

## **Az egészségügyi ellátás minőségének SERVQUAL szempontú mérése**

Kincsesné Vajda Beáta

Szegedi Tudományegyetem Gazdaságtudományi Kar, egyetemi tanársegéd,

[vajda.beata@eco.u-szeged.hu](mailto:vajda.beata@eco.u-szeged.hu)

A kutatás a TÁMOP 4.2.4.A/1-11-1-2012-0001 azonosító számú Nemzeti Kiválóság Program

– Hazai hallgatói, illetve kutatói személyi támogatást biztosító rendszer kidolgozása és

működtetése országos program című kiemelt projekt keretében zajlott. A projekt az Európai

Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg.

## **Az egészségügyi ellátás minőségének SERVQUAL szempontú mérése**

### **Absztrakt**

Az egészségügyi ellátás minőségének értékelése igen komplex témakör. Az egészség-gazdasági megközelítések elsősorban a technikai minőséget mérik, mely az alkalmazott eljárások szakmai alkalmasságán alapul, ugyanakkor általánosan elfogadott az a szemlélet, mely szerint a minőség meghatározásakor igénybe vevői szempontokat is érdemes figyelembe venni. Ez azért is fontos, mert a páciensek szubjektív tapasztalatai összefüggnek az együttműködéssel, melynek súlyos következményei vannak az egyébként is finanszírozási gondokkal küszködő egészségügyben. A tanulmány egy olyan kutatás eredményeit ismerteti, mely a páciensek szubjektív élményének részeként az észlelt (funkcionális) minőséget mérte a háziorvosi ellátás kapcsán, a SERVQUAL modell adaptálásával. A kutatás eredményei alapján megállapítható, hogy értelmezhető e modell a háziorvosi ellátás tekintetében.

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

# Az egészségügyi ellátás minőségének SERVQUAL szempontú mérése<sup>1</sup>

## 1. Bevezetés

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

Az egészségügyi ellátás minőségét ugyanakkor nem csak a szolgáltatás-specifikumok jelenléte miatt nehéz meghatározni, hanem a piac sajátosságai miatt is. E szektorban az orvos egy személyben szolgáltató és vevő is, hiszen az esetek nagy részében ő dönt az ellátás szükségességéről és módjáról; meghatározza a szükségletek a szolgáltatások iránt, és azokat ő maga is nyújtja. Az igen erős információs aszimmetria miatt az igénybe vevő – a páciens – pedig nem rendelkezik a vásárlói döntés meghozatalához szükséges mennyiségű és minőségű információval (Evetovits 2004). Az orvos-beteg kapcsolat ugyanakkor átalakulóban van, a hagyományos orvosközpontú megközelítés helyett széles körben elfogadott, hogy betegközpontú kommunikációra van szükség.

Az egészségügyi ellátás minőségének meghatározásakor is egyértelműen jelen van az információs aszimmetriából adódó kettősség. A WHO (Woodward 2000) megközelítése szerint az ellátás minősége technológiai, interperszonális és szervezeti összetevőkből áll (1. táblázat).

---

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

1. táblázat Az ellátás komponensei és a minőségindikátorok kapcsolata

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

*Forrás: Woodward 2000, 5. o.*

E gondolatmenet összecseng Donabedian tipologizálásával, aki szerint az ellátás minőségének meghatározásához szükséges információk az ellátás körülményeiből (azaz a struktúrából), a folyamatból (azaz az ellátásban résztvevő felek tevékenységéből), valamint a páciens- és társadalom-szemponú kimenetekből erednek. Az interperszonális kapcsolatok fontossága elsősorban a folyamat kapcsán emelhető ki: az, ahogyan a páciens információkat nyújt a diagnózis felállításához, és kinyilvánítja preferenciáit az ellátással kapcsolatban; valamint ahogyan az orvos a betegséggel és annak menedzselésével kapcsolatos információkat nyújt és motiválja a páciens. Az interperszonális folyamat a technikai teljesítményt segítheti vagy akadályozhatja, mégis olyan tényező, melyet gyakran figyelmen kívül hagynak az elemzések. Kutatásunk során kifejezetten az egészségügyi ellátás során fontos szerepet játszó interperszonális folyamatokra helyeztük a hangsúlyt, megkülönböztetve az ellátás technikai és funkcionális minőségét. Komplex kutatási modellünkben a funkcionális minőség SERVQUAL-szemponú megközelítése az egyén- és orvos-specifikus tényezők, a két fél kapcsolata és a beteg-együttműködés összefüggéseiben kap szerepet. E tanulmányban a teljes kutatás ismertetésére nincs mód, annak kifejezetten a funkcionális minőség mérésével kapcsolatos szeletét és kérdőíves kutatásunk ide vonatkozó eredményeit mutatjuk be.

## 2. Szolgáltatásminőség az egészségügyben: elméleti háttér és módszertan

Az egészségügyi szolgáltatás minőségének holisztikus megközelítése már több évtizede jelen van (Woodward 2000), amely azt jelenti, hogy bár már-már problematikusan sok nézőpont létezik egyidőben, közös pontnak tekinthető annak megállapítása, hogy a technikai szempontok mellett fontos a páciensek nézőpontja, valamint az interperszonális kapcsolat, vagy másképpen, az ellátás folyamatának milyensége.

