

Az egészségügyi marketing néhány érdekes kérdése

Milyen sajátosságok jellemzik az egészségügyi szolgáltatások piacát, és hol hasznosíthatók benne a marketingismeretek?

Az egészségügyi szolgáltatások két okból is különös figyelmet érdemelnek: egyrészt mivel betegség bárki válhat – függetlenül jövedelmi viszonyaitól és társadalmi helyzetétől –, másrészt mivel egészségügyi rendszerünk ellentmondásokról sem mentes „piacosítása” napjainkban zajlik. Ez pedig felértékeli a marketingismereteket. Ezért érdemes áttekintenünk, mi jellemzi e sajátos szolgáltatásformát, hogyan elemezhetjük és működtethetjük a marketing szempontokat is figyelembe véve, és egyáltalán: hol és milyen marketingeszközöknek – módszereknek van létjogosultsága, sőt haszna az egészségügyi szolgáltatások területén?

AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK JELLEMZŐI

Az egészségügyi szolgáltatások piaca korántsem olyan homogén, mint azt első megközelítésben gondolnánk. Teljesen más környezetben működik, következésképpen más problémákkal is küzd, például egy önkormányzati fenntartású kórház, mint egy vállalkozó háziorvos – nem beszélve a patikák és egy ortopédcipő-készítő kisiparos között mutatkozó feltűnő különbségekről.

Marketing szempontból vizsgálva azt mondhatjuk, hogy – folyamatosan változó összetételben – e szolgáltatásokat

- a.) „piacosított” (pl. látszerészek)
 - b.) részben piacosított (természetgyógyász)
 - c.) egyáltalán nem piacosított (egyetemi klinika)
- szabályozás uralja.

Ez persze nem azt jelenti, hogy a c.) kategóriában *semmilyen* marketingtevékenységnek ne lenne létjogosultsága! A Kossuth Rádió 2002. január 18-i Déli Krónikájában például elhangzott: egy betegjogi képviselőhöz az eseteknek *legfeljebb* 50 százalékában fordulnak valóban betegjogi kérdésekkel, a megkeresések másik fele *felvilágosítás*: TB, szociális és eljárási ügyekben. A betegek és hozzátartozóik felé irányuló kommunikáció tehát bizonyára javulna marketingeszközök alkalmazásával.

Én most elsősorban azokat a specifikumokat vizsgálom, amelyek bár működési formától nem függetlenül, de *közösek* az egészségügyi szolgáltatók érdekkörében:

- Marketingkonceptió és célkijelölés,
- marketingkutató,
- szegmentálás, célcsoport képzés, pozicionálás,
- alkalmazható marketingeszközök, különös tekintettel a marketingkommunikációra.

A gyógyszermarketing sajátosságaira nem térek ki, az egy önálló eszmefuttatást érdemel.

MARKETINGKONCEPCIÓ AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN

Az államilag finanszírozott betegellátó intézmények elvileg a fennálló szükségletek, gyakorlatilag a fenntartó szerv (pl. önkormányzat) pénzügyi lehetőségei szerint és a társadalombiztosítás hatályos működési rendje megszabta keretek között gazdálkodhatnak.

Működési gyakorlatukra a marketingkonceptió alkalmazása *nem jellemző*, sőt egyes vélemények szerint nem is alkalmazható.

Ha a marketinget pusztán „eladásösztönzőként” fogjuk fel, akkor valóban nem! Ha viszont egy szervezet *piacorientált* vezetését értjük alatta, hamar belátható, hogy a betegközpontúság, ami minden egészségügyi szolgáltatás *alapelve*, valójában nem más, mint hogy a „piac”, azaz az egészségre vágyók és egészség-óvók igényeiből indulunk ki, és ennek igyekszünk minél jobban megfelelni.

Meggyőződésem, hogy ha egy intézményben az aktuális és lehetséges „piacot” célzó *minden* tevékenységet szisztematikusan **megterveznek, kiviteleznek, koordinálnak és ellenőriznek**, akkor az meghatározott (kötött) gazdálkodási körülmények között is nagyban hozzájárul a közellátási megbízás teljesítéséhez.

