

A szerb vidéki általános kórházak egészségügyi dolgozóinak helyzetét meghatározó tényezők elemzése



PhD értekezés

dr. Kocsicska Ivana

Témavezető: Dr. Lipták Katalin, habilitált egyetemi docens

Doktori Iskola vezetője: Prof. Dr. Tóth Géza, egyetemi tanár

Miskolci Egyetem

Hantos Elemér Gazdálkodás- és Regionális Tudományi Doktori Iskola

2025

Tartalomjegyzék

1.	Bevezetés	4
2.	A disszertáció metodológiai keretei.....	7
2.1.	<i>Kutatási kérdések és célok.....</i>	7
2.2.	<i>Hipotézisek.....</i>	11
3.	Szakirodalmi áttekintés.....	13
3.1.	<i>Regionális különbségek Szerbiában.....</i>	13
3.2.	<i>A szerbiai egészségügyi rendszer működése.....</i>	23
3.2.1.	<i>Az egészségügyi rendszer szerkezete Szerbiában.....</i>	26
3.2.2.	<i>A humánerőforrás az szerbiai egészségügyben.....</i>	34
3.3.	<i>Az egészségügyi menedzsment.....</i>	37
3.3.1.	<i>Az egészségügyi menedzsment Szerbiában.....</i>	40
3.4.	<i>A humánerőforrás menedzsment általános jellemzői és szerepe az egészségügyi rendszerben.....</i>	41
3.5.	<i>A munkahelyi elégedettség.....</i>	44
3.6.	<i>A munkahelyi etika és erkölcsi elvek.....</i>	46
3.7.	<i>Az egészségügyi szolgáltatás minősége.....</i>	49
3.8.	<i>Migrációs szándék az egészségügyi dolgozók körében.....</i>	50
4.	A kutatás módszertana	53
5.	Kutatási eredmények.....	57
5.1.	<i>A munkahelyi humánerőforrás menedzsment értékelése.....</i>	57
5.1.1.	<i>A humánerőforrás menedzsment szempontjainak értékelése és a beosztás közötti összefüggés vizsgálata.....</i>	64
5.2.	<i>A munkahelyi etikára és erkölcsre vonatkozó eredmények.....</i>	67
5.2.1.	<i>Az etikai kérdések értékelése és a válaszadók neme, életkora és szakmai beosztása közötti összefüggések.....</i>	70
5.3.	<i>Az egészségügyi szolgáltatás minőségének az értékelése.....</i>	73
5.3.1.	<i>A különböző beosztású alkalmazottak és az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó értékelései közötti összefüggés.....</i>	75
5.3.2.	<i>Korrelációelemzés a kutatásban résztvevő egészségügyi dolgozói értékelések között arra vonatkozóan, hogy a feletteseik, illetve a pácienseik elégedettek-e az általuk nyújtott egészségügyi ellátással.....</i>	76
5.4.	<i>A kutatásban résztvevő szerb általános kórházak egészségügyi alkalmazottjainak munkájukkal való elégedettsége.....</i>	77
5.4.1.	<i>Az általános, munkahelyi elégedettség elemzése.....</i>	77
5.4.2.	<i>A munkahelyi elégedettség egyes szempontjainak az elemzése.....</i>	78

5.4.3. Az egészségügyi alkalmazottak beosztása, életkora és a különböző szempontokkal való elégedettség között összefüggés vizsgálata varianciaelemzéssel	79
5.4.4. A munkahelyi elégedettségi változók közötti korreláció.....	82
5.4.5. Faktorelemzés.....	84
5.4.6. A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz, nyomás érzésének a kivizsgálása	87
5.4.7. A következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos tervek megvizsgálása	88
5.5. A vizsgált szerb általános kórházak egészségügyi dolgozóinak elvándorlási szándéka.....	90
5.5.1. Az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezők elemzése.....	91
5.5.2. Faktorelemzés az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozóan	92
5.5.3. Az elvándorlási célországok elemzése.....	94
5.6. Az egészségügyi munkaerő helyzetét meghatározó tényezők összehasonlítása nemzetközi szinten.....	95
5.7. A kutatás korlátai	97
6. Következtetések, javaslatok a szerbiai vidéki általános kórházak hatékony humánerőforrás menedzsmentjének kialakítására.....	98
7. Összegzés	101
8. Summary	103
Irodalomjegyzék.....	105
A szerző disszertációhoz kapcsolódó publikációi	121
Ábra- és táblázat jegyzék	123
Mellékletek.....	130

1. Bevezetés

Az egészségügy a társadalom által megszervezett, komplex tevékenység, amelynek célja a polgárok egészségének megőrzése és javítása. Az emberi egészség az egyik legérzékenyebb célnak számít globális szinten, országtól vagy földrajzi elhelyezkedéstől függetlenül. Az egészségügyi ellátás elérhetőségében mutatkozó nehézségek, valamint a kielégítetlen szükségletek jelentős közegészségügyi problémát jelentenek. Az egészségügyi ellátórendszerek működési körülményeinek javításával, beleértve az egészségügyi személyzettel kapcsolatos különböző kérdéseket is, megvalósítható lenne az egészségügyi esélyegyenlőség és a lakosság egészségi állapotában mutatkozó különbségek minimálisra csökkentése (Li, et al., 2018), beleértve a különböző régiók közötti eltéréseket is.

Az egészségügyi ellátás elérhetőségét számos tényező befolyásolja, ideértve az egészségbiztosítási rendszert, az egészségügyi személyzetet, a létesítményeket és a felszerelést, az elégséges pénzügyi forrásokat, az ellátás folyamatosságát és a nyújtott szolgáltatások minőségét (Mitrasevic, et al., 2020). A felsorolt faktorok koordinálása és irányítása rendkívül összetett tevékenység, így az egészségügyben is szükséges egy erős menedzsment, ami manapság igaz minden szolgáltatásra, függetlenül attól, hogy milyen intézményről beszélünk. A jó menedzsment az emberi erőforrásokat is a siker irányába mozgatja, mivel az adekvát szerkezetű és működésű munkaerő kulcsfontosságú tényező a szervezetek működtetésében. Annak érdekében, hogy a dolgozók motiváltak legyenek a feladataik elvégzésére az egészségügyi szolgáltatás keretein belül, a megfelelő anyagi és erkölcsi ösztönzés szükséges, illetve megfelelő oktatásban kell részesülniük, így javítva az egészségügyi ellátás minőségén (például kongresszusokon, oktatáson és képzésen való részvétel). Szintén fontos eleme az egészségügyi humán erőforrás menedzsmentnek a dolgozók közötti interperszonális viszonyok elmélyítése, valamint az egészségügyi szakemberek és a betegek közötti, magas szintű kapcsolat létrehozása. A humán erőforrás támogatása és fejlesztése jelenti az egészségügyi rendszerbe való egyik legfontosabb és legátfogóbb befektetést. Emellett, ez az egyik legnehezebb része az erőforrások fejlesztésének, mivel elsősorban a megfelelő oktatáson, képzésen és az ismeretterjesztésen keresztül valósítható meg.

A disszertációmban négy szerbiai egészségügyi intézmény, állami általános kórház humán erőforrásának kutatásával foglalkoztam. Ez a négy intézmény Szerbia két régiójában található, három Vajdaságban és egy Dél-és Kelet Szerbiában. Az említett két régió Szerbia északi és déli régió csoportjához tartozik és különböző indikátorok alapján, a belgrádi régió nál kevésbé fejlett régiókat reprezentál. Tulajdonképpen, Szerbia „vidéki” területeiről beszélünk, ahol a fekvőbeteg ellátás főként az általános kórházak biztosítják, bár szekunder szinten. 2023. évi adatok szerint Szerbiában a legnagyobb fekvőbeteg kapacitással (ágysszámmal) az általános kórházak rendelkeztek (összesen 15 618 ágy), ami az országos fekvőbeteg ellátási kapacitás 38%-át és egyben legnagyobb hányadát jelenti (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024). Ebből kifolyólag megállapítható, hogy a témához kapcsolódó elméleti alapok és empirikus kutatás mellett, hogy fontos információkat nyújt a megvizsgált intézmények humán erőforrás menedzsmentjéről, a munkavállalói elkötelezettségről és elégedettségéről, bizonyos konklúziókra utal a centrális régió kívüli kerületek egészségügyi munkaerőjének jellemzőiről is és annak kihatásairól a megfelelő minőségű egészségügyi ellátás biztosítására, valamint a populáció egészségéhez és a regionális gazdasági fejlődéshez való hozzájárulásáról. A kutatásomban szintén az egészségügyi dolgozók etikai és erkölcsi elveivel is foglalkoztam, melyek akár elsődleges követelményként is szerepelnek az egészségügyi ellátás során. A kapott eredmények és következtetések célja az egészségügyi szolgáltatás minőségéhez való hozzájárulás a Szerb Köztársaság összes régiójában.

A szerbiai egészségügyi törvény (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023) alapján, az egészségügyi szolgáltatás az állampolgárok egészségügyi ellátását

biztosító tevékenység, mely magában foglalja azokat az intézkedéseket, amelyek az egészségügyi doktrínáknak megfelelően és az egészségügyi technológiák felhasználásával valósulnak meg, az emberi egészség megőrzése és javítása céljából. Szerbia 2008 áprilisában írta alá az Európai Unióval (EU) a stabilizációs és társulási megállapodást, viszont a szerb közegészségügyre vonatkozó jogszabályok csak részben vannak összhangban az uniós előírásokkal. Az Európai Bizottság jelentése (European Commission Directorate-General for Neighbourhood and Enlargement Negotiations, 2023) alapján Szerbiában biztosítani kell az állami egészségbiztosítási pénztár fenntarthatóságát, illetve az egészségügyi ágazat humán erőforrásaira vonatkozó nemzeti tervet még mindig nem sikerült teljes mértékben megvalósítani. A közösségi alapú mentális egészségügyi szolgáltatások továbbra is fejletlenek és nehezen hozzáférhetőek. Emellett az uniós egészségügyi mutatóknak való megfelelés még nem valósult meg és az EU által finanszírozott, 2015-ben befejezett központi elektronikus egészségügyi nyilvántartó rendszert sem került alkalmazásra. Az egészségügyi egyenlőtlenségek tekintetében is több probléma emelhető ki. Szerbiában az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés gondot jelent a fogyatékkal élők, a HIV-fertőzöttek, a kábítószer-fogyasztó gyermekek és felnőttek, a fogvatartottak, a prostitúcióban részt vevő nők, az LMBTQ (leszbikusok, melegek, biszexuálisok, transzneműek, valamint a különösek, nem heteroszexuálisok) populáció, a belső menekültek és a romák számára. Fontos továbbá a szerb egészségügy területén a korrupció megelőzésére irányuló konkrét operatív terv megvalósítása. Ennek az intézkedésnek tartalmaznia kell az egészségügyi korrupciós kockázatok elemzésével összhangban lévő jogszabályok elfogadását. Az egészségügyi humán erőforrásra vonatkozó megfelelő terv kifejlesztése, illetve a többi említett, szükséges intézkedés megvalósítása érdekében rendkívül fontos a szerb egészségügyi munkaerő jellemzőinek a kivizsgálása és értelmezése.

Az említett 2023. évi jelentésében az Európai Bizottság különösen kiemeli az egészségügyi ellátás területén az erős menedzsment hiányát Szerbiában. Az ország csak mérsékelten felkészült az egészségvédelem terén. A következő időszakban Szerbiának különösen a közegészségügy általános irányítási kapacitását és humán erőforrásait kell megerősítenie (European Commission Directorate-General for Neighbourhood and Enlargement Negotiations, 2023). A megfelelő működésű és kapacitású egészségügyi rendszer megfelelő egészségi állapotú nációt fog eredményezni, ami hozzájárul az innováció és gazdasági fejlődés megvalósításához, így biztosítva a regionális fejlődést és a regionális különbségek csökkentését.

Bevezetésként szeretném szintén kiemelni, hogy a témának a kiválasztásában elsősorban az ösztönzött és motivált, hogy praktizáló orvosként és közgazdászként, ezen belül egészségügyi közgazdászként, betekintést kaptam az egészségügyi rendszer különböző komponenseibe, illetve azokat összekötő bonyolult folyamatokba és csatornába. Emellett, praktizáló tapasztalatot tudtam szerezni a szerb egészségügyi ellátásban, majd ezt követően több európai uniós ország egészségügyi rendszerében. Jelenleg Magyarországon praktizáló orvosként megismerhettem a magyar egészségügyi rendszer jellemzőit is. Mindezek a tapasztalatok és ismeretek hozzájárultak ahhoz, hogy megvizsgáljam a szerbiai egészségügyi munkaerő jelenlegi sajátosságait, illetve a továbbiakban fejlesztendő aspektusait, főleg a „vidéki” kórházak tekintetében.

A szerb vidéki általános kórházakban dolgozó egészségügyi alkalmazottak helyzetét meghatározó tényezők kutatása azért tűnik megoldatlan kérdésnek mivel korábban nem készült jelentősebb számú kutatás ebben a témakörben, főleg nem olyan vizsgálat, mely többtényezős megközelítést biztosít. A szerb és a nemzetközi szakirodalom tanulmányozása alapján megállapítható, hogy eddig több kutatás is foglalkozott a szerbiai egészségügyi ellátásban dolgozó munkaerő jellemzőinek kivizsgálásával, viszont többnyire az egészségügyi dolgozók elégedettségét (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024; Zavod za

javno zdravlje Šabac, 2023; Kuburović, et al., 2016), az egészségügyi szakemberek iránti szükséglet (Santric Milicevic, et al., 2018) és elvándorlás (Pillars of Health, 2022; Tripković, et al., 2021; Santrić Milicevic, et al., 2020) témáját érintették. Emellett, ezek a kutatások főleg a szerb egészségügy helyzetét elemzik országos szinten, vagy a fővárosi régió jellemzőit (Kuburović, et al., 2016; Santric Milicevic, et al., 2011), míg a vidéki egészségügyi ellátás, többek között a vidéki általános kórházak ilyen szempontból kevésbé kutatott téma (Grujić, et al., 2016). Szintén a kutatások időbelisége kapcsán az a megfigyelés, hogy a legtöbb ilyen jellegű kutatás a 2020-as évek előtti időszakban készült (Nikić, et al., 2008; Veličković, et al., 2019).

Röviden összefoglalva az eddigi kutatásokból hiányzó témaköröket, mindenképpen kiemelném a többdimenziós, integrált kutatások hiányát, melyek komplex módon, egyszerre több dimenziót (például az alkalmazottak menedzsmentre és az ellátás minőségére vonatkozó érzékeléseit, az alkalmazotti elégedettséget, elvándorlási szándékot és etikai magatartást) és azok egymásra való hatásait, kölcsönhatásait vizsgálják. Itt külön megemlíteném az alkalmazottak által az intézményi menedzsment szempontjainak az értékelését, mint nagyon ritkán előforduló tematikát, valamint az dolgozói etikai magatartást, az etikai kérdések és dilemmák megtárgyalását. Továbbá, kiemelendő, hogy az eddigi kutatásokban nem figyelhető meg a vidéki egészségügyi intézményekre való fókuszálás, bár azok kapcsán számos kihívás határozható meg, például a munkaerőhiány, nem megfelelő infrastruktúra vagy annak hiánya, a túlterhelés és túlzott társadalmi elvárások. A nemzetközi összehasonlítás tekintetében hangsúlyoznám azt, hogy azokban ritkán szerepel a szerb egészségügyi rendszer, illetve a szerb egészségügyi munkaerő, mint kérdéskör. Ezért gondolom, hogy egy multifaktoriális, a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottainak az intézményükben működő humánerőforrás menedzsmentről és ellátási minőségről való véleményével, etikai magatartásával, munkával való elégedettségükkel és elvándorlási szándékukkal foglalkozó kutatás jelentősen hozzájárulna az ismerek bővítéséhez ezen a téren. A disszertációs kutatásom kvantitatív kutatási módszeren alapul (kérdőív alkalmazása), viszont további kutatási irányként javasolnék egy kevert módszertanú vizsgálatot, melyben a kvantitatív és kvalitatív módszertan elemei vegyülnek, mivel ez vélhetően még mélyebb betekintést biztosítana a témába.

2. A disszertáció metodológiai keretei

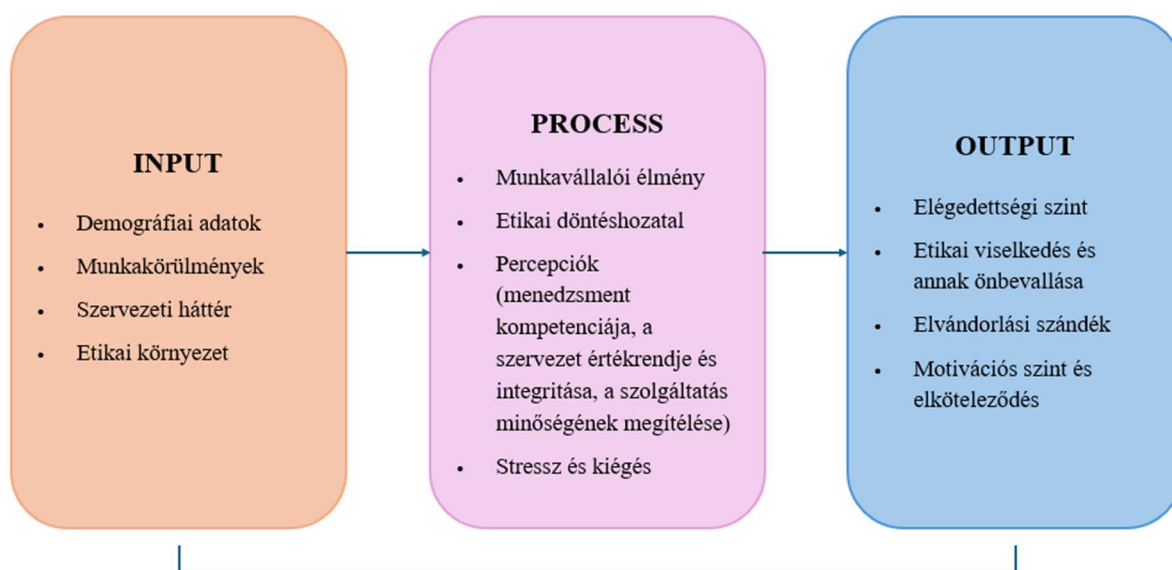
2.1. *Kutatási kérdések és célok*

Egy gazdasági átmenetben lévő országban az összes szektor kisebb-nagyobb mértékben reformálásra szorul. Az egészségügy jelenti talán az egyik legérzékenyebb területet ebből a szempontból, mivel bizonyos mértékű szociális funkciókat is ellát. Ezért az egészségügyi rendszer átalakítása hosszan, évekig tartó, több fázisban zajló folyamat, ami többek között Magyarországon is látható volt (Orosz, 1990; Szócska, et al., 2005; Brito Fernandes, et al., 2022). Az egészségügy területén végbemenő bármely jelentősebb változás hatással van a társadalom egészére. Míg más területeken a reformok végrehajtása, szisztematikus változások fokozatos bevezetése csendesebben bonyolódhat le, az egészségügyben a helyzet sokkal összetettebb. Sok ország, akár fejlett, akár kevésbé fejlett, jelentősebb erőfeszítések mellett sem talált megfelelő megoldást az egészségügyi ellátáshoz kapcsolódó problémákra, mint például a magas színvonalú egészségügyi szolgáltatás optimális módon történő megvalósítása, illetve az egészségügyi szolgáltatókkal kapcsolatos megfelelő szabályozás bevezetése (Teodorović & Gajić-Stevanović, 2008). Bár az elmúlt több, mint húsz évben Szerbiában bizonyos változások észlelhetők az egészségügy terén, a jelenlegi állapot egyáltalán nem mondható ideálisnak. Ilyenkor, első lépésben nem egyszerű eldönteni, hogy mely irányból lenne a legcélszerűbb elindítani az átalakítási folyamatot. Egyrészt, beszélhetünk a legmodernebb egészségügyi eszközökkel és létesítményekkel rendelkező fővárosi régióról, másrészt meg jelentős regionális különbségekről, beleértve az egészségügyi ellátást is, országos szinten. Centralizált vagy decentralizált egészségügyi rendszer lenne a leghatékosabb? Mik azok a szintek, létesítmények melyek fejlesztésének prioritizálásával egyformán elérhetővé lehetne tenni az egészségügyi ellátást az ország egész területén? Melyek az egészségügyi rendszer legszenzitívabb erőforrásai és hogyan lehet megfelelő módon kezelni azokat? Mindezek országos szinten eldöntendő kérdések, melyek kihatással vannak és lesznek a szerbiai egészségügyi rendszer alakulására.

A szerbiai egészségügy témájával foglalkozva és kutatva egyértelműen megfogalmazódott az egyébként globális szinten is érvényes megállapítás, hogy az egészségügy egyik legfontosabb szereplője a humánerőforrás, az ellátás biztosításához szükséges tudással és képességekkel rendelkező alkalmazottak. A kutatásomban az egészségügyi alkalmazottak helyzetének és attitűdjének elemzésére az input-process-output (IPO) modellt alkalmaztam, mely segít megérteni az egyes munkahelyi hatásokat, viszonyokat és tevékenységeket, illetve azok hogyan befolyásolják a végeredményeket. Három alapvető tevékenység, a bemenet (input), a folyamat (process) és a kimenet (output) biztosítja azt, amire az intézménynek, szervezetnek szüksége van. Emellett, a környezeti szereplők kölcsönhatásba lépnek a szervezettel és annak rendszereivel (Laudon & Laudon, 2022).