Grönroos (1998) általánosan a szolgáltatások kapcsán megfogalmazta, hogy a termékekre jellemző „eredmény-fogyasztás” (outcome consumption) helyett vagy mellett a szolgáltatásoknál „folyamat-fogyasztásról” (process consumption) beszélhetünk, és így jön létre az észlelt minőség modellje, melynek két dimenziója van: technikai minőség (amely a „mit nyújtunk?” kérdésre ad választ) és funkcionális minőség (amely a „hogyan nyújtjuk?” kérdésre ad választ). A szolgáltatást igénybe vevők mindkettőt észlelik, azonban a technikai oldalt sok esetben nem tudják értékelni, ezért a szolgáltatás értékelésénél nagyban támaszkodnak a folyamat értékelésére.

A technikai minőség egészségügyi környezetben a diagnózis és a végrehajtott eljárások technikai megfelelőségét jelenti. Az egészség-gazdaságtani elemzésekben a hangsúly gyakorlatilag e komponenseken van, a minőség az alkalmazott eljárások tudományos/szakmai alkalmasságán alapul. Gulácsi (2005) szerint az egészségügyben a kezeléssel szemben a döntéshozatal alapvetően a tevékenységek költségeinek és azok következményeinek összehasonlítására van szükség, a közgazdasági vizsgálatok fő célja az alternatív lehetőségek összehasonlító vizsgálata. Az erről szóló információ azonban az esetek többségében nem elérhető illetve nehezen értelmezhető a fogyasztó, azaz a páciens számára – a technikai minőség ismerete a szolgáltató hatáskörén belül marad. A funkcionális minőség arra a módra utal, ahogyan az ellátást nyújtották a páciensnek (tehát pl. ahogyan az ellátás folyamatáról informálták, amennyire bevonták a döntésbe, amennyire empatikus volt az ellátó) – ez tehát az a minőség, amely a betegek minőségértékelését elsődlegesen meghatározza (Babakus és Mangold, 1991). Mivel kutatásunkban a páciensek szempontjából vizsgáljuk az egészségügyi ellátást, annak funkcionális minőségére koncentrálna a szolgáltatás-marketing elméleti és módszertani megközelítéseit tekintjük alapként.

## ***2.1 Funkcionális minőség mérése az egészségügyben***

A funkcionális szolgáltatásminőség kutatásában az egyik legnagyobb hatásúnak tartott modell a SERVQUAL, mely Parasuraman et al. (1988) nevéhez fűződik. Az észlelt minőséget az

igénybe vevő megítéléseként definiálják a szolgáltatás átfogó kiválóságáról, amely nem más, mint a különbség mértéke és iránya a vevői elvárások és észlelések között (gap-modell). A szerzők ennek operacionalizálására hozták létre a SERVQUAL módszert, mely az elvárt és észlelt teljesítményt öt dimenzióban (tárgyi tényezők, megbízhatóság, reagálási készség, biztonságérzet, empátia) interpretálja, és kérdőív segítségével méri (Veres 2009). A skálához tartozó 22 állítás és az általuk reprezentált dimenziók egyfajta vázként viselkednek, melyet szükség szerint lehet adaptálni az adott szervezethez. A SERVQUAL népszerűségének köszönhetően intenzív tudományos vitákat is generált, melyek a modell további fejlesztéseit, ugyanakkor kritikáit is maguk után vonták. Cronin és Taylor (1992) hibásnak tartja a diszkonfirmációs paradigmát; eredményeik alapján a minőséget nem az elvárások és teljesítmény közötti gap, hanem csak a teljesítmény alapján érdemes meghatározni, így a mérésre az egyszerűbb SERVPERF modellt javasolták. Számos kutatás született a SERVQUAL és a SERVPERF összehasonlítására. Carillat et al. (2007) szerint a SERVPERF népszerűsége és annak több kutatás által alátámasztott jobb előre jelző képessége nem csökkentette a SERVQUAL használatát; utóbbi továbbra is széles körben elfogadott mérési módszere a szolgáltatás minőségének. Meta-analízisük alapján megállapítható, hogy mindkét módszer megfelelő és egyformán érvényes módszer az átfogó szolgáltatás-minőség meghatározására. Kenesei és Szántó (1998) szerint hibái ellenére a SERVQUAL alkalmazása, akár módosításokkal, de mindenképpen ajánlott.

Mivel a SERVQUAL módszertant eredetileg nem az egészségügyi szolgáltatások vizsgálatára hozták létre, így felhasználása e területen nem volt egyértelmű. Fontos kiindulópont, és a további kutatások által gyakran hivatkozott Babakus és Mangold (1992) tanulmánya, mely gyakorlati szakemberekkel együttműködve kórházi ellátásra adaptálta a SERVQUAL modellt. Eredményeik alapján az eszköz megbízhatósága megfelelő, azonban nem tudták faktorelemzéssel alátámasztani a többdimenziós struktúrát: mind az elvárási, mind az észlelési skála egyetlen dimenzióként jelent meg, mely jelzi, hogy az elméleti dimenziók egymással korrelálnak, illetve hogy további módosításokra, finomításokra lehet szükség az eszközön. Ezen eredményükhöz érdemes hozzátenni, hogy az eredeti skála lényegesen lerövidített változatát használták. A szerzők eredményeik alapján felvetették a kérdést, hogy szükséges-e az elvárási skála felvétele, ugyanis az nem erősítette a modellt azon túl, amit az észlelési skála is nyújtott. Nem nyilvánítottak ugyanakkor határozott véleményt e kérdésben, és hozzátették, hogy a SERVQUAL megfelelő eszköz lehet a kórházi szolgáltatás minőség felmérésére a páciensek körében, valamint hogy az eszköz hasznos lehet abban, hogy megtalálják azon kritikus pontokat, ahol a teljesítmény elmarad az elvárásoktól.