A kisebb intézményeknek, vagy azoknak, akiket a piac szele akarva-akaratlanul is „megcsapott” (vállalkozó háziorvosok, magánpatikák, csontkovácsok, látszerészek stb.), mindezt igen *gyorsan* sikerült belátniuk, illetve átállniuk az új gondolkodás-, valamint viselkedésmódra, szemben például a tisztán a TB által fenntartott gyógyászati segédeszköz-üzletekkel.

A SZOLGÁLTATÁS-ÜGYLET SAJÁTÓSÁGAI

Az egészségügy a non-profit szféra része, és mint ilyen, *másfajta* cserekapcsolatok jellemzik, mint a versenyszférát.

1. Itt is jellemző – mint a szolgáltatások többségénél – hogy az **immateriális jelleg dominál**, és felértékelődik a *bizalomközpontú* személyes kapcsolat.

A minden esetben szükséges **bizalom** mértéke az egészségügyi szolgáltatás természetétől függően fajtánként eltérő ugyan (vö. röntgen és fogászat), egyes esetekben azonban **jelentősége minden más szempontot megelőzhet** (gyermekszülés, életmentő szívműtét).

2. A non-profit jelleg alap gondolatához tartozik az is, hogy a szükségletek kielégítésének kölcsönösen megfelelő szintje elsősorban a cserekapcsolatok *milyenségén, illetve javíthatóságán* múlik. **Az egészségügyben** azonban a cserekapcsolat kínálati oldala is csak részben minősíthető objektív mutatókkal (pl. felgyógyulási arány és idő), a „**keresleti**” oldal viszont *teljesen* szubjektív, kezdve a beteg induló státuszától a kezelés folyamatában való részvételén át az eredménnyel való elégedettségig.
3. A szolgáltatás igénybevevőjének elfogadási hajlandóságában kiemelt fontosságú az **együttműködési készség (compliance)**. Szélsőséges esetben ez teljesen hiányozhat (egy szenvedélybeteg például nem ismeri el a kezelés indokoltságát), de szokványos esetekben is lehet kevesebb a szükségesnél, például a diétára vonatkozó előírások be nem tartása.

„Az 'ajánlat' és a potenciális igénybevevő reakciói kölcsönösen befolyásolják egymást (fegyelmezett beteget szívesebben engednek haza hétvégére). A kölcsönhatás kedvező esetben javulást, kedvezőtlen esetben esetleg a szolgáltatás megghiúsulását eredményezi (a beteg elszökik a beavatkozás elől).”

Így a marketingfeladatok igen speciális részét képezheti az együttműködési készség kialakítása, fokozása.

4. Az is nyilvánvaló, hogy az „ajánlat” és a potenciális igénybevevő reakciói kölcsönösen **befolyásolják egymást** (fegyelmezett beteget szívesebben engednek haza hétvégére). A kölcsönhatás kedvező esetben javulást, kedvezőtlen esetben esetleg a szolgáltatás *megghiúsulását* eredményezi (a beteg elszökik a beavatkozás elől).

MARKETINGCÉLOK

„Minden út Rómába vezet” (latin közmondás)

„Ha nem tudod, hová akarsz menni, teljesen mindegy, merre indulsz” (Alice Csodaországban)

A fenti bölcsességektől eltérően a **marketingben mindig ismernünk kell a célt**, hogy kiválaszthassuk az odavezető utak legjobbját. A marketingcéloknak – mint másutt is – **illeszkedniük kell** a szervezet célrendszerébe.

Kijelölését megkönnyíti, ha a cég már kialakította azt az „önértelmezést”, aminek magát tekinti, illetve amit el kíván érni (küldetés). Ennek birtokában rajzolhatja meg a *képet*, amelyet közvetíteni kíván magáról a különböző cél- és érdekcsoportok felé (imázsépítés).