Alapvetően, az IPO modell alkalmazásával szeretném bemutatni az egészségügyi dolgozók munkahelyi elégedettségét, a kórházi menedzsmentről alkotott véleményét, erkölcsi magatartását és munkaetikáját, a szolgáltatás minőségének megítélését, illetve elvándorlási szándékát ez ezek a tényezők közötti összetett viszonyokat. Ez a modell szolgál a kutatásom konceptuális keretmodelljeként, mivel jól felhasználható a humán erőforrás menedzsment és szervezeti viselkedés vizsgálatára, valamint egyértelműen ábrázolja az egyes változók közötti kapcsolatokat és kiemeli az elemzés fókuszait. Itt elsősorban fontos kihangsúlyozni azokat a beérkező (bemeneti) elemeket, erőforrásokat, amelyek meghatározzák a munkatevékenységet. Ide tartoznak az egészségügyi dolgozók demográfiai adatai (kor, nem, végzettség, munkakör vagy beosztás, szakmai tapasztalat, illetve munkaviszony hossza), a munkakörülmények (a munkahely, bérezés, munkaidő, túlórák, pihenőidő), a szervezeti háttér (a kórházi menedzsment stílusa és transzparenciája, döntéshozatalba való bevonás, elérhető támogatási

rendszerek, a kommunikációs csatornák), valamint az etikai környezet (etikai kódexek ismerete, etikai képzéseken való részvétel, etikai dilemmák gyakorisága). Ezek a tényezők hatással vannak az általánosan megfogalmazott munkavállalói élményre (a csapatmunka, a menedzsmenttel való kapcsolat, a szakmai fejlődés lehetőségei), az etikai döntéshozatalra (az etikai dilemmák kezelése, a szabályok megsértése), az egészségügyi dolgozók percepciójára a menedzsment kompetenciáját és átláthatóságát, a szervezet értékrendjét és integritását illetően, a szolgáltatás minőségének megítélésére (a betegellátás színvonala, a betegbiztonság megítélése), a stresszkezelésre és a kiégés kezelésének folyamataira. A felsorolt folyamatok eredményei az egészségügyi dolgozók munkájukkal való elégedettségében (általános, szakmai, szervezeti), elvándorlási szándékában (másik intézménybe vagy külföldre), motivációs szintjükben és elköteleződésükben, valamint etikai viselkedésükben és annak önbevallásában nyilvánulnak meg. A fent felsorolt elemek közötti összefüggéseket az 1. ábra szemlélteti.



1. ábra: Az egészségügyi dolgozók helyzetét meghatározó tényezők Input-Process-Output (IPO) modellje

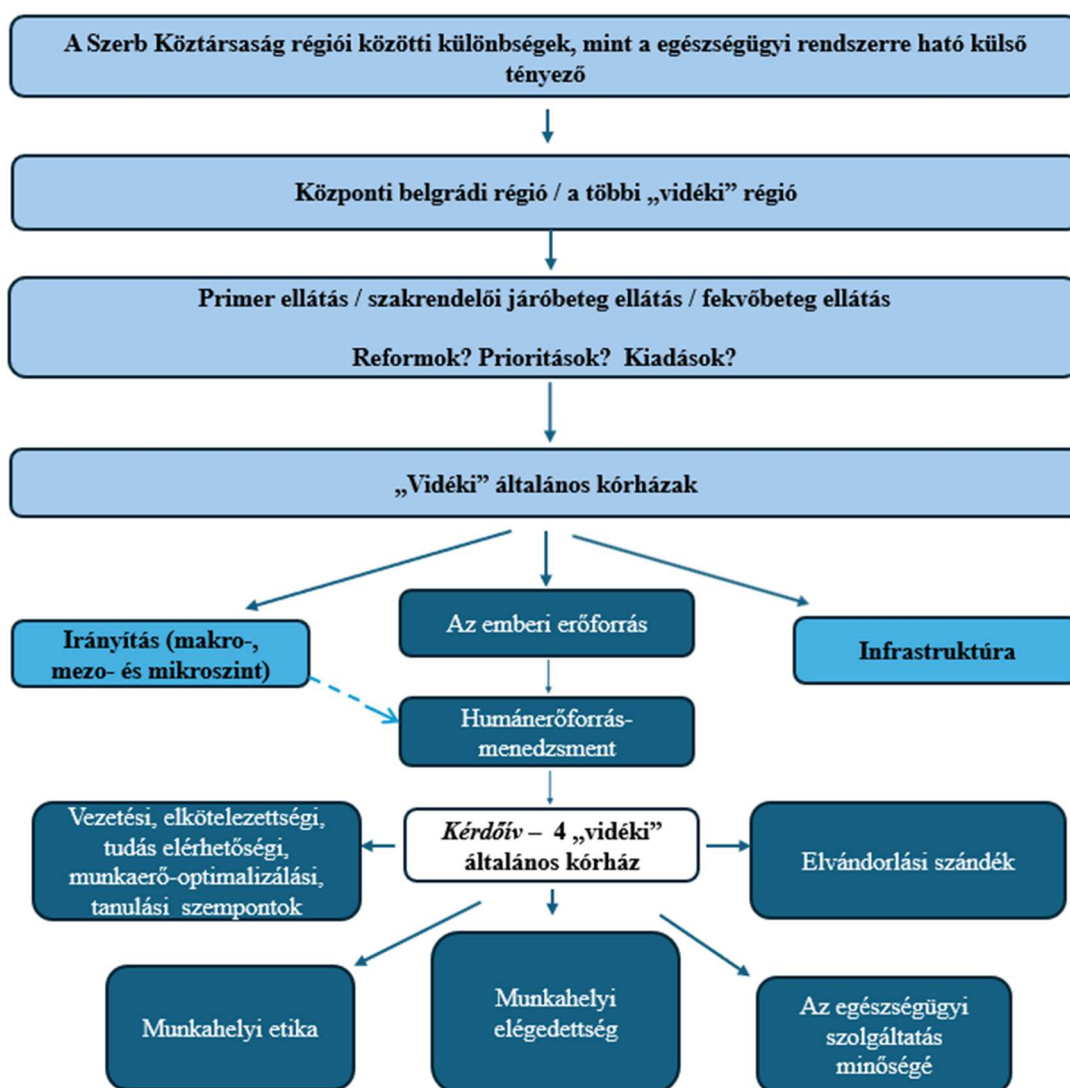
Forrás: saját szerkesztés, 2025

A bemutatott konceptuális keretmodell lehetőséget kínál további összefüggések elemzésére is a kutatási eredmények alapján. Például, megvizsgálható, hogy milyen a kapcsolat, korreláció az egészségügyi alkalmazottak elvándorlási szándéka és a munkakörülmények, illetve a kórházi menedzsmentről való véleményük között, a munkakörülmények hatása a szolgáltatásminőség észlelésére, a szakmai fejlődési lehetőségek és etikai környezet hatása az munkahelyi elégedettségre, illetve számos további kapcsolat és összefüggés.

A disszertáció kutatási kérdései az egészségügyi emberi erőforrás jellemzőinek meghatározása vezetési, munkavállalói elkötelezettségi és elégedettségi, motiváció, elvándorlási szándék, rendelkezésre álló tudás, munkaerő optimalizálási és tanulási kapacitási szempontból, az egészségügyi dolgozók etikai magatartása az egészségügyi ellátás során, valamint a nyújtott egészségügyi szolgáltatás minőségének megítélése az alkalmazottak által. Mindezekre a tényezők kivizsgálásra kerültek a kutatásban alkalmazott kérdőív segítségével, azok kérdéscsoportjai révén. Emellett, mivel a különböző egészségügyi munkaköröket betöltő alkalmazottak eltérő iskolai végzettséggel és munkahelyi tapasztalattal rendelkeznek, így a további jelentős kutatási kérdés a különböző tulajdonságokkal (nem, életkor, tapasztalat, beosztás) rendelkező munkavállalók etikai különbségei, illetve az

egészségügyi ellátás minőségének megítélésére és elvándorlási szándékukra vonatkozó eltérések.

A szerbiai egészségügyi dolgozói populáción belül a vidéki általános kórházak alkalmazottjaira összepontosítottam. A szakirodalom és személyes tapasztalataim alapján jelentős regionális különbségeket feltételezve Szerbia területén belül, a kevésbé fejlett vidéki területeken alkalmazott egészségügyi munkaerő sajátosságainak a feltérképezése a célom. Kizárólag egy motivált, vezetéssel és ellátási körülményekkel elégedett dolgozói csapattal érhető el a vidéki egészségügyi ellátás hatékonysága és minősége. Szintén a szakirodalmi kutatási eredmények alapján a szerb általános kórházak jelentős ellátási terheit feltételezve, ezt a típusú létesítményeket jelöltem ki kutatási témámnak. Így még élesebben kirajzolódik kutatásom célja, a szerbiai vidéki kórházakban dolgozó egészségügyi személyzet jellemzőinek kivizsgálása, hogy világosabb képet kapjunk arról, melyek a jövőbeli fejlesztendő kérdések és területek (2. ábra).



2. ábra: A disszertáció folyamatábrája

Forrás: saját szerkesztés, 2024

Összefoglalóan a disszertációm tudományos, társadalmi és gyakorlati céljait emelném ki.

1. Tudományos célok:

- a kutatásom tudományos célja empirikus elemzéssel a szerbiai vidéki általános kórházak egészségügyi humán erőforrás-gazdálkodás módszereinek meghatározása vezetési (kommunikáció, felügyeleti és vezetői készségek és rendszerek révén), alkalmazotti elkötelezettségi, tudás elérhetőségi (együttműködés és csapatmunka, információmegosztás és annak rendszerei), munkaerő-optimalizálási (folyamatok, feltételek, felelősségek, foglalkoztatási döntések révén) és tanulási kapacitási (innováció, képzés, fejlesztés, érték, támogatás) szempontból;
- az etikai magatartás, az etikai normák betartásának, valamint az esetleges etikai dilemmák megoldásának vizsgálata a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottai körében;
- annak felmérése, hogy a szerb vidéki általános kórházak dolgozói hogyan értékelik az intézményükben történő egészségügyi ellátás minőségét;
- a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjainak munkával való elégedettségének, illetve azt befolyásoló tényezők meghatározása és tanulmányozása;
- annak feltérképezése, hogy az alkalmazottak beosztása, egészségügyi szakmai tapasztalata, nemük és életkoruk mennyire befolyásolja a meglátásukat és állásfoglalásukat az egészségügyi ellátás és az intézményi vezetés kapcsán;
- a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjai körében az elvándorlási szándék felmérése, illetve okainak feltárása.

2. Társadalmi célok:

- a szerb vidéki általános kórházak emberi erőforrásaira vonatkozó gyenge pontok azonosításával a szerb egészségügyi rendszer fejlesztéséhez való hozzájárulás;
- a minőségi egészségügyi ellátáshoz és egyenlő hozzáférés biztosításához való hozzájárulás a vidéki régiókban dolgozó egészségügyi munkaerő véleményének a figyelembevételével és azzal, hogy hangsúlyozzuk ennek fontosságát;
- a kutatási eredmények alapján a megfelelő szervezetek és döntéshozók támogatása azzal, hogy kijelölésre kerülnek a kritikus pontok (például menedzserképzés, dolgozói tréningek és elégedettséget javító programok, képzések, juttatások,), melyek beavatkozást igényelnek.

3. Gyakorlati célok:

- olyan javaslatok megfogalmazása, melyek felhasználhatók a szerb vidéki kórházak vezetősége által az alkalmazottak elégedettségének és elkötelezettségének növelése céljából;
- a kórházi alkalmazottak véleményének és értékelésének figyelembevételével, javaslatok kidolgozása arra, hogy hogyan javítható az egészségügyi ellátás minősége az érintett intézményekben;
- az alkalmazottak etikai magatartására vonatkozó eredmények, esetlegesen feltárt etikai dilemmák alapján a kórházi etikai kódexek felülvizsgálata, korszerűsítése, illetve nyomon követése;
- olyan stratégiák, támogató rendszerek, illetve motiváló, munkakörnyezetet javító programok kialakítására való javaslatok, melyek csökkenthetik az elvándorlási szándékot a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjai körében.

A 1. mellékletben szereplő táblázat bemutatja együttesen a disszertációm kutatási kérdéseit és céljait, a kutatási módszereket és az elvárt eredményeket, ajánlásokat (1. melléklet).

A kutatásom során pozitívizmust, mint filozófiai megközelítést alkalmaztam. A kérdőíves kutatásom során gyűjtött, statisztikailag feldolgozott adatokra tényként fókuszáltam, objektív megfigyelőként. A kutatandó adatokat minél egyszerűbben igyekeztem megfogalmazni, azok alapján következtetéseket levonni és tesztelni a felállított hipotéziseimet.

2.2. Hipotézisek

A kutatásom során a szakirodalmi adatok és az egészségügyi szakmai tapasztalatom alapján megállapított általános észrevételekből indultam ki, hogy a szerb egészségügyi szolgáltatás hatékonyságát és minőségét több szempontból is befolyásolja az egészségügyi dolgozók munkaetikája és az egészségügyi szervezetek menedzsmentje, a megfelelő vezetésén, munkavállalói elkötelezettségen, a tudás elérhetőségén és a munkaerő optimalizálásán keresztül. A megfelelő egészségügyi ellátás egy egészségesebb és elégedettebb populációt eredményezhet, mely produktívabb tevékenységével hozzájárulhat az ország gazdasági fejlődéséhez, nemzeti és regionális szinten is. Hipotéziseket fogalmaztam meg, melyeket a disszertációmban tesztelek a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjai körében elvégzett kutatásom alapján. Az egyes fejezetek végén az eredményeket tézisek formájában foglaltam össze.

A hipotéziseim a következők:

1.hipotézis: A vidéki általános kórházak szemben a fővárosi fekvőbeteg-ellátás nyújtó egészségügyi intézményekkel, kapacitásuk és működtetésük szempontjából a szerb egészségügyi rendszer legsebezhetőbb intézményei közé tartoznak, melynek oka a fennálló regionális különbségek.

Tesztelés: Szakirodalom szintetizálással

Hipotézishez társuló modell vagy elmélet: Erőforrás-függőség elmélete; Az egészség és a társadalmi egyenlőtlenségek közötti összefüggések

2.hipotézis: Erős összefüggés mutatható ki a kutatásban részvevő szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjainak beosztása (orvos, ápoló, egyéb alkalmazottak) és a munkahelyi emberi erőforrás menedzsmenthez tartozó szempontok (vezetési, munkavállalói elkötelezettségi, a munkahelyi tudás elérhetőségi, munkaerő-optimalizálási és tanulási kapacitási) értékelése között.

Tesztelés: Leíró statisztikával, keresztábra-elemzéssel

Hipotézishez társuló modell vagy elmélet: Maslow-szükségletshierarchiája; Herzberg kéttényezős elmélete; Hackman és Oldham munkamotivációs modellje; Adams-féle méltányossági elmélet; Szociális Identitás Elmélete

3.hipotézis: Feltételezhető, hogy a válaszadók neme és életkora nem befolyásolja az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó szempontok értékelését, mivel ezek vélhetően általános érvényűek.

Tesztelés: Leíró statisztikával, Pearson-féle khi-négyzet próbával

Hipotézishez társuló modell vagy elmélet: Kognitív fejlődés elmélete – Lawrence Kohlberg morális fejlődés modellje; Kant kategorikus imperatívusza; Utilitarizmus elmélete

4.hipotézis: A különböző beosztású (orvos, ápoló, egyéb alkalmazott) egészségügyi dolgozók eltérően értékelik az egészségügyi ellátás minőségét a saját munkahelyükön, de az összes válaszadó esetében pozitív korreláció fedezhető fel aközött, hogy a felettesük elégedett-e a munkájukkal, illetve, hogy pácienseik elégedettek-e a nyújtott egészségügyi ellátással.

Tesztelés: Leíró statisztikával, Pearson-féle khi-négyzet próbával

Hipotézishez társuló modell vagy elmélet: Munkahelyi szerepek és szervezeti perspektívák modellje; Szervezeti kultúra modell (Schein)

5.hipotézis: A kutatásban résztvevők többsége összességében inkább elégedetlen, mint elégedett a munkájával és munkahelyi körülményekkel

- a. a munkájuk anyagi ellentételezése/jutalmazása az egyik olyan szempont, mellyel a legkevésbé elégedettek;
- b. a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködés az egyik olyan szempont, melyet a legmagasabbra értékelik;
- c. pozitív korreláció fedezhető fel a munka tisztelete és a munka jutalmazása, a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködés, illetve a betegek az egészségügyi dolgozókhoz való viszonya között.

Tesztelése: Leíró statisztikával, Pearson-féle khi-négyzet próbával, keresztábla-elemzéssel, variancia homogenitási teszttel, korrelációs kapcsolatok elemzésével, faktorelemzéssel, klaszterelemzéssel

Hipotézishez társuló modell vagy elmélet: Herzberg kéttényezős (vagy motiváció-higiénés) elmélete; A munkahelyi követelmény-erőforrás modell (JD-R; Job Demands-Resources); empirikus kutatások

6.hipotézis: A kutatásban résztvevő szerb vidéki általános kórházi dolgozók többségében (a válaszadók nemétől, beosztásától, illetve életkorától függetlenül) már felmerült az a gondolat, hogy egy másik országba szeretnének dolgozni az egészségügyi szektorban.

Tesztelés: Leíró statisztikával, Pearson-féle khi-négyzet próbával, variancia homogenitási teszttel, faktorelemzéssel, klaszterelemzéssel

Hipotézishez társuló modell vagy elmélet: A migráció push-pull elmélete; empirikus kutatások

Az egyes hipotézisekhez társuló modellek és elméletek részletesebb leírása a szakirodalmi rész megfelelő fejezeteiben és alfejezeteiben tekinthető meg. Emellett, leírásra került a megfogalmazott hipotéziseimnek a kapcsolódása a felsorolt modellekhez. A 2. mellékletben szereplő táblázat tartalmazza az egyes modellek és elméletek lerövidített bemutatását.

3. Szakirodalmi áttekintés

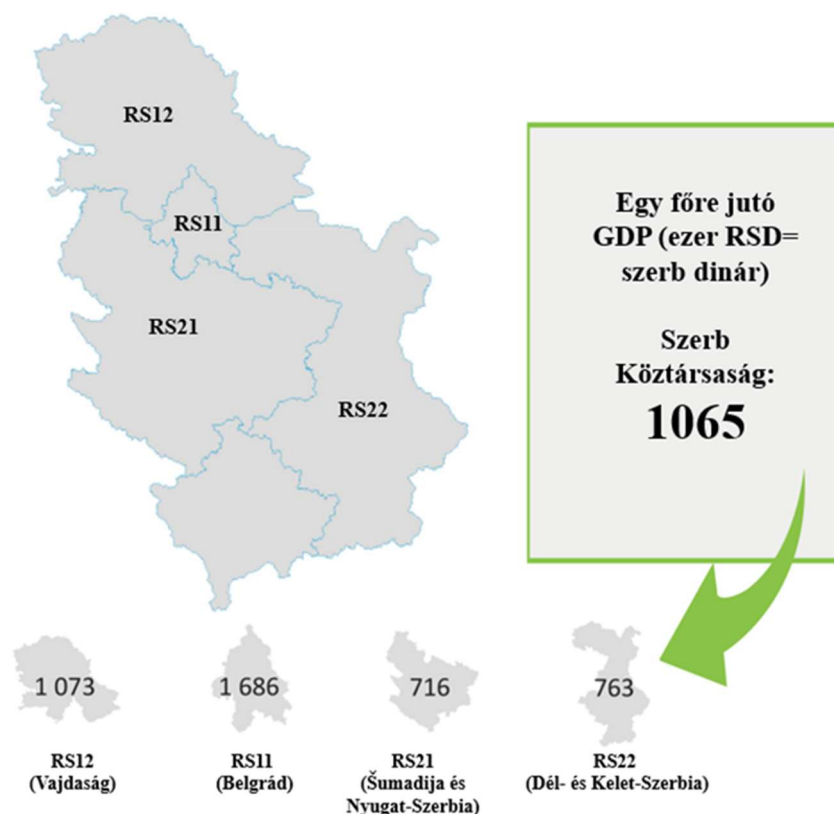
3.1. *Regionális különbségek Szerbiában*

Szerbiában mindig is jelentős regionális diszparitások léteztek. Ezek az egyenlőtlenségek az elmúlt két évtizedben egyre súlyosbodtak és ma már a legmagasabb szintűek közé tartoznak Európában (Uvalić & Bartlett, 2021). Az európai integráció fontos szempontja a régiók közötti különbségek csökkentése és a lemaradó régiók felzárkóztatása (Csolák, et al., 2023).

A regionális különbségek csökkentése és a szélesebb körű gazdasági fejlődés elérése Szerbiában politikai okok mellett főleg gazdasági okokból lenne fontos. A kiegyensúlyozottabb regionális fejlődés csökkentené a vidék-város migrációs nyomást, mérsékelné a főbb városi területek zsúfoltságát és az ezzel járó költségeket (egészségügyi ellátás területén is), csökkentené a munkaerő-piaci problémákat a kevésbé fejlett régiókban, és növelné az országos foglalkoztatottsági rátát (Iammarino, et al., 2019). Egy régió akkor tekinthető versenyképesnek, ha nyitott gazdasággal, növekvő egy főre jutó jövedelemmel, magas szintű foglalkoztatással, valamint magas regionális termelékenységgel és GDP-vel rendelkezik (Lipták, 2019). Ezek az előnyök növelhetik a gazdaság általános termelékenységét azáltal, hogy biztosítják az erőforrások egyenletesebb elosztását az ország egész területén és csökkenthetik a földrajzilag koncentráltan előregedő közösségek és az elnéptelenedés társadalmi költségeit. Az említett szempontok rendkívül fontosak az egészségügyi rendszer megfelelő és kiegyensúlyozott fejlődése és az egészségügyi szolgáltatások megfelelő igénybevétele szempontjából. Ezzel szemben felhozható az az érv, hogy a termelékenységet növeli a népesség nagyvárosi területeken való koncentrációjából adódó agglomerációs gazdaságosság. Viszont, itt fontos hangsúlyozni a digitális gazdaság növekedésének a tényét is, melyhez társulnak a távmunkában rejlő lehetőségek és gazdasági előnyök, valamint ezáltal a jobb életminőségnek a biztosítása (ami az egészségügy szempontjából is fontos).

Szerbia regionalizációját a 20. század második felében a hagyományos megközelítés jellemezte, amely a régiókat, mint statikus fiziognómiai térbeli egységnek a klasszikus felfogásán alapult, néhány gazdasági regionalizációs kísérlettel vegyítve. Viszont az ilyen regionalizációk nagyrészt nem bizonyultak alkalmazhatónak a gyakorlatban (Golić & Joksimović, 2017). A mai értelemben vett gazdasági regionalizáció és a regionális fejlesztés fogalmai a 2001-es demokratikus váltás után váltak fontossá Szerbiában, a 2002-es helyi önkormányzatokról szóló törvény alapján végrehajtott decentralizációs folyamattal egyetemben. Miután Szerbia 2008 áprilisában aláírta az EU-val a stabilizációs és társulási megállapodást, az országnak statisztikai régiókat (NUTS) kellett bevezetnie, hogy ezzel megkönnyítse az EU-nak való adatszolgáltatást a regionális szintű társadalmi-gazdasági fejlődésről (Uvalić & Bartlett, 2021). A decentralizáció, mint lentről felfelé irányuló (bottom-up) fejlesztési modell az uniós tapasztalatok szerinti regionalizációhoz vezet, azaz egy olyan középső kormányzati szint kialakulásához, amely képes kezelni a gazdasági és társadalmi fejlődés problémáit és csökkenteni a regionális egyenlőtlenségeket. Ez a modell magában foglalja az állami szintnél alacsonyabb szintű döntéshozatali folyamatot és a policentrizmust, mint nagyobb számú regionális központ fejlődését támogató politikát (Stojkov, 2007).

