

SZERVEZETKÖZI KAPCSOLATOK VIZSGÁLATA AZ EGÉSZSÉGÜGYI PREVENCIÓBAN

ANALYSIS OF INTERORGANIZATIONAL RELATIONSHIPS IN HEALTH CARE PREVENTION

A tanulmány célja a magyarországi egészségügyi prevencióban részt vevő szereplők azonosítása, és a szervezetek közötti kapcsolatok vizsgálata esettanulmány segítségével. Az üzleti kapcsolatokra vonatkozó elméleti háttér az Industrial Marketing and Purchasing (IMP) Group megközelítésére alapozták a szerzők, mely kapcsolatok összefonódása napjainkban még inkább érezhető, mint valaha. E megközelítés szerint az üzleti kapcsolatok a szereplők, a tevékenységek és az erőforrások kötetlénél által jönnek létre és működnek. Az egészségügyi prevenció egy tipikusan olyan terület, ahol a magán- és a közszféra együttműködése elengedhetetlen. A tanulmányban bemutatják a szereplőket, elemzik a közöttük lévő kapcsolatokat egy szervezett egészségügyi prevenció program (Magyarország átfogó egészségügyi szűrőprogramja 2010-2020) mentén. A kutatás eredményei rámutatnak arra, hogy az erőforrások kombinációjának fontos szerepe van a program sikerességében. Eredményeik alapján kirajzolódott, hogy az információ az egyik legfontosabb erőforrás és motiváló tényező a szereplők számára. A tanulmány kiemeli a program vezetőjének (mint aktor) kulcsszerepét a kapcsolatok kialakításában, fenntartásában.

Kulcsszavak: egészségügy, prevenció, üzleti kapcsolat, erőforrások

The aim of the study is to identify the actors involved in health care prevention in Hungary and to examine organizational relationships through a case study. The theoretical background has been based on the Industrial Marketing and Purchasing (IMP) Group approach on business relationships, whose connectedness is more pronounced today than ever before. According to the approach, business relationships are characterized by the bond of actors, activities and resources. Health prevention is a typical area where the collaboration of private and public sector is essential. The study presents the actors and analyzes the relationships between them along an organized health care prevention program (Hungary's comprehensive health screening program 2010-2020). The results of the research show the important role of the combination of resources in the success of the program. Based on the authors' results, the information was highlighted as one of the most important resource and motivating factors for the actors. The study highlights the key role of the program manager (as an actor) in establishing and maintaining relationships.

Keywords: health care, prevention, business relationship, resources

Finanszírozás/Funding:

A szerzők a tanulmány elkészítésével összefüggésben nem részesültek pályázati vagy intézményi támogatásban. The authors did not receive any grant or institutional support in relation with the preparation of the study.

Szerzők/Authors:

Dr. Szalkai Zsuzsanna, egyetemi docens, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, (szalkaizs@mvt.bme.hu)
Dóra Tímea Beatrice, egyetemi tanársegéd, Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, (dora.timea@mvt.bme.hu)

A cikk beérkezett: 2019. 06. 07-én, javítva: 2020. 02. 27-én, elfogadva: 2020. 10. 05-én.

This article was received: 07. 06. 2019, revised: 27. 02. 2020, accepted: 05. 10. 2020.

Kutatásunk – mely a szervezetek közötti kapcsolatokat vizsgálja az egészségügyi prevencióban – alapját az a megfigyelés adja, hogy a hazai egészségügyi marketing-szakirodalomban (pl. Simon, 2010) szinte kizárólag a páciens felé történő, azaz a B2C oldali marketing elemzése került eddig a látókörbe. Az egészségügyi, köztük a prevenció szolgáltatások nyújtásához ugyanakkor a szervezetek összehangolt működése alapfeltétel. A pre-

venciót tekintve az értékláncban Porter és Teisberg (2006) nyomán Simon (2010) megjegyzi, hogy „Bár nagyon fontos szakasz, mert megelőzheti a kezelés szükségességét, legtöbbször nem, vagy igen csekély hangsúlyt fordítanak az értéklánc ezen lépcsőjére, a gyógyítás sokkal inkább finanszírozott, mint a megelőzés” (Simon, 2010, p. 189). Ez az alulfinanszírozottság lehet az egyik oka, hogy a prevencióban az állam és a magánszféra szoros együttműkö-

dése jellemző. A két szektor együttműködését vizsgálva, az egészségügyben Chandra et al. szerint a magas minőségű partnerkapcsolatok azok, amelyekben „a felek jelentős időt és erőforrásokat osztanak meg közös célok érdekében” (Chandra et al., 2016). Bazzoli et al. (1997) az együttműködésre való észlelt igény (*perceived need*), és hajlandóság (*willingness*) szerepét emelik ki a szervezetek sikeres prevenciók együttműködésében. Kutatási eredményeik azt mutatják, hogy: „A szervezetek olyan tevékenységekben hajlandóak együttműködni, amelyek nem zavarják a meglévő hatalmukat és az ellenőrzés lehetőségét. A szervezeti együttműködés olyankor gyakori, amikor az egyes szervezetek előnyhöz juthatnak a presztízspítés és ennek láthatósága terén...” (Bazzoli et al., 1997, p. 554).

Tanulmányunkban a hazai egészségügyi prevenciók együttműködő szervezetek közötti kapcsolatokat vizsgáljuk. Célunk feltárni a kapcsolatok tartalmát, az egyes szereplők motivációját, célját, a kapcsolatokban való részvétel előnyeit. Kutatási célunkhoz leginkább illeszkedően, az üzleti kapcsolatok tartalmáról és a kapcsolatok hálózati megközelítéséről átfogó kutatási eredményeket felvonultató Industrial Marketing and Purchasing (IMP) Group modelljeit, koncepcióit használjuk fel, közülük is kiemelten kettőt, az ARA- és a 4R-modellt. Ehhez röviden bemutatjuk az üzleti kapcsolatok IMP-megközelítését. Az IMP-csoport kutatásai eredendően üzleti, jellemzően eladó-vevő relációjú kapcsolatok vizsgálatára vonatkoznak, és a hazai kutatók is többnyire ezt a területet képviselik (pl. Gelei et al., 2016). A szervezeteket tágan értelmezve, a megközelítésük különböző profitorientált és nonprofit, állami szervezetek közötti kapcsolatok vizsgálódására is alkalmas (pl. Simon et al., 2011). Az általunk vizsgált kapcsolatokban nem feltétlenül jön létre termékcseré, de előfordulhat ez is, például, amikor egy műszergyártó vállalat berendezéseket biztosít a szűrővizsgálatok elvégzéséhez. A téma jobb körülhatárolása érdekében a prevenciók kapcsolatok vizsgálatát leszűkítjük egy szervezett programra (Magyarország átfogó egészségügyi szűrőprogramja 2010-2020) az esettanulmány módszerét alkalmazva. Kutatási kérdéseink a következők: *Hogyan jellemezhetők a programban részt vevő, kiemelten a magán- és a közszférába tartozó szervezetek közötti kapcsolatok? Mi motiválja a szereplőket az együttműködésben való részvételre? Milyen előnyei vannak számukra ezeknek a kapcsolatoknak?* Részletesen bemutatjuk a programot, annak szereplőit. Megvizsgáljuk, hogy az interjúk alapján kirajzolódó kapcsolatokban a tevékenységek, erőforrások, szereplők kötelei hogyan manifesztálódnak. Külön kiemeljük az erőforrások kombinálódását, a különböző, a program során keletkező információk magán- és közszereplők általi felhasználását. Cikkünk végén a kutatási kérdések mentén értékeljük eredményeinket.