„A marketingcélok kialakításával szorosan összefügg, hogy kikre irányuljon. Ha ugyanis ezt nem határozzuk meg pontosan, a rendelkezésre álló költségvetés túlságosan elaprózódik, és ezért nem ér el érzékelhető eredményt. (‘Öntözőkanna-elv’)”

Jellegzetes célok lehetnek egészségügyi szolgáltatásoknál:

- betegek *elégedettségének* növelése
- *igénybevétel* megváltoztatása (fokozás vagy csökkentés, illetve a *kereslet újraelosztása* mennyiségi, minőségi, időbeli, illetve bevételi kritériumok alapján)
- piaci *részesezés* megváltoztatása (a meglévőhöz viszonyítva)
- beutaló orvosokkal való *kapcsolat javítása*
- *ismertség* növelése
- kialakult imázs ápolása, illetve *kedvezőbbé tétele* stb.

A *tevékenységanalízist*, amelyet a szolgáltatás **tartalmára, kiterjedésére, idő- és költségigényére**, valamint a **közreműködőkre** kiterjesztve érdemes elvégezni, a cél eléréséhez vezető utak megválasztása (stratégia) követi.

Ilyen lehet például:

- új kezelési szolgáltatások bevezetése (lézerkezelés, fizioterápia)
- fizikai korlátok leépítése (pl. zsúfoltság megszüntetése helyiségbővítéssel)
- pszichoszociális korlátok leépítése (oldottabb légkör biztosítása)
- árpolitikai játéktér kihasználása (kiegészítő, fizetett, kényelmi szolgáltatáselemekkel)
- ismertség növelése (tudatos PR)

A legjobb marketing sem kompenzálja a szolgáltató funkcionális hibáit, de nagyban hozzájárulhat az igénybevevő köztudottan szubjektív értékítéletének pozitív irányú változásához.

Marketingkonceptió kialakításához ezek nagyon is kézzelfogható segítséget jelentenek.

MARKETINGKUTATÁS AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZOLGÁLTATÁSOK PIACÁN

Általánosságban elmondhatjuk, hogy az egészségügyi szolgáltatások kutatásában az empirikus társadalomkutatás ismert módszerei jól használhatók. Különösen nagy jelentőségű a *szekunder* típusú analízis (betegstatisztikák, igénybevételre vonatkozó adatok, költség-szerkezet-elemzés, panasz- és reklamációanalízis stb.)

Hasznos a hatósági vizsgálatok jegyzőkönyveinek, a kamarai, illetve más szervezetek statisztikáinak, újabban pedig a szaklapokban megjelenő, egyre színvonalasabb vizsgálati eredmény-közléseknek a nyomon követése is.

A **marketingkonceptió** kialakításához ezek nagyon is kézzelfogható segítséget jelentenek.

A *primer* módszerek szintén alkalmazhatók, ha nem is egyforma súllyal. Leggyakrabban alkalmazott módszer a **megkérdezés**, mind standardizált, mind pedig kvalitatív (mélyinterjú) formájában.

Különösen bevált a **fókuszcsoport-beszélgetés**, mint leginkább informatív, ugyanakkor költséghatékony módszer.

A megfigyelés és a kísérlet viszonylag korlátozott körben bár, de szintén alkalmazható: hogyan viselkedik például a beteg várakozás közben, vagy hogyan reagálnak a látogatók a laborvizsgálat rendjének megváltoztatására.

Némi megszorítással azt mondhatjuk, hogy a *fogasztói magatartás vizsgálati módszerei eredményesek betegekre/egészségvédőkre is*.

(Más kérdés, hogy egy orvos-professzorral készítenő mélyinterjú messze nem csak marketingszakmai ismereteket követel.)

SZEGMENTUMOK ÉS CÉLCSOPORTOK

A marketingcélok kialakításával szorosan összefügg, hogy *kikre* irányuljon. Ha ugyanis ezt nem határozzuk meg pontosan, a rendelkezésre álló költségvetés **túlságosan elaprózódik**, és ezért nem ér el érzékelhető eredményt. („Öntözőkanna-elv”)

A szegmentálás tehát az egészségügyi szektorban éppen olyan fontos, mint a versenyszférában!