McAlexander et al. (1994) fogorvosi szolgáltatások észlelt minőségének mérésére alkalmazták mind a SERVQUAL, mind a SERVPERF módszert (mindkettőnek súlyozott és súlyozatlan változatát is), illeszkedve az erre az időszakra jellemző, a két modellt összehasonlítani kívánó tendenciába. Eredményeik mindazonáltal azt támasztják alá, hogy mindkét skála megbízható, ugyanakkor a Cronin és Taylor (1992) által is felvetett kritikai megjegyzésekkel élnek a SERVQUAL használatát illetően. Igen hasonló kutatást végzett Paul (2003), mind a vizsgált területet (fogászati ellátás), mind a célokat (SERVQUAL és SERVPERF összehasonlítása) illetően, skáláját azonban nem publikálta. Eredményei alapján mindkét módszer megfelelő megbízhatósággal és magyarázó-erővel bír, és kicsi az általuk generált eredmények közötti különbség. A súlyozás nélküli SERVQUAL bizonyult az átfogó minőségítélet statisztikailag legszignifikánsabb fokmérőjének, míg a súlyozott SERVPERF a variancia kicsivel nagyobb hányadát magyarázta.

Lee és Yom (2007) az ápolói ellátással kapcsolatos minőségészleléseket vizsgálta kutatásában, jelentősen módosítva az eredeti skálát, de a dimenziókat megtartva. Eredményeik szerint az eszköz megbízható a teljes skálára, valamint az egyes dimenziókhoz tartozó állításokra vonatkozóan is. A megbízhatóság és a biztonságérzet dimenziókban kapták a legmagasabb elvárési pontszámokat, melyek szignifikánsan magasabbak, mint az észlelési skála pontszámai.

Fontosnak tekintjük e témában Miranda et al. (2009) kutatását. A szerzők a korábbiakkal ellentétben nem a páciens-elvárások és tapasztalatok közötti gap-et vizsgálták, hanem a páciensek és az egészségügyi központ-vezetők véleménye közötti gap-et (mely a SERVQUAL alapjául szolgáló elméleti keretben eredetileg nem is szerepel), az alapellátásban. Skálájuk, melyet HEALTHQUAL-nak neveztek el, az eredeti állítás-sor jelentős módosítása, melynek köszönhetően az általuk kapott faktor-struktúra is jelentősen eltér az eredetitől. Bár a tárgyi tényezők megjelennek, emellett külön dimenziót a hatékonyság (pl. várakozási idő, páciensre fordított idő, panaszkezelés), valamint az egészségügyi személyzet (pl. az egészségügyi személyzet szakmaisága, a páciens problémáinak megértése, figyelem) és a nem-egészségügyi személyzet (pl. szakértelmük, problémakezelésük) képviselnek. Úgy véljük, modelljük egyfajta hibridnek tekinthető, mely a SERVQUAL-hoz lazábban kapcsolódik, ugyanakkor magában foglal olyan fontos elgondolást, mely szerint az egészségügyi és a nem egészségügyi személyzet szerepét érdemes elkülöníteni. Összemos ugyanakkor a hatékonyság dimenzióban olyan állításokat, melyeket a SERVQUAL külön kezel.

## ***2.2 Az észlelt minőség interperszonális vonatkozásai: az orvos-beteg kapcsolat***

Az észlelt minőség általunk is használt modellje magában foglalja annak elfogadását, hogy az orvos és páciense közötti kapcsolat (az interperszonalitás) fontos eleme a minőségnek. Bár a SERVQUAL modell magába foglal az empátiára vonatkozó elemeket, kutatásunk során külön hangsúlyt kívántunk fektetni az orvos-beteg kapcsolat vonatkozásaira; többek között arra, hogyan történnek az ellátással kapcsolatos döntések. Kutatásunkban (az ezzel kapcsolatos domináns irodalmi szemlélettel párhuzamosan) az orvos-beteg kapcsolat három típusát különböztettük meg, melyek az orvos-centrikusság vagy beteg-centrikusság mentén jellemezhetők. Az orvos konzultációs stílusát leginkább saját tényezői határozzák meg, és kevésbé fontosak a betegre, valamint a helyzetre vonatkozó tényezők – „létezik tehát az egyes orvosokra jellemző, elsősorban az orvos viselkedése által meghatározott konzultációs stílus” (Molnár és Csabai 1994, 82. o.) Orvoscentrikus stílusként jellemezhető a paternalista döntéshozatal, amely esetében az orvos hozza a döntéseket, melyeket közöl a betegével. A betegcentrikus orvosokra az jellemző, hogy nagyobb mértékben veszik figyelembe a páciensek érzéseit, meglátásait; a közös döntés (amikor a két fél együtt dönt), valamint az informatív döntés (amikor az orvos csak információkat nyújt, és a páciens önállóan dönt) e kategóriába tartoznak.

## ***2.3 Saját kutatási módszertan***

Kutatásunk során az orvos-beteg interakció tényezőit és kimeneteit vizsgálva egy számos konstruktumot (pl. egészséghit, orvosi stílus, kognitív és érzelmi gondoskodás) magába foglaló kérdőívet állítottunk össze, melynek egy részét képezte az észlelt minőség mérésére szolgáló eszköz is. Kutatásunk lefolytatásához kifejezetten a háziiorvosi ellátásra fókuszáltunk. E döntésünk oka, hogy a háziiorvosi ellátással valamilyen tapasztalata vélhetően valamennyi potenciális válaszadónak van, továbbá, hogy a háziiorvosi ellátás rendkívül fontos prevenció, valamint egyfajta „kapuőri” szereppel is rendelkezik, és olyan ellátási forma, mely hosszú távú, folyamatos, személyes kapcsolatra épül (Karner 2011).

