



**Gazdálkodástudományi
Doktori Iskola”**

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Dr. Lantos Zoltán Tibor

**Közösségi egészségélmény modell
Egészségcélú együttműködések rendszerén alapuló
szolgáltatásfejlesztés a gyakorlatban**

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Dr. Simon Judit, CSc

egyetemi tanár

Budapest, 2018

Marketingkutató és Fogyasztói Magatartás Tanszék

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Dr. Lantos Zoltán Tibor

**Közösségi egészségélmény modell
„Egészségcélú együttműködések rendszerén alapuló
szolgáltatásfejlesztés a gyakorlatban**

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Dr. Simon Judit, CSc

egyetemi tanár

© Dr. Lantos Zoltán Tibor

I. Kutatási előzmények és a téma indoklása

A világgazdasági és társadalmi trendek elemzői szerint az elkövetkező évtizedekben a teljes és fenntartható egészség iránti igény lesz az innováció egyik hajtóereje, valamint a gazdasági fejlődés meghatározó motorjává az egészséggazdaság válik. Ebben a folyamatban az egészségügyi szolgáltatások rendszere is átalakul, alkalmazkodva környezetének változásaihoz. Egyrészt a technológia annak központi szerepe helyett egyre inkább a páciensközpontúság kiszolgáló elemévé válik, másrészt felértékelődik a kezelések gyakorlati életben mutatott költséghatékonysága és eredményessége, mert a forrásszűkösség továbbra is a közszolgáltatási rendszerek jellemzője marad.

Az utóbbi években megerősödött globális tendenciák szerint az egészségügyi szolgáltatások megszervezése és működtetése során a beteg, illetve a szolgáltatást igénybe vevő ügyfél került a középpontba. Hagyományosan az egészségügy egyirányú folyamatként tekintett a gyógyításra, saját magára vállalva minden felelősséget és a gyógyítás tárgyának kezelve a beteget. Az orvosok jellemzően 'egyéni hősként' látták el a pácienseiket az éppen aktuális intervencióra összpontosítva. Az új egészségügyben mindez eltolódik az interaktív kapcsolat és a közös felelősség irányába, ahol a páciens mint ügyfél együttműködése, magatartása és saját döntése felértékelődik. Emellett az orvosok egyéni felelőssége helyett egyre nagyobb szerepet kapnak a terápiás és az azon túlmutató egészségcélú együttműködések, egyrészt a különböző szakmákban járatos orvosok és egészségügyi szakemberek között, másrészt a szolgáltatásban közreműködő partnerekkel, a szociális rendszer szereplőivel, valamint a civil szervezetekkel.

A szemléletváltás azt is jelenti, hogy a sikeres gyógykezelés eredményessége nem csupán a gyógyítási folyamatok korszerűségén és megfelelőségén múlik, hanem a terápiát nyújtó szakemberek mellett a páciens aktív részvételét, felelősségvállalását is igényli. Különösen igaz ez a megelőzésre jellemző és a rehabilitációt követő egészségfenntartás területén. A páciensek önmenedzsmentjük fokozása, motivációjuk növelése és folyamatos aktivitásuk megalósítása érdekében ma már számos szakmai és technikai segítséghez juthatnak hozzá. Ebben hangsúlyozott szerepet kap az ügyfél páciens szemlélyéhez igazodó módon egyéniesített tájékoztatása, valamint a kezelés során tájékozott beleegyezése és döntése a kezelési, gyógyítási folyamat céljáról, lehetséges kockázatairól, valamint az együttműködéssel elérhető eredményekről.

Rendszerszinten az egészségügyi szolgáltató oldalán érvényesített, beavatkozásokra alapozott kontrollok működtetése egyre kisebb hatékonyságnövekedést képes eredményezni, a rendszerben mára már egyetlen szereplő maradt, aki a költséghatékony gyógyítás és gyógyulás meghatározó elemévé vált, maga a szolgáltatás hasznélvezője, a beteg, illetve páciens. Különböző vizsgálatok, tanulmányok mutatják, hogy a gyógyítás

eredményességében a legnagyobb tartalékok az ő összehangolt kiszolgálásában és támogatásában, valamint együttműködésében vannak [Vermeire2001].

Az egyes szeparáltan, pontszerűen kezelt intervencióknak a páciens érdekében történő összehangolása területén óriási hiányosságok mutatkoznak, és a hatékonyságjavításnak ez az egyik kiemelt célpontja. A beavatkozások szinte független egymásutánisága, illetve egymásmellettsége helyett egymással pontosan összehangolva jóval nagyobb értéket tudnak megvalósítani. Másrészt a páciensek életmódjában, viselkedésváltozásában, az orvosi és gyógyszereszedési javaslatok követésének pontosságában is jelentős hiányosságok mutatkoznak, amelyek a kezelési eljárások eredményességét rendkívül kiszámíthatatlanná teszik.

A gyógyító szolgáltatások történetét és fejlődését azok változási irányai szerint vizsgálva összegzésként kiemelhetjük, hogy

- a hatásosság-elvű megközelítés helyét az elmúlt fél évszázadban egyre inkább a hatékonyságra való törekvés veszi át, ami
- új – ennek megfelelő, szabályozottabb – magatartást követel meg a szolgáltatóktól, és
- legújabb elvárásként megköveteli a páciens részvételét a terápiában, emellett
- az egyéni, alárendelt beosztottak által művelt gyógyítást a csoportmunkán, illetve horizontális együttműködésen is alapuló egészségszolgáltatás váltja fel.

Míndezek alapján fogalmazódott meg, hogy a jelen és a jövő egészségügyében felértékelődnek az együttműködések, melyeknek három fő területe:

- a szolgáltató szakemberek egymás közötti együttműködése,
- a szolgáltató szakemberek és a páciens ügyfelek együttműködése, valamint
- a páciensek egymás közötti tapasztalatcseréje, hálózatos együttműködése.

II. Felhasznált módszerek

Az egészségcélú együttműködések rendszerén alapuló szolgáltatásmodell kidolgozási lépéseinek vizsgálata és kísérlet a gyakorlati megvalósításról.

I. Megvalósítási modell kidolgozása

Állapotspecifikus tranzakcióelemzés a Service Dominant Logic szerint, középpontban az ügyfelek állapotra jellemző kulcsélményével és az egészségökoszisztémára jellemző tranzakciókkal.

Tevékenységláncok leírása a Care Delivery Value Chain szerint kiválasztott értéklánc szakaszokra, három altévékenységlánccal, amely a szolgáltatóra, az ügyfélre és az ügyfél támogatóira vonatkozik.

Az értéklánc tevékenységelemeihez megvalósítási kompetenciák rendelése az ARA modell szerint.

