# SZAKDOLGOZAT

**ERDÉSZ ÁDÁM BARNABÁS**

**2022**

# Az orvoslás mint a szolgáltatószektor része

# Medical practice as part of the service sector

Szerző:

**Erdész Ádám Barnabás**

Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar

Témavezető

**Dr. Juhász Zoltán, Ph. D.**

egyetemi tanársegéd
Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Kar
Egészség-gazdaságtani Intézet

**2022**

# TARTALOMJEGYZÉK

TARTALOMJEGYZÉK ..... 3

ÖSSZEFOGLALÓ ..... 4

BEVEZETÉS ..... 5

CÉLKITŰZÉSEK, KÉRDÉSFELVETÉSEK ..... 6

1. FEJEZET - A SZOLGÁLTATÁSOK ALAPJELLEMZŐI ..... 7

A HIPI-elv ..... 8

2. FEJEZET – AZ EGÉSZSÉGÜGYI PIAC ÁLTALÁBAN ..... 13

A piac fogalma ..... 13

Kereslet-kínálati viszonyok az egészségügyben ..... 14

A piac jellemzői ..... 16

3. FEJEZET – FOGYASZTÓI MAGATARTÁS A XXI. SZÁZADBAN – ONLINE SZOLGÁLTATÁSOK ..... 19

4. FEJEZET – EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG ..... 24

5. FEJEZET – TRENDEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN ..... 29

6. FEJEZET – BETEGELÉGEDETTSÉG ÉS MÉRÉSE ..... 34

7. FEJEZET – KÖVETKEZTETÉS ..... 37

IRODALOMJEGYZÉK ..... 39

ÁBRAJEGYZÉK ..... 43

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS ..... 44

# ÖSSZEFOGLALÓ

Az orvostudomány a XXI. században a nyugat-európai, észak-amerikai tendenciáknak megfelelően egyre inkább „szolgáltatássá” alakul. A modern jog a beteget már a szolgáltatás fogyasztójaként azonosítja, mely fontos szempont minden kártérítési felelősséget érintő kérdésben, többek között a műhibaperekben is. Bár a magyarországi gyakorlatban nem mindig látszik az, hogy az orvos és a kórház szolgáltatóként, míg a beteg fogyasztóként viselkedik, az 1998 óta elfogadott törvények egyre erősebben tudatosítják a betegekben milyen jogokkal rendelkeznek a saját egészségügyi ellátásukkal kapcsolatban. Tehát míg régen az orvoslás szolgálat volt, és utolsók közt gondoltak volna rá mint szolgáltatásra, mára átalakulóban van ez a társadalomban, és ez az átalakulás szolgált inspirációként, hogy áttekintsem ezt részletesebben és dolgozatom témájának válasszam.

# BEVEZETÉS

Hogy a téma mennyire aktuális, azt jól példázza, mennyire mást tapasztalnak a páciensek attól függően, hogy épp olyan egészségügyi rendszerben látják el őket, mely ezen átalakulást már korábban megkezdte, vagy olyanban, amely csak most tart a kezdeteknél. Mivel a gyógyítás olyan szolgáltatás, melyet fogyasztói (azaz a betegek) általában a legmagasabb elvárásokkal, de a leggyakrabban kvázi laikusként látnak, így alapvetően sok dolgot nem tudnak teljes rálátással megítélni. Amiről a dolgozat szól azt viszont meg tudják ítélni, nevezetesen, hogy áll hozzájuk az orvos, mennyire kapják meg az őket megillető méltóságukat, mennyire érzik, hogy egy minőségi szolgáltatást kapnak. Nem kell mondani, hogy más a helyzet, ha egy betegnek olyan orvosa (és egészségügyi ellátó személyzete) van, aki mindig pontosan érkezik, a beteget meghallgatja, kérdéseire válaszol és megtalálja a megfelelő hangnemet a beteggel…mint, amikor nem így van. Pedig fontos dolog ez, az orvosba vetett bizalom egyik megalapozója, és ha megvan a bizalom, általában a gyógyulási-gyógyítási folyamat is könnyebbé válik. Egy másik kérdés az orvoslás változó jogi aspektusai, amely magában hordozza a túldiagnosztizálás veszélyét, amely szintén nem egy jó irány, hiszen az egészségügyi szolgáltatás hatékonyságának fokmérője az is, mekkora pénzügyi ráfordításból gyógyulnak meg a betegek, és ez csak kettő a megannyi tényező közül, amit befolyásol ez az átalakulás.

# CÉLKITŰZÉSEK, KÉRDÉSFELVETÉSEK

A témán belül hangsúlyt szeretnék fektetni arra, hogy hogyan valósulhat meg ez az átalakulás a gyakorlatban globálisan is, de különös tekintettel a hazai átalakulási modellre. Fókuszba helyezve azt, hogyan lehet „ügyfélorientáltabb” az egészségügy, és hogy hogy lehetne ezt a leghatékonyabban megvalósítani a gyakorlatban. Úgy gondolom, hogy a kutatás segíthet az egészségügyben tevékenykedő orvosoknak felkészülni az egészségügy várható változására, akárcsak az egészségügy szervezőinek, fenntartóknak, befektetőknek. Emellett információt szolgálhat a betegeknek a kiszolgáltatott helyzetek elkerülésére. A kutatás során leginkább nomotetikus megközelítést tervezek alkalmazni. A kutatás célja leginkább felderítő jellegű.

# 1. FEJEZET - A SZOLGÁLTATÁSOK ALAPJELLEMZŐI

A szolgáltatás mint olyan definiálása máig megosztó kérdés, mivel nincs fekete-fehéren értelmezhető pontos definíciója, így sokféle elképzelés fennmaradt. A közgazdaságtan a harmadlagos (tercier) szektorba sorolja, mely egyike a gazdaság három [a kutatás-fejlesztés egyre nagyobb térnyerésével ma már inkább 4] húzóágazatának.

Használatos még az infrastruktúra fogalma, amely azokat a termelői és gazdasági tevékenységeket foglalja magába, amelyek a termeléshez szükségesek, de abban közvetlenül nem vesznek részt. Nagyon tágan értelmezve ebbe az orvoslás is beletartozik, ezt egy rövid példával szemléltetném: egy termelőüzem, mely a példában egy textilgyártó üzem lesz, mellyel kapcsolatban áll egy foglalkozás-orvostant végző szakorvos (üzemorvos), akinél az újonnan belépő munkatársak rögtön munkaalkalmassági vizsgálaton esnek át. Ez takar egy alapvető belgyógyászati vizsgálatot, melynél kiderülhetnek túlérzékenységi reakciók a gyárban megmunkált anyagokra, éppúgy, ahogy fény derülhet a munkavégzést akadályozó egyéb vagy az életminőséget is veszélyeztető betegségekre. Ez a gyár érdekét (tehát egyben a termelő szektort is) segíti, hiszen így olyan munkavállalókat tudnak felvenni, akik alkalmasak a hatékony munkavégzésre. Emellett a munka nem jelenti számukra az egészségük veszélyeztetését. Utóbbi közgazdaságtanilag nézve azt jelenti, hogy hosszabb távra van munkaerő a cégnek, mely szintén segíti a termelést (természetesen ideális esetben ez csak másodlagos szempont, mivel az elsődleges az erkölcsi-emberi szempont, azaz az adott ember egészségének védelme). Ugyanezen munkavállalók rendszeres szűrővizsgálaton esnek át az üzemorvosnál időszakosan, melynek hasonló előnyei vannak, és a munkajog el is várja. (Révész, 2018)

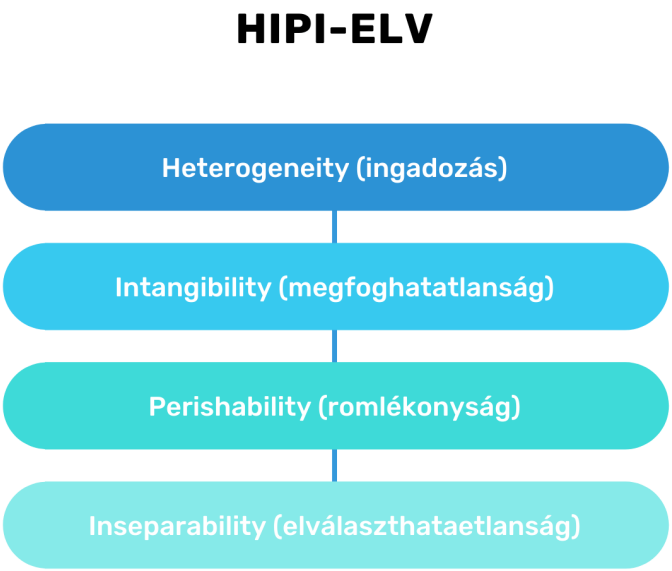
A szolgáltatás tett, cselekvés, erőfeszítés, így fizikai formában nem manifesztálódik, ez a fajta problémamegoldás.

Philip Kotler – neves amerikai marketingkutató, egyetemi tanár - a szolgáltatást a következőképpen határozza meg: „A szolgáltatás olyan cselekvés vagy teljesítmény, amelyet egyik fél nyújt a másiknak, és amely lényegét tekintve nem tárgyiasult és nem eredményez tulajdonjogot semmi fölött. Előállítása vagy kapcsolódik fizikai termékhez vagy nem.”

A tudós egy vállalat piaci ajánlatára nézve négy különböző kategóriát különböztet meg, melyek közül a dolgozat témája szempontjából a „Tiszta szolgáltatás” kategóriája a legérdekesebb, ebben az esetben az ajánlat kizárólag szolgáltatásból áll semmi másból, erre Kotler pont az orvoslásban tetten érhető szolgáltatásokat hoz fel példaként (tanácsadás, pszichiátriai szolgálat). (Kotler & Keller, 1998, 515-516.o.)

## A HIPI-elv

A HIPI-elv (HIPI principle) a szolgáltatásmarketing talán legfontosabb tétele, a fizikai termék és a szolgáltatás különbségeiről tanúskodik, ezáltal könnyítve a kettő megkülönböztetését. A HIPI egy mozaikszó, a következő elemekből áll (1. ábra):




*1. ábra: A HIPI-elv elemei (forrás: https://marketingblogger.hu/hipi-elv)*

A következőkben néhány mondatban kifejtem a négy elem főbb jellemzőit (Kotler P. 1998. 517-518.o.), emellett általános és egészségügyi példákat, összehasonlításokat mutatok, melyek kapcsolódnak az adott ponthoz.

**Ingadozás (heterogenity):** Ez a fogalom, azt jelenti, amit: hullámzó teljesítményt. A szolgáltatásokat emberek nyújtják és még a legkiegyensúlyozottabb embereknek, munkavállalóknak is vannak jobb, illetve rosszabb periódusaik. A külső körülmények szintén befolyásolják az „elkészülő” szolgáltatás színvonalát.

Képzeljünk el egy fodrászt. Délelőtti órákban, kipihent, jókedvű. Kintről napsütés fénye árad be, nincs forróság, a hőmérséklet teljesen ideális.

Ebben az esetben az emberi tényező jó formában van, a külső körülmények (időjárási viszonyok) is kedveznek neki. Valószínűsíthetően ilyenkor jobb munkát végez a vendégek hajain, mint általában. Egy olyan napon viszont, amikor fáradt, fáj a keze és eltört a kedvenc hajnyíró ollója minden bizonnyal, saját átlagos teljesítményét alulmúlja.

Lássunk egy orvost. Neki már nem telik olyan jól ugyanez a nap, 24 órás ügyeletéből már eltelt a nagyja, éjszaka volt munka bőven, a másik osztály ügyeletesével is konfliktusba került az éjszaka folyamán. A váróban viszonylag nagy sor van, a betegek feszültek a várakozás miatt, behív közülük egyet. Az illetőnek sajnos olyan problémája van, amit érdemes lenne CT-vizsgálat alávetni, de 1 órája kezdődött a kórházi CT időszakos karbantartása, így nem lehet használni az eszközt.
Ez az orvos vélhetően gyengébb színvonalon kezeli a betegeket (alacsonyabb szintű szolgáltatást nyújt), mintha olyan kipihent és jókedvű lenne, mint a fentebb említett fodrász. A külső körülmények szintén nem teszik ideálissá a munkavégzését, hiszen működő CT-géppel jobban el tudná látni a beteget.
A szolgáltatás hatékonyságának növeléséhez az az ideális, ha kicsi az ingadozás a szolgáltatás minőségében, ezt különböző minőségbiztosítási praktikákkal érhetik el.
**Megfoghatatlanság (intangibility):** A szolgáltatás nem fizikai termék, nem tárgyiasul, így érzékszerveinkkel nem tudunk ismereteket szerezni róla, át kell éljük. Emellett érzékszerveinkkel igyekszünk a dolog környezetéről minél többet megtudni, hátha segít képet alkotni a dologról, ez az egyik lehetőség, amivel a szolgáltató a szolgáltatását megfoghatatlanból megfoghatóvá teheti.