Szerbiában két fő földrajzi régió lett meghatározva NUTS 1 szinten (jelentősebb társadalmi és gazdasági régiók): Észak-Szerbia és Dél-Szerbia. NUTS 2 szinten (regionális politikák alkalmazására szolgáló bázisterületek) négy statisztikai régiót definiáltak, ami lehetővé tette a regionális fejlesztési politika tervezését és nyomon követését: Belgrád (NUTS RS11), Vajdaság (NUTS RS12), Šumadija és Nyugat-Szerbia (NUTS RS21), illetve Dél- és Kelet-Szerbia (NUTS RS22) (3. ábra).



3. ábra: A Szerb Köztársaság régiói NUTS 2 szinten és egy főre jutó GDP régióként (ezer RSD-ban kifejezve; 2023. évi adatok)

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2024b alapján saját szerkesztés

A NUTS 3 szint (meghatározott célokra szolgáló kisebb régiók) a közigazgatási körzeteket (oblast) jelenti (1. táblázat). Összesen 25 körzet lett meghatározva NUTS 3 szinten (a belgrádi régiót önálló körzetet képvisel, hét körzet Vajdaságban, nyolc körzet Šumadija és Nyugat-Szerbiában, kilenc körzet Dél- és Kelet-Szerbiában). Kiemelendő, hogy ezek a kerületek nem rendelkeznek önálló hatósági jogkörrel, nincsenek önálló közigazgatási funkcióik (kivéve Belgrádot, mely sajátos státusszal rendelkezik), csak bizonyos ügyekben érvényesítik a központi kormányzat dekoncentrált hatáskörét (például a közfoglalkoztatási hivatalok hálózata kerületi szinten szerveződik) (Golić & Joksimović, 2017).

1. táblázat: A Szerb Köztársaság régiói NUTS 3 szinten

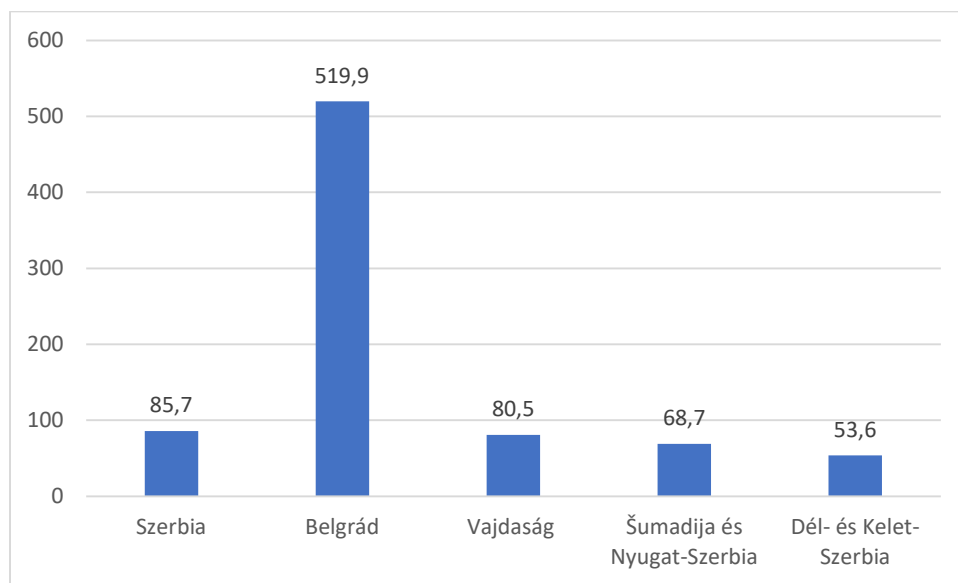
NUTS 1	NUTS 2	NUTS 3
Észak-Szerbia	Belgrád	Belgrád
	Vajdaság	Nyugat-bácskai körzet
		Dél-bánáti körzet
		Dél-bácskai körzet
		Észak-bánáti körzet
		Észak-bácskai körzet
		Közép-bánáti körzet
		Szerém
Dél-Szerbia	Šumadija és Nyugat-Szerbia	Zlatibor
		Kolubara
		Moravica
		Pomoravlje
		Rasina
		Raška
		Šumadija
	Dél- és Kelet-Szerbia	Bor
		Braničevo
		Zaječar
		Jablanica
		Nišava
		Pirot
		Podunavlje
		Pčinja
		Toplica

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2023a alapján saját szerkesztés

A decentralizált döntéshozatali hatáskörrel rendelkező alacsonyabb szint (a központi kormányzat alatti) a városi és önkormányzati szint (gyakorlatilag NUTS 4 - vagy az uniós nomenklátúra szerinti helyi közigazgatási egység - LAU1). Szerbiában összesen 145 önkormányzati község és 29 önkormányzati város van. Az egyik fő probléma az, hogy a hatáskörök helyi hatóságokra történő átruházása gyakran nem járt megfelelő pénzügyi támogatással (Kmezić & Đulić, 2018). Ezért lenne fontos, hogy a megalakult régiók kapjanak közigazgatási funkciókat és a pénzeszközökkel való rendelkezés jogát (a belgrádi központi kormány helyett), mivel az alacsonyabb kormányzati szinten tudják a legjobban, hogy mely projektek igényelnek beruházásokat és melyek a regionális és helyi fejlődés prioritásai - ami az új regionalizáció fő célja. Viszont, a különböző körzetekben megfigyelhető az erőforrások eltérő hatékonysággal történő felhasználása, főként azért, mert sok helyi önkormányzat nem használja ki a legoptimálisabban a rendelkezésére álló erőforrásokat (Manić & Mitrović, 2021). Ez az oka annak, hogy a decentralizáció tervezett eredményei, mint például a polgárok számára nyújtott jobb szolgáltatások (beleértve az egészségügyi szolgáltatásokat) és a jobb életminőség, a gyakorlatban gyakran nem valósultak meg. A kezdeti reformok a közpolitikák bizonyos fokú decentralizációját eredményezték, de az elmúlt évtizedben megfigyelhető jelentősebb visszatérés a központosítás irányába, ami nem kedvez a lokális fejlődésnek vagy a közszolgáltatások hatékony nyújtásának lokális szinten (Uvalić & Bartlett, 2021; Kmezić & Đulić, 2018). Ugyanakkor meg kell jegyezni, hogy Szerbia nem egyedi eset ebben a tekintetben. Az Európai Unióban több olyan ország is van, ahol az évtizedek óta tartó, a kevésbé fejlett régiók fejlődését segítő politikák nem hozták meg a kívánt eredményeket (Iammarino, et al., 2019). A regionális egyenlőtlenségek a legtöbb fejlett és fejlődő országra egyaránt jellemzőek (Kanbur & Venables, 2005).

A szerbiai Köztársasági Statisztikai Intézet 2022. évre vonatkozó adatai alapján (Republički zavod za statistiku, 2024c) az ország lakossága 6 647 003 volt, illetve az átlagos

népsűrűsége 85,7 fő/km² volt, ami alacsonyabb, mint az EU átlagos népsűrűsége 2022-ben (109,1 fő/km²) (Eurostat, 2024d). Az egyes régiók népsűrűsége 2022-ben a következő volt: Belgrád 519,9 fő/km²; Vajdaság 80,5 fő/km²; Šumadija és Nyugat-Szerbia 68,7 fő/km²; Dél- és Kelet-Szerbia 53,6 fő/km² (4. ábra). A lenti ábra alapján könnyen szemléltethető, hogy a négy régió közül a belgrádi régió rendelkezik a legnagyobb átlagos népsűrűséggel, ami jóval magasabb a szerbiai átlagos népsűrűségnél, illetve, hogy a további három régió átlagos népsűrűsége alacsonyabb az országos átlagnál. A vidéki területekre, még a Vajdaság fejlettebb régióiban is, jellemző az elnéptelenedés a helyi fejlődés és a munkalehetőségek hiánya miatt (Lović Obradović & Matović, 2018).



4. ábra: A Szerb Köztársaság és egyes régióinak (NUTS2) átlagos népsűrűsége (2022. évi adatok)

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2024c alapján saját szerkesztés

Viszont, a korösszetétel tekintetében, nincs jelentősebb különbség a régiók között. 2023. évi adatok alapján a 15-64 év korcsoportba tartozó lakosság a populáció 64,4%-át jelentette a belgrádi régióban, 63,5%-át Vajdaságban, 62,5%-át a Šumadija és Nyugat-Szerbia régióban, illetve 62,7%-át a Dél- és Kelet-Szerbiában. A 65-79 év korcsoportba tartozók a belgrádi régió lakosságának 16,1%-át, a vajdasági lakosság 17,7%-át, a Šumadija és Nyugat-Szerbia populációjának 18,9%-át és Dél- és Kelet-Szerbia populációjának 19,2%-át alkották (Republički zavod za statistiku, 2024b).

A régiók közötti különbségek vizsgálatának egyik fontos indikátora a bruttó hazai termék (GDP). A szerbiai hivatalos statisztikai adatok megerősítik, hogy a két fejlettebb és a két kevésbé fejlett szerbiai régió (észak és dél) között egyre nagyobb a különbség az országos GDP-hez való hozzájárulás tekintetében. Egyértelmű, hogy Szerbiában az egy főre jutó GDP tekintetében nagy regionális különbségek vannak, amelyek a legnagyobbak közé tartoznak Európában. Az ország északi részén található két régió (Belgrád és a Vajdaság) adja az ország GDP-jének több mint kétharmadát (2. táblázat), ami azt jelzi, hogy továbbra is jelentős különbség van Észak- és Dél-Szerbia fejlettsége és termelési kapacitása között. A másik két régió, Šumadija és Nyugat-Szerbia, valamint Dél- és Kelet-Szerbia, termeli Szerbia GDP-jének a maradék egy harmadát. Tekintettel arra, hogy a négy régió lakossága nagyjából hasonló, a regionális GDP-ben mutatkozó különbség egy főre jutó GDP-ben kimutatott különbségek jelentősek. Az elmúlt tíz évben a gazdasági fejlődésben a regionális különbségek csökkentését célzó politikák nem voltak eredményesek. Ahelyett, hogy a négy régió gazdasági szerepe

kiegyensúlyozottabbá vált volna, az északi és déli régiók között eltérő tendenciák figyelhetők meg (Iammarino, et al., 2019).

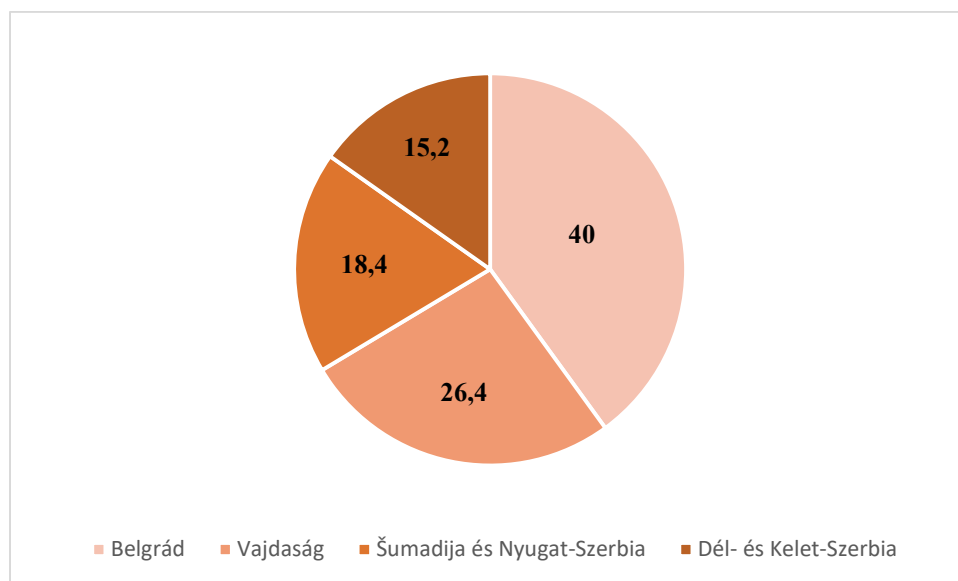
Az 2. táblázatban láthatók az egyes szerbiai régiók bruttó hazai termékére (GDP) vonatkozó adatok. Szerbia GDP-je 2022-ben 7 097 629 millió szerb dinár (RSD), illetve 63 450,58 millió amerikai (US) dollár volt. Egy főre jutó GDP-ben kifejezve, ez 1 065 ezer RSD, illetve 9,52 ezer US dollár volt. Az Európai Unió (27 tagállam) GDP-je 2022-ben 16 143 727,60 millió euro, illetve US dollárban kifejezve 16 951 663,90 millió dollár (Eurostat, 2024a). EU-27 2022-ben az egy főre jutó bruttó hazai termék 29,30 ezer euró, illetve 30,77 ezer US dollár volt (Eurostat, 2024e).

2. táblázat: Szerbiai regionális GDP, a régiók részvétele a Szerb Köztársaság GDP-jének és szintindexeinek kialakításában (2022. évi adatok)

	GDP (millió RSD)	GDP (millió USD)	Növekedési index (2022/2021)	A régiók részesedése a nemzeti GDP-ből (%)	Egy főre jutó GDP (ezer RSD)	Egy főre jutó GDP (ezer USD)	Egy főre jutó GDP változása (Szerbia =100)
Szerbia	7 097 629	63 450,58	113,2	100,0	1 065	9,52	100,0
Belgrád	2 839 814	25 387,05	112,7	40,0	1 686	15,07	158,3
Vajdaság	1 871 367	16 729,43	115,8	26,4	1 073	9,59	100,8
Šumadija és Nyugat- Szerbia	1 306 248	11 677,45	111,4	18,4	716	6,40	67,2
Dél- és Kelet- Szerbia	1 077 359	9 631,25	112,2	15,2	763	6,82	71,7

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2024a alapján saját szerkesztés

Az egyes régiók részvétele a Szerb Köztársaság GDP-ben a következő: a belgrádi régió 40,0%-kal a legnagyobb részvételt képviseli, mögötte a vajdasági Régió 26,4%-kal, majd ezt követi a Šumadija és Nyugat-Szerbia 18,4%-kal, valamint Dél- és Kelet-Szerbia 15,2%-kal (5. ábra)



5. ábra: A régiók részesedése a nemzeti GDP-ből, %-ban kifejezve (2022. évi adatok)

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2024a alapján saját szerkesztés

A belgrádi régióban az egy főre jutó GDP 1 686 000 RSD, ami 58,3%-kal magasabb az egy főre jutó összegnél köztársasági szinten. A vajdasági régió egy főre jutó GDP szintindexe 100,8% (1 073 000,00 RSD), ami 4,3%-os növekedést jelez 2021-hez képest (Republički zavod za statistiku, 2024a). Šumadija és Nyugat-Szerbia esetében a szintindex 67,2% (716 000,00 RSD), ami 1,2%-os csökkenést jelent 2021-hez képest, míg a Dél- és Kelet-Szerbia szintindexe 71,7% (763 000,00 RSD), ami 0,4%-kal kevesebb, mint 2021-ben. A szintindex a régió egy lakosára jutó GDP-jének és a köztársaság egy lakosára jutó GDP-hez viszonyított arányát mutatja. Ez az értéke nem egy adott régió GDP-jének növekedését mutatja az előző évhez képest, hanem azt, hogy a régió egy lakosra jutó GDP-je magasabb vagy alacsonyabb az országos szinthez képest. Ha a szintindex nagyobb, mint 100, az azt jelenti, hogy a régió egy lakosra jutó GDP-je nagyobb, mint ennek a mutatónak a Szerb Köztársaságra vonatkozó értéke. Ha 100 alatt van, az azt jelenti, hogy az egy lakosra jutó regionális GDP alacsonyabb, mint az országos érték (Republički zavod za statistiku, 2024a).

Az egy főre jutó regionális GDP szórása 2022-ben 30% volt, szemben a 2021-es 31%-kal. Ennek a mutatónak az alacsonyabb értéke a GDP regionális szórásának enyhe csökkenését jelzi, illetve a regionális különbségek növekedését az egy lakosra jutó GDP szintjét tekintve. Az egy főre jutó regionális GDP szórása a régió gazdasági fejlettségi kohéziójának mérőszáma és az Eurostat módszertana szerint az egy főre jutó GDP országos és regionális szintje közötti átlagos (abszolút) különbséget mutatja (Republički zavod za statistiku, 2024a).

Az alábbi táblázat (3. táblázat) pedig a regionális GDP-t mutatja be, vásárlóerő-standardban (PPS) kifejezve, illetve a szintindexet az EU27 szinthez viszonyítva. Az adatok alapján látható, hogy az összes szerbiai régió az EU egy lakosra jutó átlagos GDP-jének 75%-a alatt van. A vezető belgrádi régió 69,5%-os, Vajdaság 44,2%-os, Dél- és Kelet-Szerbia 31,4%-os, míg Šumadija és Nyugat-Szerbia régiója 29,5%-os szinten áll.

3. táblázat: Szerbiai regionális GDP, vásárlóerőparitáson (PPS) kifejezve (2022)

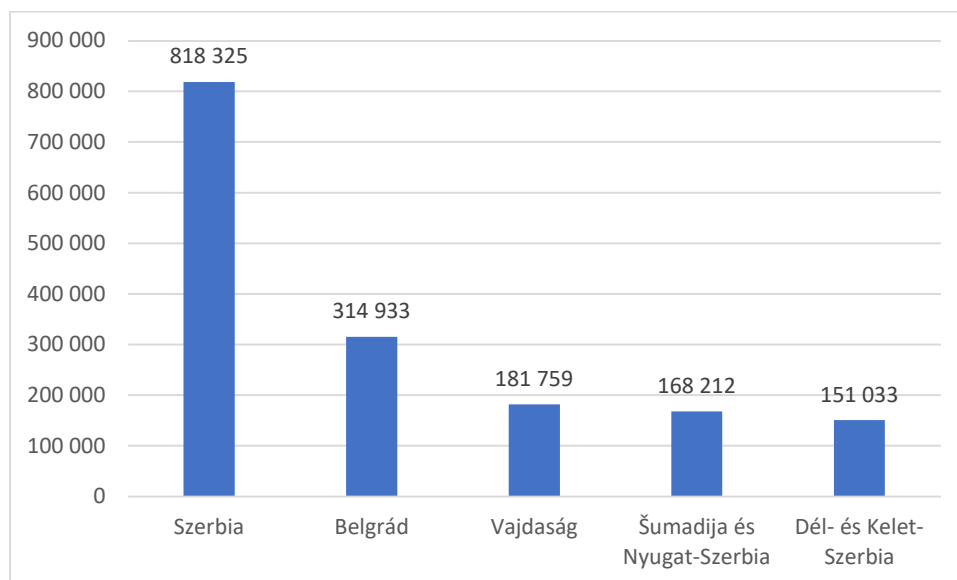
	GDP (millió PPS)	Egy főre jutó GDP (ezer PPS)	Egy főre jutó GDP változása (EU27=100)
EU (27)	15 907 189	35,5	100
Szerbia	103 668	15,6	43,9
Belgrád	41 478	24,6	69,5
Vajdaság	27 333	15,7	44,2
Šumadija és Nyugat-Szerbia	19 079	10,5	29,5
Dél- és Kelet-Szerbia	15 736	11,1	31,4

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2024a alapján saját szerkesztés

Ha összehasonlítjuk a szerbiai régiók egy főre jutó PPS-ben (az EU átlagában, EU27=100) kifejezett GDP-jét az egyes EU régiókhoz képest, látható, hogy Šumadija és Nyugat-Szerbia (29,5) GDP-je alacsonyabb az összes EU régióénál, illetve a hogy Dél- és Kelet-Szerbia (31,4) csak a Mayotte régiót (30) előzi meg ebben a tekintetben. A vajdasági régió (44,2) GDP-je magasabb Bulgária három régiójánál (Severozapaden 40, Severen tsentralen 42, Yuzhen tsentralen 43), Voreio Aigaio görög régióénál (41) és Francia Guyanánál (40). A belgrádi régió (69,5) magasabb GDP-vel rendelkezik, mint számos EU régió, többek között, mint Észak-Magyarország (50), Észak-Alföld (50), Dél-Dunántúl (52), Dél-Alföld (55) és Dunántúl (64), illetve Nyugat-Dunántúl régiója (68). Összehasonlításuként kiemelendő, hogy EU-n belül a legmagasabb GDP-vel rendelkezik az ír Southern régió (286), illetve Luxemburg (257) (Eurostat, 2024f).

Mivel a disszertációm témája alapvetően az egészségügyi rendszerhez és szektorhoz kapcsolódik, az előzőekben felsoroltak mellett hasznos megtekinteni, hogy hogyan alakul a

szerbiai regionális bruttó hozzáadott érték az államigazgatás és a kötelező társadalombiztosítás, az oktatás, az egészségügyi és a szociális ellátási tevékenység terén (6. ábra). A lenti ábra alapján látható, hogy az államigazgatás és a kötelező társadalombiztosítás, az oktatás, az egészségügyi és a szociális ellátási tevékenység terén a legmagasabb bruttó hozzáadott értékkel a belgrádi régió rendelkezik (314 933 millió RSD, illetve 2 815,40 US dollár), ezt követi a vajdasági régió (181 759 millió RSD, illetve 1 624,87 US dollár), míg a legalacsonyabbal Dél- és Kelet Szerbia rendelkezik (151 033 millió RSD, illetve 1 350,188 millió US dollár).



6. ábra: A szerbiai regionális bruttó hozzáadott érték (GVA) az államigazgatás és a kötelező társadalombiztosítás, az oktatás, az egészségügyi és a szociális ellátási tevékenység terén 2022-ben (millió RSD-ben kifejezve)

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2024a alapján saját szerkesztés

Szerbia régiói között szintén nagy különbségek vannak az innovációra és a K+F-re fordított kiadások (European Commission: Directorate-General for Research and Innovation, et al., 2023), az üzleti feltételek (Manić, et al., 2017; Jakopin, 2015), az iskolázottsági szintek (Jokić, et al., 2015), a munkaerő-piaci viszonyok (Kostadinović & Stanković, 2020), illetve a közszolgáltatások hatékonysága (Manić & Mitrović, 2021) tekintetében.