Kompetenciamátrix kidolgozása a tevékenységelemekhez rendelt ARA modell szerinti kompetenciák egységesítésével és csoportosításával.

Egyéni egészségtanácsadás módszertanának kidolgozása a Service Logic szerinti „közös tér”-beli egészség kokreáció vezető résztvevőjeként.

Egyéni egészségtervezés módszertanának kidolgozása a Service Logic szerinti „ügyféltér”-en belüli egyéni használatbeli érték megteremtésének támogatására.

Praxisközösségek kialakítási és működési módszertanának kidolgozása a Service Logic szerinti „szolgáltatói tér” erőforrás-egyesítés megvalósítása érdekében az egészségügyi szolgáltatások szintjén.

Közösségi egészségszolgáltatások kialakítási és működési módszertanának kidolgozása a Service Logic szerinti „teljes kokreációs tér” egészségökoszisztémán belüli létrehozására és támogatására.

II. Kísérlet megvalósítása és eredmények elemzése

A Service Logic szerint hálózatosan kialakított tranzakciós egészségökoszisztéma működtetésének vizsgálata népbetegségekben, kiválasztva a Care Delivery Value Chain kulcselemeinek megfelelő témákat mint megelőzés, diagnózis, előkészítés, beavatkozás, rehabilitáció, egészségmenedzsment, külön vizsgálva a „teljes kokreációs tér”, az „ügyféltér”, a „közös tér” és a „szolgáltatói tér” változását.

A teljes kokreációs tér cseréinek hatását a tranzakciók mennyiségi és minőségi mérésével, kiemelten az egészségélmény (ügyfélmény) mérésével és összefüggésvizsgálattal határozom meg.

Módszertan

Országos multicentrikus beavatkozással nem járó klinikai vizsgálat az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos Kutatásaitikai Bizottságának engedélyével.

- a) Önkontrollos vizsgálat, a bevonás, 3 hónap és 5 hónap elteltével végzett standard kérdőívekkel megvalósított mérésekkel.
- b) Aktív és kontroll páciensek eredményeinek összehasonlítása.

Mért paraméterek

Állapotspecifikus medikális (orvos-biológiai) mutatók
Egészségélmény
Ügyfélélmény – Tranzakciós pontokon megélt tapasztalatok
Használói élmény

Elemzések

Egészségtervezés gyakorlata a tervezési folyamat mutatói alapján
Egészségtanácsadás eredményessége
Szakmai csoportmunka eredményessége
Közösségi egészségszervezés eredményessége
Költségátcsoportosítási lehetőségek modellezése

Az összetett, hálózatos tranzakciós tér cseréinek egészségérték-változásra gyakorolt hatásának vizsgálatára a Shapley-érték regressziós analízist alkalmazom, amely a kitűzött cél elérésében együttműködő szereplők egyenkénti értékhozzájárulását a regeressziós elemzések közül a legpontosabban mutatja ki [Lieberman2015].

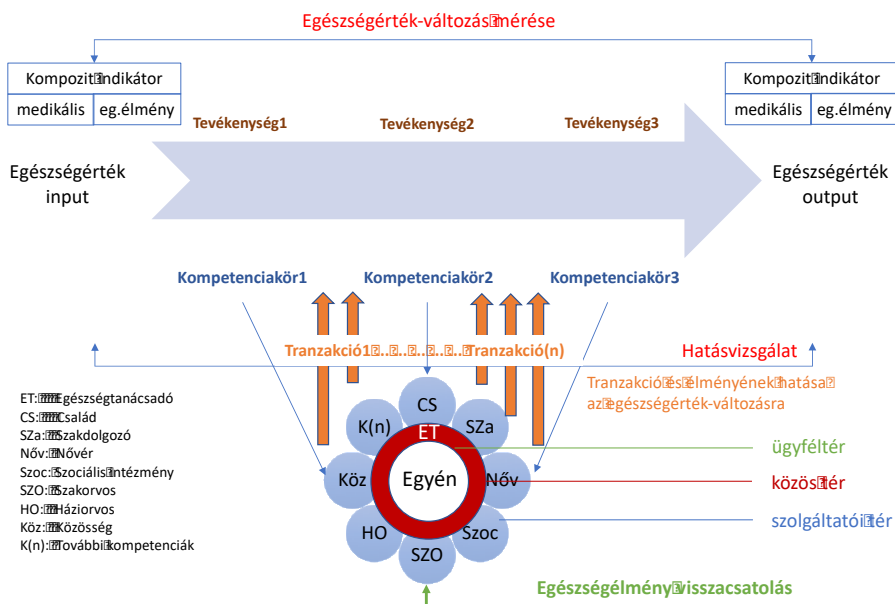
III. Az értekezés eredményei

III.1. Az egészségérték-teremtés élményalapú közösségi modellje

Az elvégzett kutatás-fejlesztési program eredményeit összegezve az egészséggondozási értéklánc ügyfélélményekre alapozott közösségi modelljét dolgoztam ki, melynek a 'Közösségi egészségélmény modell' nevet adtam.

A modell elemzési, fejlesztési és menedzsment keretrendszert biztosít az egészség-ökoszisztémában elérhető kompetenciák hálózatos egyénközpontú működtetésével megvalósításra kerülő egyéni egészségérték-növeléshez.

Közösségi egészségélménymodell



Az egészségérték-teremtés egyénközpontú közösségi megvalósításának modellje a Service Logic szerint újratervezett egészségügyi értéklánccal. Saját szerkesztés.

A modell központi eleme, hogy az egyéni egészségérték növelésének eléréséhez az egyén saját erőfeszítései az elsődlegesek. Ehhez a motivációt, az energiát és a megerősítést a saját pozitív egészségélményei adják. Az egyén általi használatbeli értékteremtés megvalósításához szükséges kompetenciáknak három nagy köre van:

1. amelyeket megtanult és elsajátított az egészségműveltsége részeként;
2. amelyeket a szolgáltatói térből ügyfélként megkap;
3. amelyekhez pénznélküli csere révén jut, jellemzően online, tapasztalati szakértőktől.

Az egyének egészségmagatartása és attitűdje keretei között ezen kompetenciák alkalmazását a megélt egyéni egészségélmények pozitív vagy negatív mértéke alapvetően befolyásolja. Minél pozitívabb a megélt egészségélmény, annál inkább beépül az adott kompetencia az egyén mindennapi egészségtevékenységei közé.