Egy gyakoribb szolgáltatásra példaként egy autókereskedőt tudok felhozni. Ha el akarjuk adni az autónkat ily módon, de nem ismerünk megbízható szakembert, nincs könnyű dolgunk. Nem tudunk az adott emberről fizikai méréseket prezentálni (bár nyilván mutatói lehetnek, a korábbi vásárlásokról, -ott azok megbízhatósága, pontossága merülhet fel kétségként). Nem tudjuk mi a technikája, nem tudjuk, hogy adja el magát és így tovább. Segíthet a választásban, a szájreklám (több barátunk is ajánl egy kereskedőt), esetleg, ha próbaként ismeretlenül megkérdezzük őt néhány típusról, mint potenciális vevő (ingyenes kipróbálás), és még nem egy dolog segítségünkre lehet ezeken kívül is a feltérképezésben.

Egy orvos a megfoghatatlanság problémáját valamelyest feloldhatja az erős szervezeti egység imázsával. Tegyük fel, hogy az orvos, akihez fordulunk, egy neves klinika alkalmazásában áll, előfordulhat, hogy a találkozás előtt is jobban bízunk a

szolgáltatásában, mint egy kevésbé neves intézmény szakemberéében. Az egészségügyben ezt az egyébként sem egyszerű helyzetet fokozza az információs aszimmetria (Dr. Buzás Norbert egyetemi előadásanyaga, Az egészségügyi ellátórendszer gazdálkodása, 2018) jelensége, melyet a következő fejezetben részletesebben bemutatok (2. fejezet – Információs aszimmetria bekezdés).

INFORMÁCIÓS ASZIMMETRIA: Kölcsönös információ-egyenlőtlenség.
Az egészségügyben:
-A beteg több információval bír a saját állapotáról, mint amit az orvos ésszerű keretek (idő, költség) közt megszerezhet.
-A szolgáltatás igénybe vevői nem tökéletesen informáltak a minőség (hatásosság, ár) kérdésében. A beteg nem ismeri az egészségügyi piac viszonyait.

**Tárolhatatlanság, romlékonyság (perishability):** Mivel a szolgáltatásnak nincs megfogható alakja, nem lehet raktárakban tárolni. Ez többfajta kihívást jelent a szolgáltatónak, ezen kihívások alapja a kereslet-kínálati viszonyok egyenlőtlensége. Ha elképzelünk egy mozit, ahol egy adott filmet játszanak délelőtt, délután és este, akkor előállhat egy ilyen probléma. Tegyük fel, hogy a délelőtti vetítéseken alig vannak nézők, maximum 10-20%-a a kapacitásnak, a délutánin már 60-70%-a elkel a jegyeknek, az estin viszont rendszeres a teltház, gyakran kétszer annyian is szeretnének jegyet venni esténként, mint amekkora befogadóképessége a nézőtérnek. Így tehát hiába lenne összességében akár annyi néző is, hogy mindhárom vetítés közel teltházas legyen, az időbeli eloszlásuk miatt, csak a jegyek 60-70%-át tudják értékesíteni, miközben a vetítések költsége ugyanakkora délelőtt, délután és este is.

*Mivel lehetne ezen segíteni?*

Menedzselni kell a keresletet - Meg kell hozni a kedvet a korábbi vetítésekhez. Ezt el lehet érni az árak szabályozásával, le lehetne csökkenteni a délelőtti jegyárát, emellett - mivel arra túljelentkezés van, - meg lehetne növelni az esti vetítés jegyárát. Ezáltal nőhetne az összesített nézőszám, ami miatt nő a bevétel is. A bevétel az esti jegyek árának emelése miatt szintén emelkedne.

Másik megoldás lehet például, ha elérhető az esti vetítés időpontjában másik terem. Mivel este a 200 fős terem kapacitásának többszöröse szeretett volna bejutni, így érdemes lehet az adott filmet nagyobb terembe áthelyezni, vagy több teremben vetíteni. Ilyenkor a szolgáltatás helyének módosításával menedzselik a keresletet.

A leírt mozi analógiája vonatkozhat egy magánorvosi rendelőre, ahol szintén alkalmazkodni kell a betegforgalom kiemelt óráihoz, ezt általában előre egyeztetett

időpontokkal oldják meg. Emellett illhet állami háziorvosi szolgáltatásra is, azzal a különbséggel, hogy ott a szolgáltatásokért nem közvetlenül az orvosnak fizet az ügyfél (hanem kötelező társadalombiztosítást fizet a szolgáltatásért). A mai háziorvosok egy része szokott olyan idősávokat megadni, amikor csak nem-nyugdíjasokat fogad (pl. csütörtökön 15-19 óra között), mivel az ő időbeni hozzáférésük korlátozottabb a munkájuk miatt.

**Szétválaszthatatlanság, elválaszthatatlanság (inseparability):** Egy fizikai terméknél, a terméket meg kell termelni A) időintervallumban, majd készletezni kell B) időintervallumban, esetlegesen szállítani C) időintervallumban, majd a fogyasztás D) időintervallumban történhet. Bár ezek az idősávok fedhetik egymást, ez az eset a ritkább. Ezzel szemben a szolgáltatásoknál egyszerre történik maga a szolgáltatás és annak fogyasztása. Lássuk ezt a gyakorlatban:

Ha felhívunk egy telefonos ügyfélszolgálatot, mert tanácsot szeretnénk kérni egy műszaki cikkről, akkor egyszerre történik a szolgáltatás (a telefonos munkatárs tanácsot ad nekünk), mint a fogyasztás (meghallgatjuk az instrukcióját).

Az egészségügyben, ha egy dietetikus pár percben étkezési tanácsokat ad egy betegnek ugyanez történik. A szakember tanácsadásával egyidőben észleljük a tanácsokat.

| | | |
|---|---|---|
| Megfoghatatlanság | *A megfoghatatlanságból eredő problémák:*<br><br>- A vásárló nem veszi birtokba a szolgáltatást<br>- Nehéz a szolgáltatásokat előzetesen bemutatni, kommunikálni<br>- Nehéz a szolgáltatások előzetes értékelése<br>- Magas a vevők kockázatészlelése<br>- Nehéz a szolgáltatásokat szabadalmakkal védeni<br>- A szolgáltatások nem tárolhatók | *A megfoghatatlanságból eredő problémák kezelése:*<br><br>- A megfogható elemek hangsúlyozása<br>- Szájreklám ösztönzése<br>- Ingyenes kipróbálás lehetősége<br>- Garancianyújtás<br>- Erős szervezeti imázs megteremtése |
| Szétválaszthatatlanság | *A szétválaszthatatlanságból eredő problémák:*<br><br>- Az alkalmazottak a szolgáltatástermék részesei<br>- Vevői részvétel a szolgáltatás előállításában<br>- Más vevők részvétele a szolgáltatásban<br>- „Tömegszolgáltatás” előállításának nehézsége | *A szétválaszthatatlanságból eredő problémák kezelése:*<br><br>- Alkalmazottak megfelelő kiválasztása, képzése, motiválása<br>- A szolgáltatógyár vevőorientált kiépítése<br>- Vevői részvétel (önkiszolgálás) bátorítása<br>- Vevők megfelelő irányítása<br>- Telephely és nyitva tartás a vevői igények szerinti alakításra<br>- Vevő „eltávolítása” a szolgáltatógyárból |
| Változékonyság | *Változékonyságból eredő problémák:*<br><br>- Nehéz a minőségbiztosítás<br>- Nehéz a szabványosítás | *Változékonyságból eredő problémák kezelése:*<br><br>- Egyénre szabott szolgáltatás<br>- Sztenderdizálás |
| Tárolhatatlanság | *A tárolhatatlanságból eredő problémák:*<br><br>- A kereslet nagyobb az optimális kínálat nagyságánál<br>- A kereslet meghaladja a maximális kínálatot<br>- A kereslet alacsonyabb az optimális kínálati szintnél | *A tárolhatatlanságból eredő problémák kezelése:*<br><br>Kereslet menedzselése:<br>- Kereslet befolyásolása árazás segítségével<br>- A szolgáltatás termék elemeinek megváltoztatása<br>- Kiegészítő termékek kínálata<br>- A szolgáltatás helyének és idejének megváltoztatása |

*2. ábra: A HIPI-elv összefoglaló táblázata [Forrás: Kenesei-Kolos - Szolgáltatásmarketing és -menedzsment, 2007, (68-69.o.)]*

# 2. FEJEZET – AZ EGÉSZSÉGÜGYI PIAC ÁLTALÁBAN

## A piac fogalma

Geoffrey A. Moore amerikai szervezetelmélet-szakértő könyve (Moore, 2006) szerint, a piac nem más, mint

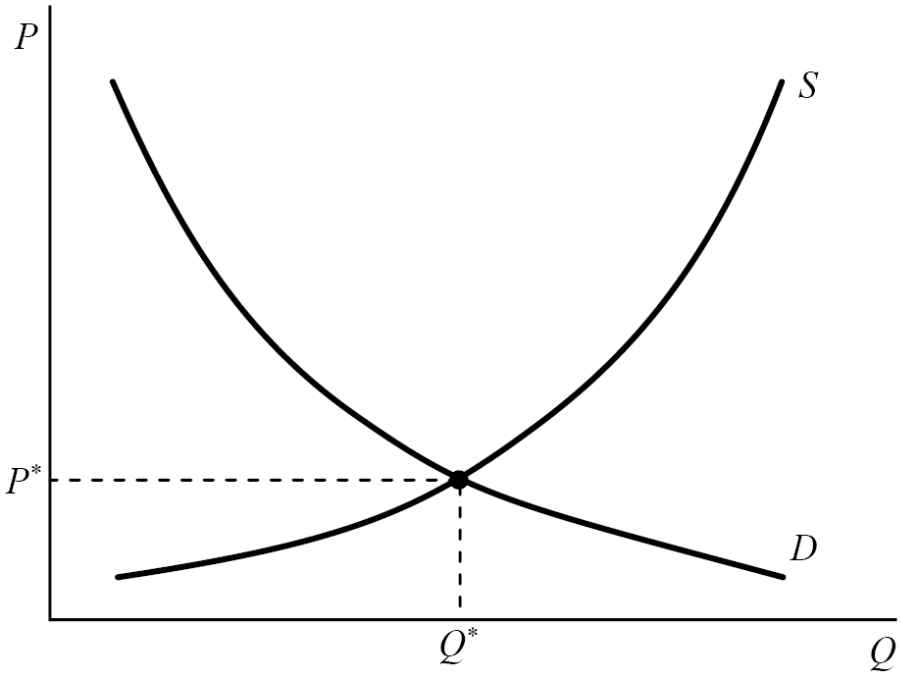
- *meglévő és potenciális fogyasztók csoportja*
- *igényeik és szükségleteik azonosak*
- *egy bizonyos termék, illetve szolgáltatás iránti kereslettel*
- *ezen fogyasztók – vásárlási döntéseik meghozatalakor – egymást referenciának tekintik, szükség esetén egymástól felvilágosítást kérnek.* (Balaton, és mtsai., 2016)

Az egészségügyben ezen pontok teljesülnek is. A nyugati világban az emberek döntő többsége kórházban kezdi meg az életét. Bár mostanában előkerülnek otthonszülést támogató gondolatok, mozgalmak ebben a közegben is, de a nyugati világ bármely pontján született is az illető, az adott ország törvényei általában kötelezik valamilyen egészségügyi szolgáltatás igénybevételére a születést követő néhány hétben-hónapban. Magyarországon erre példa a gyermekek kötelező védőoltása, illetve védőnői ellátása, sok egyéb mellett. Ez is jól mutatja, hogy egy ország egészségügyének meglévő fogyasztói csoportjába beleesik a teljes lakossága. Végletes példa lesz a fogyasztás megmutatásra, de egy 16 milliós esetszámú 45 populáción átfuttatott kutatás szerint (Broad, J.B., Gott, M., Kim, H. et al., 2013), a halálesetek 54%-a kórházban történik (ez a szám a kutatás szerint Japánban 78%, sajnos a Magyarországról szóló adatot nem találtam), feltételezhető, hogy ezen betegek döntő többsége kapott valamilyen ellátást elhalálozásuk előtt, és a nem-kórházban elhunytak is életük során valószínűleg jártak háziorvosnál, estek át foglalkozás-egészségügyi szűrésen et cetera. Szóval a fogalom a) pontját teljesíti a társadalom, az egészségügy nagyon nagy piac, rengeteg meglévő és még több potenciális fogyasztóval.