A szervezeti kapcsolatok IMP-megközelítése

A vállalatok közötti kapcsolatok különböző elméleti megközelítéseit jól összefoglalja Bódi-Schubert (2011). Cikke alapján a kapcsolatokat a következők jellemzik: "(i) két

vállalat kölcsönös, önkéntes és koordinált tevékenysége, (ii) hosszú távú orientáció, kölcsönös adaptáció és jelentős, felek közötti „összekapcsolódottság” jellemzi, amely túlmutat az egyes vállalatok szervezeti keretein, (iii) elfogadott, közös cél érdekében jön létre, (iv) eredményeként az abban részt vevő felek kölcsönösen értéket teremtenek egymás számára” (Bódi-Schubert, 2011, p. 70.). Mandják (2005) értelmezése szerint „az üzleti kapcsolatot úgy határozhatjuk meg, mint az üzleti hálózatba ágyazott két szervezet közötti interaktív cserekapcsolatot” (Mandják, 2011, p. 18.). A csere vonatkozhat termékre, szolgáltatásra, információra, ezenkívül létezik pénzügyi és társadalmi aspektusa is (Håkansson, 1982). Az IMP-felfogás lényege tehát, hogy az üzleti kapcsolat nem izoláltan jön létre két szervezet között, hanem mindig üzleti hálózatba beágyazottan (Håkansson & Snehota, 1995). Az üzleti kapcsolatok tartalmát tekintve az alábbi dimenziók játszanak szerepet (Ford, 2003, p. 63): „a tevékenységek: miként kapcsolódnak össze a vállalatokon belüli tevékenységek a kapcsolatok révén?; az erőforrások: miként kapcsolódnak össze a vállalatokon belüli erőforrások a kapcsolatok során kiépített erőforrásokon keresztül?; és a prioritások: milyen fontos a kapcsolat az érintettek számára.” A három dimenziót az üzleti kapcsolatok tartalmát leíró ARA-modellben (Håkansson & Snehota, 1995) fejtik ki, ahol az érintettek helyett szereplők, azaz aktorok jelennek meg. Az ARA elnevezésben szereplő szavak és rövidítések a következők: tevékenységek (*activities*), erőforrások (*resources*) és szereplők (*actors*). A modell szerint két vállalat közötti kapcsolatot a tevékenységkötelek, az erőforrás-kötelek és a szereplők kötelei tartja össze. A kötelek az összekapcsolódottságot írják le. Az egyes kötelek jelentik a kapcsolatot, az összekapcsolódás egyes rétegeit. Az üzleti kapcsolatok hálózatba való beágyazottságából következően a kapcsolatok tartalma, illetve annak változásai hatással vannak a hálózatra, és fordítva, a hálózat egyéb szereplői hatással vannak az adott kapcsolatra (Mandják, 2005).

Mint azt a bevezetőben láthattuk, a kapcsolat minőségét meghatározza a felek közötti erőforrás megosztás. Az IMP felfogásában az erőforrások a kapcsolatot felépítő interakciós folyamatokban „kicserélődnek, újra kombinálódnak, fejlődnek, felhasználódnak és újra felhasználódnak” (Håkansson et al., 2009, p. 66). Az erőforrások három szinten kombinálódnak: a vállalaton belül más erőforrásokkal, az üzleti kapcsolatban az interakción keresztül a másik vállalat erőforrásaival, és az üzleti hálózatban mások erőforrásaival. A 4R modell négyféle erőforrást tartalmaz: termékek, termelő berendezések (létesítmények), szervezeti egységek, szervezeti kapcsolatok. A szervezeti egységekben az egyének és csoportok tudása és tapasztalata játszik szerepet az erőforrások kombinálásában. A szervezeti kapcsolatok az erőforrások közül a leginkább komplexek, szervezeteket átívelő, megfogható és megfoghatatlan erőforrások kombinációi (Håkansson et al., 2009). Az IMP felfogásában tehát nem a meglévő erőforrásokon van a hangsúly, hanem az üzleti kapcsolatokon keresztül, az erőforrások kombinálódása során kialakuló új erőforrásokon. Egy erőforrás haszna azon múlik, hogy a felek hogyan használják azt és hogyan tudják kombinálni saját

erőforrásaikkal. Éppen ezért kutatásunkban, a prevencióban részt vevő szervezetek közötti kapcsolatok feltárásán túl azt is vizsgáljuk, hogy az egyes szervezetek milyen erőforrásokat használnak, és azokat hogyan kombinálják egymás erőforrásaival.

A következőkben röviden bemutatjuk a hazai egészségügyi prevenció szolgáltatást, majd rátérünk a kutatásunkban vizsgált országos prevenció programra.

A prevenció helye a magyar egészségügyi struktúrában

Ahhoz, hogy jobban megértsük és meghatározzuk a megelőzés szerepét és helyét az egészségügyi ágazat szerkezeti térképén, valamint pozicionáljuk azt a fogyasztók életében, a prevenciót a magyar egészségügyi szektor hierarchiájában elhelyezve kívánjuk bemutatni. A prevenció a betegélettét legelső lépcsőjeként van jelen, tevékenységeivel már egészséges állapotukban is találkozunk a fogyasztók, tehát „örző-védő” funkcióval rendelkezik az egészségügyi ellátás területén egyfajta „védelmi vonal” szerepet betöltve, amelynek célja nem a betegség gyógyítása vagy kezelése, hanem az egészség megőrzése.

A magyar egészségügy strukturális szempontból több lépcsőből álló rendszerként definiálható. Felsőbb szintjein fekvőbeteg vagy fekvő- és járóbeteg-ellátást egyaránt végző intézmények találhatóak. Ide tartoznak az egyetemek klinikái és az országos intézetek, melyek professzionális személyzettel és eszközparkkal rendelkező intézmények (pl: Szemészeti Klinika, Országos Korányi Pulmonológiai Intézet stb.), valamint a regionális központok és az általános (megyei, városi) kórházak (pl: Debreceni Egészségügyi Központ, Állami Egészségügyi Ellátó Központ) (1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről). Az ellátórendszer „bázisa” és egyben legalsó szintje az alapellátás, mely az egészségügyi rendszer legáltalánosabb, mindenre kiterjedő szintjét képezi. Definíció szerint az alapellátás: „olyan lakosságközeli ellátási formát jelent, amely az általánosságban igénybe vett „alap” (nem szak) ellátásokat biztosítja. Az alapellátás egy folyamatos, hosszú távon zajló, személyes orvos-beteg kapcsolaton alapuló ellátási forma.” Találó összevetése a családorvosi és szakorvosi ellátásnak az az állítás, amely szerint: „míg a szakellátásban a folyamat maga a betegség, addig az alapellátásban maga a páciens”. Szolgáltatásai a gyermek, illetve felnőtt háziorvosi, fogászati, üzemorvosi, iskolaorvosi és védőnői szolgáltatásokból állnak. Az alapellátás, ahogyan nevében is benne van, a betegek „alapvető” ellátására szakosodott, ezért szolgáltatásai esetében a páciens maga a folyamat, nem pedig a betegség, mint az egészségügyi ellátás magasabb szintjei esetében (2015. évi CXXIII. törvény az egészségügyi alapellátásról).

Bár a megelőző tevékenység és a konzultáció a kórházi járóbeteg-szolgáltatásoknak is szerves részét képezi (a diagnózis felállítása és a kezelési terv kialakítása után, a szakorvosok tanáccsal szolgálnak a fő életmódbeli változtatásokról, vagy például a cukorbeteg táplálkozási módosításaival kapcsolatban, vagy segítséget nyújtanak a betegeknek azért, hogy átirányítsák őket a dohány-

zásról való leszokást segítő szervezethez), ez alapvetően a prevenció szolgáltatóinak a feladata. Fókuszuk az egészségüggyel való alapvető kapcsolat biztosítása, ám a rendelőben való első találkozástól eltérően, az emberek a szakemberek és szakmai szervezetek, illetve önkormányzatok által szervezett prevenció programokon vagy egészségnapokon találkoznak először az egészségüggyel. Ez szolgáltatja számukra az első benyomást az egészséges életmóddal kapcsolatban és ennek a szolgáltatásnak az alapvető feladata az egészségtudatosságra nevelés is.

A prevenció szolgáltatás

A prevenció latin eredetű szó (prevenire), annyit jelent „előbe menni valaminek”, tehát megelőzni valamit. A prevenció tevékenységek legfőbb célja a betegségek megelőzése, ám a fogalom a gyakorlatban sokkalta összetettebb. A fejlett országok előregedő társadalmait, illetve a különböző betegségek genetikai hátterét alapul véve, a prevencióban foglalt tevékenységek egy komplexebb célt követnek, mely alapján: „a prevenció azon cselekedetek összességét jelenti, amelyek az egyes betegségek esetén, azok incidenciájának redukálását, míg egyéb betegségek esetén azok megjelenésének késleltetését, illetve a kialakuló szövődmények mérséklését tűzi ki célul” (Ádány, 2012, p. 25). A XXI. század nyugati társadalmainak előregedő népességére összpontosítva, a megelőzés sokkal összetettebb tevékenységet jelent, mint a betegségek előfordulásának a megakadályozása. Bizonyos esetekben a megelőzés azt jelenti, hogy minimálisra csökkentjük a betegségek kialakulását (pl: oltásokkal, vagy a terhesség alatti alkohol és dohánytermék fogyasztásának mellőzésével), de azt is jelentheti, hogy a betegség megjelenését késleltetjük (mint például a cukorbetegség vagy az ischaemiás szívbetegség), és/vagy a jövőben felmerülő komplikációkat csökkentjük és enyhítjük is egyben (Ádány, 2012).