Az egyéni egészségkompetencia-terek kapcsolódása és egymásra hatása révén **hálózat**ok, kokreációs közösségi egészségterek jönnek létre. Optimális és hatékony működésüket akkor biztosítják, amennyiben a teljes kokreációs tér annak ügyfélter, közös tér és szolgáltatói tér elemeivel **egységes** kompetenciahalmazként tudnak működni. Ez az egységes kompetenciater teszi lehetővé, hogy az egyén által a használatbeli érték megteremtéséhez alkalmazott kompetenciák mindegyike az értéknövelés irányába hasson, részben egymást erősítve.

Ezek a kokreációs terek tipikus egészségérték-növelő **értéklánc szakaszokhoz** kapcsolódnak. Pl. csontritkulásban szenvedő nők első törése utáni törésmegelőző egészségmenedzsmentje.

Marketing szempontból a kiindulási és kívánt egészségérték közötti tevékenységsor az elérendő **egészségfeladat** – “job-to-be-done”. A kiindulási egészségélmény része a **kulcsélmény** – pl. törés okozta félelem és enhye mozgáskorlátozottság, aminek révén az egyén a feladatmegoldás igényét azonosítja be.

Az azonos, bizonyos esetekben hasonló kulcsélmény a hozzá kötődő megoldandó “egészségfeladat”-tal együtt határozza meg a közösségi egészségterhez kapcsolódó egyének körét. Ezek az egészségterek egymással részben átfedésben lehetnek, illetve a résztvevők egészségértékének változásával **dinamikusak**, állandó mozgásban vannak. Pl. az esésrizikó javulásával a félelem megszűnik, és a rendszeres fizikai aktivitás válik kulcsélménnyé, vagy ellenkező irányú változás esetén a csontritkulás talaján kialakuló harmadik csonttörés erős mozgáskorlátozottságot és szorongást válthat ki. Így a korábban egy közösségi egészségterben egymással tapasztalatot cserélő két ember két jelentősen eltérő közösségi egészségterbe kerül.

A kokreációs közösségi egészségter kompetenciáinak magas szintű hasznosulása érdekében folyamatos **visszajelzésre** van szükség a használatbeli értékteremtés mértékéről, így **mérésekre** és **elemzésekre** van szükség. A **medikális** és **egészségélmény mutatók** együttes alkalmazása biztosítja, hogy a modell egyesíti az orvostudományi szempontok szerint szervezett szolgáltatói tér és az egyéni észlelések – személyes egészségélmények által vezérelt ügyfélter kompetenciáit. A két mutatót a teljes kokreációs tér működése esetén tudjuk alkalmazni. Amennyiben csak a szolgáltatói tér vesz részt az egészségérték-teremtésben, pl. mélyaltatásban megvalósított műtét során, csak a medikális mutató alkalmazása indokolt, míg a kizárólag ügyfélterben megvalósított egészségérték-teremtés, pl. baráti tanácsra elkezdett hétvégi túrázás esetében az egészségélmény mutató használata lehetséges.

Az **egységes mérési** és **menedzsment** keretrendszer biztosítja, hogy az egészségügyi szolgáltatói tér a töredezett és merev folyamatok szerinti

szabályozottsága helyett a szakmai csoportmunkában megvalósuló hálózatos és rugalmas egyénközpontú interakciókat nyújtson az ügyfelei számára. Az ügyféltérben a mérési és menedzsment keretrendszer az interakciókhoz kötött eredményvisszajelzések révén az eddigieknél pontosabb útmutatást ad az egyéneknek a kompetencia-tranzakciók hatásáról, amelynek nyomán választásaik az orvosszakmai szempontokat is nagyobb mértékben veszik figyelembe.

Az ügyféltér és a szolgáltatói tér összehangolásában az **egészségtanácsadó** játszik kulcsszerepet a **közös térben** működve egy új szakma képviselőjeként. Az egyéni **egészségtervezés** eszközrendszerét alkalmazva funkcionálisan projekttervet készít, amely meghatározza a szolgáltatói tér és az ügyféltér kapcsolódási pontjait, a két fél által megvalósítandó folyamatokat, valamint azokat a kokreációs eszközöket, amihez a szolgáltató hozzájárul, akár közvetlenül, pl. csoportos gyógytornával, akár közvetve, pl. a tapasztalcsereit lehetővé tevő zárt online fórum biztosításával vagy tornaszoba ingyenes rendelkezésre bocsátásával.

Az egészségtanácsadó feladatköre két korábban már alkalmazott egészségügyi tevékenység egyesítésével jött létre. A szolgáltatói tér felé elsősorban esetmenedzser szerepet tölt be a megtervezett szolgáltatási terv szervezési támogatásával, az ügyféltér felé coach szerepet, amellyel az ügyfél önmenedzsmentjét segíti elő az egészségcéljaihoz vezető ügyfélútján (customer journey).

Az egészségtervezés az egyének számára a tudatosság növelésében is szerepet játszik. Egészségtevékenységeiknek rögzített kiindulási pontja van és kitzűzött célja, illetve céljai, minden közösen meghatározott időszakra.

A szolgáltatók számára elsősorban az egészségélmény alapú visszajelzések és az általa befolyásolt medikális eredmények ismerete révén megvalósul a kokreáció tanulási folyamata, ami az ügyfélközpontság gyakorlati megvalósítását segíti elő.

Az egyéni egészségtervezésen alapuló egészségtanácsadás és a teljes kokreációs tér arra épülő szervezése a szolgáltatói tér oldaláról a pozitív egészségélmény fokozását valósítja meg, az ügyféltér oldaláról a szakmai alapokat erősíti meg.

A modell működtetéséhez a teljes kokreációs tér, a közösségi egészségterek összességének megszervezése is szükséges, nem várható el az önszerveződő működés kialakulása.

A három kokreációs résztér szervezéséhez, illetve irányításához érdemes egy-egy vezetőt delegálni:

a szolgáltatói tér vezetésére orvosi képzettséggel rendelkező **szakmai vezetőt**,

a közösségi tér vezetésére tanácsadói vagy coach képzettséggel rendelkező **vezető egészségtanácsadót**,
az ügyfélter kereteinek szervezésére és irányítására **közösségi referenst**.

Emellett a mérés, elemzés és tervezés megvalósítására, illetve támogatására **közösségi egészségtervezőt**, valamint

a fenntarthatóság biztosítása és az egységes finanszírozási keretek megtartása érdekében **gazdasági ügyvivőt** alkalmazni.

A mérés és menedzsment alapja az egészséggondozási értéklánc szerinti kompozit egészségérték-indikátorok mérése, és ennek nyomán az **egészségérték-változás követése**, mind a medikális indikátorok, mind az egészségélmény indikátorok mentén. Az egyes cserék hatását külön vizsgáljuk a medikális indikátorokra és külön az egészségélmény indikátorokra.