1. fázis: **azonosítjuk azokat az érdekcsoportokat**, amelyekkel a szervezet tényleges vagy potenciális **cserekapcsolatban** áll.

2. fázis: az egyes érdekcsoportokon **belül elkülönítjük a fellelhető szegmenseket**, vagyis a homogénnek tekinthető részcsoportokat.

Az egymással cserekapcsolatban álló csoportok részben a szervezeten belül, részben azon kívül helyezkednek el. Megkülönböztethetők továbbá aszerint is, hogy azért állnak-e kapcsolatban az intézménnyel, mert *hozzájárulnak* a szolgáltatás teljesítéséhez (input), vagy, mert a szolgáltatás *igénybevevői* (output). Némely érdekcsoport az alapvető folyamatokat erősen befolyásoló vagy irányító szervként értelmezhető (Országos Egészségbiztosító Pénztár, települési önkormányzat döntéshozó testülete), míg *mások a közvélemény formálásában játszhatnak jelentős szerepet* (helyi és országos médiaszerkesztők, vagy az intézmény saját alkalmazottai).

Egy kórháznak például marketingstratégiáját ez esetben is úgy kell kialakítania, hogy szervezete és az érdekcsoportok között **hatékony tranzakciók** jöjjenek létre.

(Valószínűleg *nem* lehet egyszerre és egy lépésben minden cserekapcsolatot marketingvezéreltté tenni. Célszerű tehát *prioritásokat* felállítani! Ez Magyarországon korábban szinte *kizárólag*, de legalábbis *jellemzően* a fenntartó intézményre szorított.)

„Általánosságban azt mondhatjuk, hogy a szolgáltatáspolitikai középpontjában az alapvető kínálat meghatározása (állandó jellegének, szélességének és mélységének megválasztása) áll. Korlátozott mozgástér (pl. klinikák) esetén is közvetlenül alakítható a szolgáltatás teljesítésének módja, vagyis – marketingszemlélet esetén – a beteg- (és nem betegség!) orientáció.”

3. fázis: az érdekcsoport-elemzés eredményeként kialakított szegmensekből a prioritásoknak, anyagi és szervezeti lehetőségeknek megfelelő sorrendben **kiválasztjuk a célcsoportokat**, amelyeket külön-külön marketingakciókkal el kívánunk érni. (Nagyobb csoportokat: pl. „régibetegek” vagy „hatóságok” célszerű további kisebb csoportokra bontani, hiszen nem mindegy például, hogy az a „régibetegek” csak kontrollvizsgálatra van berendelve

évente egyszer, vagy minden héten dialízisre szorul. A krónikus betegségben szenvedők megkülönböztetése a rehabilitációs kezelésben részesülőktől éppúgy indokolt stb.)

MARKETINGSTRATÉGIA, MARKETINGESZKÖZÖK

Az egészségügyi szolgáltató és célcsoportjai között a cserekapcsolatokat hagyományosan 4 területre bonthatjuk:

- szolgáltatáspolitikai (termék- és programpolitika)
- ár- (ellenszolgáltatás-) politika
- elosztáspolitikai
- kommunikációs politika

A már említett *bizalom*, mint fontos elem az egészségügyi szolgáltatások megítélésében, azonban felértékeli az „5. – 6. – 7. P” (az emberi tényező, a tárgyi környezet és a szolgáltatási folyamat) szerepét is.

Ezek természetesen nem csak kapcsolatban, de szerencsés esetben, *összhangban* is vannak egymással.

Szolgáltatáspolitikai

Kínálatát az egészségügyi szolgáltató működési módjától függően határozhatja meg szabadon vagy kevésbé szabadon (netán kötötten). Egy kisvárosi szülőotthon értelemszerűen egészséges újszülöttek világra segítségét állíthatja csak tevékenysége középontjába, a vállalkozó háziorvos – az előírásokon belül – maga választhatja meg

rendelési idejét és az esetleges kiegészítő vizsgálatok körét, míg a „jogosítvánnyal” rendelkező természetgyógyász maga döntheti el, vállal-e masszírozást is, vagy csak természetes eredetű, nem szintetikus készítményekkel gyógyít, és hogy milyen betegségekre specializálódik.