A prevencióban három szint különül el, mely alapján: primer, szekunder és terciér prevenció szolgáltatásokról beszélünk. Primer prevencióként az egészség védelmét általánosságban megcélzó intézkedéseket, az egészségkárosodás, illetve a különböző betegségek megelőzését definiáljuk (elsődleges prevenció). Szekunder prevencióként az olyan elváltozásokat feltáró szűréseket és vizsgálatokat nevezzük meg, melyek a betegségek kialakulását előzik meg (másodlagos prevenció). A terciér prevenció fogalma pedig olyan tevékenységcsoporthoz képez, mely tevékenységek célja a műtét/kezelés/betegség lefolyása utáni időszakban a páciens társadalomba való integrálása, egyúttal a szövődmények kialakulásának prevenciója, amely a rehabilitációt, illetve a felépülést elősegítő terápiákat foglalja magába (Caplan, 1964).

A megelőzés első és legátfogóbb szintje az elsődleges megelőzés (primer prevenció), amelynek célja, hogy megelőzze azon egészségkárosító faktorok kialakulását, amelyek az egyének és közösségek egészségromlását okozhatják. Célja az általános egészségvédelem. Minden egészségtudatosságot oktató, illetve az egészségkárosító tényezőkről szóló felvilágosító foglalkozás is ebbe a szintbe tartozik (pl: egészséges táplálkozásról és a higiéniáról

szóló előadások, a kábítószer, dohányzás és alkohol prevenciója). Ebben a kategóriába sorolhatók a korábban említett prevenció programok is, amelyek városi vagy vidéki szinten közösségi eseményekként (úgynevezett „egészségügyi napok” keretében) vannak jelen, ahol különböző szűréseken is részt vehetnek az állampolgárok. A prevenció ezen szintjén definiálhatjuk a szolgáltatások előállításának érdekében létrejövő legdiverzebb kapcsolatokat is. E programok szervezésében köz- és magánszférabeli intézmények egyaránt részt vesznek. A közszféra oldaláról a korábban említett egészségügyi szakmai szereplőkön túl a szakmai szervezetek, önkormányzatok képviselői, illetve a privát oldalról az általában szponzori tevékenységet végző vállalatok (leggyakrabban a gyógyszer és az élelmiszeripar) által kialakított kapcsolat létrehozta az adott programhoz kötődő szolgáltatásokat. Sok esetben előfordul az is, hogy a magánoldalon tevékenykedő forprofit cég kezdeményez és szervez meg hasonló programot (pl: Telekom Vivicitá), ám ehhez szüksége van egészségügyi szakmai személyzetre is, amely szükséglet a szakmai és ipari szereplők közötti kapcsolat kialakulását eredményezi egy meghatározott közös cél érdekében.

Az említett programok szűrési lehetőségeket is kínálnak a lakosság részére, ezzel szekunder szolgáltatásokkal is bővítve a rendezvények által kínált szolgáltatásomag tartalmát. A szekunder prevenció fő célja a betegségek kezdeti tüneteinek detektálása különböző szűrések által, minél nagyobb eséllyel adva a felismert tünetek gyógyításának, visszafordításának, vagy a betegség késleltetésének. A magas kockázatú betegcsoportok esetében kiemelten fontos az időszakos szűréseken való részvétel (pl: cukorbetegség gyanúja esetén a túlsúlyos embereknél), ahol egyszerű vizsgálati módszerekkel (pl: vércukorszint méréssel) időben detektálhatók a betegségekkel kapcsolatos rizikótényezők, akár az alap-, akár a járóbeteg-ellátás szűrőállomásain.

A szekunder prevenció szintjén alkalmazott szűrések három csoportba sorolhatók. 1) Az első csoportba a tömeges szűrővizsgálatok tartoznak, amelyek az egész populációra kiterjednek, mint például érvizsgálat, vagy az egyszerű fizikai vizsgálat (pl: veleszületett csípődysplasia). 2) A második csoport magában foglalja az úgynevezett tervezett vagy előírt szűréseket, amelyek egy meghatározott korú vagy meghatározott nemű népességcsoportokra vonatkoznak (pl: kötelező mellrákszűrés 45 éves kortól nők esetében, vagy az előzetesen tervezett vastagbélrákszűrés 60 éves kortól mindkét nem esetében). 3) A szűrések harmadik csoportja az úgynevezett célzott szűréseket foglalja magába, amelyeket meghatározott időközönként speciális populációs csoportokon hajtanak végre külső (környezeti) vagy belső (genetikai vagy szerzett) egészségkárosodás (munkahelyi egészségkárosító veszélyek: expozíció vegyi anyagokra stb., vagy diagnosztizált veleszületett genetikai betegségekre: időszakos érvizsgálat a hemokromatózisban előforduló vasszintekre, vagy a diabétesz megjelenésére: a HbA1c időszakos érvizsgálata) felmérésére (Ádány, 2012).

A megelőzés harmadik szintje a terciér prevenció, amely a beteg fizikai vagy mentális trauma után történő

rehabilitációját, illetve az elsődleges ok kezelésére vagy gyógyítására irányuló orvosi beavatkozást (pl. műtétet)/eljárást (pl. gyógyászati kezelés) jelenti. Ez esetben állami és rehabilitációs magánklinikák, vagy adott klinika és saját orvos közötti kapcsolat eredményeként, vagy (hátrányosabb helyzetű régiókban) önkormányzati ambulanciák által létrejövő szolgáltatásokról beszélhetünk. Mivel ez a fázis már nem tartalmaz megelőzési tevékenységet, a cikkünkben bemutatott kutatás a primer, illetve a szekunder prevenció területére korlátozódik.

Annak érdekében, hogy a prevenciót, mint az alapellátás egy területét még jobban körül tudjuk határolni a magyar egészségügyben, érdemes az ezzel kapcsolatos költségvetést nagy vonalakban áttekintnünk. Az egészségügyi kiadások alakulását tekintve (a KSH honlapján elérhető adatok alapján) az látható, hogy a 2003-tól 2017-ig tartó időszakot vizsgálva csökkent a prevencióra fordított, inflációval adjusztált finanszírozás mértéke. A költségvetési alrendszereket összesítve (Kormányzati alrendszer költségei + Háztartások költségei + Önkéntes egészségügyi alrendszerek költségei: egészségbiztosítók, nonprofit szervezetek és vállalkozások) a prevencióra fordított kiadás a 2003-as évi 77,3 milliárd Ft-ról 2017-re 69,6 milliárd Ft-ra csökkent. A kormányzat erre fordított kiadásai 12%-kal, a háztartásoké pedig mintegy 52%-kal csökkentek (KSH, 2018). Utóbbi érték arra enged következtetni, hogy a prevenció fontossága nincs kellően kihangsúlyozva a magyar lakosság körében, nem tudnak róla, vagy nem tartják annyira fontosnak az egészségmegőrzést. Bár Vokó és Kaló (2012) szerint a megelőzés területének finansziális erősítése, hosszú távon (az élettartam kitolásával) növelheti a betegségek kezelésére fordított költségeket, mégis nagyon lényeges a prevencióra fordított kiadások növelése, hiszen ha az egészségügyi ellátórendszerünk egyetlen érdeke a kiadáscsökkentés lenne, akkor azt akár meg is szüntethetnénk. A célnak az egészség biztosításának kell lennie minden életszakaszban.

A kutatás módszertana

Kutatási kérdéseink megválaszolására feltáró kutatás keretében az IMP-szemléletben elterjedten használt, esettanulmány-módszert alkalmaztuk (Dubois & Araujo, 2004). Egy egész Magyarországot átfogó, primer és szekunder prevenció szolgáltatásokat egyaránt tartalmazó egészségügyi program (Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja, MÁESZ) szervezeti közti kapcsolatainak IMP-megközelítésű vizsgálatát végeztük el. A programot és annak kapcsolati hálózatát azért választottuk, mert országos szinten ez a legismertebb és legszélesebb körű szűrőprogram 2010-es indulása óta, amely több köz- és magánszférába tartozó szervezet közötti interakciós platformot teremt meg. Ezzel a módszerrel mélyebb betekintést nyerhettünk a prevenció vizsgált szintjein zajló interakciók komplex természetébe a köz- és magánszférára közötti együttműködés területén (Abrahamsen et al., 2017).

A program általános működésének elemzéséhez gyűjtött szekunder információinkat javarészt online (<https://>

www.egeszsegprogram.eu), illetve külső statisztikai kiadványokból, szóróanyagokból (Dematron Health Service, 2018), a program hatékonyságát bemutató szakcikkekből nyertük (Barna et al., 2019).