III.2. Közösségi egészségszolgáltatások

Megterveztem az egészségügyi szolgáltatások használatbeli értékteremtést célzó hálózatos működtetését, amely megfelel Grönroos és Gummerus kokreációs szolgáltatási keretrendszerének, a Service Logic-nak [Grönroos2014].

1. Meghatároztam az állapotnak megfelelő 'job to be done' típusú igényt, amely az ügyfelek élményalapú célja és megalapozza a kokreatív platformot.
2. Az állapotspecifikus lakóhelyközeli közös tér, szolgáltatói tér és ügyfélter meghatározása következett, benne a szolgáltató csapat tagjaival, a hasonló állapotú ügyfelekkel és a használatbeli érték megteremtésének támogatóival.
3. Az egészségtanácsadó és a közösségi egészségszervezők integrációjával új erőforrásokat integráltam a meglévő egészségügyi erőforrások rendszerébe, a meglévő tudásokat és készségeket kiterjedten alkalmazva.
4. Az egészségtanácsadás ülései támogatták a kumulatív értékteremtési folyamatot.
5. A tanácsadási ülések során megerősítésre kerültek a pozitív ügyfélélmények az észlelt érték növelése érdekében.
6. A közösségi egészségszervezők elősegítették a használatbeli érték megteremtését a lakóhelyközeli kokreációs terek megtervezett aktivitásainak szervezésével.
7. Létrehoztam és alkalmaztam online kokreatív platformokat, valamint kialakítottam és megszerveztem a kokreatív moderált állapotspecifikus csoportfoglalkozásokat.
8. Ösztönzésre kerültek az ügyfelek független kokreációs aktivitásai.

9. Az egészségtanácsadás bevezetésével új erőforrást biztosítottam az ügyfelek mindennapos gyakorlatának támogatására.

10. Az egészségtanácsadók és a közösségi egészségsszervezők elősegítették az egészségügyi szolgáltatók bevonását az ügyfelek egészségértéket teremtő folyamatába.

11. A kibővített szolgáltatói csapat összehangolt és célorientált tevékenységével megerősítettem a kokreatív platformot, képessé téve arra, hogy aktív és direkt módon befolyásolja az ügyfelek értékteremtését.



A kutatás eredményeként leírt lakóhelyközeli egészségsszolgáltatások hálózatos rendszerének egyénközpontú leképezése. Saját szerkesztés.

III.3. Kísérlet: Csontritkulás téma és eredményei

Az elsődleges medikális egészségérték-eredmény, amely az esésrizikó csökkenését mutatta a páciensek 12%-ánál, nemzetközi összehasonlításban is kiemelkedő eredmény. Korábban az esésrizikó csökkentésében a fizikai aktivitások közül csak a Tai Chi bizonyult hatásosnak, 10%-os csökkenést eredményezve. Az esésmegelőző torna csoportos változata nagyobb ügyfélélményt nyújtott a résztvevők számára, mint az otthon elvégzett egyéni torna, igaz a páciensek kevesebb, mint fele (42,5%) számára volt emlékezetes pozitív a csoportos torna és viszonylag magas (15,1%) volt az emlékezetes negatív élmény is. A három hónap alatt a résztvevők 15%-ával, közel másfélszeresére nőtt a csoportos tornát pozitívan megéllők aránya és 8%-kal,

több mint kétszeresére nőtt a negatívan megélt aránya. Ez jelzi, hogy az önmenedzsmet és a saját aktív részvétel ösztönzése a páciensek egy részét érinti csupán pozitívan.

Az egyéni torna esetében az emlékezetes pozitív élmény arányának növekedése jóval alacsonyabb volt, mint a csoportos tornáé, 9% vs. 15%, míg az emlékezetes negatív élmények növekedési aránya hasonló volt, 7% vs. 8%. Ennek oka lehet egyrészt, hogy a csoportos foglalkozás közösségi élménye plusz pozitív impulzust biztosított, másrészt az esésmegelőzés torna oktatófüzetének használói élménye közepes volt a résztvevők számára.

A másodlagos medikális egészségérték-eredmény, az esésszám-változás a betegek 4,5%-ánál mutatott csökkenést, aminek értékeléséhez a kísérletben megvalósított háromhónapos időszak kevésnek bizonyult.

Az elsődleges egészségélmény egészségérték-eredmény, az önmenedzsmet mértékének változása jelentősen, 11%-kal javult, ami összhangban van az esésrizikó csökkenésével, valamint a házi orvosok által tapasztaltakkal. A másodlagos mutató, az egészségműveltség változása 5%-kal nőtt, utalva arra, hogy ennek a mutatónak a jelentősebb változása hosszabb időtartam alatt várható.

Az ügyfélélmény-értékek változása alapján a szolgáltatásbővítés a házi orvosok szolgáltatásának észlelését javította a legnagyobb mértékben, megduplázva az emlékezetes pozitív tapasztalatokat (31,5%-ról 60,3%-ra) és felére csökkentve az emlékezetes negatívakat (41,1% és 20,5%). Egyrészt a házi orvosok pozitívabban álltak ehhez a feladathoz, mert valós megoldást tudtak nyújtani, gondozást biztosítottak a pácienseiknek és fokozatosan megtapasztalhatták az esésmegelőzés torna pozitív hatásait. Ezt mutatja, hogy a gyógyítóélményük rövid idő alatt nőtt kis mértékben (5,3%-kal). A csoportos gyógytornáról alkotott véleményük is azt tükrözi, hogy többségében növelte a munkájukkal kapcsolatos elégedettségük ez a lehetőség.

A praxisnővérek esetében 10%-kal csökkent az emlékezetes pozitív ügyfélélmény és 15%-kal nőtt az emlékezetes negatív. Ennek hátterében az áll, hogy ők voltak egyedül azok a szolgáltatói csapatban, akik számára nem biztosítottunk külön képzést, és az új lehetőségekről kevés információval rendelkeztek. Az önmenedzsmet erősítésével a páciensek kérdései is megszorodtak, illetve tartalmuk is megváltozott, amire a nővérek nem voltak felkészítve. Ez a tapasztalat mutatja, hogy a kompetenciák bővítésével megvalósított szolgáltatásbővítés fontos eleme a minden szereplőre kiterjedő képzés és személyes tájékoztatás.

Az online egészségtervező alkalmazás fogadtatása pozitív volt. Ez a hatás az önmenedzsmet és az egészségműveltség növekedésében is megmutatkozik. Az ügyfélélmények közel fele (43%) emlékezetesen pozitív volt, ami a teljesen új szemléletű alkalmazástól mindeképpen jó eredmény. Különösen, hogy

emlékezetes negatív élmény igen kevés volt (6%). Megfontolásra ad okot, hogy az ügyfélélmények fele (51%) nem volt emlékezetes, közel egyforma arányban negatív és pozitív ezen belül. Köznapi értelemben a használók fele számára semmilyennek bizonyult, ami az ügyfélközpontú alkalmazásfejlesztés szükségességét mutatja.