Általánosságban azt mondhatjuk, hogy **a szolgáltatáspolitikai középpontjában az alapvető kínálat meghatározása** (állandó jellegének, szélességének és mélységének megválasztása) áll. Korlátozott mozgástér (pl. klinikák) esetén is közvetlenül alakítható a szolgáltatás *teljesítésének* módja, vagyis – marketingszemlélet esetén – a beteg- (és nem betegség!) orientáció. Ez nem kizárólag a beteggel, hozzátartozóival, tájékozódókkal

való kommunikáció kérdése, hanem általában a jó vélemény kialakításának és megőrzésének közép-pontba állítása, amihez a fogadás, kezelés, ápolás, utógondozás térbeli körülményei és folyamata éppúgy hozzátartoznak, mint a bánásmód. (Egy operáció minőségét a laikus beteg természetesen nem tudja szakszerűen értékelni. A minőség megítélése szempontjából viszont nagyon is fontos a kezelés környezete: a helyhiány vagy túlszűfolttság, a helyiségek lepusztultsága vagy tisztasága, a várakozási idő hossza stb.)

A terápia-ápoló ágazatban egyelőre azt kell mondanunk, hogy ma még sokkal inkább a betegek megfelelő ellátásának fizikai-technikai szempontjai állnak előtérben, míg a pszicho-szociális aspektusok háttérbe szorulnak – marketing szempontból helytelenül, sőt károsan. (Vannak persze pozitív ellenpéldák is, elsősorban magánrendelőknél és más egészségügyi szolgáltatóknál – például megnyugtató dallamok a fogorvosi váróhelyiségben.)

Az olyan szolgáltatásoknál, ahol magas a bizalmi index, viszont alacsony a hozzáértés elvárható szintje, az 5., 6., 7. „P” szerepe törvényszerűen megnő. Hatványozottan igaz ez olyankor, amikor a „fogyasztó” – esetünkben a beteg – még **kiszolgáltatottnak** is érzi magát.

A szolgáltatáspolitikai része az *elhelyezés-politika* is: ezalatt egyrészt a külső-belső környezet általános kinézetét és kialakítását, másrészt az épületen belüli „komfortfokozó” tényezők meglétét értjük. Nagyon sok helyen van már tévékészülék a kórházak folyosóin, de nem ritka az újságvásárlási, kávézási lehetőség sem. Ezek jelentőségének megítélése természetesen függ a betegség súlyosságától, a szubjektív fájdalomérzettől, illetve a kórházi tartózkodás hosszától – biztos állíthatjuk azonban, hogy a környezeti tényezők hozzájárulnak a gyógyítás sikeréhez (már csak az „elterelő” hatás révén is).

Az utóbbi időben egyre elfogadottabb az a nézet, amely szerint a betegséget, illetve a kényeszerű intézeti tartózkodást *nem* az élet sorsszerű és befolyásolhatatlan szakaszának, hanem a hétköznapi megszokásának érdemes felfognunk, amit a *lehetőségekhez mérten* kellemesen is el lehet tölteni (még ha alapjában véve nem valami vidám dologról van szó). A tévéken és telefonokon kívül a megszokott mindennapi élet illúzióját kelthetik a további szórakozási lehetőségek (pl. internethasználat, házi-mozi), míg az egyre több helyen működő vallási „szolgáltatások” a lelki igények kielégítését segítik elő.

Ár- (ellenszolgáltatás-) politika

A teljesen vagy túlnyomórészt magánvállalkozásokban az árpolitika az egészségügyben éppoly marketingeszköz, mint bármely más szolgáltatásnál. (Kivételesen persze van, hiszen egy magánpatika sem alkalmazhat magasabb árrést, mint az engedélyezett, ha igényt tart az állami készletfinanszírozásra.)