Primer kutatásunkhoz Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramjának kapcsolati hálójából különböző szervezeteket választottunk ki a köz- és magánszférából egyaránt, amelyeknek képviselőivel mélyinterjúkat készítettünk a program többi szereplőjével való kapcsolatuk elemzése, és az egyes kölcsönhatások feltárása céljából. Ezen interjúk szolgáltatták primer kutatásunk legfőbb eredményeit. Összesen hét darab mélyinterjú készült, melyből ötre a program támogatójaként megjelölt magánszférabeli vállalatok képviselőivel, illetve a program igazgatójával, kettőre pedig a közszféra oldalán azonosított szereplőkkel került sor. Az interjúk közül négy, személyesen a vállalatok és szervezetek székhelyén, illetve a szűrőprogram egy rendezvényén, egy e-mailben, illetve egy Skype-on történt meg.

A magánvállalatokat a program honlapján szereplő stratégiai partnerek közül választottuk ki úgy, hogy mindhárom támogatói kategória (aranyfokozatú főtámogató, főtámogató és támogató partner) képviselve legyen. (Itt jegyezzük meg, hogy az adatfelvétel óta, 2019-ben a honlapon megjelent egy új támogatói kategória a „gyémántfokozatú stratégiai főtámogató.”) Az interjúk átlagos időtartama egy óra volt, a kapcsolatok ARA-modell szerinti elemzéséhez kialakított vezérfonal mentén zajlottak, amely a kapcsolat kialakulására, a fenntartáshoz igénybevett erőforrásokra és azok sajátosságaira (4R-modell), illetve a kapcsolat minőségének megítélésére fókuszált. A kutatás keretén belül így a magánszféra oldaláról egy senior termékmenedzsert (1. számú gyógyszeripari cég marketingfőosztály), egy ügyvezetőt (2. számú gyógyszeripari cég divízió) kérdeztünk meg. Az e-mailen keresztüli interjú a 3. számú gyógyszeripari cég kommunikációs menedzserével, valamint a Skype-on lefolytatott megkérdezés egy diagnosztikai eszközt forgalmazó cég kereskedelmi képviselőjével készült.

Ahhoz, hogy az egészségügyi szakmai oldalról (közszféra) is adatokat nyerjünk a vizsgált kérdéskörökben, mélyinterjúkat készítettünk az Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet Élelmezés- és Táplálkozástudományi Főigazgatóság Táplálkozástudományi Főosztály dietetikus munkatársával, aki már a program kezdete óta jelen van a kezdeményezésben, illetve koordinálja és felelős az intézet és a program menedzsmentjének kapcsolatáért, valamint a dietetikai szakmai személyzet biztosításáért. További interjú készült az Országos Korányi Pulmonológiai Intézet egészségfejlesztő munkatársával is, aki az intézet prevenció programjainak szervezésében és azok lebonyolításában vesz részt. A program igazgatójával egyben koordinátorával és menedzserével, Dankovics Gergellyel közvetlenül, egy a program által biztosított rendezvény kezdete előtt került sor az interjúra. Az Igazgató úr nem csak a kapcsolatokról és a program működéséről, sajátosságairól szóló információkkal szolgált számunkra, de statisztikai adatok megosztásával, illetve már publikált, a program hatékonyságát szemléltet-

tő szakcikkek továbbításával is segítette a kutatást. Érdemesnek tartjuk megjegyezni, hogy a program igazgatója az egészségügyi szektor magánoldalán dolgozott már korábban is, két orvostechikai eszközöket értékesítő szervezet vezetőjeként, mielőtt a programot elindította. Kapcsolati tőkéjét a program elindításakor javarészt ezen korábbi tevékenységből szereztve, tapasztalt menedzserként, kiemelkedő tapasztalattal kezdeményezte a program elindítását. Az interjúk alanyait az 1. táblázatban foglaljuk össze.

1.táblázat

Összefoglaló az interjúalanyokról

Sorszám	Interjúalany	Vállalat/Szervezet	Köz -vagy Magánszféra (K)/(M)
1.	Senior termékmenedzser (marketingfőosztály)	1. gyógyszeripari cég	M
2.	Divízió ügyvezető	2. gyógyszeripari cég	M
3.	Kommunikációs menedzser	3. gyógyszeripari cég	M
4.	Programigazgató	MÁESZ	M
5.	Dietetikus (Táplálkozástudományi Főigazgatóság-Táplálkozástudományi Főosztály)	Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet (OGYÉI)	K
6.	Egészségfejlesztő	Országos Korányi Pulmonológiai Intézet	K
7.	Kereskedelmi képviselő	diagnosztikai eszközt (EKG) forgalmazó cég	M

Forrás: saját szerkesztés

Az interjúkat 2018. novemberében és decemberében, valamint 2019. januárjában és júliusában készítettük el azzal a céllal, hogy elemezzük a program köz- és magánszereplői közötti kölcsönhatásokat, megismerjük a kapcsolattartók személyes véleményét és tapasztalatait, illetve detektáljuk az együttműködéshez szükséges főbb igényeiket, motivációikat. Az interjúkról hangfelvétel készült (kivéve az említett e-mailes megkérdezés), melynek leiratos változata alapján tartalomelemzéssel elemeztük a nyert információkat. A továbbiakban az esettanulmány mentén a program általános bemutatását, valamint a szereplők közötti kapcsolatok sajátosságaira vonatkozó eredményeinket szeretnénk bemutatni, kiemelve a kapcsolatokra vonatkozó főbb megállapításainkat, kutatási kérdéseink megválaszolása érdekében.

Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramjának bemutatása, szereplői

Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja (MÁESZ 2010-2020) az Európai Unió irányelveit betartó,

országos lefedettségű megelőző program, amely 74 egészségügyi szakmai szervezet együttműködésével jött létre. Kutatásunkban a prevención belüli köz- és magánszféra szereplői közötti kölcsönhatásokra és azok összetételére koncentrálnak, mint a magyar emberek prevenciószolgáltatását létrehozó folyamat tényezőire. Ehhez a szereplők és a közöttük lévő kapcsolatok sajátosságainak feltárása előtt a program társadalmi szerepét és alapvető működését szeretnénk bemutatni az interjúk, illetve a programmal kapcsolatban vizsgált információk alapján.

A program egészségi állapotot fejlesztő és ellenőrző szolgáltatásokat nyújt a lakosság számára. E szolgáltatások révén az emberek információkat kapnak az egészségüket károsító tényezőkről, illetve ismereteket szereznek az egészséges életmódról és annak kialakításának lehetőségeiről. A folyamatos információmegosztás és szűrési szolgáltatások nyújtása révén a lakosság egészségügyi oktatásával a program rávilágít a megelőzés fontosságára. A legfontosabb rizikótényezők (pl. alkoholfogyasztás, dohányzás, fizikai aktivitás hiánya, elhízás) azonosításával emelik ki az országban (és Európában is) leggyakoribb halálokokat és az azokat előidéző rizikótényezőket, mint például a cukorbetegség, szívinfarktus, daganatos megbetegedések, stroke, COPD vagy az asztma (Dematron Health Service, 2018).

A program legfontosabb célja, hogy minden magyar állampolgár számára lehetővé tegye az egészségi állapot teljes ellenőrzését, függetlenül szakmától, nemtől vagy életkortól. A nyilvánosság számára biztosított információs platformok az egészségnapok. Ezeket az alkalmakat többnyire nemzeti ünnepeken és/vagy egészségügyi világnapokon (pl. Diabétesz Világnap, Magasvérnyomás Napja) rendezik meg, amelyeket minden évben a WHO és az Egyesült Nemzetek Szervezetének naptára határoz meg. A program platformja egy kis „egészségfalut” alkot, különböző állomásokkal, amelyek eltérő prevenciószolgáltatásokat kínálnak. A legfontosabb állomás a látogatók számára a program szűrőbusza, ahol 37 féle szűrésen vehetnek részt, átfogó képet kapva ezzel egészségügyi állapotukról. (A busz kapacitása alapján akár napi 5100 szűrés végezhető el.) Az elvégzett tesztek gyors, egyértelmű és azonnali eredményt adnak a résztvevőknek, ami a program egyik legnagyobb előnye. Kezükben az eredményekkel az emberek a kamionon kívül a kihelyezett „egészségpontok” valamelyikét is meglátogathatják, hogy további információkat és tanácsokat kapjanak állapotukra vonatkozóan egészségügyi szakemberektől. Egyéb állomások mellett, mint a sportsátor vagy tájékoztató látványfal, a résztvevők 3D-s filmeket nézhetnek meg az anatómiai mozi sátorban, ahol alapismereteket szerezhetnek az emberi test szerkezetéről és működéséről. A program nagy előnye a minden résztvevő számára biztosított „egészségkönyv”, amely alapján demográfiai (irányítószám, nem, életkor) és egészségügyi állapotukra vonatkozó információkat (dohányzás, fizikai állapot, családi anamnézis és a szűrővizsgálatokban való részvétel gyakorisága) megadva a szakemberek azonosítják a látogatók számára szükséges szűréseket, ezzel továbbítva a résztvevőt a kamionhoz. A

szűrés után az eredményeket (kardiológiai, vérnyomás, szív- és érrendszeri, fizikai, pulmonológiai és testösszetétel-vizsgálati eredmények) a könyvben rögzítik és az abban található vonalkód alapján saját adatbankba mentik. A könyv alapinformációkat is tartalmaz a programról (a program társadalmi célja, a szűrések célja, részvételi statisztikák, a program által elnyert díjak listája), illetve bemutatja a stratégiai partnerek és a szakmai szervezetek sajátosságait, céljait, termékeit. A 2010-től 2017-ig több mint 1500 különböző helyszínen végzett, több mint hatmillió szűrés jól szemlélteti a program sikerét (Barna et al., 2019).