Az Európai Bizottság által készített 2023-as regionális innovációs eredménytábla alapján Szerbia feltörekvő innovatív országnak minősíthető. Teljesítményük alapján, az Európai uniós országok négy csoportba sorolhatók: az innováció terén élenjárók, az erős innovátorok, a mérsékelt innovátorok és a feltörekvő innovátorok. A feltörekvő innovátorok csoportjába tartozik Horvátország, Szlovákia, Lengyelország, Lettország, Bulgária és Románia. Magyarország mérsékelt innovátoroknak számít (European Commission: Directorate-General for Research and Innovation, et al., 2023). A regionális innovációs rendszereket a poszt szocialista gazdaságokban a regionális egyenlőtlenségek csökkentésének kulcsfontosságú tényezőinek tekintik és kulcsfontosságú eszközökké válnak az alacsony koordinált társadalmakban és gazdaságokban (Ivanič, 2023). A vidéki területek számára az innováció megoldást jelenthet a meglévő problémák megoldására, beleértve a különböző társadalmi problémákat is (Lipták, 2023).

Belgrád (RS11) a leginnovatívabb szerbiai régiónak számít és a négy említett régió közül az egyetlen, amely mérsékelt innovatív régió kategóriába tartozik. A többi régió feltörekvő innovátorként értékelhető (7. ábra). Az innováció szempontját tekintve, a teljesítmény valamennyi szerb régióban nőtt és a legnagyobb mértékben ez Belgrád régiójában történt meg

(RS11). 2023-ban három régió (Belgrád, Vajdaság, illetve Dél- és Kelet-Szerbia) innovációs teljesítménye nagyobb mértékben nőtt, míg a Šumadija és Nyugat-Szerbia teljesítménye kisebb mértékben nőtt, mint az Európai Unió innovációs teljesítménye (8,5%-os emelkedés).

Belgrád (RS11)	Vajdaság (RS12)	Šumadija és Nyugat-Szerbia (RS21)	Dél-és Kelet-Szerbia (RS22)
Innovátor régió			
mérsékelt	feltörekvő	feltörekvő	feltörekvő
Regionális innovációs index normalizált pontértéke (2023)			
0,449	0,350	0,267	0,272
Innovációs teljesítményváltozás EU-hoz képest (2016-2023)			
23,2%	16,5%	6,6%	11,7%
Közsféra K+F-kiadásai (Szerbiához/EU-hoz viszonyítva; Szerbia=100/EU=100) (2023)			
133/109	87/71	38/31	57/47

7. ábra: A Szerb Köztársaság NUTS2 régiói innováció tekintetében (2023)

Forrás: European Commission: Directorate-General for Research and Innovation, 2023 alapján saját szerkesztés

A 7. ábra alapján látszik, hogy a normalizált pontértékek relatív teljesítménye az EU-hoz képest Belgrád régiójában 23,2%, Vajdaságban 16,5%, Dél- és Kelet-Szerbiában 11,7%, illetve Šumadija és Nyugat-Szerbiában 6,6% volt. Ugyanebben az időszakban a közsféra K+F-kiadásai Szerbiához viszonyítva a belgrádi régióban 133, a vajdasági régióban 87, a Šumadija és Nyugat-Szerbiában 38, Dél- és Kelet-Szerbiában pedig 57 volt (European Commission: Directorate-General for Research and Innovation, et al., 2023).

A belgrádi régióban 2023-ban a regionális innovációs index normalizált pontértéke 0,449 volt, míg a 2016 és 2023 közötti innovációs teljesítményváltozás Szerbiához viszonyítva 6,7%, illetve EU-hoz képest 23,2% volt. A belgrádi régió relatív erőssége Szerbiához és az EU-hoz képest az IKT (információs és kommunikációs technológia) szakemberek foglalkoztatása.

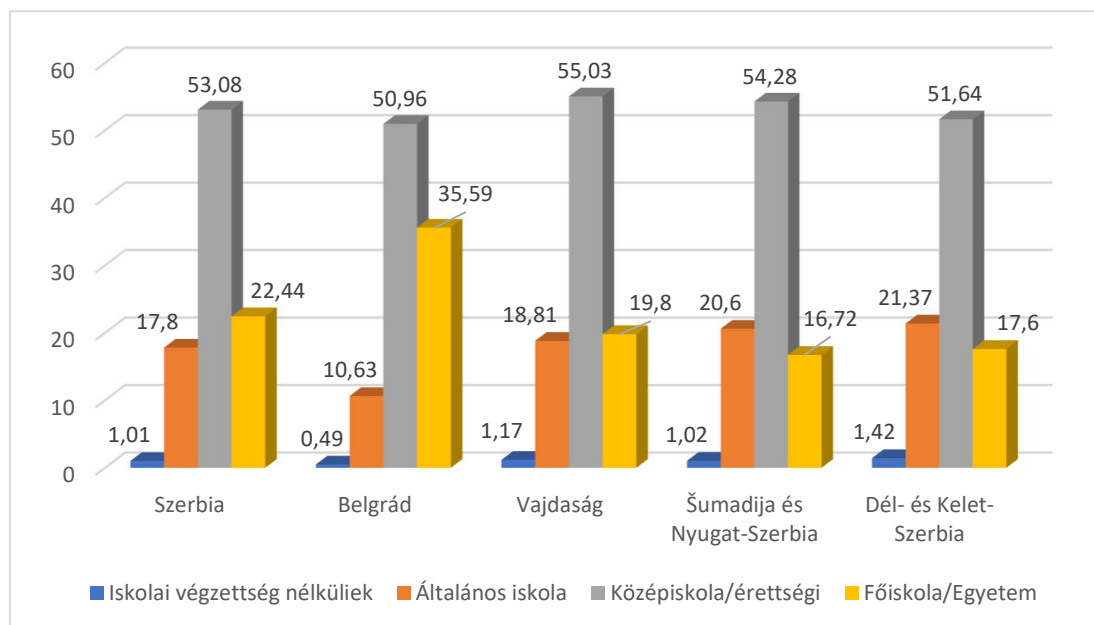
Mint fentebb említésre került, a vajdasági régió (RS12) feltörekvő innovatív szereplő. Az innovációs teljesítménye az elmúlt időszakban növekedett (16,5%). A 2023-as regionális innovációs index normalizált pontértéke 0,350 volt, ami Szerbiához viszonyítva 101%-ot és az EU-hoz viszonyítva 63,8%-ot jelentett. Az innovatív teljesítmény változása 2016 és 2023 között Szerbiához képest 2,3%, míg az EU-hoz viszonyítva 16,5% volt. Európai Unióval összehasonlítva a Vajdaság relatív erősségét a termékinnovátorok jelentik. Az ország többi régiójához képest jelentősen magasabb a környezeti finom részecskék általi légszennyezés

mértéke. Emellett, kiemelendő, hogy Vajdaságban a különböző szolgáltatásokban (beleértve az egészségügyet is) a foglalkoztatottak aránya 47,9% volt 2023-ban (European Commission: Directorate-General for Research and Innovation, et al., 2023).

A Dél- és Kelet-Szerbia régiója szintén feltörekvő innovátor, amelynek innovációs teljesítménye növekedett az elmúlt időszakban (11,7%). A 2023-es regionális innovációs index normalizált pontértéke 0,272 volt, ami Szerbiához viszonyítva 78,5%-ot és az EU-hoz viszonyítva 49,6%-ot jelentett. Illetve, az innovatív teljesítmény változása 2016 és 2023 között Szerbiához képest -0,4%, míg az EU-hoz viszonyítva 11,7% volt. A Dél- és Kelet-Szerbia innovációs erősségét Szerbiához képest a legtöbbet idézett tudományos publikációk jelentik, míg EU-val összehasonlítva a termékinnovátorok mellett, az innovatív vállalkozásokban való foglalkoztatás. 2023-ban a különböző szolgáltatásokban való foglalkoztatottság aránya 46,4% volt (European Commission: Directorate-General for Research and Innovation, et al., 2023).

Šumadija és Nyugat-Szerbia régiója is feltörekvő innovátor, melynek az innovációs teljesítménye növekedett az elmúlt időben (6,6%), de az uniós szintnél alacsonyabb arányban. A 2023-es regionális innovációs index normalizált pontértéke 0,267 volt, ami Szerbiához viszonyítva 77,1%-ot és az EU-hoz viszonyítva 48,7%-ot jelentett. Az innovatív teljesítmény változása 2016 és 2023 között Szerbiához képest -9,5%, míg az EU-hoz viszonyítva 6,6% volt. Šumadija és Nyugat-Szerbia régiójának innovációs erősségét EU-s viszonyokat tekintve a termékfejlesztés és az innovatív termékek értékesítése jelenti. Az ország többi régiójához képest kiemelkedik a nem K+F innovációs kiadások mértéke. A szolgáltatási szektorban való alkalmazottak aránya 41,1% volt 2023-ban (European Commission: Directorate-General for Research and Innovation, et al., 2023).

Már korábban említésre került, hogy a négy szerbiai régió között jelentős különbségek észlelhetők az iskolázottsági szint tekintetében is. A belgrádi Köztársasági Statisztikai Intézet adatai alapján kerültek meghatározásra a 8. ábrán szereplő iskolázottsági szintek régióként.



8. ábra: A Szerb Köztársaság és régiói 15 éves kor feletti lakossága iskolai végzettség szerint, 2022-es adatok (a régió lakosságának %-ában kifejezve)

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2024c alapján saját szerkesztés

A fenti ábrán látható, hogy a főiskolai/egyetemi végzettségű lakosság aránya legmagasabb a belgrádi régióban (35,59%, magasabb az országos szintnél), majd ezt követően a vajdasági régióban (19,8%), Dél-és Kelet Szerbiában (17,6%), majd Šumadija és Nyugat-Szerbiában

(17,6%). Vajdaság rendelkezik a legmagasabb középiskolai végzettségű lakossági aránnyal (55,03%, magasabb az országos szintnél). Az iskolai végzettség nélküliek aránya legmagasabb Dél-és Kelet Szerbiában (1,42%), míg legalacsonyabb Belgrádban (0,49%). Országos szinten a lakosság 0,4%-a esetén nincs adat az iskolai végzettségről.

Szerbiában 2023-ban az átlagos bruttó jövedelem 118 599 RSD, illetve az átlagos nettó jövedelem 86 007 RSD volt. Az egyes régiókat tekintve, a legmagasabb átlagos nettó jövedelem a belgrádi régióban volt megfigyelhető (109 431 RSD), míg a legalacsonyabb Šumadija és Nyugat-Szerbia régiójában (71 642 RSD). Ugyanebben az évben Vajdaságban az átlagos nettó jövedelem 81 386 RSD és Dél-és Kelet-Szerbiában 73 373 RSD volt (Republički zavod za statistiku, 2024b).

Bár a négy régió becsült népessége hasonló, a foglalkoztatási arányok régióként eltérnek. A foglalkoztatási ráta Belgrádban a legmagasabb, míg Dél- és Kelet-Szerbiában a legalacsonyabb. A 4. táblázatban megtekinthetők a 2023. évi szerbiai hivatalos statisztikai adatokban szereplő (Republički zavod za statistiku, 2024c), régiókra vonatkozó munkaerő-felmérési indikátorok: az aktivitási arány, a foglalkoztatási arány, a munkanélküliségi ráta, illetve a munkaerőpiacon kívüliek aránya.

4. táblázat: A szerb régiók lakossága munkaerő-piaci státusz szerint (az aktív korúakra vonatkozó arányok (15-64 évesek) %), 2023-ban

	Szerbia	Belgrád	Vajdaság	Šumadija és Nyugat-Szerbia	Dél- és Kelet-Szerbia
Aktivitási arány	71,7	76,3	71,8	70,1	67,8
Foglalkoztatási arány	64,7	70,8	65,3	62,9	58,8
Munkanélküliségi ráta	9,7	7,2	9,1	10,3	13,2
A munkaerőpiacon kívüliek aránya	28,3	23,7	28,2	29,9	32,2

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2024c alapján saját szerkesztés

Az eredmények alapján látható, hogy a munkanélküliségi ráta 2023-ban legmagasabb volt a Dél-és Kelet-Szerbiában, míg a legalacsonyabb a belgrádi régióban. Azonos viszonyok figyelhetők meg a munkaerőpiacon kívüliek tekintetében is. Az 3. mellékletben szereplő táblázat bemutatja a nyilvántartott (bejelentett) foglalkoztatásra vonatkozó adatokat a különböző régiókban. A 3. melléklet alapján látható, hogy 2023-ban a belgrádi régióban a bejelentett foglalkoztatás 12,1%-kal alacsonyabb volt az éves statisztikai adatokban szereplő foglalkoztatási aránynál, illetve a legalacsonyabb rátával rendelkező Dél-és Kelet-Szerbiában is 26,12%-os eltérésről beszélhetünk. Szintén látható, hogy a belgrádi régió lakosságának 3,75%-a, a Šumadija és Nyugat-Szerbia 2,54%-a az egészségügyi és szociális ellátási szektorban dolgozik a nyilvántartott adatok alapján. A 2015 és 2019 közötti foglalkoztatási adatokon végzett shift-share elemzés azt mutatja, hogy az egészségügyi ágazatban negatív volt a foglalkoztatás a belgrádi régióban (-176), a Šumadija és Nyugat-Szerbiában (-35) és különösen a Dél- és Kelet-Szerbia régióban (-832). Vajdaságban viszont az egészségügyi ágazatban kiemelkedően pozitív volt a foglalkoztatás (1 044) (Uvalić & Bartlett, 2021). Ezek az adatok rávilágíthatnak az egyes régiók egészségügyi munkaerő viszonyaira és annak összefüggéseire az általános gazdasági feltételekre.

Mindenképpen ismét kiemelendő egy fontos korreláció a gazdaság és az egészségügyi ellátás, valamint a lakosság egészségügyi állapota között. Többirányú, összetett kapcsolatokról

beszélhetünk különböző szempontokat tekintve (például egészségi állapot-gazdaság fejlődése, gazdasági fejlődés-egészségi állapot javulása, egészségügyi ellátás rendszer-egészségi állapot). Viszont az összes ilyen jellegű összefüggésre igaz, hogy nagy jelentőséggel bír és gyakorlatban megvalósítható a megfelelő egészségügyi ellátás működtetése, megfelelő egészségügyi munkaerő biztosítása és fenntartása révén. Még fontos megemlíteni két elméletet, melyek egyben a disszertáció első hipotéziséhez is társulnak. Ezek az erőforrás-függőség elmélete, illetve a társadalmi és gazdasági különbségek a társadalom egészségi állapotára való hatását magyarázó elmélet. Az erőforrás-függőség elmélete azt mutatja be, hogy az intézményen kívüli erőforrásoktól való függőség hogyan kapcsolódik a szervezeti cselekvésekhez és az eredményekhez (Pfeffer & Salancik, 1978). Az intézmények a kritikus erőforrásoktól (például pénz, személyzet, technológia) való függőségük kezelése érdekében együttműködnek a környezetükkel. Mivel ezeket az erőforrásokat gyakran más szervek, gazdasági szereplők ellenőrzik, ez sebezhetővé teszi őket és arra kényszerítheti, hogy különböző módon alkalmazkodjanak, a függőség kezelése érdekében. Egy vidéki kórház működése többek között az állami finanszírozástól és az egészségügyi dolgozók megfelelő toborzásától függ. Ha a kormány csökkenti a finanszírozást, vagy ha személyzeti hiány van, a kórház sebezhetővé válik, küzdenie kell a vidéki egészségügy finanszírozásáért, vagy ösztönzőket kell felajánlania a személyzet vonzására. A felső vezetőknek olyan terveket és stratégiákat kell megszervezniük, melyekkel csökkentik a külső forrásoktól való függőséget (Csedő & Zavarkó, 2021). Szintén az első hipotézishez társul az az elmélet, miszerint a társadalmi és gazdasági különbségek jelentősen meghatározzák a társadalom egészségi állapotát (Győri, 2022). A társadalmi, gazdasági és politikai mechanizmusok társadalmi-gazdasági helyzeteket alakítanak ki, melyek révén a népesség a jövedelem, az oktatás, a foglalkozás, a nem, a faji/etnikai hovatartozás és más tényezők szerint rétegződik (Solar & Irwin, 2010). A vidéki területeken az egészséget meghatározó tényezők (például jelentősebb szegénység, előregedő népesség, közlekedési akadályok) összességében tekintve általában rosszabbak, mint a fővárosi régióban, így nagyobb terhet jelentenek a helyi kórházakra és csökkenti azok alkalmazkodóképességét.

A regionális diszparitások, a szerbiai gazdasági helyzet egyik jellemzőjeként, hatással lehetnek az egészségügyi humánerőforrás számos aspektusára. Az előzőekben többször is ki lett emelve az északi és déli régiók közötti különbség, de főleg a Belgrád (főváros és régió), illetve többi három régió („vidék”) közötti eltérések, a belgrádi régióhoz az ország többi részétől való „elszakadása”. Emellett, a szerbiai NUTS 2 szintű régiókat vizsgálva az is nyilvánvaló, hogy Belgrád és a Vajdaság rendelkezik közigazgatási kapacitással, míg Šumadija és Nyugat-, Dél- és Kelet-Szerbia nem (Ivanič, 2023). Ilyen szempontból fontos az említett három, kevésbé fejlett régió (Vajdaság, Šumadija és Nyugat-Szerbiában és Dél- és Kelet-Szerbia) egészségügyi intézményeiben dolgozó személyzet jellemzőinek a kivizsgálása, értékelése.

3.2. A szerbiai egészségügyi rendszer működése

Az egészségügyi rendszer egy olyan szerkezet, amely magában foglal minden olyan szereplőt, szervezetet, intézményt és erőforrást, amelynek fő célja az emberi egészség javítása (Mihajlović & Kostić, 2005). Az általános társadalmi fejlődéssel az egészségügyi rendszerek is fejlődtek, szerepük, jelentőségük és felelőségük is egyre jobban erősödik az emberek egész életét tekintve, a szakszerű és biztonságos szüléstől egészen az idősok megfelelő és méltányos egészségügyi ellátásáig. Az egészségügyi rendszer egyszerűsített modellje öt fő összetevőből áll (Dragić, 2015):

1. Egészségügyi erőforrások fejlesztése (beleértve a személyzetet, egészségügyi létesítményeket, felszereléseket, ellátást és tudást)

2. Szervezett erőforrás-gazdálkodás (beleértve a nemzeti egészségügyi hatóságokat, az egészségbiztosítást, az egyéb kormányzati szerveket, a civil szervezeteket és a független magánszektor)
3. Különböző szintű egészségügyi ellátás (primer, szekunder és terciér)
4. Gazdasági szempontból való támogatás (beleértve az állami finanszírozási forrásokat, tulajdonosokat, szervezeteket, önkéntes ügynökségeket, helyi közösségeket, külföldi és magánháztartásokat),
5. Menedzsment (beleértve az irányítást, döntéshozatalt, szabályozást).

Szerbia közegészségügyi rendszere a múlt század elejétől kezdve nagy problémákkal küzdött. Szerbia a „jóléti állam” modellel lépett be a gazdasági átmenet folyamatába. Az előző rendszer magas szintű szociális és egészségügyi ellátást biztosított a teljes lakosság számára, nyilván a meglévő anyagi lehetőségek keretein belül. A „jóléti állam” nemzeti változatát a politikai és gazdasági rendszer szocialista jellege jellemezte, de alapjai messzebbre, a 19. század elejére nyúlnak vissza. Szerbia már nagyon korán átvette a „bismarcki modellt”, és valamilyen minimális egészségügyi ellátást tudott biztosítani a népessége nagy részének. A második világháborút követően az egészségügyi ellátórendszer több fejlődési fázison ment keresztül. Hosszú ideig, pontosabban 1968-ig Szerbiában nem volt olyan meghatározott egészségügyi politika, amely egyértelműen és pontosan rögzítette volna az egyén, az állam és az egészségügyi szolgáltatók kötelezettségeit. 1970-ben minden állampolgár számára egyenlő egészségügyi ellátást nyújtó rendszert hoztak létre, amelyhez a hiányzó pénzforrásokat az állam biztosította a költségvetésből (Adzic & Adzic, 2009). Az egészségügyi rendszer leépülése a múlt század nyolcvanas éveinek elején kezdődött, amikor a szocialista rendszer hanyatlása megkezdődött. A kilencvenes évek elején Jugoszlávia szétesése, a polgárháborúk, a különböző nemzetközi politikai és gazdasági szankciók és a kapitalizmus helyreállítása miatt bekövetkezett a lakosság egészségi állapotának romlása. A közegészségügyi szolgáltatások körének és minőségének csökkenését az egészségbiztosítási alapok forráshiánya és szükséges infrastruktúra lerombolása okozta. Az egészségügyi ellátás jelentős részét „privatizálták”, viszont olyan formában, hogy az állami egészségügyi intézmények alkalmazottjai „feketén” dolgoztak a magánkórházakban vagy saját zsebükre az állami létesítményekben, az állami forrásokat használva. Lényegében, párhuzamosan három fajta egészségügyi ellátás működött az országban, egy magán ellátás, amely magas színvonalú egészségügyi szolgáltatásokat nyújtott és amelyet közvetlenül a felhasználók finanszíroznak, egy gyakorlatilag „illegális” ellátás, amely az állami intézményekben zajlott de ugyanúgy fizetős volt, illetve az állami ellátás, amelyet a szükséges gyógyszerek és orvosi ellátás hiánya, a diagnosztikai vizsgálatok és terápiás beavatkozások szünetelése, illetve a hosszú várakozási idő jellemezte. Ennek következtében a mai napig is fennmaradt a közvéleményben az, hogy az állami egészségügyi ellátórendszerben a korrupció uralkodik (Adzic & Adzic, 2009).

A 2000 utáni időszakban számos javaslat és dokumentumtervezet született az egészségügyi politika és fejlesztési stratégia meghatározására. Már a 2005-ben elfogadott törvényt az Európai Unió gyakorlatához igazítottak, illetve az egészségügyről szóló legújabb törvényt a Szerb Köztársaság Nemzetgyűlése 2019. április 3-án fogadta el (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023). 2012 után a reformok az infrastruktúra, a technológia és a fizetési mechanizmusok javítására, valamint egy integrált egészségügyi információs rendszer bevezetésére összpontosítottak.

A szerb egészségügyi rendszer, mint modern egészségügyi rendszer fő céljai az univerzalitás (az egészségbiztosítási jog és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés biztosítása minden állampolgár számára), a gazdaságosság (az egészségügyi költségek egy bizonyos szinten való tartása), a méltányosság (az egyenlő egészségügyi szükségletekkel rendelkező emberek számára azonos minőségű egészségügyi szolgáltatásokat kell biztosítani), az egészségügyi ellátást igénybe vevők választási szabadsága és az egészségügyi szolgáltatók

autonómiája (Jacobs & Goddard, 2002). Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) adatai alapján 2021-ben Szerbiában az egészségügyi közkiadások aránya a GDP-hez viszonyítva 10,01% volt. Magyarországon ugyanebben az évben az egészségügyi kiadások aránya a GDP-hez képest 7,38%, míg Európában átlagosan 8,65% volt (The Global Health Observatory - World Health Organization (WHO), 2024b). Az egy főre jutott egészségügyi közkiadás Szerbiában 2021-ben 919,17 US dollár volt, míg Magyarországon 1 381,62 US dollár (The Global Health Observatory - World Health Organization (WHO), 2024a). Szerbiában fontos célként szerepel az egészségügyi rendszer egyensúlyának helyreállítása, mivel az szerbiai Egészségbiztosításai alap 2021. évre vonatkozó költségvetési terve szerint a kiadásainak 51%-át (180 231 600 ezer RSD) a másodlagos és harmadlagos szintű ellátásra fordította, míg az alapellátásra csak 31% (111 406 300 ezer RSD) jutott (Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2020).