Összehasonlításként megvizsgáltam egy nagy látogatottságú internetes egészségügyi információs portál ügyfélélményeit is ebben az ügyfélkörben. A nem emlékezetes impulzusok aránya itt jóval magasabb volt, mint az egészségtervező alkalmazás esetében, csaknem a látogatások háromnegyedében (72% vs. 51%). Az emlékezetes pozitív élmények egynegyedes aránya (24%) mutatja, hogy az alapvetően tájékoztatásra összpontosító portál az érdeklődők kisebb hányadát tudja csupán kiszolgálni, mert ma már más kompetenciákat keresnek a látogatók, elsősorban személyes tapasztalatok megosztását, véleményeket.

III.4. Hatásbecslés

A hatásbecsléshez az OEP adatbázis alapján készült elemzés [Bacsikai2015] kimutatta, hogy az egészségügyi rendszeren belül megvalósuló találkozások száma - a törődés mértéke szignifikáns összefüggést mutat a beteggyüttműködés mértékével. Azon betegek esetében, akiknek nem volt egyáltalán törődési eseménye, az együttműködő csoportba való kerülés feltételes valószínűsége 58%. Ha a betegnek 1 törődési eseménye volt, akkor ugyanez az érték 65%. Ha a betegnek 2 törődési eseménye volt, akkor az érték még tovább nőtt, a valószínűség 68%-ot tett ki. A különbség ez esetben szignifikáns volt ($p=0,002$). Amennyiben a betegnek 3 törődési eseménye volt, akkor az érték tovább nőtt, összesen 74% volt, és a további törődési események száma szintén növelte az együttműködő csoportba való kerülés valószínűségét, 71%-ra, 75%-ra és 87%-ra, az eredmények 6 törődés eseményig voltak szignifikánsak.

A hatásmodellem alapján a nem együttműködő betegcsoportban a csonttörés várható valószínűsége 3% egy félévben, míg az együttműködő betegcsoportban 2,3% egy félévben.

A törődés és az együttműködés kísérletben elért szintjét általánossá téve a költségmegtakarítás tovább növelhető. A fekvőbeteg intézményben jelentkező költségek bekövetkezési valószínűséggel korrigált összege egy betegre és egy félévre az együttműködő csoportban 20.728 Ft, míg a nem együttműködő betegcsoport esetében 27.387 Ft. A kapott 6.659Ft-os különbség a teljes azonosított populációra, valamint 5 éves időintervallumra vetítve jelentősen fokozza a költségmegtakarítást. A teljes betegkörben 54.701 beteget azonosítottam úgy, hogy legfeljebb két csonttörése volt, így a betegszám és az egy betegre jutó megtakarítás értéknek szorzataként 364.253.959 Ft megtakarítás érhető el egy fél év alatt.

Populációs szinten egy év alatt: 728,507.918 Ft takarítható meg
Populációs szinten öt év alatt: 3.642.539.590 Ft takarítható meg.

III.5. Hipotézisvizsgálat

H1: Minél nagyobb mértékben valósul meg a páciensek saját szerepvállalása a betegségek kezelésében és gondozásában a kokreációra jellemzően, annál inkább nő az egészségügyi szolgáltatás mutatókkal mért eredményessége.

A páciensek szerepvállalásának mértékét arányszám jellemzi. A „Ne törj újra” folyamat kísérletben alkalmazott egészségtranzakcióinak összes tervezett számához viszonyítva az egyes páciensek által megvalósított egészségtranzakciók száma egyénre vetítve.

$$\frac{\sum \text{megvalósult tranzakció}}{\sum \text{tervezett tranzakció}} = \text{egyéni szerepvállalás}$$

A szolgáltatás eredményességét az elsődleges mutatóként alkalmazott medikális mutató esésrizikó és az elsődleges egészségélmény mutató önmenedzsment változásának mértéke határozta meg.

Az egyéni szerepvállalás mértéke szoros összefüggést mutatott mind az esésrizikó, mind az önmenedzsment változásának mértékével.

esésrizikó $r=0,78$

önmenedzsment $r=0,67$

A H1 hipotézis igaznak bizonyult.

H2: A páciensek minél nagyobb mértékben vesznek részt az egészség-kokreáció révén a betegségek kezelésének és gondozásának megvalósításában, annál nagyobb az általuk észlelt szolgáltatásminőség.

A páciensek szerepvállalásának mértékét arányszám jellemzi. A „Ne törj újra” folyamat kísérletben alkalmazott egészségtranzakcióinak összes tervezett számához viszonyítva az egyes páciensek által megvalósított egészségtranzakciók száma egyénre vetítve.

$$\frac{\sum \text{megvalósult tranzakció}}{\sum \text{tervezett tranzakció}} = \text{egyéni szerepvállalás}$$

A páciensek által észlelt szolgáltatásminőséget az ügyfélélmény és a háziorvos ajánlásának mértéke változásával jellemeztem.

Az egyéni szerepvállalás mértéke összefüggést mutatott mind az ügyfélélmény összesített mutatójának változásával, mind a háziorvos ajánlásának mértéke változásával.

ügyfélélmény $r=0,68$

házi orvos ajánlása $r=0,63$

A H2 hipotézis igaznak bizonyult.

H3: Minél teljesebben valósul meg a kezelési-gondozási folyamatok bizonyítékok alapú kompetenciamegosztása és ezen alapuló csoportmunka, annál nagyobb az orvosok gyógyítóélménye és a páciensek egészségélménye.

Az egyes orvosoknál megvalósult kompetenciamegosztás mértékét arányszám jellemzi. A „Ne törj újra” folyamat kísérletben alkalmazott egészségügyi tranzakcióinak összes tervezett számához viszonyítva az egyes orvosoknál megvalósított egészségügyi tranzakciók száma egyévre vetítve.

$\frac{\sum \text{megvalósult tranzakció}}{\sum \text{tervezett tranzakció}} = \text{kezelési-gondozási kompetenciamegosztás}$

Az orvosok gyógyítóélményének változását a gyógyítóélmény kérdőív páciensek általi szájreklámra, páciens terápiahűsége és páciens életminőségre vonatkozó kérdések összesített értéke változása határozta meg.

A páciensek egészségélményének változását az egészségműveltség és az önmenedzsment összesített változása határozta meg.

házi orvosok gyógyítóélménye $r=0,58$

páciensek egészségélménye $r=0,71$

A H3 hipotézis igaznak bizonyult.