Ahogy a d) pont is írja, ezen fogyasztók (akiket a paternalisztikus orvoslás még betegnek hívott, napjainkban pedig leginkább pácienskénti hivatkoznak rájuk) egymás véleményére adnak, referenciának tekintik egymást, pl. háziorvos-választás, szülészorvos-választás esetében, szokott számítani, hogy egy adott településen milyen híre van az egyes szakembereknek.

A c) és b) pont elég szervesen összekapcsolódik az egészségügyben. A fogyasztóknak egyértelmű kereslete van az „egészség visszakapására”, és igényük szerint a lehető legjobb ellátást szeretnék. Ezért sok mindent megtesznek, Magyarországon például évtizedes gyakorlat a „paraszolvencia” fizetése, remélt vagy valós előny elérése érdekében – vagy időnként tényleges hálából, de az nem jelen kérdéskör része. Térjünk rá az egészségügyi piac kereslet-kínálati viszonyaira.

## Kereslet-kínálati viszonyok az egészségügyben




*3. ábra: A Marshall-kereszt*

Szabadpiaci viszonyok között a vevők (fogyasztók) és az eladók (üzleti szervezetek, szolgáltatók) a piacon „találkoznak”, és ott határozzák meg a termékek árát.

Mit látunk a Marshall-kereszten? (3. ábra, kép forrása: (Andor, 2018))

Y tengely: P – price – ár

X tengely: Q – quantity – mennyiség

D görbe: demand – kereslet

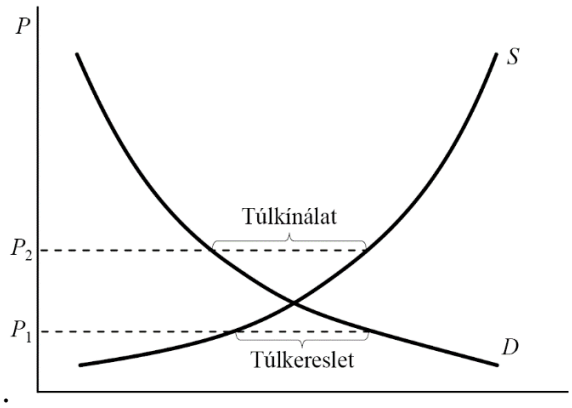
S görbe: supply – kínálat

Ezen kereslet-kínálati függvény megmutatja, hol van a piaci egyensúly, ugyanis a keresleti és a kínálati görbe egymást az egyensúlyi árnál metszi (P* - egyensúlyi ár és

Q* - egyensúlyi mennyiség metszéspontja). Szabadpiaci viszonyok között a kereslet és a kínálat e körül a pont körül mozog – azaz a piac szabályozza önmagát.

Hogy mozognak ezek a görbék a gyakorlatban? Van, hogy hirtelen megnő a kereslet valamire. Képzeljünk el egy száz fős falut, melyhez a legközelebb eső szomszéd település annyira messze van, hogy a helyiek nem szoktak oda átjárni. Ebben a faluban átlagosan havi 15 adag bőrkiütés elleni krémet vásárolnak a gyógyszertárban. Mivel kilengések lehetnek a forgalomban, ezért a patika általában 20 adagot rendel egy hónapra. Egyszer azonban a falu ivóvízébe valamilyen szennyezőanyag került, a mérgezés tüneteként bőrkiütések jelentkeztek 62 lakosnál, így 62 tubusnyi krémre lett volna szükség. Mivel nem állt rendelkezésre elég gyógyszer a kereslet igényeinek kielégítésére, így túlkeresletről beszélünk. A kereslet növekedése árfelhajtó hatású, így a gyógyszertár megtehette, hogy a rendelkezésre álló 20 tubus árát megnövelje, mivel tudta, hogy lesz legalább 20 ember, aki hajlandó többet áldozni az adott orvosságra, ebben a kellemetlen helyzetben.

A helyzet megoldódott, szerencsére hamar érkezett egy nagyobb szállítmány, amik az eredeti árnál kicsit drágábban is elfogytak. A vizet megtisztították a szennyezőanyagtól, így a helyzet szerencsére rendeződött. Ennek okán a gyógyszertár visszaállt a havi 20 adag rendelésére melyeket újra az eredeti áron hozott forgalomba. Ha azonban továbbra is több adagot rendeltek volna, vagy az árat továbbra is magasabban tartották volna, akkor nem biztos, hogy eltudták volna eladni a készleteiket. Ebben az esetben túlkínálattal küzdtek volna. (Bíró, Bányai, Nádházy, Papp, & Zsuga, 2014)




*4. ábra: Az árak hatásra kialakulhat túlkereslet vagy túlkínálat (Andor Gy. 2018 - https://doi.org/10.1556/9789634540236)*

## A piac jellemzői

**Szükségletek és igények** - (Garaj & Novák, 2020) alapján, saját példákkal

Fontos különbséget tenni a szükséglet és az igény között.

„Az egészségügyi szükséglet valakinek vagy valamely közösségnek (populációnak) a gyógyulásához, rehabilitációjához, az egészsége megőrzéséhez és az egészségtudatos magatartása fejlődéséhez szükséges szolgáltatások, anyagi termékek, információk, környezeti feltételek és szellemi javak összessége."[1]Az egészség-gazdaságtan három formáját különbözteti meg az egészségügyi szükségletnek.

**Effektív szükséglet:** A beteg orvoshoz fordul panaszával, orvosa szerint is szükséges a problémát kezelni, ez egészségügyi fogyasztáshoz vezet. [Pl. térdfájdalommal jelentkező betegnek az ortopédorvos műtétet javasol → megtörténik a műtét (egészségügyi fogyasztás).]

**Felismert (látens) szükséglet:** A beteg észleli a panaszt, de nem megy vele orvoshoz. [Pl. térdfájdalommal küzdő beteg nem megy orvoshoz, mert nem szeretne kiesni a munkájából, ehelyett anyagi okok miatt továbbra is dolgozik a kezeletlen fájdalommal. Bár a térdét meg kellene műteni, addig amíg nem lesz súlyosabb károsodás, erre esélye sincs, mivel nem lép kapcsolatba az egészségügyi ellátórendszerrel (szükséges, de igénybe nem vett egészségügyi fogyasztás).]

**Fel nem ismert szükséglet:** A beteg valamilyen betegséggel küzd, mely nem okoz tüneteket. A beteg így nem tud a problémájáról, így nem is fordul vele orvoshoz.

A súlyosabb és kevésbé súlyos betegségek egy részének is van tünetmentes fázisa, ilyen esetek miatt lehetnek fontosak a szűrővizsgálatok. A szűrővizsgálatokkal járó előnyt illusztrálom a következő kitalált, ám reális esettel: egy profi kosárlabdázónak semmilyen fájdalma sincs, ám az éves sportorvosi vizsgálaton észrevesznek egy egyelőre panaszmentes térdproblémát, az orvosi team műtétet javasol, mivel az egyelőre problémát nem okozó sérülés később a sportoló karrierjét is veszélyeztetheti műtét nélkül.

A piacgazdaságban azonban a szükségletek szubjektivitása miatt elsősorban nem azokat, hanem az igényeket kell kielégíteni.

---

[1] Garaj E., Novák T. (2020). Az egészségügy finanszírozása és főbb gazdasági módszerei. Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634545279. (Letöltve: 2022.02.15. https://mersz.hu/hivatkozas/aefefgm_4_p2#aefefgm_4_p2)

„Az igény felismert, megélt szükséglet, amely lehet saját vagy generált, mások által kiváltott vagy támogatott. Mit látunk, hallunk, mások hogyan teszik és kihez fordulnak?”[2] Mindenféle piac befolyásolni tudja a fogyasztót, az egészségügyi piac is. Így az igények bár alapvetően sem feltétlenül fedik a szükségletüket, tovább torzíthatják őket tényezők. A fejezet elején szó esett a szájreklám fontosságáról, újabb példával illusztrálnám. Van, hogy gyógyszereket, terápiákat a betegek szájhagyomány útján ismernek meg, nem szakember ajánlása alapján, előfordul, hogy hitelesebbnek is tartják egy barátjukat a témában, mint az orvosukat. Egy egészségügyi fórum hozzászólását idézem: „10 évvel ezelőtt a kalciumos ampulla mentette meg az életem, amikor majdnem belehaltam két adalékanyag okozta allergiába. (…) Azon az éjjelen 3 kalciumos ampullát ittam meg, kb. 2 óránként egyet. Az orvosok szerint annak köszönhetem, hogy nem fulladtam meg. Nekem bevált akkor, azóta mindig van itthon biztosítékként, de másra nem használom.” az ilyen feltevésekre *Dr. Szijjártó László* gyermekpulmonológus így reagált: „Az igazság sajnos az, hogy egyáltalán nincs bizonyítva a kalcium hatása a fent részletezett, olvasók által összegyűjtött kórképek egyikében sem. A kalcium, mint csodagyógyszer egy hungarikum: míg a magyar kollégák jó része nagyon gyakran javasolja különböző betegségekben, addig fejlett egészségüggyel rendelkező országokban, így például Hollandiában sem használjuk ilyen célokból.” A hozzászólás és az orvosi vélemény *Dr. Novák Hunor* - evidence-based orvos - honlapjának cikkében volt összegyűjtve[3]

A szájhagyomány mellett természetesen tudatos befolyásolás is létezik, mindennaposak (Montagne, 2011) a televíziókban és egyéb médiaplatformokban a különböző étrendkiegészítők, vitaminok, gyógyhatású készítmények és vény nélkül kapható gyógyszerek reklámjai.

**Információs aszimmetria**

A normális piacokon is jelenlévő jelenség, ha az eladó többet tud az eladásra kínált portékájáról, mint a vevő. Egy használtautó-kereskedő általában jobban ért az általa eladásra kínált járműhöz, mint a potenciális vevő. Ez a jelenség természetesen az egészségügyi piacon is jelen van. A beteg nem mindig tudhatja, hogy adott

---

[2] Garaj E., Novák T. (2020). Az egészségügy finanszírozása és főbb gazdasági módszerei. Akadémiai Kiadó. https://doi.org/10.1556/9789634545279. (Letöltve: 2022.02.15. https://mersz.hu/hivatkozas/aefefgm_4_p7#aefefgm_4_p7)

[3] https://www.novakhunor.hu/gyogyszerek/a-kalcium-hasznalata-allergiaban-es-egyeb-betegsegekben-indokolatlan-penzkidobas (letöltve: 2021.03.22.)

egészségügyi problémájával, kihez fordulhat – mi az, ami még a háziorvos feladata, és mi az, amivel szakrendelésre kell elmennie példának okáért.

A modern társadalmak jövedelmük egyre nagyobb részét fordítják a szolgáltatásokra, a tercier szektorra. Ezen tendencián belül is gyors az ún. bizalmi szolgáltatásokra fordított jövedelemarány növekedése.

A bizalmi szolgáltatások főbb jellemzői: bizalmi viszonyra épülnek, ez a vevő magas kockázatával (például a műtétet végző sebész-szolgáltatás) és/vagy információigényével (pl. beruházási szaktanácsadás) magyarázható (Rekettye, Tóth, & Malota, 2016), bizalmi szolgáltatás többek között az ügyvédi képviselet és a magántanári tanítás is.