A Szerb Köztársaságban a kötelező egészségbiztosítási modell működik. A 2004 óta a szerbiai közegészségügy fő finanszírozója a Köztársasági Egészségbiztosítási Pénztár, 94%-os részesedéssel. A Köztársasági Egészségbiztosítási Pénztár a forrásait 67%-ban a munkavállalók és a munkaadók hozzájárulásaiból, 22%-ban a Nyugdíjalapból, 4%-ban az önálló vállalkozók hozzájárulásaiból, 7%-ban pedig a lakosság különlegesen kiszolgáltatott csoportjai számára biztosított állami transzferekből biztosítja (Gajic-Stevanovic & Stevanovic, 2023). 2017-ben a lakosság 98%-a rendelkezett kötelező egészségbiztosítással, beleértve a nem dolgozó lakosságot is, amelynek egészségbiztosítási járulékát a központi állami költségvetésből finanszírozzák (Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2017). 2019-ben az egészségügyre fordított közkiadások a folyó egészségügyi kiadások 58,4%-át tették ki. A kötelező egészségbiztosítás által fedezett költségek aránya a szolgáltatás típusától függően 65% és 95% között mozog. Egyes szolgáltatások esetében 0,5 és 9 euró között terjedő önrészt kell fizetni (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022).

A 20. század végén, a társadalmi és egészségügyi válságok idején, a kihívásokra adott válaszként megjelentek a magánorvosi praxisok. Az egészségügyi finanszírozás forrásainak szűkössége, valamint a magánpraxisok térnyerése fokozta a magán egészségbiztosítás szükségességét, mely 2003. év végén, illetve 2004. év eleje először jelent meg a szerbiai biztosítási piacon (Janković, 2011). A Köztársasági Egészségbiztosítási Pénztár önkéntes egészségbiztosítást működtet (párhuzamos egészségbiztosítás, kiegészítő egészségbiztosítás és magán egészségbiztosítás) azzal a céllal, hogy a polgárok a legkedvezőbb feltételek mellett hozzá tudjanak férni olyan ellátáshoz, amelyre a kötelező egészségbiztosítás nem terjed ki. A törvény tiltja az állami egészségügyi intézményekben az egészségügyi szolgáltatásokért való nem hivatalos fizetést, ilyenkor a felelősség egyaránt terheli a szolgáltatót és a szolgáltatást igénybe vevőt is. Az egészségügyi szolgáltatásokért való nem hivatalos fizetés azonban egyre gyakoribb, különösen a kórházakban. Ez alul kivételt képez a „hála kifejezése” ajándék formában (nem pénz formában), illetve a reklámanyagok és egyéb termékminták megajándékozása (Gajic-Stevanovic & Stevanovic, 2023).

Az önkéntes (magán) egészségbiztosítás csak marginális szerepet tölt be, 2019-ben az egészségügyre fordított jelenlegi kiadások kevesebb mint 1%-át tette ki. Mivel nincs megfelelő magán egészségbiztosítási hálózat, a magánegészségügy finanszírozása főként a zsebből történő kifizetéseken alapul. Az egészségügyi kiadásoknak az „out-of-pocket” kifizetésekből származó aránya 2019-ben 37% volt (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022).

Az „out-of-pocket” egészségügyi kiadások magas szintje azt jelzi, hogy az egészségügyi ellátás közfinanszírozása nem elégséges. A szerbiai egészségügyi ellátásban a kielégítetlen igények fő okát a pénzügyi akadályok jelentik (Arsenijevic, et al., 2015). A szolgáltatáshoz való hozzáférés másik akadályát Szerbiában a hosszú várakozási idő jelenti, ami kielégítetlen

szükségletekhez vezet. A hosszú várakozási idő rosszabb egészségügyi eredményekkel jár, különösen a daganatos betegek ellátásában (például sugárterápiára való várakozási idő még hosszabb, mint más egészségügyi szolgáltatások esetében) (Bjegovic-Mikanovic, et al., 2019). 2019-ben a Nemzeti Egészségügyi Felmérés válaszadóinak 15,4%-a számolt be a várakozási idő miatt kielégítetlen szükségletekről (Statistical Office of the Republic of Serbia, 2021).

A szerbiai egészségügyi rendszer hatékonysága még jelentősen javítható. Jelenleg nincsenek rendszerek az egészségügyi rendszer teljesítményének nyomon követésére és allokációs hatékonyságának értékelésére. Az alapellátás és a kórházi ellátás szolgáltatói fizetési rendszerei továbbra is nagyrészt bemeneti alapúak és gyengén vagy egyáltalán nem ösztönzik a minőség vagy a hatékonyság javítását. A betegség csoportok bevezetése és ennek alapján történő finanszírozás, lehetővé tenne a jövőben egy hatékonyabb erőforrás-elosztást az ellátás szintjei között (Bjegovic-Mikanovic, et al., 2019). 2021 folyamán a szerbiai Egészségügyi Minisztérium (a Világbank támogatásával) a betegség csoportok alapú kifizetések sikeresebb végrehajtásának támogatása érdekében kórházi menedzsereket képezett ki erre a feladatra (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022).

3.2.1. Az egészségügyi rendszer szerkezete Szerbiában

1.hipotézis: A vidéki általános kórházak szemben a fővárosi fekvőbeteg-ellátás nyújtó egészségügyi intézményekkel, kapacitásuk és működtetésük szempontjából a szerb egészségügyi rendszer legsebezhetőbb intézményei közé tartoznak, melynek oka a fennálló regionális különbségek.

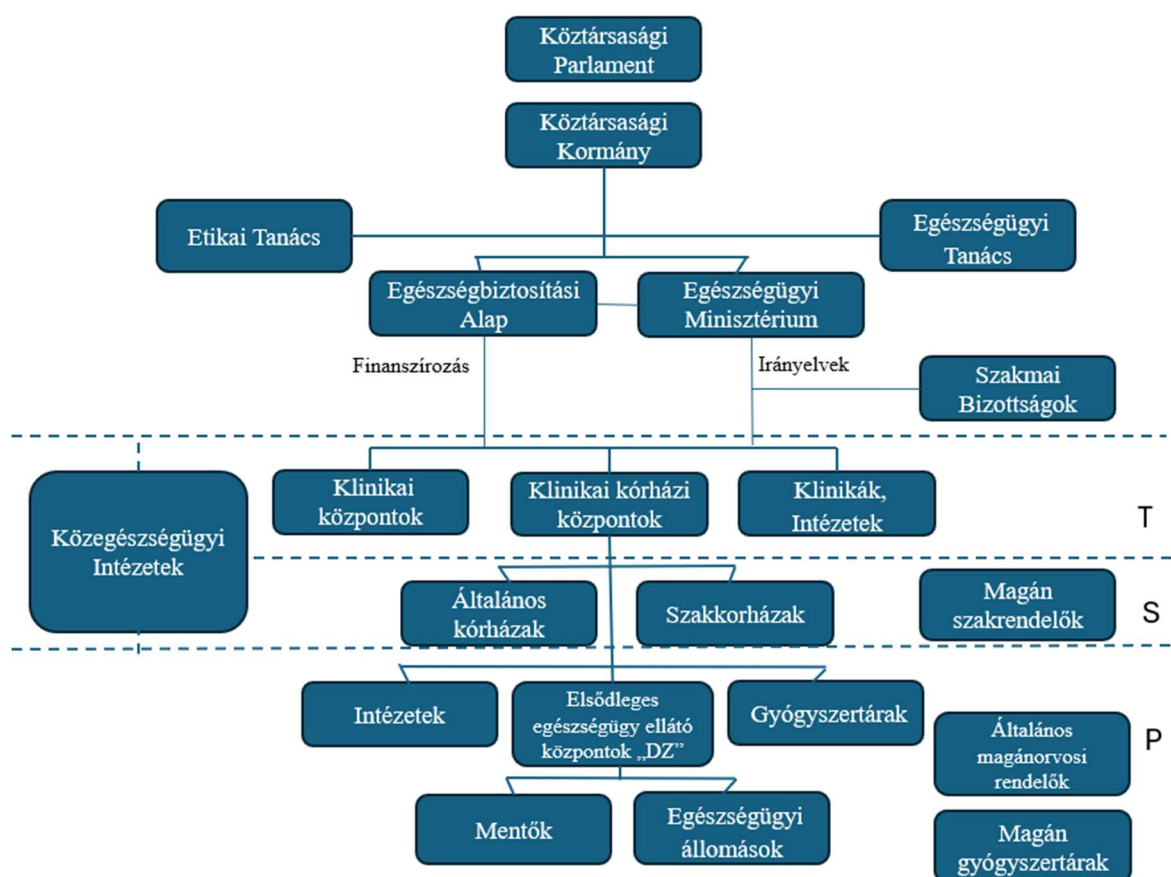
A szerbiai egészségügyi rendszernek biztosítania kell a fizikailag (földrajzi szempontból) és gazdaságilag elérhető és hozzáférhető, integrált és minőségi egészségügyi ellátást (az egészségügyi ellátás minőségének folyamatos javítása, biztosítva a felhasználók számára az ellátás/orvos választásnak lehetőségét és megfelelő tájékoztatást), az egészségügyi személyzet fejlesztését és a finanszírozás fenntarthatóságát (Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije Službeni glasnik RS, br. 88/2010).

Szerbia egészségügyi rendszerét három fő intézmény szervezi és irányítja. Ezek az Egészségügyi Minisztérium, a Közegészségügyi Intézet „Dr Milan Jovanović –Batut” és a Köztársasági Egészségbiztosítási Intézet. Az Egészségügyi Minisztérium feladata az egészségügyi politika, az egészségügyi ellátás normáinak, illetve a minőség-ellenőrzési mechanizmusok meghatározása, a minőség ellenőrzése, illetve és az egészségügyi szolgáltatás felügyelete. A Közegészségügyi Intézet főbb feladatai az állampolgárok egészségi állapotára és az egészségügyi intézmények munkájára vonatkozó adatok gyűjtése, az összegyűjtött népegészségügyi mutatók elemzése, a közegészségügy javítását célzó intézkedésekre vonatkozó javaslatok megfogalmazása, egészségügyi információs intézmények koordinálása és egyéb, népegészségügy, higiénia, epidemiológia és mikrobiológia területén végzett tevékenységek. A már korábban említett Köztársasági Egészségbiztosítási Intézet finanszírozza az egészségügyi ellátás működését és szolgáltatásnyújtási szerződéseket köt a köz- és a magánszféra egészségügyi intézményeivel. Összefoglalóan, olyan országos szervezet, amelyen keresztül az állampolgárok gyakorolják egészségbiztosítási jogukat és finanszírozzák egészségügyi ellátásukat.

Szerbiában az egészségügyi intézmények túlnyomórészt állami tulajdonban vannak (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022). A közegészségügyi ellátást közvetlenül az állami egészségügyi intézmények hálózata biztosítja, amelyet az egészségügyi intézmények hálózatának tervéről szóló rendelet határoz meg (Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova

Službeni glasnik RS, br. 101/2024-32). A Kormány által létrehozott „Hálózati terv” határozza meg az egészségügyi intézmények számát, szerkezetét, kapacitásait és térbeli eloszlásukat. Az állami egészségügyi intézmények alapítója lehet az állam, az autonóm tartomány, az önkormányzat, illetve a város. 2023. évi adatok szerint a Szerb Köztársaság területén összesen 332 állami egészségügyi intézmény működött: 159 egészségház (elsődleges egészségügyi ellátó központ), 38 intézet, 40 általános kórház, 33 szakkórház, 4 klinikai kórházi központ, 4 egyetemi klinikai központ, 7 klinika, 24 közegészségügyi intézet és 23 gyógyszerár (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024). A magánpraxis tevékenysége az egészségügyi szolgáltatás bizonyos területeihez kötött. Fontos kiemelni, hogy Szerbia területén a magán egészségügyi intézmények nem foglalkozhatnak a betegek sürgősségi ellátásával, vérrel és vérkészítményekkel való ellátással, szerv átültetéssel, szérumok és vakcinák gyártásával, valamint boncolási tevékenységgel sem (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023).

Szerbiában az egészségügyi ellátás primer, szekunder és terciér szinten valósul meg (9. ábra). Minden szintnek megvannak a maga sajátosságai, főleg a szolgáltatások jellegét tekintve (Mitrović & Gavrilović, 2013).



9. ábra: A szerbiai egészségügyi rendszer szervezeti felépítése

Forrás: Bjegovic-Mikanovic, 2016 alapján saját szerkesztés

P=primer, S=szekunder, T=tercier, „DZ”=Dom Zdravlja (szerb)

A primer ellátást elsősorban az államú tulajdonban lévő, elsődleges egészségügyi alapellátási központok, egészségházak („dom zdravlja”) hálózata biztosítja és finanszírozásuk fejkvóta alapján történik (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022). Az egészségházakat egy vagy több község területére, illetve a város területére hozzák létre, a Hálózati terv alapján. Feladatuk az általános

orvosi ellátás, nőgyógyászati ellátás, a foglalkozás- egészségügyi ellátás, csecsemők, kisgyermek és iskolás gyerekek egészségügyi ellátása, illetve megfelelő diagnosztikai feltételek mellett, szakorvosi és konzultatív szolgáltatás is. Az egészségházakban az egészségügyi ellátását a választott orvos végzi el, mely lehet általános orvos, általános szakorvos, foglalkozás-egészségügyi szakorvos, gyermekgyógyász, nőgyógyász, illetve fogorvos (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023). A szerb egészségügyi ellátás megengedi a primer szinten belüli szakorvosi ellátást is, viszont feltétele a megfelelő laboratóriumi és egyéb diagnosztikai szolgáltatások biztosítása (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023). Ez erősen centralizált rendszer, az egészségügyi rendszer adminisztratív és szabályozási feladatait teljes mértékben az Egészségügyi Minisztérium felügyeli, és csak néhány funkciót ruházott át helyi szintre (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022).

Szerbiában a lakosság csaknem 95%-ának van választott orvosa, aki az alapellátási szolgáltatásokat nyújtja. Ennek ellenére az alapellátásba vetett bizalom hiánya továbbra is fennáll, és a betegek gyakran inkább magán egészségügyi intézményekbe fordulnak ellátásért, melyet saját zsebből fizetnek ki (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022). 2004 és 2020 közötti egészségügyi reform a gyógyítható betegségek arányának és az egészségügyi kiadások csökkentése érdekében az elsődleges egészségügyi ellátásra és a prevencióra helyezte a hangsúlyt a gyógyító ellátással szemben (Gajic-Stevanovic & Stevanovic, 2023).

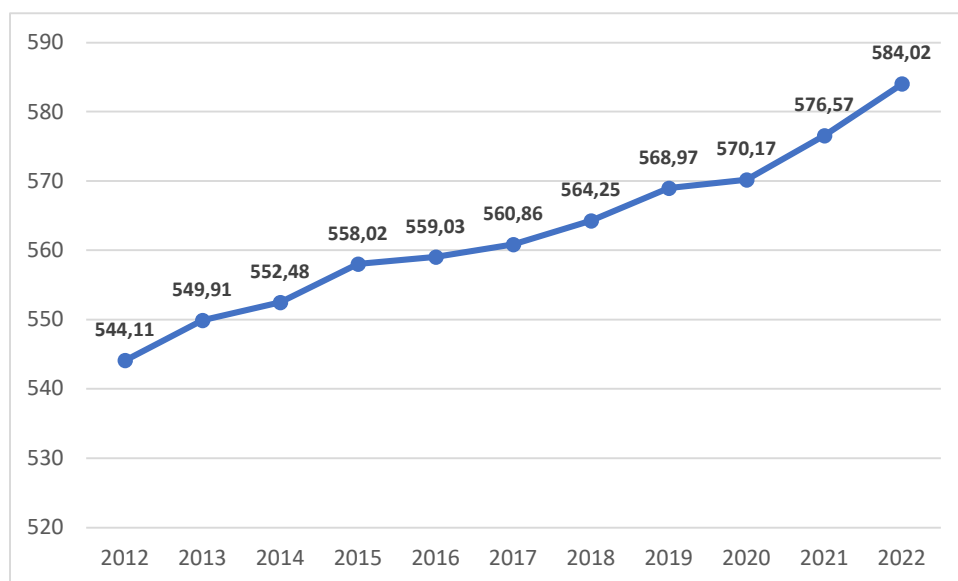
A másodlagos (szekunder) szint az összetettebb egészségügyi problémák megoldásáért felelős, általános és speciális kórházakban valósul meg, megfelelő szakszemélyzet mellett és magasabb egészségügyi technológia alkalmazásával. A legnagyobb számú beteg szekunder szintű kivizsgálása járóbeteg-szakellátás keretében történik meg és a fekvőbeteg ellátás csak akkor következik be, ha a megbetegedés, illetve sérülés természetéből kifolyóan ez feltétlenül szükséges (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023).

A terciér szintű egészségügyi ellátás a szakorvosi, konzultatív és fekvőbeteg ellátás legösszetettebb formáit, valamint a kutatási és az oktatási tevékenységeket foglalja magában. A klinikák, az intézetek, a klinikai kórházi központ és az egyetemi klinikai központok jelentik a terciér szintű egészségügyi intézményeket, illetve a terciér ellátáshoz tartozik még ezek intézményekben végzett gyógyszerészeti tevékenység is (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023). A terciér ellátásnak emellett szakmai segítséget és támogatást kell nyújtania a szekunder szint számára. Szerbiában jelenleg négy egyetemi klinikai központ működik: Belgrádban (Univerzitetski klinički centar Srbije), Újvidéken (Univerzitetski klinički centar Vojvodine, Novi Sad), Kragujevacban (Univerzitetski klinički centar Kragujevac) és Nisben (Univerzitetski klinički centar Niš).

Mindhárom szint egymással szorosan összefügg, és a betegutak jól szervezettek. Viszont, a rendszer elsősorban a fekvőbeteg-ellátásra támaszkodik és ez okozza a fekvőbeteg-ellátás túlterheltségét. Ebből adódóan a 2019-es egészségbiztosításról szóló törvény (Zakon o zdravstvenom osiguranju Sl. glasnik RS, br. 92/2023) is kiemeli, hogy a betegeknek rendelkezniük kell egy „választott orvossal”, aki kapuőrként működik a magasabb szintű ellátás felé. Globális helyzethez hasonlóan, Szerbiában is a kórházi kezelés az egészségügyi ellátás legdrágább formája. A kórházak megszervezése és működése az ország társadalmi-gazdasági, kulturális, politikai és technológiai adottságaitól függ, de nyilvánvaló, hogy a költségek csökkentése érdekében világszerte a tendencia a kórházi kapacitások és a hosszú kórházi kezelések redukálása, egynapos ellátás, illetve nappali kórházak irányába mutat (Stošić & Rabrenović, 2015).

Az elmúlt évtizedben Szerbiában fokozatosan nőtt a 100 000 lakosra jutó kórházi ágyak száma (10. ábra) (Eurostat, 2024c). Azonban a kórházi ágyak tényleges száma csökkent, és 2016-ban az ágyak száma 15%-kal alacsonyabb volt, mint 1990-ben. A fő kapacitáscsökkentés

a közegészségügyi ágazat reformja (2003-2006) során történt, amely magában foglalta a kórházi ellátás átalakításának projektjét is. A 100 000 lakosra jutó kórházi ágyak számának folyamatos növekedésének az oka a szerbiai népesség csökkenése (Bjegovic-Mikanovic, et al., 2019).



10. ábra: 100 000 lakosra jutó kórházi ágyak száma Szerbiában (2012-2022)

Forrás: Eurostat, 2024c alapján saját szerkesztés

2023-ban a Szerb Köztársaság területén lévő összes egészségügyi intézményben összesen 43 278 betegágy volt használatban. Ebből a legtöbb ágygal az általános kórházak rendelkeztek, összesen 15 618 ágygal. Ezután következtek a szakkórházak összesen 8 805 ágygal, illetve a klinikai központok 8 062 ágygal (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024). Az egyes szerbiai egészségügyi intézményeinek ágyszámát az egészségügyi intézményi Hálózati Tervről szóló rendelet határozza meg (Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova Službeni glasnik RS, br. 101/2024-32). A 4. mellékletben szereplő táblázat mutatja a szerbiai általános kórházak meghatározott ágyszámát.

Szerbiában jelenleg 40 általános kórház üzemel (ebből 14 egészségügyi központokon belül működik). Minden szerbiai körzetben (NUTS3 régió) létezik legalább egy kórház, és a kisebb városok is leggyakrabban rendelkeznek saját kórházzal, ami jó földrajzi lefedettséget biztosít. Medarević és Vuković (Medarević & Vuković, 2021) kutatásukban megvizsgálták a szerbiai kórházak termelékenységét, hatékonyságát, illetve a környezeti tényezők a hatékonyságra gyakorolt hatását 2015-2019 között. Kimutatták, hogy a kórház mérete egy olyan tényező mely jelentősen befolyásolja a kórház hatékonyságát. Ez korrelál más szakirodalmi adatokkal is, hogy az optimális hatékonysági szint a 200-600 ágyas kórházakban valósítható meg (Giancotti, et al., 2017). A 200 ágy alatti kisebb kórházak nem képesek teljes mértékben kihasználni a kapacitásukat, míg a 600 ágy feletti nagy kórházakat szintén nehéz hatékonyan irányítani. Pontosabban, a vizsgálat azt mutatta ki, hogy az idős betegek aránya és a kisebb méretű kórházak (200 ágy alatt) negatív korrelációt mutatnak a technikai hatékonysággal. A nagyobb méretű kórházak (400 és 600 ágy között), a járóbeteg-ellátás és a fekvőbetegnapok aránya, illetve az ágykihasználtság pozitív korrelációt mutatott a technikai hatékonysággal. A 4. mellékletben bemutatott 40 szerbiai általános kórházak közül 12 kórházban az ágyszám 200 alatt van, illetve 6 kórházban 600 feletti az ágyszám, ami azt jelenti, hogy az általános kórházak 45%-ban nehezen valósítható meg az optimális hatékonysági szint. Ezek alapján is világosan látszik, hogy még jelentősen kell javítani a szerbiai kórházak hatékonyságán és ennek megfelelően állami intézkedések is szükségesek (Medarević &

Vuković, 2021). Ebben az ügyben az egyik megoldást a nappali kórház működésének a bővítése jelentene, ahol megfelelő megszervezéssel több beteg is igénybe veheti ugyanazt az ágyat ugyanazon műszakban (Ali, et al., 2017).