Kérdőíves kutatásunk egyik részét képezte tehát a háziiorvosi ellátásra adaptált SERVQUAL skála, mely a válaszadók háziiorvosukkal kapcsolatos elvárásait és észleléseit mérte.

Tudomásunk szerint hazánkban hasonló kutatás nem született, a SERVQUAL egészségügyi szolgáltatásra való adaptálása még nem történt meg magyar nyelven. Bár az irodalomban igen



támogatott a SERVPERF modell is, feltáró jellegű kutatásunk miatt úgy döntöttünk, hogy az elvárások vizsgálata is fontos lehet, így a SERVQUAL megközelítést annak nagyobb információtartalma miatt választottuk – figyelembe véve, hogy a kitöltőktől ez többlet idő- és energia ráfordítást igényel. Ennek adaptálásánál alapul vettük az eredeti, 22 állításból álló sort (Parasuraman et al. 1988; magyar nyelven Veres 2009), valamint az előző alfejezetben ismertetett kutatások publikált eszközeit. Fontosnak tartottuk, hogy ne csak a házi orvosra, de a segítő személyzetre vonatkozó külön állítások is szerepeljenek a kérdőívben, hiszen úgy véljük, ennél az ellátási típusnál sok esetben fontos lehet a házi orvos asszisztensével történő interakció is.

Ennek eredményeképp 29 állításból álló skála született, amelynek tartalmát a 2. táblázat mutatja be. Az állítások értékelésére 7-fokú Likert-skálát alkalmaztunk, melyben a válaszadás megkönnyítése és a szélső válaszok szükségtelen gyakoriságának csökkentése érdekében valamennyi fokozat rendelkezett elnevezéssel.

2. táblázat A saját kutatásban használt SERVQUAL skála tartalma

<b>Tárgyi tényezők</b>	modern felszerelés	<b>Empátia</b>	egyénre szabott bánásmód	
	tiszta felszerelés		megfelelő rendelési idő	
	rendezett orvos		orvos által páciensre fordított idő	
	rendezett személyzet		megfelelő alaposságú vizsgálat	
	rendelő elrendezése		tájékoztatás a kezelés céljáról	
<b>Reagálási készség</b>	segítőképz orvos		tájékoztatás a kezelés természetéről	
	segítőképz személyzet		páciens érdekei	
	figyelmes orvos		megkülönböztetett figyelem	
	orvos problémamegoldás		<b>Biztonságérzet</b>	bizalomkeltő orvos
	lehet kérdéseket feltenni			bizalomkeltő személyzet
<b>Meg-bízhatóság</b>	a rendelő könnyű elérhetősége	kedves és udvarias orvos		
	ígéret betartása a határidőkről	kedves és udvarias személyzet		
	ellátási probléma esetén jó reagálás	professzionális orvos		
	megbeszélte időpont esetén pontosság	professzionális személyzet		
	elfogadható várakozási idő			

*Forrás: Saját szerkesztés*

A végső skála és a skálák sorrendje két kollégával való egyeztetés, valamint 10 fő próbakitöltés és az azokból érkező visszajelzések után alakult ki. A két skála sorrendjében

figyelembe vettük Hetesi (2006) javaslatát, mely szerint az elégedettségre és a fontosságra (elvárásokra) vonatkozó kérdéseket érdemes külön választani, mivel az elvárási skála elsősége befolyásolhatja az észlelési skálára adott válaszokat. Így a kérdőívben először az észlelési skála szerepelt, majd egyéb témájú kérdések után az elvárási skála.

A SERVQUAL állítások mellett a korábbi kutatások tanulságai alapján egy változóval az átfogó elégedettséget is mértük. Emellett egy egyszerű választásos kérdésben a válaszadóknak ki kellett választani a házi orvosuk stílusára leginkább jellemző leírást – e leírások a paternalizmus, a közös döntés, valamint az informatív stílus közérthető jellemzései voltak.

### **3. A kérdőíves kutatás eredményei**

Az adatfelvétel CAWI módszerrel készült. Kutatásunkban alapsokaságként a felnőtt (18 éven felüli) lakosságot választottuk, akikhez hólabda módszerrel jutott el a kérdőív, melyet online módon lehetett kitölteni. Bár a hólabda mintavétel nem tekinthető véletlenszerűnek, így a reprezentativitás követelményeinek sem tudtunk megfelelni, a nagyobb számú eléréshez azonban megfelelőnek tartottuk az online kérdőívet, melynek terjesztésében egyetemi hallgatók is segítettek, számukra meghatározott demográfiai változók mentén kvótákat határoztunk meg. A mintát a statisztikai elemzés során súlyozással illesztettük az alapsokaság korra és nemre vonatkozó jellemzőihez, melynek során az egyes korcsoportokhoz tartozó nemi arányokat vettük figyelembe, így ezen ismérvek mentén országosan reprezentatívnak tekinthető adatbázist kaptunk. Az elemzés során az SPSS 20.0 programcsomagot alkalmaztuk.