Kutatásunk során három fő szereplői csoportot határozhatunk meg, melyek hozzájárulnak a program sikeréhez: közintézmények és szakmai szervezetek (szakmai és koordinációs bizottság tagjai), magánszféra szereplői (stratégiai partnerek vagy médiapartnerek) és a program-szervezők. E három kategória igen sok emberi, pénzügyi, fizikai és információs erőforrást foglal magába, amelyek azért működnek együtt, hogy a megelőző szolgáltatások tökéletes csomagját hozzák létre, ezáltal értéket teremtenek mind saját maguk, mind pedig a magyar lakosság számára. A továbbiakban ezeknek a szereplőknek a jellemzőit és funkcióit ismertetjük, közös céljukra és együttműködésük előnyeire összpontosítva.

A közintézmények és szakmai szervezetek képviselői alkotják a program szakmai és koordinációs bizottságát, amely összesen 74 szervezetből áll. Három minisztérium (Emberi Erőforrások Minisztériuma, Agrárminisztérium, Pénzügyminisztérium) összesen nyolc államtitkársága mellett, mintegy 15 kormányzati szerv (pl. rendőrség) és 51 tudományos társaság, alapítvány és szakmai szervezet (pl. Magyar Neurológiai Társaság, Magyar Nemzeti Szív Alapítvány, Magyar Cukorbeteg Társasága) tagja e bizottságnak. A bizottság tagjai vezető, irányító és tervezői szerepet egyaránt betöltenek a megfelelő számú és szakmai színvonalú személyzet és kormányzati támogatás biztosításának érdekében.

A magánszféra szereplői stratégiai partnerként 3+1 kategóriában jelennek meg a programban (2018-ig). A médiatámogatók alkotják a „+1” kategóriát (TV-csatornák, folyóiratok és online portálok), amelyek a program különböző médiamegjelenéseit és a róla való előzetes lakossági tájékoztatást biztosítják. A stratégiai partnerek támogatásuk értékétől függően három kategóriába sorolhatók (2018-ig): aranyfokozatú fő támogató, fő támogató és támogató. Minden partner az általa nyújtott logisztikai, pénzügyi és fizikai támogatásához mérten kérvényezhet úgynevezett „saját napokat” amely alkalmakon a szűrőbusz kifejezetten a partner vállalatát meglátogatva az ott dolgozókat szűri, vagy kifejezetten a cég profiljához igazítva, minden ember számára elérhető prevenciószolgáltatást szervez. Utóbbi úgy képzelhető el, ha például egy gyógyszeripari vállalat profilja a cukorbetegség megelőzése vagy annak monitorozása, akkor a vállalat a kirendelt saját napján a MÁESZ Program is kifejezetten a diabétesz prevencióját célozza meg, valamint kivetítőin és hirdetőfelületein az adott céget vagy annak üzenetét/termékét népszerűsíti. A stratégiai partnerek egyúttal a szakmai szervezetek, tuda-

mányos társaságok rendezvényein is megjelennek a program keretében, mint például konferenciákon és szimpóziumokon, népszerűsítve ezzel az egészségügyi szakmai körökben magukat, illetve termékeiket.

A szervezők és a program munkatársai (közel 2000 alkalmazott) vezető szerepet játszanak a szereplők közötti kapcsolatok kialakításában. Mint szereplő, inkább a közsférához kapcsolódnak (ezért is szerepeltettük a program igazgatóját az 1. táblázatban a közsférába tartozónak), ám „hídként” funkcionálnak a köz- és magánszféra szereplői között. A szervezők a megfelelő tervezés, szervezés és irányítás érdekében mindkét oldallal állandó kommunikációs kapcsolatot tartanak fenn, valamint front office téren ők juttatják el a prevenció program szolgáltatásait a fogyasztók számára.

A szereplők évente egyszer Országos Népegészségügyi Konferencia keretében összegyűlnek az elmúlt időszak eredményeinek összegzése, illetve a következő támogatott időszak ütemezésének tisztázása céljából (a következő egy év ütemtervének és programjának véglegesítése). Ezen a konferencián a szereplők tájékoztatást kapnak a szervezők és a szakmai bizottság tagjai által az előző év(ek) összegyűjtött adatairól, lakossági részvételről, rizikófaktorok gyakoriságáról, valamint a betegségek incidenciájáról egyaránt, melyeket a szűrőbusz által elvégzett szűrések alapján rögzítenek (Barna et al., 2019). A konferencia minden résztvevő számára lehetőséget nyújt arra, hogy ha szándékában áll, akkor felvázolja jövőbeli terveit, kutatásait (döntően a szakmai szervezetek számára), illetve megerősíti és szinkronizálja a köz- és magánszféra közösen kitűzött céljait, melyek az alábbiak:

1. a prevenció (főként a primer prevenció) fontosságának kiemelése,
2. minél több információ átadása az egészséges életmódról a polgárok számára, illetve a kritikus egészségügyi faktorok hangsúlyozása,
3. a szolgáltatás folyamatos és ingyenes biztosítása a lakosság számára,
4. a szereplők együttműködésének, illetve programban való részvételének folyamatos erősítése.

A program megosztási fórumot és egy tökéletes platformot biztosít az egyes szereplők értékeinek, üzeneteinek a nyilvánosság, illetve a többi szereplő felé történő közvetítésére. A következőkben bemutatjuk a szereplők közötti kapcsolatok sajátosságait, elemezve a detektált kölcsönhatásokat kutatási kérdéseink megválaszolása érdekében.

A program szervezetközi kapcsolatainak sajátosságai

A szervezetközi kapcsolatok értékelésénél eredményeinket az ARA-modellre és az erőforrások sajátosságait tekintve a 4R-modellre adaptálva kívánjuk összefoglalni. A kapcsolatok összetettsége három típusú kötelék mentén elemezhető az ARA-modellben (Håkansson & Snehota, 1995). A *tevékenységkötelékek* értelmezése során a vállalati határokon belüli és kívüli tevékenységekre is összpontosítottunk. Megfigyeltük a kapcsolatok kialakulását

és fejlődését, valamint kiemeltük a programban fellelhető tevékenységek típusait és koordinációs sajátosságait. Az *erőforrás-kötelékek* elemzése során azonosítottuk a különböző erőforrásokat melyeket erőforráscsoportokba, ezen felül erőforrás-konstellációkba soroltunk. Az erőforrások elemzése során figyelmet fordítottunk azok (közvetlen és közvetett) kapcsolataira a 4R-modell alapján, értelmezve eredményeinket. (Håkansson & Waluszewski, 2002, idézi Håkansson et al., 2009). A *szereplők kötelékeinek* sajátosságait ismertetve pedig rá szeretnénk mutatni arra, hogy a szereplők hogyan érzékelik és hogyan viszonyulnak egymáshoz kialakult kapcsolataikban, és milyen erősnek érzik azokat.

A *tevékenységi kötelék* szintjén az interjúk eredményeiből egyértelműen kirajzolódott a stratégiai partnerek támogató szerepének jelentősége a program (ezen belül is a programigazgató személye) felé. A programigazgató ezért a támogatásért cserébe biztosítja a lakossági, illetve a szakmai köztudatban való megjelenést a stratégiai partnerek vállalatai számára, mely az interjúkból is igazolást nyert.