A klasszikusan non-profit, tehát esetünkben például egy orvosegyetemi intézménynél az ellenszolgáltatás tágabban értelmezendő. Egyrészt a mai támogatási rendszerben értenünk kell alatta azokat a „pontokat”, amelyek diagnózistól és ápolási időtől függően a TB-finanszírozás alapjául szolgálnak, másrészt azokat a „szolgáltatásokat”, amelyeket a betegnek, esetleg hozzátartozóinak kell nyújtani ahhoz, hogy a „csere” valóban eredményes legyen (pl. együttműködés az orvossal, az ápoló személyzettel, az előírt vizsgálatban való részvétel stb.). Az intézmény azonban ezeket az „ellenszolgáltatásokat” is elősegítheti, ha munkája, a szolgáltatás folyamata **jól szervezett**, a szükséges és kért információkat a beteg megkapja, illetve a „frontszemélyzet” együtt érzi stb.

A kiegészítő – tehát nem szorosan a gyógyításhoz tartozó – szolgáltatások esetén az intézménynek természetesen úgy kell az igénybevétel árát (díját) megállapítania és karbantartania, hogy az lehetőséget nyújtson saját, olykor siralmas pénzügyi helyzetének javítására is.

Az e vonatkozásban élen járó USA-ban ez költség-, kereslet- és értékorientált árképzést jelent, amely fél szemmel a „konkurenciát” is figyeli.

(Természetesen nem feledhetjük, hogy az eltérő társadalom, illetve betegbiztosítási rendszerek a közvetlen összehasonlítást *nem* teszik lehetővé!)

Elosztáspolitikai

Elosztás alatt általában a szolgáltatás előállítása és felhasználása közti idő- és térbeli távolság legyőzését értjük, feltéve persze, hogy a kettő nem esik egybe. Az egészségügyi szolgáltatások jellegzetessége, hogy legtöbbször **helyhez kötöttek**, általában az igénybe vevőt (a beteget) kell a szolgáltatás helyére eljuttatni, nem pedig fordítva. Ennek nem mond ellent, hogy – nagyon helyesen – bizonyos szűrővizsgálatok elvégzésére, például mozgó ernyőképszűrőt (röntgént) alkalmaznak, megkönnyítve ezzel az egészségügyi centrumtól távolabb lakók részvételét. Minél különlegesebb, műszerigényesebb azonban a szolgáltatás, minél bonyolultabb beavatkozásra van szükség, az elosztásra annál jellemzőbb a *koncentrálttság*, amit

szakmai, szervezési és pénzügyi szempontok egyaránt indokolnak. (A folyamatosan változtatott magyarországi „megoldásra” most nem térünk ki).

A marketinglogisztika első kérdése az intézmény *helyének* megválasztása (területi elhelyezkedés, vonzáskörzet, alapellátottság, közlekedési kapcsolatok). Bár működő rendszerek esetén ez csak új építkezésnél vehető figyelembe, meg kell különböztetnünk *térbeli, időbeli* és *pszichológiai* elérhetőséget. Ez utóbbi alatt azokat a szubjektív benyomásokat értjük, ami a betegekben és hozzátartozóikban az intézmény elérhetőségéről kialakulnak (rendelési és látogatási idő, ezek összhangja a menetrenddel, várakozási idő stb.)

„Az egészségügyi szolgáltatások elosztásának külső résztvevőiként kell megemlítenünk a beutaló intézményeket (szerveket), elsősorban a háziorvosokat, az orvosi ügyeket adó, szakrendeléseket végző orvosokat, esetleg a mentőst. E téren a szoros együttműködés az elsőrendű cél, hiszen ez mindenkinek használna.”