#### **3.1 A minta bemutatása**

A kérdőívet összesen 648 fő töltötte ki legalább részben, közülük 450 fő teljes egészében. Az adatok tisztítása után 448 válaszadó maradt a mintában. A minta 46,7%-a férfi, 53,3%-a nő; 19,2%-a 18-29 év közötti, 28,2%-a 30-44 év közötti, 24,6%-a 45-59 év közötti, és 27,9%-a 60 év feletti (súlyozás után). A minta nem tekinthető reprezentatívnak iskolázottság és lakóhely szempontjából. A főiskolai és egyetemi végzettséggel rendelkezők a teljes lakossághoz képest felülreprezentáltak, ugyanakkor fontosnak tartjuk megjegyezni, hogy nem többségében hallgatókból álló mintáról van szó: válaszadóink 15,4%-a tanuló, 57,6%-uk aktív dolgozó, nyugdíjasok pedig a tanulókkal szinte megegyező arányban töltötték ki a kérdőívet,

arányuk 15%. A fennmaradó válaszadók munkanélküliek, GYES-en/GYED-en lévők, vagy egyéb státuszúak. Mivel a kérdőív számos kérdése a háziiorvosi ellátásra, illetve magára a háziiorvosra vonatkozott, fontos, hogy a válaszadók milyen gyakorisággal találkoznak vele. A válaszadók közel 60%-a legalább félévente találkozik háziiorvosával. Azok, akik saját bevallásuk szerint soha nem járnak háziiorvosuknál, vagy nem válaszolták meg ezt a kérdést, a háziiorvosi ellátás értékelésére vonatkozó kérdéseket nem válaszolták meg (az online kitöltés során azok meg sem jelentek számukra). Krónikus betegsége a válaszadók saját bevallása szerint 44,7%-ának, azaz közel felének van, ezek közül leggyakoribb a diabétesz, valamint a magas vérnyomás.

### ***3.2 A SERVQUAL skála validálása és a dimenzionalitás vizsgálata***

A SERVQUAL modell validálását és a dimenzionalitás vizsgálatát faktorelemzéssel végeztük, mind az észlelési, mind az elvárás, mind a gap (azaz a kettő közötti különbség, minden válaszadónál, állításonként kiszámítva) skálára vonatkoztatva (hasonló módszert alkalmazott pl. Babakus és Mangold (1992)). Ezután az egyes dimenziókhoz tartozó állítások belső konzisztenciáját is vizsgáltuk, melyhez a Cronbach-féle alfa mutatót használtuk. A faktorelemzés útján kapott öt komponens (mind az elvárás, mind az észlelés, mind a különbségek skálájánál) megfelel a faktorképzés kritériumainak, az elemzés során valamennyi állítást megtartottunk.

Az elvárás skála elemzésénél kapott KMO értéke (mely a változók közötti korreláció mutatója és azt jelzi, hogy a változók mennyire alkalmasak faktorelemzésre) 0,938, mely jónak tekinthető. A kapott öt faktor által magyarázott variancia 73,704%, amely megfelelőnek tekinthető. A kapott komponensek jól értelmezhetők, és bár tartalmilag hasonlítanak az elméleti dimenziókra, több eltérést is találhatunk. Egyrészt, ahogyan az az irodalmi adatok alapján nem meglepő, összeolvadt egymással az empátia, a reagálási készség és a biztonságérzet számos állítása, így képezve a legnagyobb komponenset. Az eredetileg az empátia dimenzióba tartozó állítások közül azonban három önálló komponensként jelent meg, melyet egyfajta „személyre szabottság”-ként értelmeztünk. A megbízhatóság, valamint a tárgyi környezet dimenziók tartalma lényegileg nem változott (egy-egy állítás helye változott), valamint a biztonságérzet dimenzió nagy része is megmaradt. Valamennyi dimenzió megbízhatósága az alfa mutató alapján megfelelő.

Az észlelési, valamint a gap skálák faktorelemzésénél (5 komponens esetében) kapott KMO-k értéke és a magyarázott varianciarányad szintén megfelelő, előbbinél 0,938 és 74,761%, utóbbinál 0,933 és 70,867%. A kapott komponensek a két skálánál teljes mértékben megegyeznek, ugyanazon állításokat tartalmazzák, és jól értelmezhetők, bár tartalmilag némiképp eltérnek mind az elméleti, mind az elvárás skálánál kapott dimenzióktól. A legfontosabb különbség, hogy önálló komponensként jelent meg a „segítő személyzet” – tartalmazva valamennyi rájuk vonatkozó állítást (és csak azokat, kivéve a rendezettségükre vonatkozót, mely a tárgyi környezet dimenzióhoz, azaz az „eredeti” helyére került). További különbség, hogy másik, új komponens is megjelenik, mely egyfajta „idő-menedzsment”-ként értelmezhető. Az elvárás skála eredményeihez hasonlóan itt is megjelent egy „személyre szabottság” dimenzió, azonban csak két állítást tartalmazva, valamint a „tárgyi környezet” dimenzió, melybe visszakerült a „rendelő tisztasága” változó, ezen felül teljesen megegyezik azzal. Végül itt is létrejött egy „hibrid” dimenzió, mely magában foglal az eredetileg az empátiához, reagálási készséghez, biztonságérzethez, sőt, egy állítás esetében a megbízhatósághoz tartozó állításokat. Ezt a dimenziót a gondoskodás dimenziójának neveztük el, ugyanis egyértelműen olyan elemeket különültek el benne, melyek az orvos kognitív és érzelmi gondoskodásával függenek össze (3. táblázat). Valamennyi dimenzió megbízhatósága megfelelő, az egyes komponensekből képzett változók közötti korrelációvizsgálat nem mutatott korrelációt, így elmondható, hogy a kapott dimenziók valóban függetlenek egymástól, azaz egymástól eltérő tartalmú konstruktumokat vizsgálnak.