H4: Minél több egészségértéket növelő tranzakció valósul meg az együttműködések közösségi hálózatos szervezése során, annál magasabb a mutatókkal mért szolgáltatásminőség.

A kísérlet 20 helyszínéhez kapcsolódóan a „Ne törj újra” kísérletben alkalmazott folyamatában megvalósuló összes rögzített egészségtranzakció száma határozta meg az egészségértéket növelő tranzakciók számát.

A szolgáltatásminőséget az ügyfélélmény és a házi orvos ajánlásának mértéke változásával jellemeztem.

ügyfélélmény $r=0,74$

házi orvos ajánlása $r=0,57$

A H4 hipotézis igaznak bizonyult.

H5: Minél kiterjedtebb az egészség-ökoszisztéma helyi szintű közösségi szervezése, annál hatékonyabb az elérhető egészségkompetenciák hasznosulása.

A kísérlet 20 helyszínéhez kapcsolódóan a „Ne törj újra” kísérletben alkalmazott folyamatában megvalósuló összes rögzített egészségtranzakció száma határozta meg az egészségértéket növelő tranzakciók számát, és ezáltal a helyi szintű egészség-ökoszisztéma kiterjedtségét.

Az egészségkompetenciák hasznosulását az elsődleges mutatóként alkalmazott medikális mutató és eszrizikó és az elsődleges egészségélmény mutató önmenedzsment változásának mértéke határozta meg.

Az egészség-ökoszisztéma helyi kiterjedtségének mértéke szoros összefüggést mutatott mind az eszrizikó, mind az önmenedzsment változásának mértékével.

eszrizikó $r=0,81$

önmenedzsment $r=0,78$

A H5 hipotézis igaznak bizonyult.

III.6. Rendszerhatások

A kutatásom eredményeként kidolgozott közösségi egészségélmény modellt a fejlesztése során elvégzett vizsgálatok és a kísérletben megvalósított tesztjének eredményei alapján megfeleltethetőnek tartom a Service Logic [Grönroos2014] szerint leírtaknak és annak egészség-ökoszisztémára történt adaptációjának. A bemutatott kutatási eredményeim szerint:

1. A modell alapján kialakított, illetve leírt egészségérték-teremtést megvalósító **egészségkompetencia-háló közép pontjában az egyén áll.**
2. A egyén által használt egészségkompetenciák körét a **teljes egészség-ökoszisztémára jellemző kompetenciákkal** kell leírni, ami jóval több, mint az egészségügyben elérhető kompetenciák köre.
3. A teljes embert figyelembe vevő holisztikus szemléletet a modell szerinti kompetenciaháló az **egészségélmény** szempontrendszerének integrálásával és az erre jellemző mutatók alkalmazásával valósítja meg. A korábbi integrált egészségügyi rendszerekhez képesti elsődleges fejlesztést a teljes egészség-ökoszisztémára jellemző egészségélmények modellbe integrálása jelenti. A közösségi egészségélmény modell ezáltal az egészségügyi rendszerek szemszögéből nézve egészségélmény-augmentációnak tekinthető.
4. Az egyén előtt álló és általa észlelt **egészségfeladatot** az állapotfelmérés és az egyéni célállítást **egészségtervben** történő rögzítésével határozzuk meg, amit megtehet egyedül a saját ügyfélterében, vagy segítséggel a közös térben, esetleg a szolgáltatói térben kaphatja meg saját hozzájárulása nélkül. Az egyéni egészségterv tevékenységelemei és egészségcéljai az egészséggondozási értéklánc szerinti tevékenység-láncolatokból származnak, ilyen módon az **egészségfeladat megfelel az egészséggondozási értéklánc jól meghatározott szakaszának.**

5. Az egészségfeladatnak megfelelő egészséggondozási értéklánc meghatározza az **egészségérték-teremtés** érdekében **megvalósítandó tevékenységelemeket**, valamint az azokhoz szükséges **kompetenciákat**, az ügyfélter, a közös tér és a szolgáltatói tér mindegyikére. Ezen kompetenciák együttműködésével kokreációban valósul meg az egészségérték-teremtéshez vezető szolgáltatói folyamat és ügyfélút.
6. Az **egészségfeladatokhoz kapcsolódóan** kialakított online és offline **ügyfélterek**, amelyekben a tranzakció fő drivere az egészségélmény, megnövelik a közös téren keresztül a szolgáltatói tér kiemelt kompetenciáihoz való csatlakozások számát és gyakoriságát az egyének részéről.

Az egészségérték-teremtés szempontjából meghatározó új szolgáltatásfejlesztési elem az egyéni egészségtervezésen alapuló egészségtanácsadás. Ezt egészíti ki a leírt egészséggondozási értéklánc folyamatok szerinti, a tesztfolyamatokhoz rendelt kompetenciák ökoszisztéma jellegű, közösség egészségterekben történő megszervezése a közösségi egészségszervezés kialakításával és fejlesztésével.

Az egyéni egészségtanácsadás azonnali haszna abban jelentkezett, hogy a bevont egyének közül kétharmadnyival (64%) többen határoztak meg saját egyéni egészségcélát és írtak maguknak cselekvési tervet, amennyiben a háziorvos javaslata mellett egészségtanácsadóval is megbeszéltek ennek szerepét, háziorvos javaslatára a résztvevők 47%-a, egészségtanácsadóval történt megbeszéléssel együtt 77%-uk.

Az egyéni egészségtanácsadás rövidtávú haszna a kitűzött célok elérésben mutatkozott meg. Az utánkövetett résztvevők 49%-a változást ért el három hónap alatt egyetlen egészségtanácsadási ülést követően. A megvalósított változások hatása testsúlycsökkentésben, egészségkockázatok csökkentésében, életmódváltoztatásban és szűrés felkeresésében volt nyomon követhető. Ezek a változtatások olyan jelentősek, hogy amennyiben a cukorbetegség kezelésére és gondozására alkalmaznánk az egészségtanácsadói munkát, és kialakítanánk a cukorbetegség kezelésének egyéni egészségtervezésen és egyéni egészségtanácsadáson alapuló közös terét, a meglévő szolgáltatói tér átszervezése és ügyfélter átalakítása nélkül, évente mintegy évi 6,7 milliárd Ft finanszírozói költség lehetne megelőzhető az elvégzett hatásmodellezés alapján.

A cukorbetegség gondozási és kezelési példáján bemutatva a háziorvosok közösségével megszervezett szakmai csoportmunka a szolgáltatói téren belül, praxisközösség vagy csoportpraxis formájában évente 6,2 milliárd forint finanszírozói költség megelőzését teszi lehetővé a kidolgozott hatásmodell becslése alapján.