„Előnyt cégünk számára mindenképp PR-szempontról fogalmazhatunk meg. Erősödik vállalatunk piaci imázsa. A programhoz tartozó összes kiadvány, megjelenési felület, a saját tervezésű standos megjelenés mind ezt biztosítja számunkra.” (1. számú gyógyszeripari cég termékmenedzsere)

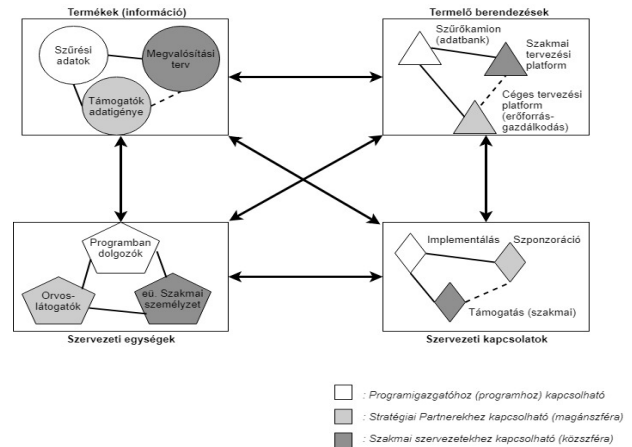
Kétségtelen továbbá, hogy a közintézmények és szakmai szervezetek is támogatást nyújtanak (nemzeti szintű elismertség, díjak, szakmai emberi erőforrás, szakértelem és tudás), de ezen erőforrások lényegesen eltérnek a privát oldalról származó forrásoktól (a közintézmények finanszírlisan nem támogatják a programot). Mind a szakmai, mind a magánoldali támogatásért cserébe a programigazgató a program adatbankjából értékes információkat (szűrési adatokat, részvételi arányokat) szolgáltat a szereplőknek.

„Jelenleg Magyarországon nincs hasonlóan nagy komplexitású és gyakran látogatott prevenció program, amely olyan naprakész adatokat és statisztikákat biztosít a közreműködő szereplőknek, mint ez.” (Programigazgató)

A tevékenységek által kirajzolt minta a szereplők közötti információcserére alapul. A külső tevékenységek esetében (program működését nem érintő tevékenységek) a privát és közszereplőknek egyaránt a programban történő, vagy annak támogatásában való részvétel miatti változásokat megfelelő módon, helyen és időben saját belső vállalati rendszerébe is implementálnia szükséges. Ez a költségvetésen, a számviteli folyamatokon, a készletgazdálkodáson, a logisztikai és HR-részlegen keresztül a magán- és közsférában is egyaránt folytonosan megjelenő feladat a kapcsolatok folyamatos fejlődése miatt. Például a diagnosztikai eszközt forgalmazó céggel készített interjúból kiderül, hogy a program "sikeréről" eladási statisztikáikon keresztül is kapnak visszajelzést (programrész-

1. ábra

A program erőforrásainak viszonya a 4R-modell alapján



Forrás: Håkansson & Waluszewski (2002) alapján saját szerkesztés

E kategóriákba az információkat a szereplők által létrehozott produktumként is besorolhatjuk, amelyek kapcsolataik és egymással történő kölcsönhatásuk eredményeként jelennek meg. A szűrési adatok és statisztikák olyan produktumok, amelyek a program helyszínein, majd telephelyein (szűrőbusz mint termelő berendezés) szoftveres analitikával epidemiológiai adattárat eredményezve, majd azt elemezve keletkeznek. Az előállított statisztikák tárgya a stratégiai partnerek adatigényeit jelző információkon, illetve a szakmai szervezetek által kialakított megvalósítási terven alapul. A programigazgató elmondása alapján a szakmai szervezetek tagjai gyakran jeleznek adatigényt különböző akadémiai kutatásaikból fakadóan, így az ilyen típusú igényeket is igyekeznek a megvalósítási tervbe építeni. Ezek alapján kölcsönös közvetlen függés mutatható ki a megvalósítási terv információi és a szűrési adatok, illetve a szűrési adatok és a támogatók adatigényét jelző információk között. A program a fókuszált betegségszempontot és az adatelemzést az igények és a megvalósítási terv alapján végzi, valamint a privátoldal szereplőinek kéréseit a tervezésbe építve a programigazgató is hat a megvalósítási terv adataira. Ezáltal a megvalósítási terv információi, illetve a adatigényt jelző információk között közvetett kölcsönhatás (az ábrán folytonos vonallal jelölve) áll fenn.

A kormányzati oldal szakmai támogatása és a program köztudatban való elismerésének elősegítése kiemelt a szervezeti kapcsolatok által generált előnyökben, mivel nemcsak a programot és annak tevékenységét ismeri el, de a programot támogató stratégiai partnerek számára is biztosítja a megfelelő platformot azon tevékenységek megvalósításához, amelyekkel CSR-portfóliójukat bővíthetik. Ezáltal, szintén egy közvetett kapcsolat (az ábrán szaggatott vonallal jelölve) detektálható a szponzorálás és a közintézmények részéről biztosított szakmai támogatás között.

A 4R-modellje szerint fontos a szervezeti (ez esetben a programban megjelenő) erőforrásokra alapozott szervezeti egységek definiálása is, hiszen az emberi tőke az

vétel miatt adott engedménykupon kódja alapján), amely adat a következő évi termék-előállítás és marketingtevékenységre fordított költségeik tervezését nagyban befolyásolja. A (program működését érintő) belső tevékenységek a kapcsolatok elmélyülésével folytonos fejlődést mutatnak a program szereplőinek viselkedésében. Ez a fejlődés a kapcsolatok rutin és biztonság alapú elmélyülésével valósul meg.

Összességében az erőforrás-kötelékek elemzése során három erőforráscsoportot azonosítottunk: emberi erőforrásokat, pénzügyi erőforrásokat, diagnosztikai berendezéseket vagy eszközöket. A stratégiai partnerek különböző kategóriái határozzák meg, hogy milyen értékben és gyakorisággal nyújtanak támogatást a MÁESZ-nak. A támogatás megnyilvánulhat financiálisan, vagy akár fizikai eszközök biztosításában is (pl. szűrőszek szükséges berendezések, diabétesz teszteszközök biztosítása).

„Számunkra az volt a fontos, hogy egy pontos és megbízható vércukormérővel történjenek ezek a mérések, és akinél kiugró értéket tapasztalnak, azoknak átadjanak egy szóróanyagot a diabétesz kezdeti lépéseiről.” (2. számú gyógyszeripari cég divízió ügyvezetője)

Mint a programigazgatótól megtudtuk a döntő tényező (bármilyen formában is biztosít adott vállalat támogatásképpen erőforrást a program részére) mindig az adott erőforrás értéke, a nyújtott támogatás haszna a program számára, hiszen ehhez mérten veszik figyelembe az adott stratégiai partner kéréseinek megvalósíthatóságát a program tervezése során. A gyógyszeripari cégek rendszerint orvoslátogatókat küldenek vállalatuk képviselőjeként a MÁESZ programjaira, a termékeikről, vagy adott betegségszemponttal való tájékoztatás megtartására. Emberi erőforrásként említhetők meg a privát oldal vállalatainak oldaláról maguk a programmal való kapcsolattartók is, akik idejüket, energiájukat, tudásukat és tapasztalatukat (10-13 év) adják a kapcsolatok erősítése érdekében. Vizsgálatunkban a legjelentősebb erőforrásnak az információ bizonyult, amely az erőforrás-konstellációkat kialakító összes kapcsolatban megjelenik. Ez formálja a tevékenységeket, változtatja meg az eltérő erőforrás-gyűjtemények nagyságát, és kapcsolja össze a szereplőket egymással. Kiemelendő az is, hogy ez egy alternatív erőforrás, amelynek különböző típusai minden szereplő számára eltérő mértékben és eltérő tevékenység eredményeként fontosak. E tulajdonságából kiindulva a 4R-modell alapján, forrásuk szerint elemeztük a program kapcsolati hálójában fellelhető információkat. A 4R alapján felvázolható kapcsolatokat az 1. ábra szemlélteti. Döntően három típusú információt tudunk azonosítani a kapcsolatok termékeként: 1) a programigazgató és a program személyzete által szolgáltatott szűrési adatokat és statisztikákat, 2) a támogatók adatigényét jelző információt, illetve 3) az évente megtervezett programmegvalósítási terv információit, amelyet a szakmai szervezetekből álló szakmai és koordinációs bizottság évente újít meg a MÁESZ éves kampányainak és programtervének kialakításakor.

információt előállító tevékenység bázisát szolgáltatja. Interjúink eredményeit tekintve mindenképp meg kell említenünk a szakmai szervezetek, illetve a privát cégek által a programba delegált szakmai személyzetét (gyógyszeripari cégek esetén: orvoslátogatók), akik a programszervezőkkel és annak saját személyzetével együtt alkotják a vizsgált kapcsolatok emberi erőforrását. A feljükk támasztott követelményt és működési elveiket az előbbieken elemzett információforrásokból létrehozott adatok alapján határozzák meg.