Az egészségügyi infrastruktúra igénybevételének értékelésére használt másik fontos mutató az ágykihasználtság. Ez az egészségügyi rendszer lényeges teljesítménymutatója (az ágyak százalékos felhasználásának mutatója), amely a kórházi menedzsment és a betegellátás számos aspektusát befolyásolja. Áttekintést nyújt a kórházi ágyak kihasználtsági szintjéről (Siyoto & Tule, 2019). A magas kihasználtsági arányok a kórházi szolgáltatások iránti nagy igényre utalhatnak, ami az erőforrások túlterheltségéhez és az ellátás minőségének romlásához vezethet. Ezzel szemben az alacsony kihasználtsági arány a létesítmények kihasználatlanságára utalhat, ami költséges lehet az egészségügyi rendszer számára, illetve a hatékonyság javításának a szükségességét indikálhatja (Bosque-Mercader & Siciliani, 2023). Az ágykihasználtsági arányok változnak és a felvételi arányok és az átlagos tartózkodási idő rövidítésével csökkenthetők (Ravaghi, et al., 2020). Egyes szerzők szerint (Green, 2002) az ágykihasználtsági célérték a nagy kórházak esetében általában a teljes ágykapacitás 80-85%-a, a kis kórházak esetében pedig 45%-a (a méretgazdaságosság hiánya miatt). Más szerzők a 60-85%-os ágykihasználtsági arányt tartják az ideálisnak (Siyoto & Tule, 2019). A brit Egészség és Klinikai Kiválóság Nemzeti Intézet (The National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) is úgy nyilatkozott, hogy bár nincs konszenzus az „optimális” ágykihasználtsági arányt illetően, az ágyhiány kockázatának csökkentése érdekében gyakran a 85% körüli arányt tekintik maximálisnak (NICE, 2018). Az alacsony ágykihasználtsági adatok alapvető jelei annak, hogy erőfeszítéseket kell tenni a kórházi ágyak hatékonyságának javítására, illetve felhasználhatók a kórházi erőforrások értékeléséhez és tervezéséhez.

Szerbiában 2023-ban az ágykihasználtság az összes fekvőbeteg-gyógyintézetben átlagosan 54,63% volt (5. táblázat). A legalacsonyabb ágykihasználtsági százalék az általános kórházakban volt, átlagosan 41,16% (Észak-Szerbiában átlagosan 39,8%, Dél-Szerbiában 41,69%), míg a legmagasabb ágykihasználtsággal a szakkórházak rendelkeznek, átlagosan 66,03% (Észak-Szerbiában 60,93%, Dél-Szerbiában 71,2%). A szerbiai általános kórházak ágykihasználtsága alacsonyabb a kisebb kórházakban optimálisnak tartott 45%-nál is. 2021-ben az OECD-országokban (Gazdasági Együtműködési és Fejlesztési Szervezet országai) az átlagos ágykihasználtság 69,8% volt, de a 28 OECD-országból 3-ban 85%-nál magasabb volt: Írországbán, Izraelben és Kanadában. Viszonylag alacsony volt a kihasználtsági arány Törökországban, Mexikóban és számos közép- és kelet-európai országban (például Magyarországon 52%, Bulgáriában 57%, Szlovákiában 58%, Csehországban 59%, Szlovéniában 61% volt) (OECD Data Explorer, 2024). A Központi Statisztikai Hivatal adatai szerint, Magyarországon 2023-ban a kórházi ágykihasználási arány 62,72% volt, míg 2021-ben 49,53% (Központi Statisztikai Hivatal, 2024).

5. táblázat: A szerbiai fekvőbeteg-gyógyintézetek ágyszáma és betegforgalma (2023. évi adatok)

	Működő kórházi ágyak száma	Kórházból elbocsátott (kiírt) betegek száma	Teljesített ápolási napok száma (nap)	A kórházi ápolás átlagos tartama (nap)	Kórházi ágykihasználási százalék (%)
Szerbia (összes fekvőbeteg-gyógyintézet)	43 278	1 465 396	8 630 081	5,89	54,63
Általános kórházak	15 618	440 653	2 346 519	5,33	41,16
Szakkórházak	8 805	81 479	2 122 122	26,05	66,03
Klinikai központ	8 062	271 404	1 486 005	5,48	50,50
Észak-Szerbia (összes fekvőbeteg-gyógyintézet)	23 818	831 368	4 797 877	5,77	55,19
Általános kórházak	4 360	112 707	633 347	5,62	39,80
Szakkórházak	4 430	31 780	985 215	31,00	60,93
Klinikai központ	5 258	136 334	891 516	6,54	46,45
Dél-Szerbia (összes fekvőbeteg-gyógyintézet)	19 460	634 028	3 832 204	6,04	53,95
Általános kórházak	11 258	327 946	1 713 172	5,22	41,69
Szakkórházak	4 375	49 699	1 136 907	22,88	71,20
Klinikai központ	2 804	135 070	594 489	4,40	58,09

Forrás: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024 alapján saját szerkesztés

A fenti táblázat alapján látható, hogy Szerbiában 2023-ban a kórházakból elbocsátott betegek száma 1 465 396 volt. Mivel Szerbia lakossága ebben az évben becslések szerint 6 623 183, ebből arra lehet következtetni, hogy az 1000 lakosra jutó kórházi elbocsátások száma 221,25 volt. Az OECD-országokban 2021-ben átlagosan 130 kórházi elbocsátás jutott 1 000 lakosra. Az arányok legmagasabbak voltak Németországban és Ausztriában (több mint 200 elbocsátás/1 000 lakos), Hollandiában és Olaszországban pedig a legalacsonyabbak (kevesebb mint 100 elbocsátás/1 000 lakos). Ez az arány Bulgáriában is magas volt, 293 elbocsátás/ ezer lakos (OECD Data Explorer, 2024). Magyarországon 2023-ban kórházból elbocsátott (kiírt) betegek száma 1 991 468 volt (Központi Statisztikai Hivatal, 2024) és mivel népessége 9 599 744, arra tudunk következtetni, hogy az 1000 lakosra jutó kórházi elbocsátások száma 207,45 volt. Viszont a 2021-es OECD adatok (OECD Data Explorer, 2024) jóval alacsonyabb arányra mutatnak Magyarországon, 125 elbocsátás/1000 fő. Mindenesetre, a szerbiai beteg elbocsátási adatok ezek alapján a magasabbak az összes OECD ország adatainál. A kórházi elbocsátási arányok (a kórházból legalább egy éjszakai tartózkodás után távozó betegek száma) a kórházi tevékenység egyik fő mutatója. Mind a korai, mind a késői elbocsátások rontják az egészségügyi eredményeket és növelik a költségeket. A korai elbocsátások költséges újbóli felvételekhez vezethetnek, míg a késedelmes elbocsátások a kórház korlátozott erőforrásait emésztik fel.

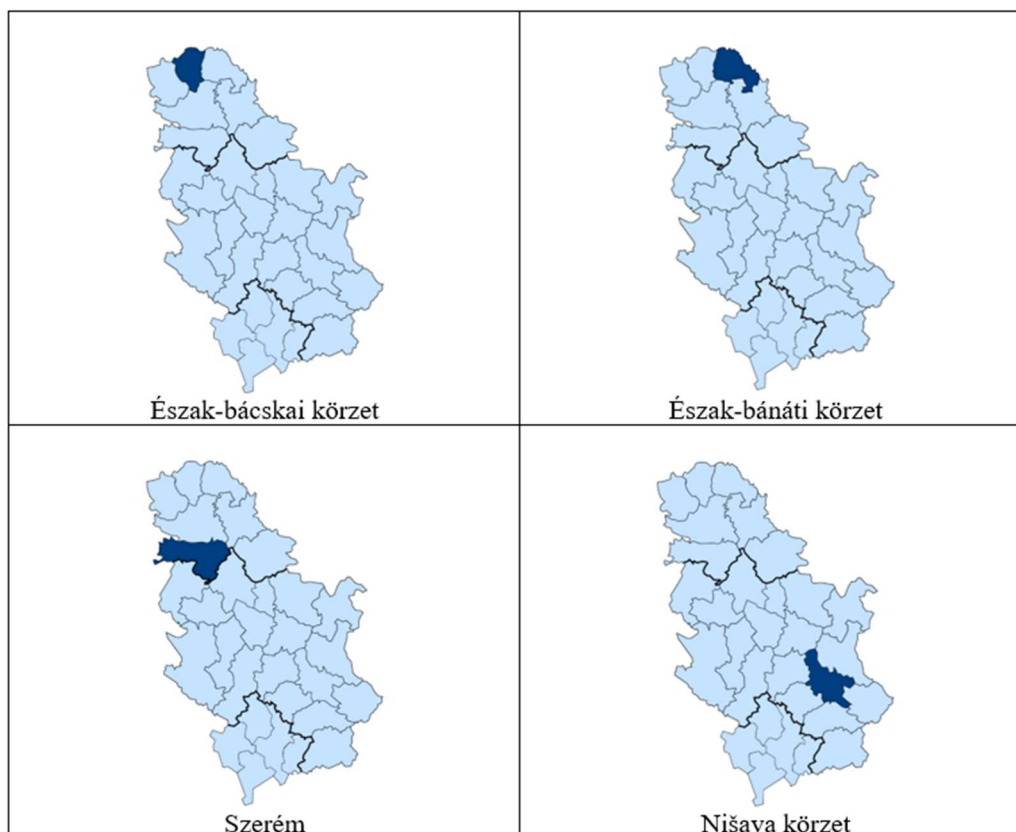
Szintén a 5. táblázat alapján látszik, hogy Szerbiában a legnagyobb beteg elbocsátási számokkal országos általános kórházak rendelkeznek. Az igaz a Dél-Szerbiai egészségügyi intézményekre is, míg Észak-Szerbiában egy fokkal magasabb elbocsátással a klinikai központok rendelkeznek (általános kórházak 112 707 elbocsátott beteg, klinikai központ 136 334 elbocsátott beteg). Itt ki kell emelni azt a tényt is, hogy ebben az esetben a belgrádi és újvidéki klinikai központról beszélünk, melyek a belgrádi régióban általános kórházak hiányában, illetve dél-bácskai körzetben működő egyetlen egy általános kórház mellett alapvetően az általános kórházi teendőket is nagymértékben végzik el, annak ellenére, hogy a legmagasabb szintű, tercier ellátásért is felelősek.

Tovább megvizsgálva a kórházi ápolás átlagos tartamát, látható, hogy Szerbiában az átlagos ápolási tartam 5,89 nap (Észak-Szerbiában 5,77 nap, Dél-Szerbiában 6,04 nap). A kórházi tartózkodás átlagos hossza az egészségügyi szolgáltatásnyújtás hatékonyságának az egyik fontos mutatója. A rövidebb tartózkodás csökkenti az egy elbocsátásra jutó költségeket, és az ellátást a fekvőbeteg-ellátásból a kevésbé költséges intézményekbe (alapellátás) helyezi át. A hosszabb kórházi tartózkodás jele lehet az ellátás rossz koordinációjának, ami azt eredményezi, hogy egyes betegek szükségtelenül hosszú ideig várakoznak a kórházban, amíg a rehabilitáció vagy a hosszú távú gondozás megszervezésre kerül. Ugyanakkor előfordulhat, hogy egyes betegeket túl korán bocsátanak el, holott a hosszabb kórházi tartózkodás javíthatna volna egészségi állapotukat vagy csökkenthette volna a kórházba való újrafelvétel kockázatát. 2021. évi adatok szerint az OECD országokban (36 ország) a kórházi ápolás átlagos tartama 7,7 nap volt. Magyarország esetében 9,7 nap volt, ami Csehország mellett (9,6 nap) a leghosszabb átlagos kórházi tartózkodást jelentette Európában (OECD Data Explorer, 2024). Szerbiában az egyes fekvőbeteg-gyógyintézet típusokat megvizsgálva, látható, hogy a legrövidebb átlagos kórházi ápolás az általános kórházakban volt, pontosabban 5,33 nap (Észak-Szerbiában 5,62 nap, Dél-Szerbiában 5,22 nap).

A fenti adatokat összegezve, arra a következtetésre jutottam, hogy a szerbiai általános kórházak rendelkeznek a legnagyobb ágy kapacitással, így a legtöbb beteg számára tudnak biztosítani fekvőbeteg ellátást (szekunder szinten), de emellett rendelkeznek a megmagasabb beteg elbocsátási számokkal országos szinten, illetve a legalacsonyabb átlagos ápolási időtartammal. Ha az ágykihasználási százalékot nézzük, az általános kórházak rendelkeznek a legalacsonyabb rátával országos szinten a többi fekvőbeteg-gyógyintézethez képest, illetve ez a ráta a nemzetközileg optimálisnak tartandó szint alatt van. Emellett, korábban említésre került, hogy a szerbiai általános kórházak majdnem fele (45%-a) az optimálisnak tartott ágyszámnál alacsonyabb vagy magasabb ágykapacitással rendelkezik (12 kórházban az ágyszám 200 alatt, 6 kórházban 600 feletti az ágyszám). Ez mind arra utal, hogy a szerbiai egészségügyi fekvőbeteg ellátás egészét tekintve, az általános kórházak hatékonyságára vonatkozó több mutató is eltér (illetve jobban eltér, mint a többi intézmény típus esetén) az optimális értékektől és ezzel az optimális hatékonysági szinttől is. Ezek alapján, az általános kórházak hatékonyságának a megvizsgálása és javítása fontos feladat lehet a jövőben.

A kutatásomban érintett négy szerbiai általános kórház jellemzői

Szeretném röviden bemutatni, dolgozói és kapacitási mutatók ismertetésével, azokat a szerbiai általános kórházakat, melyek egészségügyi alkalmazottjai részt vettek a kutatásban: szabadkai (Subotica, Vajdaság), zentai (Senta, Vajdaság), szávaszentdemeteri (Sremska Mitrovica, Vajdaság) és aleksinaci (Aleksinac, Dél- és Kelet-Szerbia) általános kórház. A 11. ábra bemutatja a megvizsgált négy általános kórház földrajzi elhelyezkedését. Pontosabban, azok körzetek elhelyezkedését mutatja, amelyekben a négy kórház található.



11. ábra: Észak-bácskai körzet, Észak-bánáti körzet, Szerém és Nišava körzet földrajzi elhelyezkedése

Forrás: Wikipedia.org, 2024 alapján saját szerkesztés

A szabadkai általános kórház Észak-bácskai körzetben található és a körzet lakosságának szekunder szintű járóbeteg-szakellátását és fekvőbeteg ellátását biztosítja. 2022. év végén összesen 1236 alkalmazottja volt, ebből 227 orvos, 758 ápoló (középiskolai és főiskolai végzettségű összesen), illetve 234 adminisztratív és műszaki munkakörben tevékenykedő nem egészségügyi végzettségű dolgozó volt (Opšta bolnica Subotica, 2022). Az egészségügyi intézményi Hálózati Tervről szóló rendelet (Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova Službeni glasnik RS, br. 101/2024-32) által meghatározott ágyszáma 670. Az elérhető legfrissebb adatok szerint, melyek 2020-as évre vonatkoznak, a szabadkai általános kórházban az átlagos kezelési idő 5,0 nap volt, illetve az átlagos kórházi ágykihasználtság 35,2% volt (Opšta bolnica Subotica, 2020).

A zentai általános kórház Észak-bánáti körzetben található és ebben a körzetben szintén működő nagyikindai általános kórházzal együtt a körzet lakosságának szekunder szintű járóbeteg-szakellátását és fekvőbeteg ellátását biztosítja. 2024. január 1-én a zentai általános kórháznak összesen 410 alkalmazottja volt, ebből 72 orvos, 259 ápoló (középiskolai és főiskolai végzettségű összesen), illetve 76 adminisztratív és műszaki munkakörben tevékenykedő nem egészségügyi végzettségű dolgozó volt (Opšta bolnica Senta, 2024). Az egészségügyi intézményi Hálózati Tervről szóló rendelet (Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova Službeni glasnik RS, br. 101/2024-32) által meghatározott ágyszáma 240. 2023-ban a hospitalizációk száma összesen 31 881, az átlagos kezelési idő 5,14 nap, illetve az átlagos kórházi ágykihasználtság 36,39% volt (Opšta bolnica Senta, 2024).

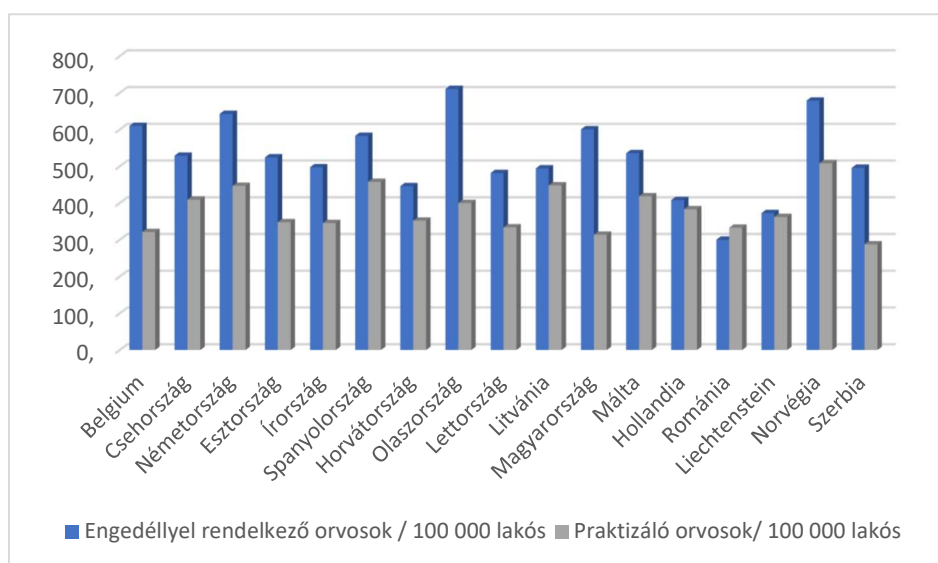
A szávaszentdemeteri (Sremska Mitrovica) általános kórház a szerémi körzetben található és a körzet lakosságának szekunder szintű járóbeteg-szakellátását és fekvőbeteg ellátását biztosítja. 2023-ban a kórháznak összesen 1025 alkalmazottja volt, ebből 229 dolgozó

egyetemi végzettséggel, 71 főiskolai végzettséggel, 579 középiskolai végzettséggel és 146 általános iskolai végzettséggel rendelkezett (Opšta bolnica Sremska Mitrovica, 2023). Az egészségügyi intézményi Hálózati Tervről szóló rendelet (Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova Službeni glasnik RS, br. 101/2024-32) által meghatározott ágyszáma 513. 2023-ban a szávaszentdemeteri általános kórházban a hospitalizált betegek száma összesen 12 907, az átlagos kezelési idő 10,7 nap, illetve az átlagos kórházi ágykihasználtság 42,54% volt (Opšta bolnica Sremska Mitrovica, 2024).

Az aleksinaci általános kórház a Nišava körzetben (Dél-és Kelet-Szerbia) található és a körzet egyetlen kórházaként a lakosság szekunder szintű járóbeteg-szakellátását és fekvőbeteg ellátását biztosítja. 2023-ban a kórháznak összesen 262 alkalmazottja volt, ebből 59 orvos, 155 ápoló (középiskolai és főiskolai végzettségű összesen), illetve 45 adminisztratív és műszaki munkakörben tevékenykedő nem egészségügyi végzettségű dolgozó volt (Opšta bolnica Aleksinac, 2023). Az egészségügyi intézményi Hálózati Tervről szóló rendelet (Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova Službeni glasnik RS, br. 101/2024-32) által meghatározott ágyszáma 135. 2022-ben a hospitalizációk száma összesen 21 069, az átlagos kezelési idő 5,35 nap, illetve az átlagos kórházi ágykihasználtság 42,76% volt (Opšta bolnica Aleksinac, 2023).

3.2.2. A humánerőforrás az szerbiai egészségügyben

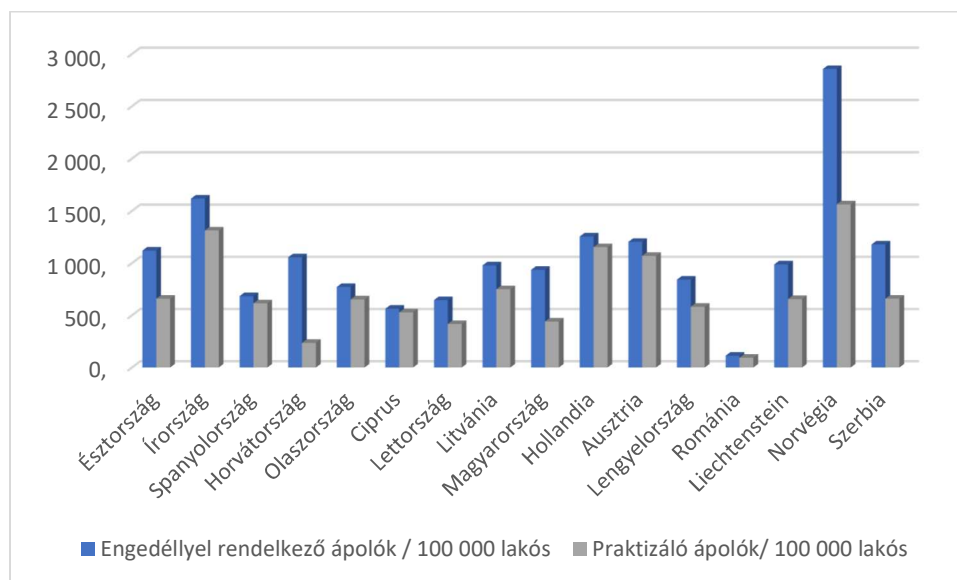
A humánerőforrás a szerbiai egészségügyi rendszer alapvető meghatározója, egyaránt a prevenció, a diagnosztika és a kezelés területén, valamint legnagyobb és legértékesebb erőforrása, amely folyamatos fejlesztést igényel. Az Egészségügyi Világszervezet adatai szerint, Szerbiában az orvosok és ápolók száma meghaladja a WHO európai régiójának és az EU-nak az átlagát. Ezek az adatok a működési engedéllyel rendelkező orvosokra és ápolókra vonatkoznak és nem pedig a praktizálókra, így túlbecsülhetik az egészségügyi rendszerben aktívan tevékenykedő egészségügyi dolgozók számát (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022). Az alábbi ábra (12. ábra) alapján látszik, hogy az Eurostat 2020. évi adatai szerint Szerbiában a praktizáló orvosok száma 100 000 lakosra vonatkoztatva (288) egyrészt alacsonyabb a működési engedéllyel rendelkező orvosok számánál (496), másrészt alacsonyabb, mint számos európai országban (például 2020-ben Magyarországon 314, Norvégiában 509 volt)



12. ábra: A működési engedéllyel rendelkező, illetve praktizáló orvosok száma (100 000 lakosra vonatkoztatva) az egyes európai országokban (2020. évi adatok)

Forrás: Eurostat, 2024b alapján saját szerkesztés

A 13. ábra a 100 000 lakosra jutó ápoló személyzet számát mutatja különböző európai országokban 2022. évre vonatkozóan, Eurostat adatai alapján. Ezek szerint Szerbiában a praktizáló ápolók száma (659) alacsonyabb a működési engedéllyel rendelkező ápolók számánál (1 179), viszont magasabb, mint számos európai országban, mivel például 2022-ben Magyarországon a praktizáló ápolók száma 441 vagy Horvátországban 236 volt. Az ábra alapján látszik, hogy 2022-ben Szerbiánál magasabb számú praktizáló ápolókkal Litvánia (750), Ausztria (1 069), Hollandia (1 153), Írország (1 313), illetve Norvégia (1 562) rendelkezett.