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

<b>Gondoskodás (Empátia+ Reagálási készség + Biztonságérzet+ Megbízhatóság)</b> (alfa: 0,963)	tájékoztatás a kezelés természetéről	<b>Személyzet</b> (alfa: 0,925)	kedves és udvarias személyzet
	tájékoztatás a kezelés céljáról		bizalomkeltő személyzet
	bizalomkeltő orvos		professzionális személyzet
	ellátási probléma esetén jó reagálás		segítőképz személyzet
	segítőképz orvos	<b>Tárgyi környezet</b> (alfa: 0,790)	modern felszerelés
	figyelmes orvos		tiszta felszerelés
	orvos problémamegoldás		rendezett orvos
	lehet kérdéseket feltenni		rendezett személyzet
	professzionális orvos		rendelő elrendezése
	orvos által páciensre fordított idő		könnyű elérhetőség
	megfelelő alaposágú vizsgálat	<b>Idő-menedzsment</b> (alfa: 0,844)	megbeszélte időpont esetén pontosság
	páciens érdekei		elfogadható várakozási idő
kedves és udvarias orvos	ígéret betartása a határidőkről		
<b>Személyre szabottság</b> (alfa: 0,890)	megkülönböztetett figyelem		megfelelő rendelési idő
	egyéni szabott bánásmód		

Forrás: Saját szerkesztés

Az eredmények azt mutatják tehát, hogy értelmezhető és adaptálható a SERVQUAL modell a háziorsvosi ellátás tekintetében. Az eredmények eltérnek Babakus és Mangold (1992) eredményeitől a tekintetben, hogy az általunk használt skála nem egydimenziós mértéke az észlelt minőségnek; egymástól világosan elkülönülő és értelmezhető komponenseket kaptunk. Azon korábbi eredményeknek, melyek az empátia, a reagálási készség és a biztonságérzet egybeolvadását jelezték, azonban megfelel, csakúgy, mint Miranda et al. (2009) eredményeinek, melyek szerint különállóan értelmezhető a segítő személyzet dimenzió. A segítő személyzetre vonatkozó állítások egyetlen komponensben való megjelenése jelentheti, hogy ahogyan feltételeztük, a háziorsvos ellátás értékelésénél valóban fontos, és önálló szerepe van a segítő személyzetnek, megítélésük eltérhet magától az orvosétól. Szintén lényeges az idő-menedzsmentre utaló állítások egy dimenzióba való rendeződése, ezen eredmény szerint az ellátási idők, a várakozási és a rendelési idők szintén fontos elemét képezik a páciensek minőség-megítélésének, csakúgy, mint a gondoskodás: a nagyszámú, kifejezetten

betegközpontú orvosi kommunikációra utaló állítás egy dimenzióba tömörülése fontos jelzése a kognitív és érzelmi gondoskodás szükségességének.

### 3.3 A háziorvosi ellátás észlelt minőségére vonatkozó eredmények

A diszkonfirmasiós paradigma szerinti észlelt minőség szintjének megállapításához az észlelési és az elvárási skálák egyes állításaira adott válaszok különbségeinek átlaga szükséges. Az állítások többségénél (ahogyan az várható volt) az elvárások a maximum pontszám közelében vannak, mely jelezheti a magas elvárási szintet, ugyanakkor a kérdőív kitöltésénél jelentkező plafon-hatást is. A tapasztalatok az esetek többségében az elvárások alatt helyezkednek el, a gap negatív, mely összességében nem jó minőséget jelez. Ehhez fontos hozzátenni azonban, hogy az észlelési skála pontszámai is igen magasak, a gap pedig igen alacsony, a tárgyi környezet egyes tényezőinél pozitív, szórása relatíve magas. A gap a tárgyi környezet egyik állítását (elrendezés) leszámítva valamennyi állítás esetében statisztikailag szignifikáns (Wilcoxon teszt,  $p=0,05$ ).

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

4. táblázat A szolgáltatásminőség dimenziók átlagainak leíró statisztikája

	Észlelés		Elvárás		Gap	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
<b>Gondoskodás</b>	5,70	1,26	6,42	0,66	-0,75	1,25
<b>Személyzet</b>	5,84	1,16	6,24	0,79	-0,40	1,25
<b>Tárgyi környezet</b>	5,73	0,96	5,92	0,87	-0,26	1,03
<b>Idő-menedzsment</b>	5,26	1,47	6,20	0,75	-0,96	1,59
<b>Személyre szabottság</b>	5,45	1,7	5,31	1,40	-0,97	1,75

Forrás: Saját szerkesztés

Látható, hogy az átlagos gap valamennyi dimenzióban 1 pont alatti; legmagasabb a személyre szabottság és az idő-menedzsment dimenziókban. A legmagasabb átlagos elvárásokkal a gondoskodás dimenzióban találkozunk, emellett a személyzettel és az idő-menedzsmenttel is közel maximálisak az elvárások.