„Ki vannak emelve azok a rendezvények amelyek dietetikusként részt kell vennünk. Amikor jelen van a helyszínen dietetikus, akkor az adott témához igazítva történik a táplálkozási tanácsadás. Például a most következő januári egyeztetésen már előre meghatározva tudjuk, hogy a víz világnapja alkalmából lesz kiemelt eseményünk, melyen a kamiont kísérve szeretnénk jelen lenni, és a tanácsadást a víz fogyasztásának fontosságát kiemelve megvalósítani.” (OGYÉI-Dietetikus)

Az információk szerepének részletezése után az ARA-modell szereplői kötelékeit az alábbiak szerint azonosítottuk. Eredményeinkből megállapítható, hogy minden szereplőnek egy igen jól körül határolt pozíciója van a programban feltérképezett kapcsolati hálóban, melyet az általa biztosított erőforrások (ezek részeként legfőképp az információ) határoznak meg. Ezek összegzéseként közvetett, ám erősen függő kötelék határozható meg a köz- és magánszféra intézményei között, egyrészt a kormányzati támogatáson alapuló köztudatban való ismertség és szakmai személyzet biztosítása, másrészt a program által nyújtott szolgáltatások előállítási költségeinek finanszírozása miatt. A tervezési és megvalósítási fázis kivitelezésével a programigazgató a szereplői kötelékek egy olyan összeköttetési pontját adja, amely az irányába kiépített bizalomra és kommunikációs rutinra alapozva fuzionálja a különböző tevékenységeket, megalapozva az oldalak közötti közvetett interakciót és centralizálva a kapcsolati háló folyamatait.

Fontos továbbá a köz- és magánszféra közötti eltéréseket, és azoknak a program kapcsolataira/szereplőire gyakorolt hatásait is figyelembe vennünk. Antal Zsolt (2018) tanulmányában említi, hogy a közsféra és a versenyszféra kommunikációs gyakorlatát befolyásoló különbségek dimenziókra különíthetők, melyek közül az egyik legfontosabb a két szférát befolyásoló jogszabályi környezet. Jogi szabályozást tekintve fontos kiemelni, hogy tisztán állami szervezésű prevenciós rendezvényeken/szűréseken nincs a privátcégeknek lehetőségük semmilyen marketingtevékenységre, nem jelennek meg támogatók, promóciós tevékenység nem engedélyezett. Ezzel szemben a magánoldalon a cégek kooperációjából születő rendezvényeken (pl. Spar futás), vagy a MÁESZ esetében ez biztosított, mint potenciális megjelenési platform (lsd. korábban).

Az eltérő szabályozás az emberi erőforrások területén is különbségeket mutat. "Közös", mindkét oldalon megjelenő személyzeti szereplő, a szakorvos, aki a magáncégek,

illetve a MÁESZ rendezvényein is jelen van, elmondható, hogy esetében a feladatokban és a bérezésben jelennek meg különbségek. Míg állami oldalon általános feladatok a diagnosztika, járó- és fekvőbetegellátás, addig a prevenciós rendezvényeken rendszerint tanácsadói szerepet vállalnak. A magánoldal (ez esetben a MÁESZ) felismerte, hogy a szakorvos jelenléte és tanácsa ezeken a rendezvényeken igen erős meggyőző erővel bír a lakosság körében, így helyi intézményekből rendszeresen delegáltak ilyen jellegű munkaeőt rendezvényeire. Magánoldalon hasonló jellegű feladatokért órabért fizetnek, míg természetesen az állami szférában állandó munkaviszonyt folytatnak ezek az orvosok. Javadalmazásuk a privátszervezetek profitjából, megszerzett tőkéjéből történik, míg állami oldalon az intézményi gazdálkodás biztosítja ezt, az elvégzett szolgáltatásokért befolyó állami finanszírozásból (pl. járóbeteg-ellátás kezelése – Német pontalapú finanszírozás).

Nem utolsó sorban kiemelendő az is, hogy az esettanulmányban vizsgált kapcsolatok meglete egy olyan platformot hoz létre a MÁESZ működése által, ahol a közsférában menedzselt betegéletút felgyorsul. Fél óra leforgása alatt történnek meg olyan vizsgálatok, melyekre adott esetben állami úton hónapokat kell várni beutalás és időpontkérés miatt. A magánoldalról eddig is tudtuk, hogy ennek meggyorsítása, az ezen az oldalon tevékenykedő szereplők által nyújtott szolgáltatások esetében fennáll, azonban ebben a programban mindez díjmentesen történik a lakosság számára.

Az eredmények értékelése

A kutatási eredmények rámutatnak az általunk feltérképezett szervezetközi kapcsolatok legfőbb jellegzetességeire, mely kapcsolatok céljukat tekintve önkéntesen, megfelelő szintű koordinációval az értékteremtést előtérbe helyezve jönnek létre. Az eredmények alapján a továbbiakban összefoglaljuk a MÁESZ-program sikertényezőit:

• A programigazgató menedzseri szerepe, vezetési stílusa

A köz- és magánszféra szervezeteinek mind külső, mind belső működésének szempontjából a program egy központi platformot képez. A két oldal közötti kapcsolatot tekintve, a kapcsolódás maga a programon keresztül, közvetetten valósul meg, amely esetben vagy a program, vagy az adott szervezet kezdeményezésének eredményeként indul meg a kapcsolat kialakítása. A program személyzetével, ezen belül is a programigazgatóval létrejövő közvetlen kapcsolatok biztosítják az összefüggő kapcsolati hálóban elhelyezkedő közvetett kapcsolatot. A programigazgatónak nemcsak kapcsolati, de menedzseri szempontból is kiemelt szerep tulajdonítható. Már korábbi szakirodalmak is jegyzik, hogy egy ekkora felelősséggel felruházott programmenedzsernek igen széles körben kell nagy súlyú szervezési és döntéshozói feladatokat együtt ellátnia, a tervezési szakasztól a befektetők meggyőzésén át a szakmai eszköztár biztosításáig (Sylvia & Sylvia, 2012). Az eredményekben is említett korábbi tapasztalatai alapján az igazgatónak sikerült egy olyan működési platformot

kialakítania, melyben a szervezet (a program funkcionális egységeinek) alrendszeri által előállított eredményeket (adatokat) a stratégiai és szakmai partnerek input erőforrásaival kombinálva, stabil kapcsolatokat állít elő. A környezeti tényezők figyelembevételével a szereplők véleménye alapján is állandó figyelmet fordít a technológiai, információs és gazdasági változásokra, melyhez a szereplők által igényelt adatszolgáltatást is folyamatosan hozzáigazítja, biztos alapot nyújtva ezzel a kapcsolatok folyamatos fejlődésének. Kiemelt szerepet kap a bizalom kiépítése is, amelyre a programigazgató szerint az összes szereplői kötelék alapszik, melyben nagy szerepet játszik a Johnson és Indvik (1999) által említett menedzseri érzelmi intelligencia alkalmazása is a kapcsolatépítések során. A folytonos elérhetőség és kérdésfeltevés/egyeztetés lehetőségének biztosításával, a vállalatok könnyebben döntenek támogatói tőkéjük vagy eszköztáruk, illetve a szakmai szervezetek, emberi erőforrásaik programba való investálásával mellet.

• A lakosság felé közvetített üzenet támogatásában való részvétel lehetőségének biztosítása

Kutatási kérdéseink esetén a motivációval kapcsolatban kiemelnénk a program által nyújtott megjelenési platformot, mely országos szintű ismertséget biztosít a stratégiai partnerek és termékek számára, illetve a szakmai szervezetek kampányainak népszerűsítésére. A program általi ismertség lényeges szempont a vállalatok egyéb tevékenységei során, a fogyasztók elérésére kialakított kommunikációs mix esetében is, mivel hangsúlyozza a vállalat által felvállalt társadalmi gondoskodást, illetve a prevenció fontosságának támogatását.

„Ez a program nem akarja kiváltani az állami intézményeket, egy impulzust kíván nyújtani az állampolgároknak, hogy időben felismerjék a megelőzést és annak fontosságát.” (Programigazgató)

Ezen üzenet közvetítésének támogatójaként a fogyasztók előnyben részesíthetik a vállalatot a hétköznapi fogyasztói döntések meghozatala során is.

