tehát *választási lehetősége* a betegnek, *annál fontosabbá válnak a közönségkapcsolatok*. A kórházak mai kommunikációja ilyen szempontból meglehetősen hiányos és *differenciálatlan*.

Válságkezelés

Jelentősége miatt érdemes kiemelni: sehol sem kívánatos, az egészségügyben azonban *katasztrófális* hatású lehet egy krízisszituáció. A bevezetőben említett – sajnos, valós – példa nem csak azért tragikus, mert meghalt egy ember, akit esetleg meg lehetett volna menteni. Még kevésbé azért, mert egy vizsgálatot követően „fejek hullhatnak”. Hanem mert hivatkozási alapul szolgálhat gyors és határozott, ám *végiggondolatlan* intézkedésekhez (pl. bezárnak egy országos hatókörű speciális érsebészetet), vagy éppen a betegek rovására „racionalizálnak” (szívűtőtek távolhelyezése az intenzív osztálytól). A kórház pedig nem tud védekezni, mert nincs sem *érdekérvényesítő képessége*, sem a válság „kommunikálásához” szükséges *szakismerete*.

Ha egy intézmény a média botránykeltése miatt kerül válságba, akkor ennek kezeléséhez speciális

menedzsment – és marketing technikákra van szükség. (És nem csak „tűzoltásnál”, de lehetőleg *megelőzésnél* is.)

3. Lefordíthatja a marketing nyelvére az egészség-gazdaságban zajló folyamatokat, megfogalmazhatja az intézményre vagy az egészségügyi vállalkozásra szabott marketing koncepciót.

Ezen belül:

- marketingkutatót végezhet,
- szekunder formában, pl. kezelési, kihasználtsági statisztikák elemzése,
- primér formában, pl. beteg-elégedettségi vizsgálatok, várakozási idők feltérképezése,
- elemezheti a fennálló helyzetet,
- meghatározhatja a marketing célokat (pl. ismertség fokozása, elégedettség növelése),
- definiálhatja a szegmentumokat és célcsoportokat (intézményen belül és kívül),
- eldöntheti, milyen *szolgáltatáspolitikát* óhajt (és tud) folytatni az intézmény,
- kiválaszthatja az ehhez szükséges eszközöket (marketing-mix),
- javaslatot tehet a belső marketingre intézményen belüli piac- ill. véleménykutatás, (PR),
- forgatókönyvet készíthet nem várt, de bekövetkező botrányhelyzetekre.

4. Gyakorlatban alkalmazhatja tudását

A puding próbája az evés – ám valószínűleg *nem lehet* minden cserekapcsolatot *egyszerre* marketingközpontúvá alakítani. (Kivált, hogy ezek nemcsak összetettek, de olykor eltérő érdekességűek is!) Mint mindenhol, itt is célszerű *prioritásokat* felállítani az előzetes helyzetelemzés alapján. (Ha fertőzés ütötte fel fejét a csecsemőosztályon, NE a csodálatosan felszerelt idegsebészeti műtőt mutassa a helyi TV! Ha két hónapon belül már a harmadik szakképzett ápoló távozik ugyanarról az osztályról, a főnövér ne azt vizslassa, miből hizlal disznót az élelmezésvezető.)

Végül különösen fontosnak látom a marketing alkalmazását a betegek *együttműködési készségének* kialakításában és javításában (gyógytorna, diétás előírások betartása, kontrollvizsgálaton való megjelenés) – hiszen a gyógyulás *interaktív* folyamat.

ÖSSZEFOGLALÁS

Eszmefuttatásomban azt próbáltam meg áttekinteni, miért szükséges és lehetséges a marketing alkalmazása az egészségügyben. A legfontosabb megállapítások a következők voltak:

1. **Az egészségügyi szolgáltatások iránti kereslet nőni fog:** mert – nő a keresleti potenciál (a magasabb átlagos életkor több igénybevevőt jelent), nagyobb teret kapnak a tartós illetve folyamatos ellátást igénylő kórképek (az időskorúak arányának növekedésével nő a krónikus-degeneratív megbetegedések számaránya is), az orvosi technika fejlődésével a betegség hamarabb diagnosztizálható (több páciens kerül kezelésbe)
2. **A megnövekedett igényekkel pedig nem arányos az erőforrások bővülése,** ezért a hatékony felhasználás intézményen belül is marketing szemléletet kíván meg.
3. **A betegek tudatosabbak és öntudatosabbak lesznek.** Az ismeretszint növekedése az elvárások növekedésével jár. Az orvos már nem megfellebbezhetetlen szaktekintély, előtérbe kerülhet a „mit kapok a pénzemért?” szemlélet. A betegjogi képviselőt érdemben erősödhet.
4. **Az egészségügyi intézmények versenye fokozódik.** Részben a szűkös állami erőforrásokért, részben a privatizálásra kerülő, vagy eredetileg is magántőkére épülő szakrendelők és kórházak konkurenciája miatt. E két utóbbi eredményezi főként, hogy *a betegekből vevők lesznek*, így az ellátásban a *szolgáltatásjellegnek* erősödnie kell. Ehhez a szolgáltatásmarketing eszközrendszere nyújthat segítséget.
5. **Egy botrány évtizedekre visszavetheti a fejlődést.** Az orvosi technika növekvő összetettsége, párosulva a permanens nővér- és segédzsemy-

zet hiányával *megnöveli* a hibák, zavarok, tévedések bekövetkezésének valószínűségét. A média a kellemetlen esteket felkapja, felfújja, szétkürtöli. Márpedig, ha elvész a bizalom, elkerül a beteg is. Az egészségügyi intézményeknek tehát meg kell tanulniuk eredményesen kommunikálni környezetükkel – nem csak krízishelyzetben, és nemcsak „legfelső” szinten. Ehhez pedig a marketing kommunikáció célokhoz és funkciókhoz szabott *elsajátítása és gyakorlása* szükséges

FELHASZNÁLT IRODALOM

- BAUER ANDRÁS – TÓTH ÁGNES: A marketing szerepe az egészségügyben (Marketing , 1993/27)
 P.HEIMERL – CH.KÖCK: Management in Gesundheitorganisationen (Wirtschaftsverlag Wien,1996)
 HOLZMÜLLER, H.H: Skandal-Marketing (Wirtschaftsverlag, Wien, 1988)
 Magyar Statisztikai Évkönyv 2000 (KSH 2001)
 NÉMETH GY. – PAPP I: Szolgáltatásmenedzsment (Műszaki, 2001)
 SAMUELSON – NORDHAUS: Közgazdaságtan III. (KJK,1997)
 VERES ZOLTÁN: Szolgáltatásmarketing (Műszaki, 2001)
www.thirdsectorcee.info.hu
 JÓZSA L.: Marketing (VEK 2000)
 MIHÁLYI PÉTER: Magyar egészségügy –diagnózis és terápia (Springer ,Bp.2000)

*A szerző egyetemi adjunktus,
Nyugat-Magyarországi Egyetem*

1% Segíts kérlek!

Adószám: 18161007-1-42



GYERMEKRÁK ALAPÍTVÁNY
Kiemelkedően Közhasznú Szervezet