Ahogy az áttekintett kutatások, úgy magunk is használtunk egy külön kérdést az átfogó elégedettség mérésére. Ordinalis logisztikus regresszió elemzéssel vizsgáltuk meg, hogy a faktorelemzés során kapott észlelt minőség (gap) komponensek az átfogó elégedettséget milyen mértékben magyarázzák, hiszen feltételezhetjük, hogy ha a SERVQUAL modell jó mérője az észlelt minőségnek, akkor nagy a magyarázóerejük – ez a modell további validálását is jelenti. Eredményeink alapján az észlelt minőség gap faktorai az átfogó elégedettség varianciájának 63,7%-át magyarázzák, mely azt jelzi, hogy a modell magyarázóereje e tekintetben jó. Árnyalja ugyanakkor ezt az eredményt az észlelési dimenziók által az elégedettség magyarázott variancia-hányadának vizsgálata: az erre vonatkozó eredményeink alapján az észlelési skála-faktorok az elégedettség varianciájának 83,5%-át magyarázzák. Ezen eredmény azon irodalmi előzményeket támasztja alá, melyek a SERVPERF modell, azaz kizárólag az észlelési skála használatát javasolják. Saját eredményeink is arra mutatnak tehát, hogy az észlelési skála jobb magyarázója az elégedettségnek, mint az ideális és észlelt szolgáltatás közötti különbség, melyet eddig az észlelt minőség definíciójaként használtam. E tény az elégedettség változója és az észlelési skála egyes faktoraihoz tartozó állítások átlaga, valamint az egyes faktorokhoz tartozó átlagos gap-ek közötti (Spearman-féle) korreláció is megerősíti. Az egyes dimenziókhoz tartozó észlelési átlagok magasabb korrelációt mutatnak az elégedettséggel, mint a gap-ek átlagai. Az észlelési skála egyes dimenzióihoz tartozó átlagos értékelések és az elégedettség között statisztikailag szignifikáns és erős vagy közepes korreláció van. A legmagasabb korrelációs együttható a gondoskodás dimenziója és az elégedettség között tapasztalható (0,863,  $p=0,01$ ), amely összhangban van azzal a fent bemutatott eredménnyel, hogy a legmagasabb elvárások a gondoskodás dimenziójában jellemzők. Nem csak általánosan állítható tehát, hogy magasabb észlelt minőség magasabb elégedettséggel jár együtt, de az észlelt minőség egyes dimenziói és az elégedettség között is megmutatható ilyen kapcsolat. Megállapítható, hogy a funkcionális minőség elsődlegesen az orvos-beteg kapcsolatára és kommunikációra vonatkozó dimenziója („gondoskodás”) az, amely kiemelt fontosságú a szolgáltatással való elégedettség kapcsán.

### ***3.4 Az orvos-beteg kapcsolat és az észlelt minőség összefüggései***

A házi orvosok válaszadóink által észlelt stílusa (paternalista, közös döntés, avagy informatív) és az észlelt minőség közötti összefüggést az észlelt minőség dimenziók átlagos értékelésén

keresztül vizsgáltuk<sup>2</sup> Bonferroni próbával. Ennek eredménye azt mutatja, hogy az észlelt minőség négy dimenziójában (gondoskodás, személyzet, időmenedzsment és személyre szabottság) a paternalista (azaz orvoscentrikus) stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban észlelik kiválóan (6 feletti átlag) a minőséget, mint azok, akik közös döntést vagy informatív stílust alkalmazó (azaz betegcentrikus) orvossal találkoztak. A tárgyi környezet értékelésével kapcsolatban (várható módon) nincsenek eltérések az orvos stílusa szerint. Az észlelt stílus és az elégedettség közötti összefüggést szintén Bonferroni-próbával vizsgáltuk, és megállapítottuk, hogy a paternalista stílust tapasztalók szignifikánsan alacsonyabb arányban elégedettek teljes mértékben az ellátással, mint a másik két stílusú orvos páciensei (5. táblázat).

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

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

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

*Forrás:* Saját szerkesztés

Az orvosi stílus elvárásoknak történő megfelelését az észlelt minőséggel, valamint az elégedettséggel a fentivel megegyező statisztikai módszerrel vizsgáltuk<sup>3</sup>. Azok között, akik az általuk ideálisnak tartott stílust tapasztalták, szignifikánsan többen vannak, akik az ellátás minőségét kiválóan észlelték (valamennyi dimenzióban), mint azok, akiknél eltérés volt az

<sup>2</sup> Ehhez az egyes dimenziókhoz tartozó állításokból számított átlagértékeket kategorizáltuk (az 1 és 1,99 közötti átlagok az 1-es kategóriába kerültek, a 2-2,99 közötti átlagok a 2-es kategóriába, és így tovább), így ordinális skálát kapva.

<sup>3</sup> Ehhez új változót hoztunk létre, mely a válaszadók két csoportját különböztette meg: azokat, akiknél az ideálisnak tartott és a tapasztalt stílus megfelel egymásnak, és azokat, akiknél ez nem felel meg – függetlenül attól, hogy az adott válaszadónál mely stílusokról van szó.



észlelt és az ideálisnak tartott stílusok tekintetében. Hasonló különbség van elégedettség tekintetében: azok, akiknél megfelelt egymásnak az ideális és a tapasztalt stílus, szignifikánsan nagyobb arányban voltak teljesen elégedettek az ellátással (6. táblázat).