• Kisebber erőforrás-szükséglet mind a magán-, mind a közszféra oldalán

A vállalatokat és a közszféra szervezeteit egyaránt motiválja a kapcsolatok által jelentősen redukált mennyiségű erőforrást igénylő gazdálkodás kialakítása. A vállalatoknak és a szervezeteknek egyaránt több erőforrást kellene e tevékenységekbe fektetniük, amennyiben a programban való részvétel nélkül, önállóan szeretnének hasonló tevékenységű programot megalapítani. Így megállapítható, hogy a létrejövő kapcsolati háló a szervezetek ezen irányú céljának nemcsak eredményes, de hatékony elérését is segíti.

• **A szűrővizsgálatok kedvező ára a támogatók részére**
Lényeges szempont az is, hogy a program által a támogatás mértékéért cserébe felajánlott saját napokon lényegesen kisebb összegért végezhetnek alkalmazotti szűrőseket

a vállalatok (pl. a Programigazgató említette, hogy míg egy a piacon tevékenykedő vállalat menedzseri szűrőseket 200000,-Ft/főért kínál, addig a program esetében ez akár 4000,-Ft/főért megoldható, így ezért is jellemző a MÁESZ támogatására való jelentkezési "Teltház" minden évben).

• A definiált kapcsolatokon keresztül létrejövő erőforrások felkínálása, ezen belül is a keletkező információ értéke

A program megvalósításához való kapcsolódást az általa szerezhető előnyök, sikertényezők is motiválják, melyekhez kapcsolatosan, a definiált kapcsolatokon keresztül létrejövő erőforrások, ezen belül is a keletkező információ bizonyult kulcsfontosságúnak. A forprofit piacon, a programból kapott információ által a privátoldali szereplők sokkal tájékozottabbak a fogyasztók egészségi állapotában létrejövő változásokról, vagy életmódbeli szokásaik és igényeik módosulásairól, mint a programban nem részt vevő versenytársaik. Ezen információkat (mint a kapcsolatok eredményeként létrejövő új erőforrást) vállalatok belüli erőforrásokkal kombinálva segíthetik saját működésüket, mellyel hosszú távú versenyelőnyt szerezhetnek a piacon. A közszféra szervezetei számára a programban keletkező információ a betegségek vagy az azokat előidéző rizikótényezők incidenciájának felmérésére, illetve ezek megelőzésére, vagy várható kezelési igényével kapcsolatos erőforrás-tervezéshez szolgál alapul, mely intézkedéseket államigazgatási szinten is implementálnak a hazai intézményi rendszerbe és egészségügyi szolgáltatásokba.

Összességében elmondható, hogy a program egy sikeres kezdeményezés, nemcsak a magyar lakosság körében elért eredményeit tekintve, de a szervezetek közötti kapcsolatok biztosítása terén is, a lakosság egészségi állapotáról nyújtott „up-to-date” információk, illetve a köz- és magán-szféra szervezeteinek összekapcsolása szempontjából is.

További kutatási javaslatok

Eredményeinkben bemutattuk, hogyan hatnak a MÁESZ-el való kapcsolatok és az azokból származó információk a vállalatok működésére, ám érdekes lenne egy olyan esettanulmány elvégzése is, ahol ezt a hatást egyéb vállalati kapcsolatokból érkező inputokkal kombinálva is meg lehetne vizsgálni, esetleg termelésre, vagy belső menedzseri döntésekre, stratégia kialakítására vonatkozóan megfigyelni. Érdemes lenne ezt egy konkrét vállalatra nézve, kvantitatív módszerekkel az erőforrás-gazdálkodás és az ahhoz tartozó döntéseken keresztül feltárni (pl. piaci pozíció változása, profit módosulása).

Mivel a program a lakosság számára is kedvező lehetőséget nyújt, hiszen ingyenesen biztosítja a szűrőseket és a tanácsadást, az egészségtudatosság üzenetét közvetítve, nagyon fontosnak tartjuk a B2C irányba való jövőbeni kitékintést is. Ennek keretén belül a program által közvetített üzenet igazolását, illetve társadalmi hatását lehetne kvantitatív módon (pl. helyszíni kérdőív) vizsgálni, melynek kiértékelése által detektálhatók lennének a különböző fogyasztói preferenciátényezők, illetve az észlelési térkép.

Eredményeink alapján elmondható, hogy a program-igazgató vezetési stílusa kiemelt sikereket hoz a program kapcsolati hálójának bővítését/erősítését tekintve. Érdekes lenne mind kvantitatív, mind kvalitatív eszközökkel megvizsgálni, hogy hasonló helyzetben eltérő iparágban is ugyanilyen hatás tapasztalható-e a köz- és magánszféra kapcsolataiban, ugyanezen vezetési stílus alkalmazásával, egy szituációelméleti modellen keresztül.

Felhasznált irodalom

- Abrahamsen, M.H., Havensid, M.I., & La Rocca, A. (2017). Researching the Interactive Business Landscape. In Håkansson, H. & Snehota, I. (eds.), *No business is an island: Making Sense of the Interactive Business World* (pp. 253-273). London: Emerald Publishing.
- Ádány, R. (ed.) (2012). *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Budapest: Medicina Kiadó.
- Antal, Zs. (2018). A közszolgálati kommunikáció eredményességére ható tényezők: A közszféra és a versenyszféra kommunikációs gyakorlatát befolyásoló különbségek. *Vezetéstudomány*, 49(4), 68-76. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2018.04.07>
- Barna, I., Daiki, T., Kékes, E., & Dankovics, G. (2019). Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja 2010-2020-2030 (MÁESZ) eredményei 2010-2018, az első kilenc év'. *Lege Artis Medicinae*, 29(3), 111-119. <https://doi.org/10.33616/lam.29.012>
- Bazzoli, G.J., Stein, R., Alexander, J.A., Conrad, D.A., Sofaer, Sh., & Shortell, S.M. (1997). Public-Private Collaboration in Health and Human Service Delivery: Evidence from Community Partnerships. *The Milbank Quarterly*, 75(4), 533-561. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.00068>
- Bódi-Schubert A. (2011). A vevő-beszállító kapcsolat elméleti megközelítései és empirikus szemléltetésük. *Vezetéstudomány*, 42(2), 58-70.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. Oxford, England: Basic Books.
- Chandra, A., Acosta, J.D., Carman, K.G., Dubowitz, T., Leviton, L., Martin, L.T., Miller, C., ...Plough, A.L. (2016). Fostering Cross-Sector Collaboration to Improve Well-Being. In *Building a National Culture of Health* (pp. 62-81). RAND Corporation. Retrieved from www.jstor.org/stable/10.7249/j.ctt1b67wjh.14
- Dematron Health Service (2018). *Egészség Könyv: Magyarország átfogó egészségvédelmi szűrőprogramja* (pp. 1-8).
- Dubois, A. & Araujo, L. (2004). Research methods in industrial marketing studies. In Håkansson, H., Harrison, D., & Waluszewski, A. (eds.), *Rethinking marketing – Developing a new understanding of markets* (pp. 207-227). Chichester: John Wiley & Sons.
- Ford, D. (2003). *Business marketing*. Budapest: KJK Kerszőv.
- Gelei A., Dobos I., & Bódi-Schubert A. (2016). Üzleti kapcsolatok kutatása. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Håkansson, H. (ed.) (1982). *International marketing and purchasing of industrial goods: An interaction approach*. Chichester: Wiley.
- Håkansson, H. & Snehota I. (eds.) (1995). *Developing relationships in business networks*. London & New York: Routledge.
- Håkansson, H., Ford, D., Gadde, L., Snehota, I. & Walusewski, A. (2009). *Business in networks*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Håkansson, H., & Waluszewski, A. (2002). *Managing Technological Development, IKEA, the Environment and Technology*. London: Routledge.
- Johnson, R. P. & Indvik, J. (1999). Organizational benefits of having emotionally intelligent managers and employees. *Journal of Workplace Learning*, 11(3), 84-88. <https://doi.org/10.1108/13665629910264226>
- KSH (2018). *Egészségügyi kiadások alakulása (2003–). Kimutatás száma:2.4.1*. Retrieved from https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fec001a.html
- Mandják T. (2005). Marketing-szemléletmód és az üzleti kapcsolatok. *Vezetéstudomány*, 36(5), 14-24.
- Porter, M.E. & Teisberg, E.O. (2006). *Redefining health care – Creating value-based competition on results*. Boston, Mass: Harvard Business School Press.
- Simon J. (2010). *Marketing az egészségügyben*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Simon J., Mandják T., & Szalkai Zs. (2011). Különböző beszerzői magatartásminták a magyarországi kórházak körében. *Vezetéstudomány*, 42(2), 21-32.
- Sylvia, D.R. & Sylvia, M.K. (2012). *Program Planning and Evaluation for the Public Manager*. New York: Waveland Press.
- Vokó, Z. & Kaló Z. (2012). Prevenció – kiadások – hatékonyság. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 50(1), 6-8.