A szolgáltatást igénybe vevők fejében tapasztalataik, benyomásaik alapján egy ún. „kognitív térkép” alakul ki az adott helyről, és ez a szubjektív kép (gyakran) ellentmondásba kerülhet a szolgáltató objektív alapú minősítésével. Marketingszempontból *kiemelt* jelentőségű az ambulanciák megítélése, mint-hogy a potenciális kórházlakók az **itt tapasztaltakat vetítik ki az egész intézményre!**

Az egészségügyi szolgáltatások elosztásának külső résztvevőiként kell megemlítenünk a beutaló intézményeket (szerveket), elsősorban a háziorvosokat, az orvosi ügyeket adó, szakrendeléseket végző orvosokat, esetleg a mentőst. E téren a **szoros** együttműködés az elsőrendű cél, hiszen ez mindenkinek használna.

Kommunikációpolitika

A kommunikáció általában információk és jelentés-tartalmak közvetítése a célcsoport(ok) felé, ezek véleményének, beállítottságának, elvárásainak és magatartásának befolyásolása érdekében. A befolyásolás „irányát” természetesen a szolgáltató céljai képezik (határozzák meg).

Vállalati kommunikációnak (corporate communications) emlegeti a szakirodalom a pr-nek azt a részét, amit a cégek vezetői látnak el. Ilyen lehet egy mediaszereplés, ahol az új létesítmény rendeltetéséről tájékoztatják a „nagyérdeműt”, de legalább ilyen fontos a kórházigazgató felszólalása az önkormányzati testület ülésén is, ahol az új röntgenkészülékek beszerzéséről döntenek.

Fontos tehát, hogy az összehangolt vezetés minden tagja rendelkezzen tárgyalástechnikai ismeretekkel, és tanuljon meg a médiával „bánni”.

Az egészségügyi szolgáltató közönségkapcsolatainak feladata, hogy szervezetét és tevékenységét a nyilvánossággal, de különösen meghatározott célcsoportjaival elfogadtassa, később pedig fenntartsa, sőt erősítse a kialakított pozitív képet. A szervezetet *mindig* a társadalom (város, lakóközösség) hasznos alkotóelemeként kell bemutatni!

Egészségvédelemről vagy gyógyításról lévén szó, *kiemelten* fontos a bizalom megszerzése és fenntartása. A jó bizalmi pozíció

nemcsak a hosszú távú eredményes működés alapja, de „átsegítheti” a szervezetet egy objektív vagy akár a média által keltett válsághelyzetben is. (ld. kórház-összevonások, illetve bezárások, esetleges orvosi műhibák).

Minthogy az egészségügyi szolgáltatók számára bizonyos kommunikációs formák (pl. reklám) *korlátozottak*, ezért a pr szerepe más szolgáltatókhoz viszonyítva, de abszolút értelemben is **felértékelődik**.

JÖVŐBE MUTATÓ TENDENCIÁK

Azt, hogy *milyen* és *mekkora* jelentőségre tehet szert a marketing az egészségügyi szolgáltatásokban, azt az ágazat és a társadalom fejlődésének irányai, valamint ezek dinamizmusa határozza meg. Előbbieket egy nyugat-európai tanulmány a következőkben látja¹:

1. **Erősödik a konkurenciaharc**, vagyis a verseny a felszerelésért és eszközökért, a betegekért és a privatizálható javakért.
2. Az egészségügyi intézményeket az **eddiginél sokkal inkább** érinteni fogják a piaci folyamatok.

¹ Egészségügyi Menedzsment V./3. (2003)

3. **A betegek öntudatosabbak lesznek.** A társadalmi értékrend átalakulásának következménye, hogy az emberek másképp viszonyulnak a tekintélyhez. Önmagában a szaktektentély nem lesz elegendő a jó orvosi hírnévhez. A média – olykor szenzációhajhász – tudósításai és a „kórházi” tévésorozatok is **bizonyíthatóan hozzájárulnak** a betegek tudatosabbá válásához.
4. **Változik az egészségügyi ágazat megítélése a közvéleményben.** Nem függetlenül az előző pontban említett médiahatástól, de nem is kizárólag annak betudhatóan **romlik** az ágazat általános

érzékkelhető *elszívó* hatással jár. És bár a **gyógyítás** természetesen az erre képzett szakemberek privilégiuma marad, a piacközpontú gondolkodás lassan teret hódít az intézmények vezetésében. (Nem véletlen a sokféle orvos-menedzser, orvos-közgazdász képzések sikere.)