A közösségi egészségügyi szolgáltatási irodák országos hálózatának rendszerszintű működtetésével, és az általuk szervezett, illetve támogatott teljes egészségkoreációs tér működtetésével évente 7,1 milliárd forint finanszírozói költség lehetne megelőzhető a hatásmodell becslése alapján.

A közösségi egészségügyi modellnek megfelelő közösségi egészségterek egyénközpontú kompetenciahálózat szerinti szervezése mindegyik koreációs térben előrelépést jelent az egészségérték-teremtés tekintetében.

A szolgáltatói térben az egészségügyi szakmai ajánlások szerint leírt egészséggondozási értékláncoknak megfelelő kompetenciák hálózatos szervezése növeli mind az értékteremtés hatékonyságát, mind a gyógyítóélmény mértékét, növelve az egészségügyi dolgozók elégedettségét, valamint hozzájárul az ügyfelek elégedettségének növeléséhez. Emellett a kompetenciák hatásos alkalmazásának költsége is csökken, lehetővé téve, hogy a rendelkezésre álló forrásokat eddig hozzá nem férhető szolgáltatói térbeli, közös térbeli vagy ügyfélteret támogató kompetenciákra fordítsuk, ami tovább növeli a teljes megteremthető populációs egészségértéket.

A közös tér formális kialakításával lehetővé tesszük, hogy az egészségügyi szakmai ajánlások szerint szabályozott szolgáltatói folyamatok és az ügyfélterben az egyéni egészségügy és egészségügyi hatások hatására megvalósuló ügyfélutak egyes szakaszai közösen valósuljanak meg, illetve ezek eltérő logikával szervezett kompetenciái minél nagyobb mértékben összehangoltan, az egészségérték-teremtés irányába hatóan hasznosuljanak. A teljes egészség-ökoszisztémát figyelembe véve a legnagyobb hasznosságkiesés az egészségügyön belüli és azon kívüli kompetenciák ütközéséből, illetve egymást rontó hatásából fakad. Az orvosok oldaláról ez úgy jelenik meg, hogy a betegek tájékozatlanok és nem követik a javaslatokat, önféjük, mindegyik kuruzslásnak bedőlnek, míg az ügyfelek oldaláról úgy, hogy az orvos meg se hallgatja őket, csak gyógyszerrel hajlandó írni, és alig kapnak útmutatást arra, hogy a széles körben elérhető egészségügyön kívüli termékek és szolgáltatások közül melyek azok, amelyek hasznosak lehetnek nekik.

Az ügyfélter teljes koreációs térbe történő integrálásával tesszük a legnagyobb lépést az egészségérték-teremtés jelentős fejlesztése irányába. Elfogadjuk, hogy a betegségek legnagyobb részében nem tudunk gyógyítani, és hogy az egészség mindenkinek elsősorban a saját felelőssége, ő tud tenni érte a legtöbbet. Ebben a saját közössége, szociális hálójának nyújtja számára a legnagyobb mértékű támogatást. Mindez a népegészségügyi feladatoknak tartott tevékenységeket tereli abba az irányba, hogy nem megváltoztatni kell az embereket, hanem sokkal inkább lehetőségeket, közösségi egészségtereket adni a változtatásuk megvalósítására. Mindebben az online terek tudatosabb és a szolgáltatói térhez, valamint a közös térhez jobban, szervezettebben kapcsolódó tervezése jelent előrelépést. Kevésbé a „betegedukációra” kell helyezni a hangsúlyt, sokkal inkább a közösségi térben való részvételt érdemes ösztönözni, valamint a

tapasztalatok, egészségélmények cseréjét. A kísérletben alkalmazott egyik ilyen online tér az egészségtervező alkalmazás volt az egeszseg.hu portállal együttműködésben.

Az elvégzett fejlesztési és kísérleti munkám további kutatási igényeket is megfogalmaz. Az elvégzett elemzéseket érdemes kiterjeszteni a teljes vizsgált adatbázisra, amely egyrészt további tapasztalatokkal szolgálhat, másrészt a robusztusabb adathalmaz révén magabiztosabb és messzebbre ható következtetések levonását engedheti meg. A többféle adatsorból nyert eredmények az elemzési módszertan további fejlesztését is lehetővé teszik nagy valószínűséggel, és megvalósítható annak elemzése, hogy az egészségérték-eredmény egészségélmény és medikális eleme között milyen összefüggés mutatható ki. Emellett a vizsgált folyamatok kiterjesztésével és újabb betegségek, valamint egészségkockázatok vizsgálatával tovább gyarapodhat a modellre vonatkozó ismeretek köre, egyre több muníciót adva az egységes egészségszolgáltatási rendszer kialakításának szempontjaihoz.

IV. Főbb hivatkozások

- [Achrol2012] Achrol, RS., Kotler, P. (2012): Frontiers of the marketing paradigm in the third millennium. *Journal of the Academy of Marketing Science*, January 2012, Volume 40, Issue 1, pp 35-52.
- [Bacsikai2015] Bacsikai, M., Érsek, K., Somfay, I. (2015): A „TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben – Területi együttműködés kialakítása” című projekt Modellezéssel megvalósított hatásvizsgálata, 2015. november. ÁEEK.
- [Doyle2013] Doyle, C., Lennox, L., Bell, D. (2013): A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*. 2013 Jan 3;3(1). pii: e001570. doi: 10.1136/bmjopen-2012-001570. Print 2013.
- [Epstein2010] Epstein, RM, Fiscella, K., Lesser, CS., Stange, KC. (2010): Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Aff.* August 2010 vol. 29 no. 8 1489-1495
- [Forget2001] Forget, G., Lebel, J. (2001): An Ecosystem Approach to Human Health. *Int J Occup Environ Health*, Supplemet to Volume 7, Number 2, April/June 2001.
- [Gerteis1993] Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., Delbanco, TL (Eds.) (1993): *Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care*. San Francisco, California: Jossey-Bass Publishers.
- [Grönroos2014] Grönroos C., Gummerus J. (2014): The service revolution and its marketing implications: service logic vs service-dominant logic, *Managing Service Quality*, (2014) Vol. 24 Iss: 3, pp.206 - 229