A társadalomnak régóta többféle szabályozó mechanizmusa van az eladói becsületesség bizonyos szinten tartására, ehhez szükségszerű az információs aszimmetria csökkentése is. Hogy ez hogyan ölthet testet a XXI. század egészségügyében, annak megválaszolása az egyik célkitűzése jelen dolgozatnak is. (Mihályi, 2003)

# 3. FEJEZET – FOGYASZTÓI MAGATARTÁS A XXI. SZÁZADBAN – ONLINE SZOLGÁLTATÁSOK

A XXI. századra az információs technológia robbanásszerű fejlődése az orvos-beteg viszonyban is változást hozott, csakúgy a betegellátásban, mint az egészségügyi dolgozókkal történő kommunikációban. Még mielőtt kitérnék arra, hogy pontosan milyeneket, néhány mondatot érdemes szánni az internetes világ fejlődésének útjára.

A világhálón (World Wide Web), információkat érhetünk el, melyeket az internet felületére töltöttek fel, weboldalakra, ezeket böngészőkön (pl. Google Chrome, Microsoft Edge etc.) keresztül érhetjük el. Hiperhivatkozásokkal vannak összekötve egymással. A weboldalak tartalmazhatnak szöveges, grafikai, hangalapú és videóalapú dokumentumokat is. A weblapok első generációja a Web1.0 volt, mely a 90-es évek elején alakult ki, az első weboldalt Tim Berners-Lee fejlesztette. Ebben az időben az információ áramlása egyirányú volt, a felhasználók leginkább csak olvasni tudták az oldalak tartalmait. 2004-ben definiálta Dale Daugherty a Web2.0-t, aminek legfőbb vonása, hogy a világhálót a „read-only" (csak olvasható) dimenzióból a „read-write web" (olvasható és írható web) dimenzióba helyezte át. Itt már létrejöttek közösségek (pl. fórumok), ahová a felhasználók közös érdeklődési köreik (pl. sport, közélet, anyaság etc.) mentén nagy közösségben is hozzászólhattak egymás írásaihoz. Később a közösségi média térnyerésével sok nagyságrenddel több ember lett összekötve egymással, kvázi az egész világ közös platformokra került (pl. Facebook, Youtube). A 2010-es évekhez köthető Web3.0 az előző generáció vonásai mellett, már a felhasználók életének egyszerűsítését is megcélozta, személyes preferenciáink, fogyasztói szokásaink alapján ajánl termékeket, cikkeket, melyek segíthetnek nekünk, komfortosabbá tehetik életünket. Az előnyei ellenére, nem kevesen kritikusan állnak a világháló harmadik generációjához emiatt. Az ugrásszerűen fejlődő mesterséges intelligencia (AI), szintén ezen korszak jellemzője, sok eddig emberek által végzett feladatot le tud venni a vállunkról, emellett hatékonyabbá is teheti elvégzésüket. A Web4.0 még nem létezik, feltételezések, elméletek vannak róla, hogy milyen is lesz, abban azonban nagyjából egyetért a tudományos világ, hogy a központi jellemzője az ember és gép közti együttműködés megkönnyítése, hatékonyabbá tétele lesz. (Nath & Iswary, 2015) (Aghaei, Nematbakhsh, & Khosravi Farsani, 2012)

A II. fejezet végén említettem, az információs aszimmetria csökkentésének szükségességét. Az orvosszakmai információk széleskörűen elérhetővé váltak az internet által, így a korábban említett aszimmetria valamelyest organikusan is oldódni látszik. Egyre többen és többen keresnek rá a panaszaikra mielőtt orvoshoz fordulnak, vagy akár a diagnózis után is. A gazdaságilag fejlettebb országok lakosságának kb. 65-80%-a rendszeresen keres online választ kérdéseire, köztük egészségügy adatokat is. Kelet- és Kelet-Közép-Európában ez az arány alacsonyabb, 33-54% közötti. [Szinapszis (2016a) és (2016b)] Az információs aszimmetria oldódásának egyik negatív következménye számos esetben a non-compliance fokozódása, azaz, a beteg nem követi az orvosi előírásokat. Egy 2015-ös kutatás szerint (Laugesen, Hassainen, & Yuan, 2015) évente kb. 125 ezer beteg veszti életét amiatt, mert nem követi az orvosi utasításokat, a nem együttműködő betegek súlyos költségekkel növelik az USA egészségügyi kiadásait. Vagy eleve nem is fordul orvoshoz a problémával, mert azt gondolja megtalálta a problémája megoldását az interneten, ezen félreértések miatt is a negyedik fejezetben kitérek az egészségértés, egészségműveltség kérdésére. Mindezek ellenére az a tapasztalat, (Ortega Egea, Gonzáles, & Menéndez, 2011) hogy a személyes bizalom (azaz, hogy bíznak az ellátó személyzet tudásában) nagyobb súllyal esik latba a betegek döntéseinél, mint az online információk. A SKOPOS piackutató cég készített egy reprezentatív felmérést Németországban, melynek tanulsága az volt, hogy a megkérdezettek egyharmada szerint az „internet-gyógyítás” van olyan jó, mint a családorvossal, vagy a patikussal folytatott konzultáció, 17%-uk pedig önmagában is elegendőnek tartja azt.

Legmegbízhatóbbnak az orvosok és betegbiztosítók weboldalait tartják ezen fogyasztók, azonban a gyógyszercégekkel kapcsolatban nagyfokú a bizalmatlanság, csak 19%-uk tartja hitelesnek azon oldalak információit. Erre is, az információs aszimmetriára is és a non-compliance-re is aktuális példa Karikó Katalinnak, a BioNTech cég alelnökének, a szintetikus mRNS alapú vakcinákkal kapcsolatos kételyekről szóló pár sora: „A különböző social médiákban kérnek mindenféle tanácsot, hogy magyarázzam el és tudományosan mondjak arról véleményt, hogy miért nem épül be az RNS a DNS-be. Ez a legnagyobb aggodalmuk, hogy hosszú távon ez nagy probléma lesz, megváltozik a génjük, és beléjük épül a vakcina. De ha valaki ezt elhiszi, én hiába mondom tudományosan, hogy miért nem történik ez meg, az ilyen embernek

nincsen tudományos ismerete, ha már egyszer elhitte, hogy az RNS beépül a kromoszómájába”[4]

Az ellátó személyzet szakmai kompetenciáját az aszimmetria oldódása nem kérdőjelezhetné meg, szükségessé tenné viszont az egészségügyiszakember-képzés reformjait, hogy mindinkább partneri viszony alakulhasson ki ellátó és ellátott között. Miriam McMullan 2006-os tanulmányában hasonló témát kutatott, ő többek között arra jutott, hogy az orvosok háromféleképpen reagálnak az internet-információkat hozó betegekre (McMullan, 2006):

**Defenzív módon:** A beteg információszerző aktivitását károsnak találják, saját magukat veszélyeztetve érzik.

**Együttműködően:** A beteg által hozott kiegészítő információkat segítenek feldolgozni, integrálni.

**Proaktívan:** Az orvos ajánl a betegséggel kapcsolatos hiteles weboldalakat.

Hogy áll ezekhez a változásokhoz az egészségügyi rendszer? Szemlélet kérdése is, nyitottabb egészségügyi rendszerekben (pl. USA) van, hogy maguk az orvosok beszélik rá a betegeket másodvélemény kérésére, míg kevésbé fejlett egészségügyi infrastruktúrával rendelkező országokban, mint például Brazíliában (Oliveira), inkább negatívan viszonyulnak ahhoz, hogy a betegek egyre intenzívebben keresnek egészségügyi információkat a világhálón.

Maguk az egészségügyi szakemberek is egyre gyakrabban nyúlnak az internet által nyújtott lehetőségekhez. Ez önmagában is egy olyan megoldás felé terelheti az orvos-beteg viszonyrendszert, ahol a szerepek akként változnak, hogy az orvos felkínálja a terápiás lehetőségeket, és segít a betegnek választani, utóbbi személyes preferenciájához igazodva. Ez magától értetődően javítaná a betegek alacsony szintű alkalmazkodását a terápiás javaslatokhoz. Emellett a szakemberek hamarabb tudomást szerezhetnek újabb kutatási eredményekről, terápiás megoldásokról. Az orvosok véleményét az interneten fellelhető egészségügyi információkról az 5. ábra mutatja, mely Walker és Carayon 2009-es kutatásának eredménye, ebben 232 szakorvost kérdeztek meg. (Walker & Carayon, 2009)

[4] https://444.hu/2021/05/20/kariko-az-olyan-embernek-nincs-tudomanyos-ismerete-aki-elhitte-hogy-az-rns-beepul-a-dns-be (letöltve: 2021.08.19.)

A 2020-as évekre már nem kevés egészségügyi szolgáltatás érhető el online formában. Ezek fontosságát, hasznát előtérbe is helyezte a koronavírus-világjárvány

| Vélemény az internetes forrásból származó egészségügyi információkról | A válaszadók száma | % |
|---|---|---|
| Fontos a betegség lényegének megértése és a terápiahűség szempontjából | 136 | 58,6 |
| Szükségtelen, mert az információk helytelenek vagy pontatlanok | 30 | 12,9 |
| Közömbös: a betegeknek az orvos útmutatását kell követniük | 16 | 6,9 |
| Az internetes forrás minőségétől függ | 50 | 21,6 |

*5. ábra: Szakorvosok körében végzett felmérés az interneten fellelhető információk hitelességével és szerepével kapcsolatban*

kitörése és az amiatti korlátozások. Az OECD „Health at a Glance: Europe 2020" riportja szerint Franciaországban 50-szeres, Németországban több mint 10-szeresére növekedett az online orvosi konzultációk heti száma a 2020 márciusi korlátozásokat követő hetekben, míg Norvégiában a családorvosi e-konzultációk aránya 5%-ról 60%-ra mozdult el ezen hetekben. Mindaddig magas számot mutattak ezek a konzultációk, míg az adott országokban nem enyhítették a korlátozásokat. Hazánkban a március 16-i héten a telekonzultációk száma az ellátásaink 38 százalékát tették ki, mostanra (2021. június) viszont ez az arány 10 százalékon stabilizálódott. (Major & Ozsvald, 2018)

Az adatok is mutatják tehát, hogy a telemedicina jelen van már a társadalom életében. Fontos ezért tudni, hogy mik az előnyei és mik a gyengéi a gyógyítás ezen formájának, illetve, hogy milyen szakterületeket érintő problémák esetén van lehetőségünk igénybe venni.[5]

Az online vagy telefonon elérhető orvosi szolgáltatásnak mindenképpen egy pozitív oldala, hogy jóval olcsóbb és szélesebb körben hozzáférhető, mint a hagyományos út. Utóbbi hazánkban nagyon fontos előnye lehet a telemedicinának, hiszen legalább 700 000 embernek nincsen háziorvosa jelenleg[6], és ez az online konzultációs és tanácsadási lehetőség biztosításával enyhíthető lenne, viszont ehhez szükség volna elegendő számú, megfelelően kiképzett egészségügyi személyzetre is. Emellett a telemedicina kevésbé időigényes (pl. a páciensnek nem kell elutaznia a területileg illetékes kórházba, illetve arra várnia rá, hogy sorra kerüljön). Emellett az egészségügyi személyzet fertőzéseknek kitettsége is csökken, ami magától értetődő előnyökkel jár a betegek számára is. A hátrányok közé tartozik, hogy a kapcsolat, illetve az összeszokottság az orvosi csapaton belül, illetve a szakemberek és a betegek közti

[5] https://www.pharmindex-online.hu/nem-besorolt/hirek-cikkek/minden-masodik-paciens-nyitott-a-telemedicina-hasznalatara (letöltve: 2021.08.21.)
[6] https://index.hu/belfold/2020/10/12/720_ezer_embernek_nincs_haziorvosa_magyarorszagon/ (letöltve: 2021.08.21.)

kapcsolatok gyengébbek, bizalmatlanabbak lehetnek, mint a tradicionális környezetben. Emiatt nagyobb az esélye annak is, hogy a beteg és orvosa félreértheti egymást, ami hátráltathatja a beteg javulását. Az internet elérhetősége szintén korlátja lehet a medicina ezen formájának térnyerésének, ez különösen az egészségügyi szolgáltatásokat gyakrabban igénybe vevő idősebb, 65 év feletti korosztálynál jelenthet problémát. Utóbbin segíthet valamennyire, ha az adott közösség (akár állami segítséggel) internethasználati képzéseket tartana ezen korosztálynak. Emellett az ellátó honlapok felületeinek minél átláthatóbbá tennék, valamint esetlegesen oktatóvideókkal segítenének a weblapok funkcióinak megismerésében. Emellett számolni kell a jogi és etikai aspektusokkal is, ezek közé tartozik, hogy az adott helyzetekben mekkora felelősséggel rendelkezik az orvos (mely a kórházi-rendelői formátumban már kialakult keretekkel rendelkezik), azaz pontosan szabályozni kell, hogy meddig terjedhet az online konzultációt végző szakember kompetenciája, milyen szolgáltatásokat nyújthat online, milyen szolgáltatásoknál szükséges feltétlenül a személyes jelenlét. Valamint, hogy mennyire védettek a páciensek adatai harmadik fél elől. [7]

Aki online konzultációt szeretne már kérhet többek között háziorvosi, bőrgyógyászati, nőgyógyászati, urológiai, sebészeti, pszichoterápiás segítséget is. Az adott cégek különböző szolgáltatásokat kínálnak, van, ahol a videokonzultáció és gyógyszerek felíratása mellett házhoz is lehet hívni orvost, valamint privát betegbiztosítást is lehet kötni. Magyarországon a teljesség igénye nélkül ilyen szolgáltatók a dokiapp.hu, a medicall.cc, valamint a netdoktor.hu is.