13. ábra: A működési engedéllyel rendelkező, illetve praktizáló ápolók száma (100 000 lakosra vonatkoztatva) az egyes európai országokban (2022. évi adatok)

Forrás: Eurostat, 2024b alapján saját szerkesztés

Ezen túlmenően az országon belül is jelentős eltérések vannak az egészségügyi munkaerő tekintetében. Az orvosi, valamint ápolói munkaerő általában a jobb infrastruktúrával, orvosi, egészségügyi egyetemekkel és magasan specializált orvosi központokkal rendelkező városi területeken koncentrálódik. Emellett, a megfelelő egészségügyi munkaerő-kapacitás fenntartása országszerte jelentős kihívást jelent és ez az egyik oka az bizonyos egészségügyi szolgáltatásokra való hosszú várakozási időnek. E kihívások ellenére Szerbia jelenleg nem rendelkezik hivatalos egészségügyi munkaerő-stratégiával (Bjegovic-Mikanovic, et al., 2019).

A szerb Közegészségügyi Intézet 2023. évi adatai alapján, a szerb állami egészségügyi ellátórendszerben összesen 110 929 alkalmazott dolgozott. Az orvosok száma 21 343, a fogorvosok száma 1 616, a gyógyszerészek száma 1 332, illetve az ápolók száma (középiskolai és főiskolai végzettséggel rendelkezők összesen) 46 106 volt (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024). Az orvosok száma nem változott jelentősebben az elmúlt tíz évben, míg az ápoló személyzet száma 11%-kal emelkedett. Ebben az időszakban a fogorvosok száma 19%-kal, illetve a gyógyszerészek száma 39%-kal csökkent az állami szektorban. Azt is tudjuk, hogy a szerb Közegészségügyi Intézet adatai nem foglalják magában a szerbiai magánegészségügyi szektorban foglalkoztatottakat, mivel jelenleg nem állnak rendelkezésre pontos adatok annak szerkezetéről, illetve humánerőforrás kapacitásáról (Pillars of Health, 2022). 2023. évi adatok alapján az állami egészségügyi intézmények 23 043 fő (21%) nem egészségügyi végzettségű dolgozót foglalkoztattak, ebből 5484 fő (24%) adminisztratív és 17 559 fő (76%) műszaki tevékenységet folytatott (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024).

Az alapellátást végző elsődleges egészségügyi központokban („Dom zdravlja”) dolgozó orvosok száma 2023-ban összesen 7 532 volt. A fekvőbeteg ellátásban dolgozó orvosok száma (szekunder és terciér szint összesen: intézetek, klinika, klinikai központ, klinikai kórházi központ, általános kórház, szakkórház, nappali kórház) ugyanebben az évben 10 027 volt. Az ápoló személyzetet tekintve (középiskolai és főiskolai végzettséggel rendelkezők összesen) az elsődleges egészségügyi központokban 12 964 ápoló dolgozott összesen 2023-ban, míg a felsorolt fekvőbeteg-gyógyintézetekben összesen 29 596 ápoló dolgozott (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024). A felsorolt adatok alapján egyértelműen látszik, hogy az alapellátás legfontosabb pilléréként működő elsődleges egészségügyi központokhoz képest az egészségügyi dolgozók nagyobb hányada a fekvőbeteg ellátásban dolgozott.

2023. évi adatok szerint a szerbiai állami egészségügyi ellátásban országos szinten az egy orvosra átlagosan jutó ápolók száma 2,16 volt. Ugyanebben az évben a belgrádi régióban az egy orvosra 2,01 ápoló jutott, Vajdaságban 2,28 ápoló, míg Dél-Szerbiában átlagosan 2,19 ápoló. Az általános kórházakban az egy orvosra átlagosan jutó ápolók száma Észak-Szerbiában 2,87 volt, míg Dél-Szerbiában 2,71 volt 2023-ban. Ugyanebben az évben Észak-Szerbiában az egy orvosra jutó ápolók száma a szakkórházakban 3,5 volt, az egyetemi klinikai központokban pedig 2,21. Dél-Szerbiában az egy orvosra jutó ápolók száma a szakkórházakban 2,91 volt, az egyetemi klinikai központokban pedig 2,19 (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024). A környező országokkal való összehasonlítás céljából, szeretném kiemelni, hogy Szlovéniában 2022-ben az állami egészségügyben egy orvosra átlagosan 3,48 ápoló jutott (az általános kórházakban 2,97 ápoló, a szakkórházakban 3,6 ápoló, a klinikákon/intézetekben 2,62 ápoló) (Nacionalni Inštitut za Javno Zdravje, 2022). Montenegróban 2021-ben az állami egészségügyi intézményekben országos szinten átlagosan 2,76 ápoló jutott egy orvosra (az általános kórházakban 3,02 ápoló, a szakkórházakban 4,35 ápoló, a klinikai központban 2,57 ápoló) (Institut za javno zdravlje Crne Gore, 2023). Ezekből az adatokból látszik, hogy Szerbiában az egy orvosra átlagosan jutó ápolók száma alacsonyabb, mint az említett környező országokban, bár az általános kórházakat nézve, az arány közel azonos.

A fekvőbeteg ellátás tekintetében még érdemes kiemelni, hogy Szerbiában 2023-ban országos szinten az egy orvosra jutó kórházi ágyak száma 4,24 volt, illetve éves szinten elbocsátott betegek száma 119,6 volt (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024). Szlovéniában 2022-ben a fekvőbeteg ellátásban éves szinten egy orvosra átlagosan 80,4 hospitalizált beteg jutott (Nacionalni Inštitut za Javno Zdravje, 2022), míg a montenegrói fekvőbeteg ellátásban 2021. évi adatok szerint éves szinten egy orvosra átlagosan 74,87 elbocsátott beteg jutott, illetve átlagosan 2,27 kórházi ágy (Institut za javno zdravlje Crne Gore, 2023).

A 6. táblázat mutatja Szerbiában az egyes típusú fekvőbeteg-gyógyintézetekben tevékenykedő orvosok és ápolási személyzet számát és emellett megtekinthetők két környező országban, Montenegróban és Szlovéniában, az orvosi és ápolói személyzetre vonatkozó viszonyok.

6. táblázat: A Szerb Köztársaság különböző típusú fekvőbeteg-gyógyintézetekben dolgozó egészségügyi személyzet száma (2023. évi adatok) és más környező országokra (Montenegró és Szlovénia) vonatkozó adatok

Fekvőbeteg-gyógyintézet	Orvosok			Ápoló személyzet		
	Szerbia	Montene gró*	Szlovénia **	Szerbia	Montene gró*	Szlovénia **
Intézetek	1 179	73	2 402	3 412	164	6 305
Klinikák	385	29		1 156	65	
Klinikai központok	3 042	539		7 605	1 383	
Klinikai kórházi központok	826	-		2 190	-	
Általános kórházak	3 684	380	1 469	11 839	1 141	4 365
Szakkórházak	587	66	278	2 551	287	1 068
Nappali kórházak	324	-	-	843	-	-

*2021.évi adatok; ** 2022.évi adatok

Forrás: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024; Institut za javno zdravlje Crne Gore, 2023; Nacionalni Inštitut za Javno Zdravlje, 2022 alapján saját szerkesztés

A fenti táblázat alapján látható, hogy az összes típusú fekvőbeteg-gyógyintézet közül az Szerbiában a legtöbb orvost, valamint ápoló személyzetet az általános kórházak foglalkoztatnak. A már említett hivatalos egészségügyi munkaerő-stratégia hiányában feltételezhetjük, hogy az általános kórházak számos nehézséggel néznek szembe az ilyen nagy volumenű munkaerő megszervezésében, irányításában és fenntartásában, közben a minél nagyobb hatékonyságra és megfelelő minőségű ellátásra törekedve.

1.tézis: Az általános kórházak az ellátás volumenét tekintve, a szerbiai vidéki fekvőbeteg ellátás, illetve járóbeteg-szakkellátás „gerincét” képezik. Ugyanakkor, a szerbiai egészségügyi rendszer egyik legérzékenyebb pontját is jelentik. Az ágykapacitást, valamint az alacsony ágykihasználási százalékot nézve, jelentős hatékonysági problémák feltételezhetők. Emellett, országos szinten a legtöbb orvost és ápoló személyzetet foglalkoztatják, ami a hivatalos egészségügyi munkaerő-stratégia, a teljesítmény követésére és a hatékonyság értékelésére szolgáló rendszerek, illetve a minőség javítását ösztönző fizetési struktúrák hiányában igen sebezhetővé teszi az általános kórházak működését, melynek oka a fennálló regionális különbségek.

3.3. Az egészségügyi menedzsment

Napjainkban az összes szervezet és intézmény, profiljától függetlenül, folyamatos interakcióban áll a változó környezettel, mely befolyásolja a tevékenység minőségét. Ez szükségessé teszi a szervezetek megfelelő irányítását az üzlet stratégiai céljának elérése érdekében. A termelő szervezeteknél konkrétan látható és érzékelhető célokról beszélhetünk, míg a szolgáltató szervezeteknél az üzleti cél kevésbé kézzelfogható, viszont a szolgáltatások végfelhasználóinak elégedettségén keresztül egyértelműen kimutakozik.

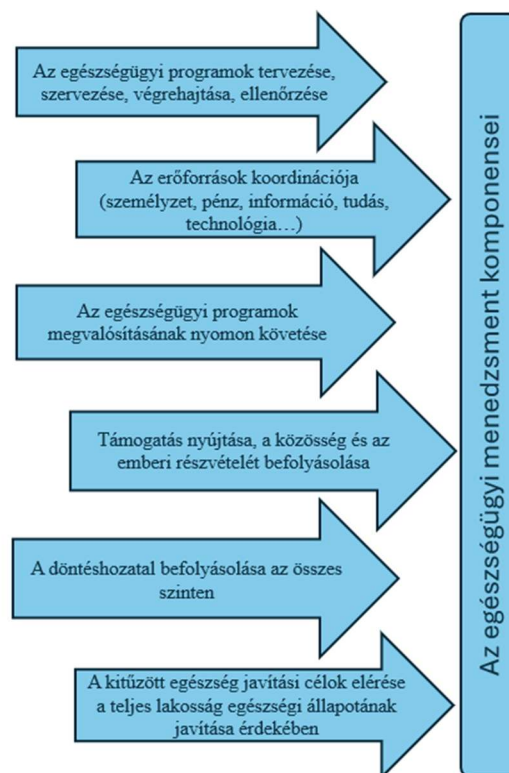
A menedzsmentre a szakirodalom többféleképpen tekint, mint társadalmi jelenségre, tudományra, művészetre, szakmára, készségre, képességre és egyéb megközelítésben is (Stoner, et al.,1997). Az 1900-as évek elején kidolgozták az úgynevezett tudományos menedzsment arany szabályait. Ezek 100 évvel később is érvényesek alapvetően, bár több szempont is némi módosításokon ment keresztül (Grönroos, 1994).

A szakirodalom a menedzsmentet, mint folyamatot számos módon definiálja. Ezek a meghatározások alapvetően két csoportba sorolhatók (Lončarević, et al., 2007):

1. azok, amelyek a vezetési folyamat egyes dimenzióit hangsúlyozzák, mint például a döntéshozatal, az emberi és anyagi erőforrások koordinálása, az erőforrások és alrendszerek összekapcsolása a szervezetben stb.
2. illetve, azok, amelyek átfogóan és pontosan meghatározzák a folyamat lényegét. Sok kortárs szerző különböző funkciók ellátásának vagy végrehajtásának műveleteként definiálja a menedzsmentet, mely az erőforrások hatékonyan biztosítására, alokálására és felhasználására irányul, a cél elérése érdekében.

A menedzsment az emberek munkájának adott körülmények között történő tervezésének, megszervezésének és ellenőrzésének folyamata a célok elérése érdekében (Bulat, 2008). A tervezés minden vezetési tevékenységnek az első lépése, a jövőbe való betekintés, valamint a jövőbeli eseményekre való felkészülés. A tervezés egy folyamat, mely ideális esetben átfogó, szisztematikus és integrált (Lorange & Vancil, 1977). A szervezés olyan irányítási funkció, mely a szervezet folyamatainak alapjait határozza meg és magában foglalja a feladatmegosztáshoz kapcsolódó intézkedéseket, a kialakított szerkezetek vagy modellje fejlesztését és fenntartását. Ezért a vezetőnek folyamatosan el kell látnia a szervezési funkciót, ahhoz, hogy a szervezet megfelelő eredményeket érjen el (Barnard, 2013). A vezetés ereje a vízióból és a befolyásolási képességből ered, mely a szervezet tagjait magas szintű teljesítményére ösztönzi. Az ellenőrzés feladata a munkacsapatok irányítása a cél felé, valamint a teljesítmény nyomon követése (Bateman, et al., 2016).

Vezetéstudományi szempontból az egészségügyi intézmények a legösszetettebb és legkomplexebb menedzsmenttel rendelkező szervezeteknek számítanak. Irányításuk sajátosságos kihívásokkal jár. Az egészségügyi intézmények olyan szervezetek, amelyek célja az egészségügyi feladatok nemzeti keretek között történő ellátása. Az egészségügyi menedzsment alapvetően az orvosszakmai gyakorlat, a szervezeti adminisztráció és az etikai döntéshozatal összefonódásaként írható le (Ilori, et al., 2024). Elemezhető több szempontból is és több komponensre bontható fel (14. ábra).



14. ábra: Az egészségügyi menedzsment komponensei

Forrás: Dragi, 2015 alapján saját szerkesztés

Számos feladatot foglal magában, az erőforrások elosztásától és a szakpolitikák kidolgozásától a magas színvonalú betegellátás biztosításáig (Farrell, et al., 2020). Arra törekszik, hogy az egészségügyi szervezetekben az összes résztvevő (a betegek, az egészségügyi dolgozók, az egészségügyi intézmények, a közösség, a környezet, a környezeti kapcsolatok) szükségleteit kielégítse és egyensúlyba hozza. Az egészségügyi intézmények szintjén a minőségnek két feltétele van. Egyik feltétele a klinikai minőség, a másik feltétele a betegek elégedettsége. A klinikai minőség a klinikai teljesítménnyel objektíven mérhető és kulcsfontosságú az egészségi állapot javításában. A betegek elégedettsége szintén fontos célkitűzés, amely nagymértékben befolyásolja a populáció egészségügyi állapotát (Bossert, et al., 2007). Azt mondhatjuk, hogy az egészségügyi menedzsment fő célja az egészségügyi szervezetek szolgáltatásainak mennyiségi és minőségi optimalizálása.

Az egészségügyi menedzsment és menedzserek kapcsán mindenképpen ki kell emelni a Mintzberg féle vezetői szerepeket. Ötven évvel ezelőtt, Henry Mintzberg, a neves kanadai akadémikus és vezetélméletíró javasolt egy modellt a vezetői munkáról és szerepekről. Tíz menedzseri szerepet azonosított, amelyeket három kategóriába sorolt. Ezek a kategóriák a személyközi, információs és döntési szerepeket jelentik (Mintzberg, 1973; Mintzberg, 2013). Azon az elképzelésen alapul, hogy a menedzsereknek különböző helyzetekben különböző szerepeket kell betölteniük (Labaronne & Müller, 2023). Mintzberg menedzseri szerepei jól alkalmazhatók az egészségügyi menedzsmentben, mivel segítenek megszerezni és megérteni a vezetők komplex és sokrétű feladatait. Az egészségügyi környezet különösen igényli a gyors alkalmazkodást, hatékony kommunikációt és felelős döntéshozatalt, melyek mind megtalálhatók Mintzberg modelljében. Az egészségügyi menedzserek esetében az interperszonális szerepek abban nyilvánulhatnak meg, hogy egy osztályvezető például nemcsak az orvossal munkát irányítja, hanem motiválja és vezeti az orvosokat, ápolókat, és kapcsolatot tart más szervezetekkel (például biztosítók, állami szervek). A vezetőknek gyorsan kell reagálniuk a szakmai és jogi változásokra (például új protokollok, járványhelyzet), és hatékonyan kell kommunikálniuk ezeket a csapatuk felé, ami az információs szerepet szemléltetheti. Emellett, az egészségügyi menedzserek az erőforrások (például költségvetés, személyzet) elosztása, válsághelyzetek kezelése (például sürgősségi osztály túlterheltsége), vagy fejlesztések bevezetése (például új informatikai rendszer) során fontos döntéseket hoznak, ami mind a döntési szerephez tartozik.

A személyzet szempontjából is specifikus területet jelent az egészségügy. A munkavállalókat az egészségügyben több kategóriába sorolhatjuk. Ide tartoznak a menedzserek, az orvosok, a fogorvosok, más egészségügyi személyzet és az egészségügyi intézményekben dolgozó nem egészségügyi személyzet. Mindegyik csoport, különböző nézetekkel rendelkezik arról, hogy mit jelent a hatékony szolgáltatás. Ezek a nézeteltérések feszültséget és konfliktusokat okoznak különböző csoportok között, de egy adott csoporton belül is. A szervezeti életben a konfliktusokra gyakran úgy tekintenek, mint diszfunkcionális jelenségekre, azaz olyan eseményekre, amelyek zavarják a szervezet normális életét (B. Nagy, 2008). A konfliktusok csökkentésének és az egészségügyi személyzet motiválásának meghatározó szerepe van az egészségügyi rendszer teljesítményének növelésében. A munkájával elégedett és motivált személyzet pozitívan befolyásolja a hatékonyságot és a teljesítményt (Bossert, et al., 2007).

Az emberi erőforrás mellett, az etika is egyik központi eleme az egészségügyi ellátásnak, mely az egészségügyi szakemberek erkölcsi magatartását határozza meg. Az egészségügyi ellátást érintő etikai döntések hatással vannak az egész egészségügyi rendszerre, befolyásolják a betegek állapotát és felépülését, a szervezet hírnevét és az egészségügyi szakmába vetett általános bizalmat (Yang, et al., 2021).

3.3.1. Az egészségügyi menedzsment Szerbiában

Szerbia szisztematikusan újjáépíti a gazdasági helyzet által megviselt és súlyosan alulfinanszírozott egészségügyi rendszerét. Bár a szerbiai egészségügyi szakemberek világszínvonalú képzettséggel rendelkeznek, az elavult felszerelés és infrastruktúra nagymértékben befolyásolja az egészségügyi szolgáltatások minőségét. Az egészségügyi rendszer alapvető infrastruktúráját és szervezetét a volt Jugoszláviából örökölte. A 2000 óta tartó általános egészségügyi reformok keretében folyamatosan végzik az egészségügyi létesítmények és berendezések rehabilitációját és korszerűsítését, valamint a technológia fejlesztését, részben a széles körű nemzetközi humanitárius segély által támogatva (Bjegovic-Mikanovic, et al., 2019).

A 2000-ben bekövetkezett demokratikus változások és a 2002-ben elfogadott szerbiai egészségügyi politika jelentős előrelépést eredményezett. A 2004 és 2010 közötti reformprogram célja a prevenció egészségügyi tevékenység javítása, valamint a megelőzhető betegségek arányának és az egészségügyi ellátás összköltségének csökkentése volt. 2012 után a reformok az infrastruktúra és a technológia javítására, valamint az integrált egészségügyi információs rendszer bevezetésére összpontosítottak. Bár a Közegészségügyi Intézet adatai szerint Szerbiában 2004-ben kezdődött el az egészségügyi ellátás minőségi mutatóinak szisztematikus nyomon követése, az egészségügyi intézmények csak 2011 végén, az intézmények akkreditációs szabványainak elfogadásával kezdték el azok monitorozását 2010-ben elfogadott, az egészségügyi intézményekre vonatkozó módszertani könyv alapján. Az Egészségügyi Minisztérium minőségjavítással foglalkozó munkacsoportja már 2007-ben elkezdte az egészségügyi ellátás minőségének folyamatos megfigyelését és elemzését (Aleksić, et al., 2014).

A menedzserek és az orvosok csapatmunkája minden egészségügyi intézményben kritikus fontosságú az egészségügyi szolgáltatások minőségének javításában (Baker, 2001). Az egészségügyi intézmények hatékony vezetése lehetővé teszi a személyes és a klinikai autonómia közötti egyensúlyt, valamint a hatékony és eredményes működéséhez szükséges pozitív környezet megteremtését (Martinov-Cvejic, 2009). Az új vezetési koncepció a megfelelő emberekre és az ő speciális tudásukra helyezi a hangsúlyt. A korábbi szerbiai gyakorlat nem mutatott jelentős javulást a vezetői ismeretek és készségek terén, különösen az egészségügyi rendszer működésével és fejlesztésével kapcsolatos stratégiai döntéshozatal tekintetében. Általánosan elmondható, hogy a menedzsment edukáció továbbá is problematikus szempont az egészségügyi rendszerben. Gyakran azzal a problémával szembesülünk, hogy az egészségügyi szakemberek magas kompetenciákkal rendelkeznek az egészségügy és a kezelések alkalmazása terén, de nehezen tudnak más jellegű oktatást befogadni és más jellegű, új ismereteket elsajátítani, illetve kevés befolyással rendelkeznek a tényleges vezetés és irányítás tekintetében (Darr, 2015). A megfelelő képzettséggel rendelkező szakemberek fontosságát a szerbiai egészségügyben az „Egészségügyi ellátási menedzsment képzés” című projekt végrehajtása (2008-2011) bizonyította. A projekt fő célja az volt, hogy a szerbiai egészségügyi oktatási rendszerbe bekerüljön az egészségügyi szolgáltatások irányításának és szervezésének a tanulmányozása, olyan formában, amely megfelel a nemzetközileg elismert szabványoknak is (Aleksić, et al., 2014).