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

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

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

Forrás: Saját szerkesztés

#### 4. Összegzés

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

E tanulmányban ismertetett eredményeink közül kiemeljük, hogy a válaszadók által tapasztalt házi-orvosi ellátás a dimenziók többségében elmarad az ideális ellátástól és a kettő különbségként számított gap-értékek többségében negatívak. Fontos kiegészítés ezen megállapításhoz azonban, hogy az elvárások és észlelések közötti különbség helyett érdemes lehet csak az észlelési skálát használni észlelt minőség mérésére, hiszen az jobban

magyarázza a szolgáltatással való elégedettséget. A magasabb észlelt minőség az ellátással történő magasabb elégedettséggel jár együtt, és kiemelkedő e tekintetben a „gondoskodás” dimenziója, mely az ideális szolgáltatás értékelésénél is kiemelt szerepet kap. A paternalista stílust észlelő páciensek az ellátás minőségének dimenzióit alacsonyabbra értékelik és kevésbé elégedettek, mint a betegcentrikus stílust tapasztalók. Eredményeink arra mutatnak továbbá, hogy nem csak az észlelt stílus van kapcsolatban az észlelt minőséggel és az elégedettséggel, de az is, hogy az észlelt stílus megfelel-e az elvárásoknak: ennek hiánya összességében alacsonyabb észlelt minőséggel és elégedettséggel van kapcsolatban.

Kiemelten fontos lehet tehát az egészségügyben az igénybe vevők észleléseinek vizsgálata, hiszen az olyan szubjektív kimenetek, mint az elégedettség és az észlelt minőség nem csak a páciensek személyes jól-léte miatt fontosak, hanem olyan kimenetekre is hatással lehetnek, mint a beteg-együttműködés, melynek rendszer- és társadalmi szintű következményei is vannak. A marketing szempontú vizsgálatot támasztja alá a betegközpontúság egyre inkább elismert fontossága is. Kotler (2008) szerint a marketingnek fontos szerepe van az egészségügyi ellátórendszerben az értékek létrehozásának, közvetítésének és kommunikálásának elősegítése szempontjából, és célja lehet a tartós kapcsolatok létrehozása, valamint az elégedettség növelése. A vevőorientáció az egészségügyben azt is jelenti, hogy a beleszólás, az informálódás és a döntésben való részvétel a páciensek számára igen fontos tényezők (Lee és Yom, 2007); passzív szerepüket egyre inkább a személyre szabott, odafigyelő és udvarias szolgáltatást aktívan igénylő szerep váltja fel. Mivel a konzultációk folyamata elsősorban az orvostól függ, nagyobb hangsúlyt érdemes fektetni ezzel kapcsolatos attitűdjeik feltárására és – eredményink alapján – a betegcentrikus kommunikációra való képességük és motivációjuk fejlesztésére.

## **Hivatkozások**

- Babakus, E. and Mangold, W. G. (1992), Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Services: An Empirical Investigation. *Health Services Research*, 26 (6): 767-786.
- Carillat, F. A., Jaramillo, F. and Mulki, J. P. (2007), The validity of SERVQUAL and SERVPERF scales: a meta-analytic view of 17 years of research across five continents. *International Journal of Quality and Reliability Management*, 18 (5): 472-490.

- Cronin, J. T. and Taylor, S. A. (1992), Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing* 56 (3): 55-68.
- Donabedian, A. (1988), The Quality of Care. How can it be Assessed? *The Journal of the American Medical Association*, 260 (129): 1743-1748.
- Evetovits, T. (2004), Célok és eszközök összehangolása az Irányított Betegellátási Rendszerben: az információs aszimmetria problematikája. *Egészségpolitika*, 3 (3): 11-15.
- Grönroos, C. (1998), Marketing services: the case of a missing product. *Journal of Business and Industrial Marketing*, 13 (4): 322-338.
- Gulácsi, L. (2005), Egészség-gazdaságtani elemzés. In: Gulácsi, L. (szerk.), *Egészség-gazdaságtan*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 267-307.
- Hetesi, E. (2006), Elégedettségi és lojalitási mérések. In: Veres Z. – Hofmann, M. – Kozák, Á. (szerk.), *Bevezetés a piackutatásba*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Karner, C. (2011), A háziorvosi ellátás jelene Magyarországon. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, (2): 5-15.
- Kenesei, Zs. – Szántó, Sz. (1998), A szolgáltatásminőség mérése – elmélet és gyakorlat. *Vezetéstudomány*, 29 (12): 8-18.
- Kotler, P., Shalowitz, J. and Stevens, R. J. (2008), *Strategic Marketing for Health Care Organisations*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Molnár, P. – Csabai M. (1994), *A gyógyítás pszichológiája*. Budapest: Springer Hungarica.
- Lee, M. A. and Yom, Y. H. (2007), A comparative study of patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing services, satisfaction and intent to revisit the hospital. A Questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, (44): 545-555.
- MCalexander, J. H, Kaldenberg, D. O. and Koenig, H. F. (1994), Service Quality Measurement. *Journal of Health Care Marketing*, 13 (3): 34-40.
- Miranda, F. J. et al. (2009), Adapting the SERVQUAL scale to primary health care services in Spain. In: *Proceedings of the 8<sup>th</sup> International Congress of the International Association on Public and Nonprofit Marketing IAPNM, Valencia*. CD kiadvány.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. and Berry, L. L. (1988), SERVQUAL: A multiple-item scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*, 64 (1): 12-40.
- Simon, J. (2010), *Marketing az egészségügyben*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Veres, Z. (2009), *A szolgáltatásmarketing alapkönyve*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

WHO (2008), *Health And Wealth. Regional Perspectives*. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/134399/E91414.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/134399/E91414.pdf). Letöltve: 2010. október 20.

Woodward, C. A. (2000), *Issues in health service delivery. Discussion papers No. 1.: Improving provider skills*. Geneva: World Health Organization.

## **Measuring quality of healthcare: a SERVQUAL approach**

### **Abstract**

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

Keywords: service quality, healthcare, primary care, SERVQUAL, compliance