[7] https://trialbulletin.com/lib/entry/ct-04752553 (letöltve: 2021.08.22.)

# 4. FEJEZET – EGÉSZSÉGMŰVELTSÉG

Ahogy a lakosság tájékozottsága nő egészségügyi kérdésekben, úgy csökken az információs aszimmetria az ellátók és az ellátottak között. A tudásszint növelésével csökkenhet a fogyasztói kockázatérzet, amely javíthatja az egészségügyi szolgáltatás hatékonyságát és minőségét. A magasabb fokú egészségműveltség elősegíti az aktív ügyfél-politika eredményesebb megvalósulását. Az aktív ügyfél-politika röviden annyit jelent, hogy a fogyasztó (jelen esetben páciens) szerepe előretervezett és pontosan meghatározott a folyamatban. Például meg van adva, hogy a gyógyszerek szedése, kontrollok mellett mikor és milyen egyéb feladatai lesznek a gyógyulás érdekében.

Habár az internet elterjedése amellett, hogy az információs aszimmetriát nagy hatásfokkal csökkentheti, akadályokat is képezhet azáltal, hogy a fogyasztók rengeteg nem hiteles, dezinformáló tartalommal találkozhatnak. Az interneten terjedő félrevezető információk hozzájárulhatnak az oltásellenesség növekedéséhez. Pozitív szempont viszont, hogy fontos tudományos eredményeket és érveket közvetít az oltás felvételének támogatására. A WHO definíciója szerint az egészségműveltség (health literacy): „Az emberek kognitív és szociális készsége (skills), amely meghatározza az egyének motivációját és az egyének képességét (ability), amely segítségével hozzáférnek, megértik és felhasználják azokat az információkat, amelyek elősegítik és fenntartják jó egészségüket.” (Nutbeam, 1998, 349-364.o.). Az egészségműveltség az egészségnevelésen túl magába foglal tehát egyéb egészséget meghatározó jelenségeket is, mégpedig társadalmi, környezeti, politikai tényezőket. A fogalom az 1970-es években jelent meg a köztudatban, egy tanulmány szerint jelenleg legalább 17 különböző definíciója található meg a szakirodalomban és 12 fajta modelljét írták le eddig. (Sørensen, és mtsai., 2012)

Az egyik ilyen modell az egészségműveltség integratív modellje (6. ábra), melyet Sorensen és munkatársai 2012-ben alkottak meg. A konstrukció négy alappillére azon kompetenciák, melyek legfontosabbak az egyén egészségértésének növeléséhez. Ezek a következők:

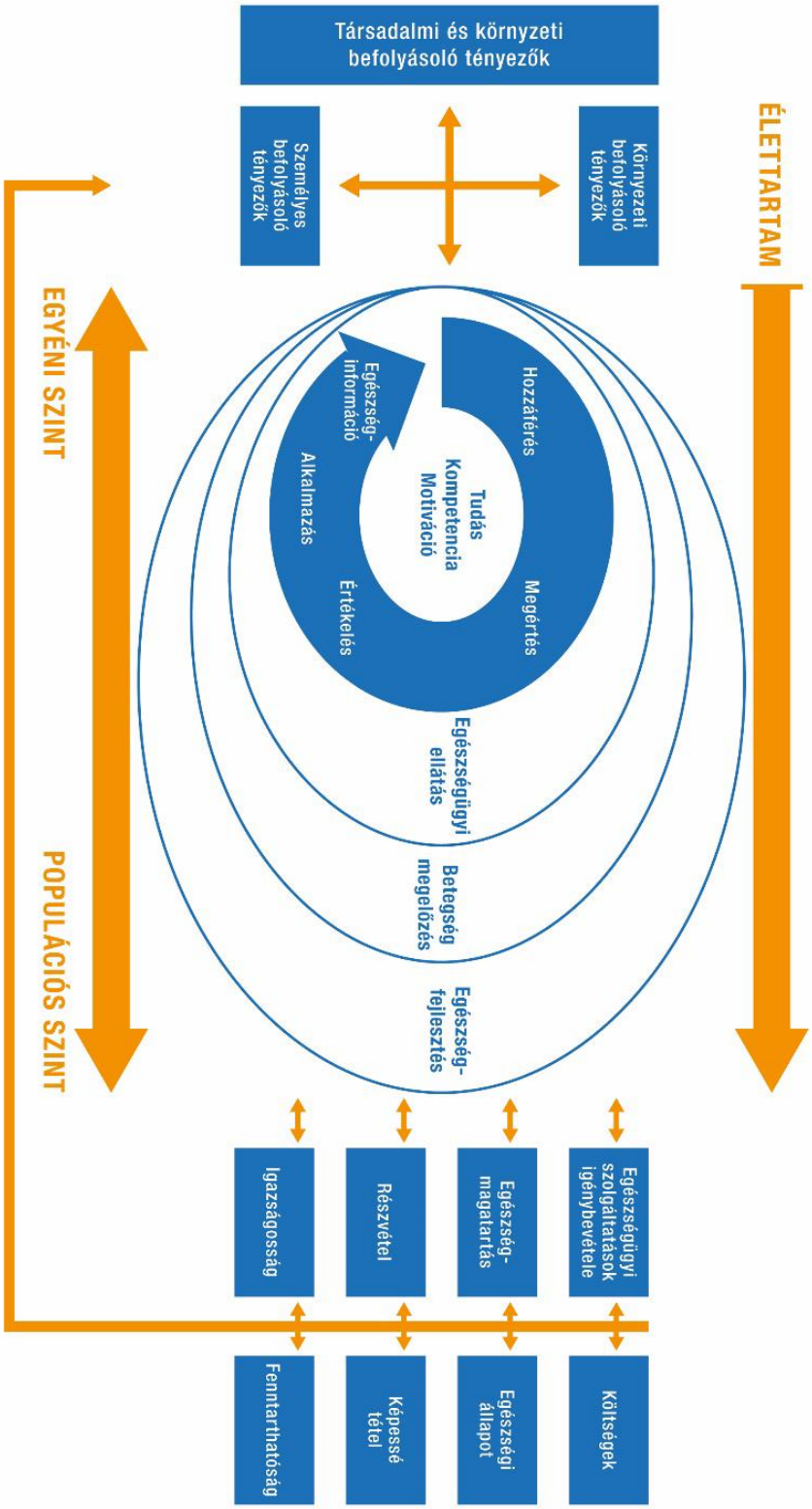
**Hozzáférés:** Az egészséggel kapcsolatos információkra való igényt és azok rendelkezésre állását foglalja magában

**Megértés:** A megszerzett információkat helyesen értjük, fel tudjuk dolgozni

**Értékelés:** Az információkat szűrjük, átlátjuk, meg tudjuk ítélni

**Alkalmazás:** A megszerzett tudás használata, azzal kapcsolatos kommunikáció és azon döntések meghozatala, hogy ezen információk birtokában teszünk-e egészségünkért vagy sem

Ezek a tényezők elengedhetetlenek ahhoz, hogy az egyén megfelelő jártasságot szerezzen egészségét illetően, hogy aztán eligazodjon az egészségügyi ellátásban, a prevenció és az egészségfejlesztés rendszerében. A modell figyelembe veszi a demográfiai helyzetet, a kultúrát, a nyelvet, politikai helyzetet, azaz a társadalmi meghatározóit az egészségműveltségnek. (Mátyás, 2020), (Csizmadia, 2016)




*6. ábra: Az egészségműveltség integratív modellje [forrás: Csizmadia P. 2016, Sorensen et al. 2012]*

Több kutatás is készült arról, hogy milyen az egészségműveltség fokának hatása az egészségügyi munka eredményességére. Egy négyéves időtartamú dán kutatás szerint az alacsonyabb egészségműveltségű kardiovaszkuláris betegségben szenvedőknek gyakrabban kellett háziorvoshoz fordulni, illetve kórházi tartózkodásuk is rendszerint hosszabbra nyúlt, mint a magasabb egészségértéssel rendelkezőknek. Ugyanakkor ezen kutatás a COPD-s, illetve cukorbeteg populációban nem talált szignifikáns összefüggéseket ezen kérdésben. (Friis, Pedersen, Aaby, Lasgaard, & Terkildsen Maindal, 2020) Egy sebészeti szakágakat érintő hasonló kutatás azt találta, hogy a legmagasabb arányban az ortopédiai műtétekre váró betegek rendelkeznek kielégítő egészségműveltséggel betegségükkel kapcsolatban (mintegy 60%), míg a legalacsonyabb arányban a vesetranszplantációra várók (6%). A nem kielégítő egészségértés az operáció előtti periódusban nem megfelelő gyógyszerhasználathoz vezethet, ezzel a műtétet is megnehezítheti. A posztoperatív periódusban a gyenge információellátottságú vesetranszplantált betegeknél a későbbiekben alacsonyabb vesefunkciós értékeket tapasztaltak. (De Oliveira, McCarthy, Wolf, & Holl, 2015)

Az alacsonyabb egészségműveltség következménye az egészségtelenebb életmód, rosszabb egészségi állapot, rosszabb terápiás együttműködés, több hospitalizáció, magasabb egészségügyi költségek (World Health Organization (WHO). ", 2013), emellett a fenti kutatások is azt a tanulságot hordozzák magukban, hogy fontos lenne társadalmi szinten fejleszteni az egészségműveltséget. Egy segítség lehet a betegeknek, ha az orvos-beteg kommunikációban, kevesebb szakzsargont használnak a szakemberek, mind írásos (pl. betegtájékoztató anyagok, kórházi honlapok), mind szóbeli formában. Emellett a megértést lehet segíteni analógiákkal is, valamint a betegek oktatása is nagyon fontos. Utóbbi részeként a betegeknek meg kell tanítani az egészségügyi eszközök használatát (pl. cukorbetegeknek a vércukormérést), illetve az önmonitorozás (pl. vérnyomás rendszeres vezetése) fontosságát is érdemes hangsúlyozni megfelelő indoklással. Érdemes a betegeket kérdések feltételére bátorítani, ezzel is növelhető az egyén érdeklődése saját egészsége iránt, illetve az ellátó és ellátott közötti kapcsolat bizalmi szintje is nőhet, mely szintén jót tehet a gyógyulási esélyeknek. Amennyiben egy egészségügyi szakember írásos tájékoztatót szeretne készíteni betegei számára, fontos szem előtt tartania a szöveg közérthetőségét. Ebben segítségére lehet, ha minél több illusztrációval van ellátva a kiadvány, a tömör, egyszerű mondatok, a kiemelések, valamint a nagyobb betűméret és sorközök. (Andrus & Roth, 2002) Abban az esetben, ha a beteg nem fordít elég nagy hangsúlyt betegségének

karbantartására hasznos lehet, a kockázatok adatszerű ismertetése helyett az életkor alapú kockázati kommunikáció, például: „A túlsúlyos emberek átlagosan 5 évvel rövidebb ideig élnek, mint azok, akiknek megfelelő a súlya.” Emellett növeli a betegek információellátottságát, ha rendszeresen ismétli az ellátó a betegséggel kapcsolatos információkat.[8]

[8] Az egészségműveltség fejlesztése (SOTE GYTK, Orvosi Kommunikáció kurzus) - https://semmelweis.hu/gytk/files/2018/01/Eg%C3%A9szs%C3%A9gm%C5%B1velts%C3%A9g-fejleszt%C3%A9se.pdf, 2018 (letöltve 2021.10.26.)