A betegek szerepe a vevő-szerep irányába mozdul el. Nem a beteg mondja meg, szükség van-e operációra, de a szabad orvos-, esetleg intézményválasztással a beteg *bizalmának* megszerzése (megtartása) a háziorvosnak (kártyapénz), illetve kórházaknak (TB-pontok) is **érdekében áll!**

„A társadalmi értékrend átalakulásának következménye, hogy az emberek másképp viszonyulnak a tekintélyhez. Önmagában a szaktektentély nem lesz elegendő a jó orvosi hírnévhez. A média – olykor szenzációhajhász – tudósításai és a „kórházi” tévésorozatok is bizonyíthatóan hozzájárulnak a betegek tudatosabbá válásához.”

JÖVŐKÉP – KÖRKÉP?

A 2001 végén elfogadott Egészségügyi törvény – minden ellentmondása dacára is – *felerősíti* ezt a tendenciát.

Ahogy a beteg kiszolgáltatottsága – részben, de nem kizárólag a „betegjogoknak” köszönhetően

– csökken, úgy *értékelődik fel* az egészségügyi szolgáltatásokban a kommunikáció szerepe. És bár ez az szerepeltolódás az egészségügyi intézmények *közellátó* jellegén nem változtat, működésére, munkafolyamataira kihatással van:

A gyógyító intézmény

- javítja felszereltségét,
- megtanul pályázni,
- racionalizálja, sőt *kényelmesebbé* teszi a betegfogadást és -ellátást,
- megváltoztatja a bánásmódot (betegség helyett az *embert* kezeli).

Összességében tehát lehetőségein belül emeli a szolgáltatás színvonalát. *Mindezekhez pedig igénybe veszi a szolgáltatásmarketing eszközeit.*

megítélése. Ebben sajnos szerepet játszanak a politikai küzdelmek is. Minthogy az egészsége mindenkinek drága (közvélemény- kutatások évtizedek óta az 1–2. helyen említett, tehát a *legfontosabbnak* ítélt emberi igénynek tekintik), nehézségeinek fölnagyítása, eltorzítása kiválóan alkalmas a politikai ellenfél lejáratására.

5. **Hibák a kommunikációban, illetve nem kielégítő mértékű jelenlét a tömegkommunikációban.**

Aki nem beszél, az nincs is! A tömegkommunikáció az egészségügynek is az imázsalkítás lehetőségét vagy ennek elszalasztását jelenti.

Válságkezelés. Az egészségügyi intézmények működésében könnyen keletkezhetnek zavarok. A média ezeket „felkapja”. Ezért a botrány kezelése **nem merülhet ki a hiba elhárításában**, korszerű marketingtechnikákra is szükség van. Ezeket pedig *időben* kell elsajátítani.

Ha meggondoljuk, mindezek a jelenségek hazánkban is megfigyelhetők, jóllehet, a tradícióknak és körülményeknek megfelelően más hangsúlyokkal. Legnehezebbnek – viszont leglátványosabbnak – a bizvást feudálisnak is nevezhető orvostársadalom hierarchiájának megroppanása látszik (amely hierarchia és a csúcán levők ereje még képes **megakadályozni** a kívánatos változásokat).

A magánklinikák és a kisebb egészségügyi vállalkozások megjelenése – a magasabb árak mellett is –

FELHASZNÁLT IRODALOM

Egészségügyi Menedzsment, V. évf., 2003/3

P. HEIMERL – WAGNER – Ch. KÖCK [1999]: Az egészségügyi intézmények menedzsmentje. Perfekt Kiadó, Budapest
SZABÓNÉ PATAKY ESZTER [2002]: Egészséggazdaság és marketing. In: Marketing és Menedzsment, XXXIX. évf, 2002/5–6

*Szabóné Pataky Eszter PhD,
tanszékvezető, egyetemi docens
Nyugat-Magyarországi Egyetem
Közgazdaságtudományi Kar*