- [Håkansson 1992] Håkansson, H., Johanson J. (1992): A Model of Industrial Networks, in B Axelsson and G Easton, (eds), *Industrial Networks: A New View of Reality*, London, Routledge, 28-34.
- [Lieberman2015] Lieberman, M. (2015): Applying the Shapley value method to marketing research. Quirk's Media, November 2015. Article ID: 20151125-2. <http://www.quirks.com/articles/applying-the-shapley-value-method-to-marketing-research>, letöltve 2016. november 27.
- [Pine2011] Pine, B.J., Gilmore, J.H. (2011): *Experience Economy*. Harvard Business Press, 2011, ISBN 978-1422161975
- [Porter2006] Porter, M.E.; Teisberg, E.O. (2006): *Redefining Health Care; Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press, 2006. ISBN13 978-1-59139-778-6.
- [Rust2010] Rust R.T., Moorman C., Bhalla G. (2010): Rethinking Marketing, *Harvard Business Review*, January 2010
- [Simon2010] Simon, J (2010): *Marketing az egészségügyben*, Akadémiai Kiadó, Budapest 2010. ISBN978-9-63058-866-9
- [The Health Foundation2008] Co-creating Health, Briefing May 2008, The Health Foundation. <http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/313/551/Co-creating-health-briefing-paper.pdf>.
- [Vargo2004] Vargo, S.L., Lusch, R.F. (2004): Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, Vol. 68 (January 2004), 1–17.
- [Vermeire2001] Vermeire, E.; Hearnshaw, H.; Van Royen, P. (2001): Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2001, 26, pp. 331-342.
- [Wise2000] Wise, M., Signal L (2000): Health Promotion Development in Australia and New Zealand. *Health Promotion International*, Vol 15, No 3. 2000

V. A témakörrel kapcsolatos saját publikációk

Könyvrészlet

- Lantos Zoltán, Simon Judit (2004): A betegelégedettség mérési módszere és az empirikus vizsgálatok tapasztalatai. *Marketingelmélet a gyakorlatban*, szerk: Berács-Lehota-Piskóti-Rekettye, KJK-Kerszöv, 2004. Budapest, 235-256. oldal
- Simon Judit, Lantos Zoltán (2004): Methodology of measurement and experience of empirical research into patient satisfaction. In: *Marketing Theory and Practice*, Akadémiai Kiadó Budapest, 2004, 274-295. oldal
- Erdős Gergely, Lantos Zoltán, Bacskai Miklós (2018): Új típusú lehetőségek a humán menedzsmentben – a munkaerő élettartamának növelése. Élni és

dolgozni a digitális világban, szerk: Gaál Zoltán, Felsőbbfokú Tanulmányok Intézete, 2018. Kőszeg, 110-120. oldal

Cikkek

Simon Judit, Lantos Zoltán (2002): A betegek együttműködési készségének szerepe az egészségügyi marketingben. Marketing & Menedzsment XXXIV. évf. 2002/2., 26-32. oldal

Lantos Zoltán, Simon Judit (2005): Jól működő egészségügy: értékteremtő szolgáltatások szabályozott versenye vagy irányított betegellátás? Harvard Business Manager 2005. szeptember, 44-51. oldal

Lantos Zoltán (2009): LMWH otthon Kórház, 2009/1-2., 54-56. oldal

Lantos Zoltán (2010): Gyógyszertári marketing – ki az ügyfél és mi a szolgáltatás? Gyógyszerészet 54. 414-415; 418-419. 2010.,

Lantos Zoltán (2011): Az egészség jó befektetés. IME X. évfolyam 7. szám 2011. szeptember, 5-7. oldal

Lantos Zoltán (2011): Egészségügy és eHealth - A betegségek orvoslása nem csak orvosi feladat. IME X. évfolyam 6. szám 2011. július – augusztus, 47-50. oldal

Lantos Zoltán (2012): Egységben az erő – A praxisközösségben rejlő lehetőségek az alapellátásban. IME XI. évfolyam 4. szám 2012. május, 17-20. oldal

Lantos Zoltán (2014): Csak egészség legyen! – De hozzá milyen egészségügy? IME XIII. évfolyam 4. szám 2014. szeptember, 9-14. oldal

Zoltan Lantos, Judit Simon (2018) The Community Health Experience Model - Value Generation from Person-Centered Health Transaction Networks, Public Health Reviews, 39: 2018., October 01, <https://doi.org/10.1186/s40985-018-0105-8>

Egyetemi doktori értekezés

Lantos Zoltán (1996): Gyógyszermarketing-kommunikáció az egészségügyi reformok tükrében. Egyetemi doktori értekezés. Budapest, 1996

Poszter prezentációk

Szirmai, L., Lantos, Z. (2000): Manage It Well! First results of a Market Oriented Integrated Hypertension Program in Hungary. Scientific Meeting of International Society of Hypertension, Chicago, 2000

Rusz, A., Gyovai, G., Lantos Z. (2004): Motivational factors of medical treatment among erectile dysfunction patients. 7th European Society for Sexual Medicine Congress, London, 2004

Lantos, Z., Cecchini, I., Graffigna, G. (2013): Patient engagement is determined by personal health energy level – description of public health

segments; ESPACOMP (European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence) Conference, Budapest, 2013

Cecchini, I., Graffigna, G., Lantos, Z. (2013): Patient engagement from the patients' eyes: A dynamic experiential model; ESPACOMP Conference, Budapest, 2013

Lantos, Z. (2014): Patients' health related spendings are better predictors for disease screening behaviour than physician office visits; ESPACOMP (European Society for Patient Adherence, Compliance and Persistence) Conference, Lausanne, 2014

Konferenciakiadványok:

Zoltan Lantos (2011): AAL Solutions and Social Innovations – CEE. AAL Forum, Lecce, 2011

Zoltan Lantos (2011): New Social Opportunities in Hungary. AAL Forum, Lecce, 2011

Laena Liu, Zoltan Lantos, Stephanie Ludwig (2012): Patient Centric Business Models. The New Way to Generate Value for the Pharma Industry, EphMRA Asia Conference, Peking, 2012

Zoltan Lantos (2013): Marketing Research in Digital Era. Multichannel & Digital Marketing Latin America, Mexico City, 2013

Zoltan Lantos (2013): Multichannel optimization in practice. Multichannel & Digital Marketing Latin America, Mexico City, 2013

Lantos Zoltán (2013): Felelősség, mint a fogyasztás új hajtóereje. IX. Táplálkozásmarketing konferencia, Debrecen, 2013.

Lantos Zoltán (2013): Betegközpontú működés; De akkor mivel keresünk pénzt? Üzenetek a jövőből. Marketinpirula Live konferencia, Budapest, 2013.

Lantos Zoltán (2015): Közösségi egészségsszervezés, Egyéni és közösségi egészségtervekre épülő szolgáltatásszervezés. X. Jubileumi Regionális Egészségügyi Konferencia, Budapest, 2015.

Oktatási segédanyagok

Lantos Zoltán, Simon Judit (1998): Egészségügyi marketing, Oktatási segédanyag az Orvos-Gyógyszerész-Közgazdász hallgatók számára, Budapest, 1998

Lantos Zoltán, Simon Judit (1998): Marketingkutató az Orvos-Gyógyszerész-Közgazdász képzésben részt vevők számára, Budapest, 1998