# 5. FEJEZET – TRENDEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSBAN

Az egészségügy technológiai fejlődésével, egyre modernebb eszközök, illetve gyógyszerek állnak rendelkezésünkre, melyekkel a gyógyító munka hatékonyabbá vált. Azonban ezen fejlődésnek komoly költségvonzata van, a fejlettebb eszközök, technikák, gyógyszerek használata drágább (egy MRI-vizsgálat ára például többszöröse egy röntgenvizsgálatnak, és előbbi képalkotó egyre elterjedtebb, nagyobb diagnosztikus értéke miatt). A népesség növekedése szintén faktor az egészségügy drágábbá válásában, az Egyesült Államokban a népességnövekedés önmagában 23,1%-kal növelte az egészségügyre fordított költségeket 1996 és 2013 között. Ugyanezen időintervallumban 11,6%-kal nőttek ezen költségek a társadalom elöregedése miatt is. Szinte minden fejlett országban öregedő tendenciát mutat a társadalom. A kutatás szerint a legjelentősebben a szolgáltatások árának emelkedése dobta meg a költségeket, mintegy 50%-os növekedést okozva. Ami viszont minimálisan csökkentette (2,4%) a költségeket az a betegségek prevalenciáinak és incidenciáinak változása volt. (Dieleman JL, Squires E, Bui AL, et al., 2017)

Utóbbi adat, amiatt lehet ilyen kedvező, mert valamelyest kezd a fókusz áttevődni a betegségek megelőzésére, a már jelen lévő betegségek kezelése helyett. Hosszútávon így mindinkább érdemes lenne a prevencióra fókuszálni, hiszen nagyságrendekkel kisebb költségekkel jár megelőzni, vagy korai stádiumban kezelni egy betegséget, mint meggyógyítani egy elhanyagolt kóros elváltozást. Egy rákos betegek ellátásának hátterét elemző brit kutatás (Montgomery, és mtsai., 2017) szerint az olyan környezeti-életmódbeli tényezők, mint a légszennyezés, a dohányzás, alkoholfogyasztás, egészségtelen étrend, mozgásszegény életmód az Egyesült Királyságban akár a rákos megbetegedések 42%-áért is felelhet, nem elfeledve, hogy ezen szokások szív- és érrendszeri problémákat is jelentős mértékben okoznak. Amellett, hogy a populációt edukációval segítenénk az egészségesebb életmód felé, a központi szabályozásokat is érdemes lehet átgondolni, megreformálni. Hazánkban jelenleg a dohánytermékeket, illetve az alkoholos italokat megnövelt járulékterhekkel lehet forgalmazni, hogy árukkal is elrettentő hatásuk legyen a fogyasztókra (míg egy doboz Multifilter cigarettához 2011-ben 591 forintos átlagos fogyasztói áron lehetett hozzájutni, addig egy ugyanilyen doboz cigaretta 2021-ben már 1680 forint (KSH)). Ezzel szemben az egészségtelen ételeknek csak egy részére kell egészségügyi

többletköltséget fizetni (pl. chipsek, üdítők, gyümölcsös sörök), míg a légszennyezést és egyéb környezetszennyezést okozó cégek szintén nem feltétlenül néznek szembe akkora plusz adóterhekkel, mint amik az alkohol- és dohánytermékekre vonatkoznak. Pedig ezen faktorok is jelentős egészségromlást okozhatnak populációs szinten.

Ha az egészségügy gazdasági fenntarthatósága érdekében változást szeretnénk elérni az egészségügy finanszírozásában, ahhoz a prevenció fókuszba helyezése mellett fontos hozzávenni azokat a trendeket is, mely a fogyasztói szokásokat érinti. Ezek eltérhetnek, gazdasági-szociális háttér szerint, illetve a generációk szintjén is, mivel másfajta fogyasztói elvárásai vannak az egészségüggyel kapcsolatban egy XX. század derekán született embernek, mint annak, aki még csak a 20-as éveiben jár.

A modernizálással járó kisebb-nagyobb változások pedig elkerülhetetlenek, mivel a generációk idősödésével változnak a demográfiai arányok. A generációk fő jellemzőiben alapvetően egyetértenek a kutatók, a születési évek behatárolásában viszont nincs teljes konszenzus. Nehéz is meghatározni, mivel az 1964-ben született baby boomer személyeket ért hatások valószínűleg több átfedést mutatnak az 1966-ban született X generációs emberek megéléseivel, mint azokkal, amelyeket az 1946-ban született baby boomerek tapasztaltak. Tehát az évbeli határok nem sziklaszilárdak és lehet átfedés is a nemzedékek között, de csak viszonyítási alapként felsorolnám Thomas C. Reeves és Eunjong Oh besorolását. (Reeves & Oh, 2007) (Törőcsik, 2016)

*Érett / csöndes / veterán generáció*: 1924-1945 között születettek

*Baby boomer generáció*: 1946-1946

*X generáció*: 1965-1980

*Milennial / Y generáció*: 1981-2000

*Z generáció*: 2001-napjainkig

A változások fő indukálói a baby boomer generáció tagjai (1946-1964), nevüket onnan kapták, hogy a második világháború lezárulta után jelentősen emelkedett a születések száma az Egyesült Államokban (csak úgy, mint a világ sok egyéb országában). Jelenlegi számuk az Egyesült Államokban 70 millió fő fölött van (mely háromszorosa a Veteránoknak, és ezzel több mint egyötödét adja a teljes amerikai lakosságszámnak), a fejlett világ országaiban is hasonló arányban van jelen ez a nemzedék. Életkoruk okán a 2010-es évektől kezdve ugrásszerűen megnőtt ezen nemzedék egészségügyi kereslete. Mivel igen népes generációról van szó, sok kihívással fog járni ez a folyamat az ellátórendszer számára, annál is inkább, mivel a tudomány fejlődése miatt már tovább és jobb életminőségben lehet élni krónikus

betegségekkel, mint a korábbi évtizedekben. A fő ellátandó korosztály megváltozása emellett előnyökkel is jár. Ez a generáció már sokkal egészségtudatosabb, terápiájában proaktívabb, mint elődeik, akik zömében kevesebb információval rendelkeztek és kevesebbet is mondtak el betegségeikről orvosaiknak. Ezen korszak szülöttei egy longitudinális kutatás szerint fontosabbnak tartják az egészséges életmódot, és komoly törekvésük van arra, hogy életük késői szakaszán is minél függetlenebbek, önellátóbbak tudjanak maradni. A paternalisztikus orvosszerepet ez a generáció már kevésbé fogadja el, mint az ezt megelőzőek, inkább partneri viszonyra kell törekednie az ellátó személyzetnek velük. Ezen korosztály jó része használja az internetet és rendelkezik okostelefonnal, mellyel valamelyest javíthatnak is saját egészségügyi kondícióikon, akár azzal, hogy edukációs anyagokhoz jutnak hozzá saját betegségeikről, de egészségi állapotuk monitorozására is több lehetőséget ad a technológia fejlődése (pl. egyes okoseszközök tudnak szaturációt, illetve pulzust is mérni, valamint naplózni). E nemzedék aktívabb életstílusa, egészségesebb étrendje már önmagában is késleltetheti krónikus betegségek fellépését, emellett az orvostudomány nagyütemű fejlődése miatt új terápiás lehetőségekre is számíthatnak nem kevés területen a következő időszakban, melyek meghosszabbíthatják életüket, és növelhetik későbbi életminőségüket. (Virtual Mentor, 2014)

Az X generáció tagjai az 1965 és 1980 között születettek, ők bár az otthoni internethasználat elterjedése előtt élték gyermekkorukat, de döntő többségük így is otthonosan mozog a világhálón, emiatt könnyebben jutnak egészségüket érintő információkhoz, mint a szüleik generációja. Egy magyar kutatás 522 fő részvételével hasonlította össze a nemzedékek ellátásigényét és egészségműveltségét. Utóbbit az eHeals score-ral mérték, és arra a következtetésre jutottak, hogy a magasabb egészségműveltség jobb egészségi állapot társul, emellett az is kiderült, hogy a baby boomer generáció egészségértése alacsonyabb, mint a fiatalabb nemzedékeknek. Ezen mindenképp érdemes lenne javítani a fentiek mellett amiatt is, mert az érdeklődésük mértéke nekik is hasonló, nagyjából olyan gyakran keresnek orvostudománnyal kapcsolatos adatokra mint az X generáció, így nagyobb egészségértéssel hatékonyabban tudnának saját egészségükkel törődni. (Papp-Zipernovszky, Horváth, Schulz, & Csabai, 2021)

Az Y generáció tagjai (a millenialok) 1981-2000 között jöttek a világra, emiatt ők már digitális bennszülöttnek tekinthetők, legkésőbb tinédzserkoruktól az életük része volt a számítógép és az internet. Ennek okán mindig is lehetőségük volt azonnali

kézzelfogható információhoz jutni egészséggel kapcsolatos kérdéseikben. Egy tanulmány szerint az egészséggel kapcsolatos oktatásukhoz érdemes inkább gyakorlatias applikációkat (alkalmazások) használni, mint sem tradicionális tananyagot. (Lloyd, és mtsai., 2013) A számítógép térnyerésének másik hatása volt a világra az ülő életmód elterjedése, emiatt rájuk már fiatalabb korban is nagyobb veszélyt jelentenek a gerincproblémák, elhízás, cukorbetegség. Ezekre mindenképp érdemes felhívni a figyelmet prevenciós előadások, orvosi vizsgálatok során. Nagy kihívást jelenthetnek körükben különböző a mentális problémák (valamint ezzel összefüggésben akár káros szerhasználat), amelyek kialakulásához a túlzott internethasználat, „hálózatosodás", személyes kapcsolatok beszűkülése és felszínessége is hozzájárulhat.

A náluk is fiatalabbak, a Z generáció már születésüktől kezdve digitális, egyre gyorsabb világban cseperedett fel. Teljesen mást gondolnak a hagyományokról, mint az elődeik, többségében nem tartják őket szükségesnek, az egészségügy terén se. Nem úgy gondolnak az orvosi ellátásra, ahogy szüleik és nagyszüleik korosztálya, hogy ha probléma van, elmennek a háziorvoshoz, akihez eddigi életükben is jártak, sokkal könnyebben hagynak ott egy egészségügyi szolgáltatót egy másik kedvéért, ha azt olcsóbbnak, kényelmesebbnek, csábítóbbnak találják. Mivel az internettel együtt nőttek fel, gyakran egészségügyi panasz esetén, először közösségi oldalakon keresnek rá panaszukra. Emellett fontosabbnak tartják a betegségmegelőzést elődeiknél (sokkal kevesebben próbálják ki a cigarettát például). Körükben gyakrabban diagnosztizálnak mentális betegséget (kétszer annyit, mint az 50 éves korosztályban), de ez azért is lehet, mert komolyabban érdeklődnek a mentális egészség iránt, komolyabban veszik, ha ilyen irányú problémájuk van. Ezek mellett kevésbé tartják stigmának, ha valaki pszichoterápiára szorul, ez a generáció jóval nyíltabb már ezzel kapcsolatban. (Singh, Hansen, & Im, 2021)

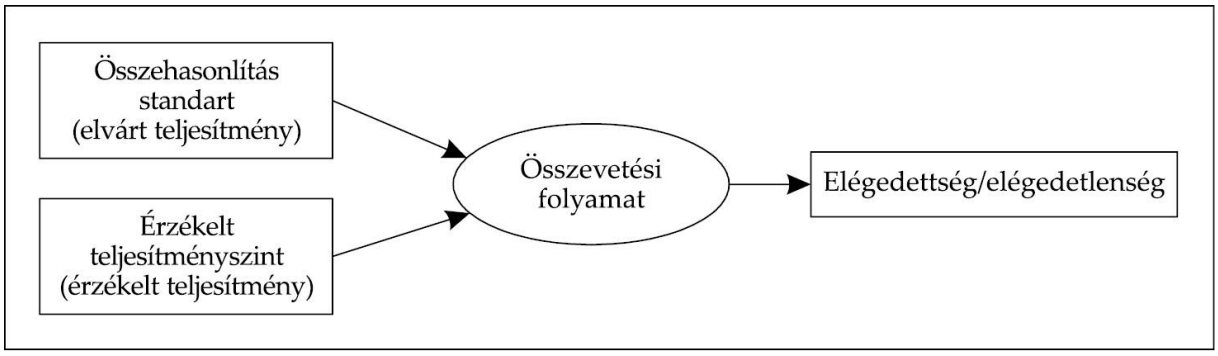
A társadalmak egészségének megtartása szempontjából a prevencióknak, szűrővizsgálatoknak nagyon nagy jelentősége van, a középkorú vagy annál fiatalabb felnőttek esetén ezek igazán nagy különbséget jelenthetnek a későbbi életminőség szempontjából. Egy kutatás szerint igen fontos a 18-26 éves fiatal felnőttek egészségműveltségének, egészségtudatosságának növelése, mivel ez a különösen hangsúlyos életszakasz sok mindent meghatároz későbbi életükre is, így az egészségükhöz való hozzáállásukat is. (Committee on Improving the Health, Safety, and Well-Being of Young Adults; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; National Research Council, 2015)

Amellett, hogy az orvos-beteg nagy átalakuláson megy át, az élettudomány fejlődésével, új felfedezéseivel szélesebb paletta áll rendelkezésünkre, mind prevenció mind terápiák terén, és ez átformálja az egészségügy paradigmáit. A hangsúly várhatóan jobban el fog tolódni a megelőzés felé. Emellett a gyermekkori mortalitás csökkenésével, a krónikus betegségek hatékonyabb kezeléseivel és többek között az antibiotikumok fejlődésével már sokat nőtt, és tovább fog még javulni az átlagos várható élettartam és ezzel együtt az idősek aránya is a társadalmakban. Az idősödéssel járó betegségek ezzel még fajsúlyosabbá válnak (csontritkulás, szürkehályog demencia etc.). Az új tudományos lehetőségekkel (pl. molekuláris terápiák) lassan nem csak lassítani, de akár visszafordítani is tudjuk majd ezeket az állapotokat. (Waldman & Terzic, 2019)

# 6. FEJEZET – BETEGELÉGEDETTSÉG ÉS MÉRÉSE

A fogyasztói társadalmakban jó ideje foglalkoznak a fogyasztói elégedettséggel és annak mérésével. Az elégedettség sok részegységből épül fel, úgymint a fogyasztói szokások, magatartások, vevőmegtartás, lojalitás. Bár régóta tudományosan vizsgált dolog az ügyfelek elégedettsége, még sincs egzakt definíciója, leginkább azért, mert különféle iparágban más-más részei a hangsúlyosabbak.

Az egyik leggyakoribb alaptézis a diszkonformációs paradigma. A diszkonformációs paradigma tulajdonképpen egy pszichikai folyamat eredménye, a szolgáltatást igénybe vevő a korábban (hasonló szolgáltatásoknál) szerzett tapasztalataiból felállít egy standard elvárásszintet („kellene teljesítmény”) és ezzel hasonlítja össze az aktuálisan igénybe vett szolgáltatás színvonalát („jelenlegi teljesítmény)”. A standard elvárásszint lehet ideál, személyes elvárás vagy norma is. Amennyiben az összevetés eredménye pozitív, akkor a fogyasztó elégedett, amennyiben negatív, úgy elégedetlen. Ezen folyamatot röviden a 7. ábra szemlélteti.




*7. ábra: A diszkonformációs paradigma összefoglalóan*

Az elégedettségvizsgálatokat leggyakrabban a tercier szektorban alkalmazzák, ennek egy speciális területe az egészségügyi szolgáltatások. Az egészségügyi szolgáltatások sokrétűek, prevenció, gyógyítás, rehabilitáció, ápolás és sok egyéb területet foglal magában. Míg korábban a fogyasztóra inkább betegként utaltak, ma már kezd elterjedtebbé válni a páciens megnevezés is, ezzel utalva arra, hogy a fogyasztók már nincsenek olyan kiszolgáltatott státuszban, hanem mindinkább partneri minőségben jellennek meg az egészségügyben. A magánegészségügy egyre nagyobb térnyerésével egyre több választási lehetősége lesz a pácienseknek a gyógyító intézmény megválasztására, emiatt egyre érdemesebb az intézményeknek figyelni a betegek motivációs tényezőit, hogy minél többen válasszák az adott szolgáltatót. A betegelégedettséget befolyásolhatja az is, hogy milyen gyorsan kerül a páciens a

problémájával a megfelelő kezekbe, ebben kulcsszerepe van az alapellátásnak. A családorvoslás során kulcsfontosságú meghatározni, hogy egy betegség olyan természetű, amit saját hatáskörben kórházi ellátás nélkül el tud látni a háziorvos, vagy kórházi beutalást igényel. Az ebben való tévesztések súlyos költségterhet róhatnak az egészségügyi rendszerre (állami ellátás esetén így a teljes gazdaságra is) és a betegre egyaránt.

Az betegelégedettség-mérés egyik különlegessége a korábban (2. fejezet) már tárgyalt információs aszimmetria, azaz a betegnek csekély szakértelemmel kell megítélnie, hogy milyen szakmai színvonalon látták vajon el őt. A megítélt szakmai színvonal elsődleges tényezője annak, hogy egy beteg elégedetten távozik-e egy intézményből, orvostól, vagy kevésbé. Pontosabb eredményt kapunk, ha nem egészben nézzük az ellátási „élményt", hanem résztényezőkre bontva vizsgáljuk, illetve a befolyásoló tényezőket is igyekezzük kizárni. Nem kell messzire menni, ha ilyen befolyásoló tényezőt keresünk, ha mi vagy egy hozzátartozónk betegséggel küzdünk eleve rosszabb hangulatban lehetünk, mint alapvetően, ennek következtében már eleve kritikusabb szemmel nézhetjük az ellátást, mint amilyen objektíven nézve az. Ugyancsak ilyen szubjektív negatív tényező lehet például a sürgősségi osztályon eltöltött hosszabb várakozási idő is, akkor is, ha szakmailag indokolt, hogy a beteg csak a nagytöbbség után kerüljön be a rendelőbe. Jó pár Magyarországi intézményre rákerestem érdekességként a Google keresőrendszeren, és egyik kórház sem érte el az 5 csillagos értékelési skálán még a 4 csillagos értékelést se, bátorkodom feltételezni, hogy ez emiatt a szubjektivitás miatt is van.

Szerencsére objektív mutatók is rendelkezésünkre állnak egy egészségügyi ellátó megítélésével kapcsolatban, ilyenek az ápolási napok száma, betegek átlagos tartózkodási ideje, egyes beavatkozások gyakorisága, ágykihasználtság, szövődmények, fertőzések gyakorisága. Finanszírozási, igazgatási szempontból rendkívül hasznos mutatók ezek, a betegek ezeket a mutatókat azonban sajnos kevésbé ismerik, így számukra leginkább a szubjektív faktorok a döntők. Ezt a problémát a modern egészségügyben az egyre kiterjedtebb felvilágosítással lehet valamennyire áthidalni, amikor az orvosok minél részletesebben és érthetőbben elmagyarázzák a pácienseknek, hogy milyen kezelés vár rájuk, és hogyan alakulhat a betegségük lefolyása ennek következtében. (Simon, 2010)

Egy Pakisztánban végzett kutatás (Manzoor, Wei, Hussain, Asif, & Shah, 2019) szerint a legfontosabb faktor a betegelégedettség tekintetében a gyógyító személyzet. A

gyógyulás sokkal jobb hatásfokkal történt, amikor a páciensek elégedettek voltak az ellátásuk színvonalával, körülményeivel és a személyzettel.

Ez is mutatja, milyen fontos ezeket a tényezőket mérni és fókuszt helyezni rájuk. A beteg-elégedettség tehát kulcskérdés egy gyógyító intézmény hosszútávú sikerét nézve, valamint a betegellátás hatékonyabbá tételében.

Fontos szót ejteni a fogyasztói hűségről is. Egy Kínában végzett viszonylag friss kutatás bizonyította, hogy a páciensek elégedettsége kéz a kézben jár a fogyasztói bizalommal, és ez a bizalom hozhatja el a páciensek lojalitását. Ez többek között azért is lehet, mert a szolgáltatószektor legtöbb részével ellentétben, kórházba gyakran nem saját akaratunkból (hanem passzív szereplőként) kerülünk, így nyilván ez is befolyásolja a lojalitási adatokat. Maga az orvos-beteg kapcsolatban már nagyobb szerepe van a lojalitásnak, ha kiépül a bizalom a két fél között, akkor utóbbi szívesen választja, következő ellátójaként is ugyanazt az orvost, ami szociális és gazdasági előnyöket hozhat az adott intézménynek, magánszektorban ez még hangsúlyosabb, hiszen amellett, hogy maga a kórház brandje (márkaneve) erősödik, adott esetben egy páciens akár többet is hajlandó fizetni egy olyan intézetben nyújtott ellátásért, amiben bízik, mint egy másik, számára ismeretlen intézményéért. Emellett a magánkórházak az állami kórházakkal is versenyben vannak és ott is kulcsfontosságú lehet – egyéb faktorok mellett – a páciensek lojalitása. (Liu, Li, Liu, & Hongwei, 2021)

# 7. FEJEZET – KÖVETKEZTETÉS

Az egészségügy egy nagyon sok tényezőből álló viszonyrendszer, mely állandó változásban van. A jelenlegi legfőbb változások között van az orvos-beteg kapcsolat egyenlőbbé, partnerivé válása, illetve a finanszírozási viszonyok változása, ahogy a magán-ellátás egyre nagyobb tért nyer az állami ellátáshoz képest.
A változásoknak sok oka van, az egészségműveltség változása, magával hozza az egészségesebb életmód iránti igényt, azt, hogy az emberek tudatosabban álljanak saját egészségükhöz, magasabb és egzaktabb elvárást támasszanak egészségügyi ellátásuk iránt, egzaktabb elvárásaikkal, nagyobb tájékozottságukkal hatékonyabbá is tegyék a betegellátást. A korfa átalakulása a társadalmakban azzal jár, hogy megváltozik a kezelt betegségek aránya, egyre hangsúlyosabbá válnak az időskori betegségek, és az igény, hogy minél hosszabban, minél kevésbé kiszolgáltatott, önálóbb, fájdalommentesebb életet tudjunk élni. Emellett a generációk szemlélete közötti különbség is komoly változásokkal jár, a fiatalabb generációk (baby boomer, X, Y, Z) lépésről lépésre tudatosabban használják az internet adta lehetőségeket egészségük megóvása, figyelemmel követésének érdekében, ezzel is növelve az általános egészségműveltséget.

Az internet emellett új lehetőségeket is hozott, a telemedicina elterjedtebbé vált, melynek a jelenleg is zajló koronavírus-világjárvány kapcsán is nagy hasznát vettük, a pandémia emellett gyorsította is valamivel az ilyen jellegű új megközelítések elterjedését. A jövőben még nagyobb szükségünk lehet a telemedicinára, már napjainkban is jó pár olyan szolgáltatás működik hazánkban, ahol panasz esetén kényelmesen, rövid idő alatt online konzultációt kérhetünk tapasztalt szakorvosoktól. Az internet mellett komoly fejlődésen ment át az orvostudomány is, melynek kapcsán egyre szélesebb palettáról választhat a gyógyító személyzet, preventív, diagnosztikai, terápiás és rehabilitációs eszközöket, mely mind emeli az egészségügyi kezelések hatásfokát. Azonban ez a fajta ugrásszerű fejlődés komoly költségvonzattal is jár, mellyel a nyugati társadalmak egyre nehezebben tartanak lépést. Az államok nehezen szánják rá magukat a reformra, hiszen ezek lassan megtérülő, ám drága befektetések, nehezen látható eredményekkel, azonban mindenképp alkalmazkodni kell, Winston Churchill erről így vélekedett: „Az egészséges állampolgárok a legnagyobb értékek, amivel egy társadalom rendelkezhet.”

Hogy ezen reformok miként valósulnak meg hazánkban, kontinensünkön azt nem tudhatjuk biztosan. Magyarországon az egészségügyi ellátást egyelőre zömében állami intézmények végzik. Azonban a várólisták, eltörléséig a hálapénz, illetve egyéb kifogásolt tényezők (például a betegre fordított kevés idő) miatt azonban egyre többen fordulnak a magánszektor egészségügyi ellátói felé, bizonyos vizsgálatokkal, kórképekkel. Emiatt is sokan a vegyes egészségügy ötletét támogatják. A vegyes egészségügy legtöbb modelljében bizonyos alapvető szolgáltatásokat (életmentő beavatkozások, alapellátás) továbbra is az állam finanszíroz, azonban, ha valakinek nagyobb ívű ellátásra, beavatkozásra van szükségük, annak finanszírozása magán kézből történik, akár egészségügyi biztosítók révén, akár saját zsebből.
Emiatt a trend miatt is kerülnek egyre inkább előtérbe olyan mutatók, melyeket korábban kevésbé tartottak hangsúlyosnak, úgy mint a beteg-elégedettség, beteg-lojalitás, hiszen ezeknek egyre kézzelfoghatóbb anyagi következményei vannak az intézményekre, illetve az államra is. Az államra nézve természetesen, ahogy a Churchill-idézettel utaltam is rá, nagyon sok pozitív vagy negatív következménnyel jár a társadalom általános egészségi állapota. Ennek okán kerül egyre inkább előtérbe a prevenció, a betegségek megelőzése, a szűrővizsgálatok, felvilágosítások ugyanis jóval kevesebbe kerülnek összességében, mint a már kialakult betegségek kezelései, illetve a társadalom fizikai és lelki állapota is javul, amennyiben egészségesebb.

Úgy gondolom a következő évtizedekben sok izgalmas változás előtt állunk az egészségüggyel kapcsolatban, ahol alapvető változások lehetnek. Változások jöhetnek az egészségügy finanszírozásával kapcsolatban, emellett a páciensek és az ellátó személyzet egymással való kapcsolata minőségibbé, hatékonyabbá válhat. Emellett a technológia fejlődése további pozitív változásokat hozhat a tájékozottságban, az egészségtudatosságban, a várható élettartamban és az életminőségben is.

# IRODALOMJEGYZÉK

Aghaei, S., Nematbakhsh, M., & Khosravi Farsani, H. (2012). *Evolution of the World Wide Web: From Web1.0 to Web4.0. https://airccse.org/journal/ijwest/papers/3112ijwest01.pdf.*

Andor, G. (2018). *Üzleti gazdaságtan.* Budapest: Akadémiai Kiadó.

Andrus, M., & Roth, M. (2002). Health literacy: a review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*(22.3), 282-302.

Balaton, K., Hortoványi, L., Incze, E., Laczkó, M., Szabó, Z., & Tari, E. (2016). *Stratégiai menedzsment.* Budapest: Akadémiai Kiadó.

Bíró, K., Bányai, G., Nádházy, Z., Papp, C., & Zsuga, J. (2014). *Bevezetés az egészségügyi menedzsmentbe.* Budapest: Digitális Tankönyvtár.

Broad, J.B., Gott, M., Kim, H. et al. (2013). Where do people die? An international comparison of the percentage of deaths occurring in hospital and residential aged care settings in 45 populations, using published and available statistics. *Int J Public Health*(58), 257-267.

Buzás, N. (2018). Az egészségügyi ellátórendszer gazdálkodása: Piaci mechanizmusok az egészségügyben.

Committee on Improving the Health, Safety, and Well-Being of Young Adults; Board on Children, Youth, and Families; Institute of Medicine; National Research Council. (2015). *Investing in the Health and Well-Being of Young Adults. Bonnie RJ, Stroud C, Breiner H, editors.* Washington (DC): National Academies Press (US).

Csizmadia, P. (2016). Az egészségműveltség definíciói [Definitions of Health Literacy]. *Egészségfejlesztés , október*(http://folyoirat.nefi.hu/index.php?journal=Egeszsegfejlesztes&page=article&op=view&path%5B%5D=68), 41-44.

De Oliveira, G., McCarthy, R., Wolf, M., & Holl, J. (2015). The impact of health literacy in the care of surgical patients: a qualitative systematic review. *BMC Surg*(Jul 17;15:86).

Dieleman JL, Squires E, Bui AL, et al. (2017). Factors Associated With Increases in US Health Care Spending, 1996-2013. *JAMA*(318(17)), 1668–1678.

Friis, K., Pedersen, M., Aaby, A., Lasgaard, M., & Terkildsen Maindal, H. (2020). Impact of low health literacy on healthcare utilization in individuals with cardiovascular disease,

chronic obstructive pulmonary disease, diabetes and mental disorders. A Danish population-based 4-year follow-up study. *European Journal of Public Health,*, 866-872.

Garaj, E., & Novák, T. (2020). *Az egészségügy finanszírozása és főbb gazdasági módszerei.* Budapest: Akadémiai Kiadó.

Kotler, P., & Keller, K. (1998). *Marketing management.* Budapest: Műszaki Könyvkiadó.

KSH. (dátum nélk.). https://www.ksh.hu/stadat_files/ara/hu/ara0004.html.

Laugesen, J., Hassainen, K., & Yuan, Y. (2015). The Impact of Internet Health Information on Patient Compliance: A Research Model and an Empirical Study. *Journal of Medical Internet Research*(June, 17 (6)).

Liu, S., Li, G., Liu, N., & Hongwei, W. (2021). The Impact of Patient Satisfaction on Patient Loyalty with the Mediating Effect of Patient Trust. Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing. 58.

Lloyd, T., Shaffer, M., Christy, S., Widome, M., Repke, J., Weitekamp, M., . . . Paul, I. (2013). Health knowledge among the millennial generation. *J Public Health Res*(Jul 22;2(1)), 38-41.

Major, I., & Ozsvald, É. (2018). *Google-beteg.* Budapest: Akadémiai Kiadó.

Manzoor, F., Wei, L., Hussain, A., Asif, M., & Shah, S. (2019). Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *Int J Environ Res Public Health*(Sep 9;16(18):3318).

Mátyás, G. (2020). Hogyan növelhető bizonyított hatékonysággal az egészségműveltség? doi: 10.24365/ef.v61i1.555.

McMullan, M. (2006). Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship. *Patient Education and Counseling*(63), 24-28.

Mihályi, P. (2003). Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába. Veszprém: Veszprémi Egyetemi Kiadó.

Montagne, M. (2011). Drugs and the media: an introduction. Subst Use Misuse. (46).

Montgomery, H., Haines, A., Marlow, N., Pearson, G., Mythen, M., Grocott, M., & Swanton, C. (2017). The future of UK healthcare: problems and potential solutions to a system in crisis. *Ann Oncol*(aug 1;28(8)), 1751-1755.

Moore, G. (2006). Crossing the chasm: marketing and selling disruptive products to mainstream customers. New York: Collins Business Essentials.

Nath, K., & Iswary, R. (2015). *What Comes after Web 3.0? Web 4.0 and the Future. https://www.researchgate.net/publication/281455061_What_Comes_after_Web_30_Web_40_and_the_Future.*

Nutbeam, D. (1998.). Health promotion glossary. *Health Promotion International*(13), 349-364.

Oliveira, F. (dátum nélk.). The effect of the internet on the patient-doctor relationship in a hospital in the city of São Paulo. *Journal of Information Systems' Technology Management*(11(2)), 2014.

Ortega Egea, J., Gonzáles, M., & Menéndez, M. (2011). Profiling European physicians' usage of eHealth services. *Journal of Information Research*(16 (1)).

Papp-Zipernovszky, O., Horváth, M., Schulz, P., & Csabai, M. (2021). Generation Gaps in Digital Health Literacy and Their Impact on Health Information Seeking Behavior and Health Empowerment in Hungary. *Front Public Health*(2021 May 13;9).

Reeves, T., & Oh, E. (2007). Generational Differences.

Rekettye, G., Tóth, T., & Malota, E. (2016). *Nemzetközi marketing.* Budapest: Akadémiai Kiadó.

Révész, B. (2018). Marketing : 10. lecke : szolgáltatásmarketing. [Online oktatási csomag (e-learning lecke/téma)].

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

Singh, S., Hansen, B., & Im, C. (2021. július 13). The rise of digital natives: How millennials and Gen Z are transforming healthcare. *Avia Insights*.

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*(jan.).

Szinapszis (2016a): Egészségügyi információszerzés. kutatási jelentés. (2016).

Szinapszis (2016b): Doctors Becoming Digital: Overview of a Market Research Across Central Eastern Europe. White Paper 2015–2016, MedNetTrack. (2016).

Törőcsik, M. (2016). *Fogyasztói magatartás.* Budapest: Akadémiai Kiadó.

Virtual Mentor. (2014). (16(5)), 380-384.

Waldman, S., & Terzic, A. (2019). Health Care Evolves From Reactive to Proactive. *Clin Pharmacol Ther.*(Jan;105(1)), 10-13.

Walker, J., & Carayon, P. (2009). From tasks to processes: the case for changing health information technology to improve health care. *Health Affairs*, 467-477.

World Health Organization (WHO). ". (2013). Health literacy. The solid facts.

# ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra: A HIPI-elv elemei (forrás: https://marketingblogger.hu/hipi-elv) ..... 8
2. ábra: A HIPI-elv összefoglaló táblázata [Forrás: Kenesei-Kolos - Szolgáltatásmarketing és - menedzsment, 2007, (68-69.o.)]..... 12
3. ábra: A Marshall-kereszt ..... 14
4. ábra: Az árak hatásra kialakulhat túlkereslet vagy túlkínálat (Andor Gy. 2018 - https://doi.org/10.1556/9789634540236) ..... 15
5. ábra: Szakorvosok körében végzett felmérés az interneten fellelhető információk hitelességével és szerepével kapcsolatban..... 22
6. ábra: Az egészségműveltség integratív modellje [forrás: Csizmadia P. 2016, Sorensen et al. 2012] ..... 26
7. ábra: A diszkonformációs paradigma összefoglalóan ..... 34

# KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Köszönetemet szeretném kifejezni Dr. Juhász Zoltánnak, konzulensemnek, aki bármilyen kérdéssel is fordultam hozzá, mindig gyorsan segített és nagyon sok jó tanácsot adott a dolgozat elkészítését illetően. Emellett köszönöm a családomnak is, akik rendszeresen motiváltak, amiben tudtak segítettek, hogy létrejöhessen ez a szakdolgozat.

# NYILATKOZAT

Alulírott ERDÉSZ ÁDÁM BARNABÁS, a Szegedi Tudományegyetem Szent-Györgyi Albert Orvostudományi Karának hallgatója ezennel büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, és aláírásommal igazolom, hogy

AZ ORVOSLÁS MINT A SZOLGÁLTATÓSZEKTOR RÉSZE

című szakdolgozatom, illetve az abban leírtak **saját, önálló munkám**; az abban hivatkozott nyomtatott és elektronikus szakirodalom felhasználása a szerzői jogok nemzetközi szabályainak megfelelően történt.

Tudomásul veszem, hogy szakdolgozat esetén plágiumnak számít:

- szó szerinti idézet közlése idézőjel és hivatkozás megjelölésenélkül;
- tartalmi idézet hivatkozás megjelölésenélkül;
- más publikált gondolatainak saját gondolatként valófeltüntetése.

Alulírott kijelentem, hogy a plágium fogalmát megismertem.

Saját munka tételes felsorolása:

FORRÁSOK GYŰJTÉSE, SZEMLÉZÉSE, KÉRDÉSEK FELVETÉSE, SAJÁT GONDOLATOKKAL VALÓ KIEGÉSZÍTÉSE

Szeged, 2022 év 02 hó 16 nap

Erdész Ádám

aláírás