A szerbiai egészségügyi rendszerben nagy kihívást jelent az egészségügyi végzettséggel rendelkező szakemberek (különösen az orvosok és ápolók) száma és foglalkoztatási kapacitásuk közötti diszkrépancia, ami hozzájárul a magas munkanélküliséghez és az elvándorláshoz (Santric Milicevic, et al., 2015a). Itt ki kell emelni, hogy eddig teljesen központosított volt az egészségügyi munkaerő tervezése és Szerbia jelenleg nem rendelkezik hivatalos stratégiával az egészségügyi munkaerőre vonatkozóan. Ez részben azzal magyarázható, hogy nem alakítottak ki a humán erőforrás-adatok feldolgozására és kezelésére

szolgáló központi információs rendszert, részben pedig azzal, hogy az egészségügyi rendszerben és az egészségügyi intézmények irányításában kevés a hozzáértő és képzett vezető. A külföldi munkavállalás szándéka magas, bár a munkaerő-migráció tendenciáira vonatkozó információk hiányoznak, hivatalos statisztikák nem léteznek (Pillars of Health, 2022). A szerbiai egészségügyi rendszer humánerőforrásaira vonatkozó reális terv kidolgozása prioritást kell, hogy élvezzen, mivel változatlan körülmények mellett, a jövőben még nagyobb lehet az elvándorlás (Gacevic, et al., 2018).

További, még mindig fennálló problémák az egészségügyi rendszerben dolgozó, nem egészségügyi végzettségű alkalmazottak létszámfeleslege, illetve az egészségügyi munkaerő egyenlőtlen földrajzi eloszlása. Emellett, az ápolási tevékenység és ellátás minőségét is erősíteni kell. Összefoglalóan, a szerb egészségügyi rendszer előtt álló legfontosabb kihívások az átláthatóság hiánya az egészségügyi rendszerben, valamint a képzett ápolók és orvosok magas munkanélkülisége (Santric Milicevic, et al., 2015b).

Nem reálisak azok az elvárások, hogy csak a belső reformok fognak javítani a szerbiai egészségügyi rendszer működésén. A finanszírozás is mindenképpen kiemelő, mint nélkülözhetetlen elem, mivel az egészségügyi rendszer finanszírozása továbbra is nagy tétel a szerb költségvetésben, és a közfogyasztás jelentős részét teszi ki. Szükséges azonban, hogy a hatékony és eredményes egészségügyi irányítás kialakításán és megfelelő módon történő végrehajtásán a modern módszerek és technikák alkalmazására kiképzett szakemberek dolgozzanak. Ez lenne az első lépés és intézkedés a szerbiai egészségügyi rendszer átalakításának elindításában és átszervezésében.

3.4. A humánerőforrás menedzsment általános jellemzői és szerepe az egészségügyi rendszerben

Egyre elterjedtebb az a vélemény, hogy a hatékony humánerőforrás menedzsment kulcsfontosságú elem egy szervezet sikerének elérésében (Cayrat & Boxall, 2023). A humánerőforrás-szektor munkakörébe tartozik a munkaerő tervezése, toborzása és foglalkoztatása, képzése és fejlesztése, a munkabérral kapcsolatos tevékenységek, a juttatásokkal és munkavállalóknak nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos tevékenységek, a alkalmazottakkal és a közösséggel való kapcsolattartás, a személyes akták megszervezése és vezetése, a munkavállalók egészségéhez és biztonságához fűződő tevékenységek, illetve a humánerőforrás stratégiai tervezése (Bogićević Milikić, 2006). A humánerőforrás menedzsment a munkavállalók összes kategóriájával foglalkozik, és támogatja őket, illetve a vezetők számára is lehetővé teszi az új készségek, új kompetenciák megszerzését (Trifu & Croitoru, 2013).

A munkavállalók elégedettsége nagyon fontos ahhoz, hogy munkájuk hatékony legyen és a kívánt eredményt hozza meg. Ezt különösen hangsúlyozta Abraham Maslow és Douglas McGregor, akik azt állították, hogy csak az elégedett dolgozó a produktív dolgozó (McGregor, 1960). A disszertációm második hipotézishez társuló Maslow elmélete az emberi szükségletek öt kategóriáját vázolja fel (fiziológiai szükségletek, biztonság, szeretet és hovatartozás, megbecsülés és önmegvalósítás) egymás utáni kielégítésüket feltételezve (Ghaleb, 2024). Ezt nevezzük Maslow-piramisnak (Maslow-szükséglet-hierarchiája), melyet Abraham Maslow először 1943-ban vázolt fel, majd végleges formáját 1954-ben publikálták (Maslow, 1954; Rojas, et al., 2023).

Maslow feltételezte, hogy bizonyos szükségletek minden ember számára univerzálisak, és minden kultúrában érvényesek (Tay & Diener, 2011). Ez a modell továbbá egyértelmű különbséget tett a „növekedési” szükségletek (mint például a teljesítmény és az önmegvalósítás) és a „hiányszükségletek” (mint például a biztonság és a hovatartozás) között (Wahba & Bridwell, 1976).

Az alkalmazottak a különböző beosztásuknak (munkakörüknek) megfelelően különböző motivációs szinteken helyezkednek el. Ennek eredményeként eltérő elvárásokkal és prioritásokkal rendelkeznek a szervezeti menedzsmenttel szemben és eltérően fogják értékelni annak szempontjait. Maslow elmélet szerint az alacsonyabb beosztású munkavállalók esetében gyakran az alapvető szükségletek (pl. anyagi biztonság) kielégítése a cél, míg a magasabb beosztású munkavállalók inkább az önmegvalósítási szükségletek (például karrierépítés, elismerés) kielégítésére összpontosítanak.

A humánerőforrás-menedzsment fejlődésének egyik elméleti alapját Dave Ulrich humánerőforrás-szerepmodellje jelenti, amely egy négszereplős modell és az emberek és a folyamatok közötti kapcsolatra, valamint a hosszú távú és a rövid távú orientációra épül (Ulrich, 1997). Négy szerepet határozott meg a vezetők számára, amelyek a stratégiai/működési fókusz és az ember/folyamatorientált dimenziókat fedik le. A változás ügynöke (change agent) és a munkavállalói bajnok (employee champion) alkotja az emberek oldaláról a szerepeket. A stratégiai partner (strategic partner) és az adminisztratív szakértő (administrative expert) szerep a folyamatok oldalát képviseli. Hasonlóképpen, a hosszú távú stratégiai fókuszú oldalon a változásért felelős ügynök és a stratégiai partner szerepek, a rövid távú működési fókuszú oldalon pedig a munkavállalói bajnok és az adminisztratív szakértő szerepek (Mamman & Al Kulaiby, 2014). A stratégiai partner az üzleti stratégia sikeres végrehajtásában és az ügyfelek igényeinek kielégítésében játszik fontos szerepet. Az adminisztratív szakértő feladata a szervezeti hatékonyság folyamatos javítása a humánerőforrás funkcióinak és más munkafolyamatok átalakításával. A munkavállalói bajnokok a munkavállalók elkötelezettségét és kompetenciáját maximalizálja, míg a változás ügynöke megvalósítja a szervezeti átalakulást és a kultúraváltást (Ulrich, 1997). Az Ulrich-modell egy strukturált megközelítést kínál a humánerőforrás funkciók szerepeinek és feladataik hatékony szétválasztására, amit az egészségügyi szektorban is hasznosítani lehet.

A humánerőforrás menedzsmenthez és a disszertációm második hipotéziséhez társul még a Hackman és Oldham munkamotivációs modellje, az Adams-féle méltányossági elmélete, illetve a szociális identitás elmélete. J. Richard Hackman és Greg R. Oldham által, a 1970-es években kidolgozott munkamotivációs modell öt alapvető munkahelyi jellemzőt azonosít, amelyek hozzájárulnak a munkavállalók erős motivációjához és elégedettségéhez. Ezek a jellemzők közé tartozik a készségek változatossága, a feladat identitása, a feladat jelentősége, az autonómia és a visszajelzés (Hackman & Oldman, 1975). A Hackman és Oldham munkamotivációs modell alapján arra tudunk következtetni, hogy a különböző munkahelyi beosztások különböző hatást gyakorolnak az alkalmazottak motivációjára és munkával való elégedettségre, ami alapján eltérő lehet a munkahelyi menedzsmentre vonatkozó véleményük.

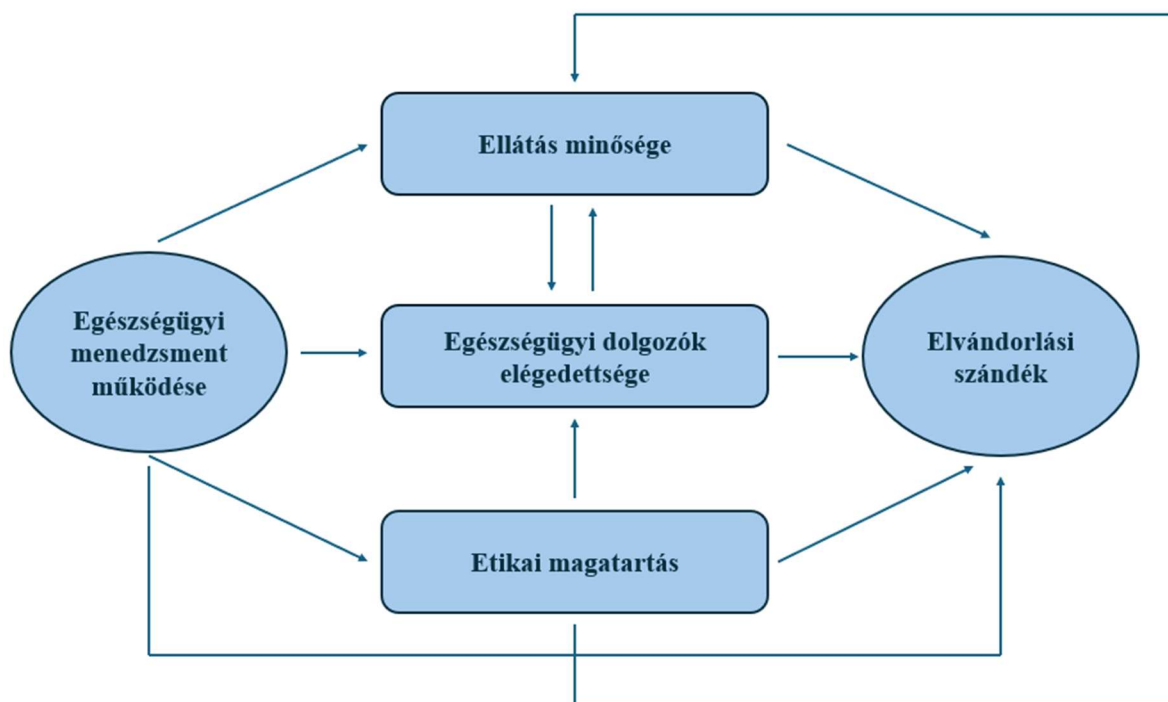
A méltányosság elmélete megfogalmazza azt, hogy a munkahelyi méltányosság érzésének közvetlen hatással van az alkalmazottak motivációjára. Ezt a modellt John Stacey Adams dolgozta ki az 1960-as években ("Adams's Equity Theory"). A modell azt fejt ki, hogy az alkalmazottak folyamatosan meghatározzák a saját input (például képességek, tapasztalat, erőfeszítés) és output (elismerés, juttatás) hányadosukat és ezt használják a relatív egyenlőség meghatározásához, azzal, hogy összehasonlítják azt a többi alkalmazott input-output arányával (Bauer & Mitev, 2016). A méltányosság elmélete úgy kapcsolódhat a különböző beosztású alkalmazottak menedzsment értékeléséhez, hogy a különböző pozíciókban dolgozók másképp értékelik az elismerést, a jutalmazást vagy a vezetői döntések igazságosságát.

A szociális identitás elmélete, amelyet Henri Tajfel és John Turner fogalmaztak meg az 1970-es években, azt vizsgálja, hogy a csoporthoz való tartozás hogyan befolyásolja az önfelfogást, az attitűdöket és a csoportközi kapcsolatokat. Középpontjában a szociális identitás gondolata áll, amelyet a csoporthoz való tartozás generál (Tajfel & Turner, 2004; Ambrose, et al., 2018). Ez az elmélet alapján feltételezhetjük, hogy az alkalmazottak általában azonosulnak a csoportjukkal (azonos munkakörben dolgozó munkatársakkal) és ez befolyásolni fogja azt,

hogyan fogják értékelni a munkahelyi menedzsmentet. A különböző beosztású alkalmazottak eltérő csoportidentitásuk alapján másképpen fognak reagálni a vezetési döntésekre, stílusokra, munkakörülményekre és ezeket másként fogják értékelni.

A humánerőforrás menedzsment kapcsán mindenképpen kiemelném Laurie Bassi and Daniel McMurre „Az emberek hozamának maximalizálása” („Maximizing Your Return on People”) című tanulmányt, mely új eszközöket javasol az alkalmazottak készségeinek megfigyelésére, és kiemelik a szervezet fő üzleti stratégiáit (Bassi & McMurrer, 2007). Azt állítják, hogy a legtöbb hagyományos humánerőforrás- teljesítménymutatók (mint például a fluktuációs ráta, a nyitott pozíciók betöltésének átlagos ideje és az összes képzési óra) nem képes előrejelezni a szervezeti teljesítményt. A humánerőforrás menedzsmentbe történő beruházások közvetlenül kapcsolódhatnak a szervezeti teljesítmény javulásához. A szervezetek erősségei és gyengeségei a humánerőforrás gazdálkodás terén az öt tágabb kategóriába (vezetés, munkavállalói elkötelezettség, a tudás elérhetősége, munkaerő-optimalizálás, tanulási kapacitás) tartozó humánerőforrás gazdálkodási gyakorlatok teljesítményének nyomon követésével értékelhetők (5. melléklet). Ezek a kategóriák a humánerőforrás menedzsment mozgatórugóit jelentik.

Az emberi erőforrás menedzsment a magas színvonalú és hatékony egészségügyi ellátás fontos összetevője. Ebben az összefüggésben egyre fontosabbá válik az egészségügyi intézményi menedzsment minőségének értékelése, ami kulcsfontosságú lépés, olyan potenciális területek azonosítása céljából, ahol javítani lehetne az egészségügyi intézmények irányításán (Agarwal, et al., 2016). Az egészségügyi menedzsment működése, a dolgozók elégedettsége, az ellátás minősége, az etikai magatartás és az elvándorlási szándék mind szorosan összefonódnak (15. ábra).



15. ábra: Az egészségügyi menedzsment működése, a dolgozók elégedettsége, az ellátás minősége, az etikai magatartás és az elvándorlási szándék közötti viszonyok és kölcsönhatások

Forrás: Saját szerkesztés, 2025

Az egészségügyi menedzsment kulcsszerepet játszik ezek a komplex tevékenységek hatékony működtetésében. A vezetőség feladata, hogy biztosítsa az erőforrások optimális elosztását, a munkafolyamatok hatékonyságát, és hogy támogassa a dolgozókat a munkájuk során. A jó menedzsment erősebb munkahelyi kultúrát, jobb kommunikációt és innovációt biztosíthat, ami közvetlen hatással van a dolgozók elégedettségére és a betegellátás minőségére. Az etikai magatartás biztosítása és a munkahelyi kultúra fejlesztése fontos szerepet játszik ezen összefüggések fenntartásában.

A pozitív munkakörnyezet, a megfelelő juttatások, a támogatás és a szakmai fejlődési lehetőségek mind hozzájárulnak a dolgozók elégedettségéhez. Az elégedett munkavállalók nagyobb valószínűséggel nyújtanak magas szintű ellátást, és kevésbé hajlamosak elhagyni a munkahelyüket. A dolgozók elégedettsége és motivációja szoros összefüggésben áll az ellátás minőségével. Ha a kórház menedzsmentje biztosítja a megfelelő erőforrásokat, a dolgozók elkötelezettsége magasabb lesz, ami jobb ellátást eredményez. A munkahelyi stressz, a túlterheltség vagy a nem megfelelő eszközök és körülmények viszont csökkenthetik az ellátás minőségét. Az etikai magatartás az egészségügyi dolgozók egyik alapvető elvárása. Az egészségügyi menedzsmentnek biztosítania kell, hogy az etikai normák betartása a mindennapi gyakorlat részévé váljon. Az etikai dilemmák kezelésére kidolgozott megfelelő protokollok, az átláthatóság és a tisztességes munkavégzés erősítése hozzájárulhat a munkahelyi elégedettséghez és a betegek bizalmának növekedéséhez.

Az elvándorlás mértéke és az egészségügyi dolgozók fluktuációja szoros kapcsolatban áll az előző tényezőkkel. Az elégedetlenség, a túlterheltség, a nem megfelelő munkakörülmények, a hiányzó támogatás és az alacsony fizetés növelhetik az elvándorlási szándékot. Ha a menedzsment nem képes biztosítani a dolgozók elégedettségét, akkor a kórházak magasabb fluktuációval és az ezzel járó költségekkel szembesülhetnek. Az elvándorlás csökkentése érdekében fontos, hogy a kórházak a munkavállalói jólétet és elégedettséget helyezték előtérbe. Ezekről a felsorolt elemekről részletesebb bemutatást és magyarázatot a következő alfejezetek fognak nyújtani.

3.5. A munkahelyi elégedettség

A munkával való elégedettség a munkavállalók a munkájukhoz fűződő pozitív vagy negatív érzéseit tükrözi, illetve érzelmi reakciójukat a munkavégzés során felmerülő különböző helyzetekre (Kreitner & Kinicki, 1989). Ez egy szubjektív kategória és a munkavállaló személyes felfogását és érzéseit tükrözi arról, hogy milyen mértékben teljesülnek az elvárásai az általa végzett munka kapcsán. A munkával való elégedettség nagymértékben függ a munkavállaló személyiségétől, a szervezet jellemzőitől és a szervezeti siker alapját képezi (Sahin, et al., 2014).

A munkahelyi elégedettség tárgyalása kapcsán ismét meg kell említeni a Maslow-piramist (Maslow-szükségletshierarchiát), mint az emberi motiváció és viselkedés megértésének egyik alappillért (Rojas, et al., 2023). Az alkalmazotti elégedettség akkor alakul ki, ha ezek a szükségletek öt szintje legalább részben kielégülnek a munkavégzés során. Például, a megfelelő fizetés és munkaidő biztosítja a fiziológiai szükségleteket, míg stabil munkahely, a biztonságos munkakörülmények és a megfelelő juttatások (például az egészségügyi biztosítás) elengedhetetlenek a biztonság érzéséhez. A pozitív munkahelyi kultúra, a csapatszellem és jó munkahelyi kapcsolatok és kommunikáció segítik a társas, szociális szükségletek kielégítését. Az elismerés, az előléptetések és karrierlehetőségek, a jutalmas és a felelősségvállalás segít a magabiztosság és a társaik iránti tisztelet kialakításában, ami az önbecsülést támogatja. A személyes fejlődés, a kreatív, kihívást jelentő feladatok és az értelemteljes munka lehetőséget adnak az önmegvalósításra és maximális munkahelyi elégedettséghez vezetnek. Minél több

szükségletszint teljesül egy munkahelyen, annál nagyobb a valószínűsége a magas munkahelyi elégedettségnek és motiváltságnak.

A munkahelyi elégedettség kapcsán szintén fontos kiemelni a Herzberg kéttényezős elméletét (más néven motiváció-higiénia elmélet), a munkahelyi motiváció egyik legismertebb modelljét, amelynek kidolgozására hatással volt Maslow szükséglet-hierarchiája (Galanakis & Peramatzis, 2022). Herzberg és munkatársai (Mausner és Snyderman) kezdetben azt állították, hogy a munkával való elégedettséget és elégedetlenséget két különböző tényező befolyásolja, és emiatt az elégedettség és az elégedetlenség nem mérhető megbízhatóan ugyanazon a kontinuitás mentén (Herzberg, et al., 1959). 1959-ben több mint 203 könyvelőt és mérnököt vizsgáltak meg, akik az Egyesült Államok Pittsburgh körzetében kilenc gyárban dolgoztak, hogy megállapítsák, mely tényezők befolyásolják a dolgozók munkakörnyezetét, és okoznak elégedettséget vagy elégedetlenséget (Herzberg, et al., 1959). Kutatási eredményeik alapján megfogalmazták a munkahelyi elégedettség kétfaktoros elméletét. A munkával való elégedettségre ható tényezőket két csoportra osztották, elkülönítette a higiéniai tényezőket a motivációs tényezőktől (Dajnoki, et al., 2021). Az első kategória a „növekedés vagy önmegvalósítás szükségletével” kapcsolható össze és motivációs tényezőként vált ismertté. A motivációs tényezők közé tartozott a teljesítmény, az elismerés és sikerélmény, maga a munka, a felelősségvállalás, az előrelépés és a növekedés, illetve szakmai fejlődés lehetősége (Herzberg, 2003). A tényezők másik kategóriája a „kellemetlenségek elkerülésének igényével” összefüggésben álló és higiéniai tényezőként vált ismertté. A higiéniai tényezők közé tartozott a vállalati politika, szabályok és adminisztráció, a vezetési stílus, a felettesekkel való kapcsolat, a személyközi kapcsolatok, a munkakörülmények, a munkahelyi biztonság és a fizetés, bérezés (Herzberg, 2003). A Herzberg kéttényezős elmélete alapján több következtetés is vonható le, melyek segíthetik a vezetőket abban, hogy hatékonyabban növeljék az alkalmazottak munkahelyi elégedettségét és teljesítményét. A kollégákkal való jó kapcsolat higiéniai tényezőnek minősül és ebből adódóan a hiánya elégedetlenséget okozhat. Viszont, a jó kapcsolatok megléte a munkával való elégedettség egyik legmeghatározóbb tényezője lehet, főleg az egészségügyben, ahol a csapatmunka jelentősége nagy. A bérezés (jutalmazás) a higiénés tényezők csoportjába tartozik és jelentős elégedetlenség forrása lehet, ha nem megfelelő. Számos kutatás eredményei azt mutatták ki, hogy az egészségügyi dolgozók főképpen az anyagi elismeréssel és jutalmazással elégedetlenek (Lephalala, et al., 2008; Hudays, et al., 2024; Deriba, et al., 2017), míg a kollégákkal és betegekkel való kapcsolat, illetve a munkájuk szakmai oldala az, amivel a leginkább elégedettek (Karadaş, et al., 2022; Sammut, et al., 2021; Gebreheat, et al., 2023).

Az alkalmazotti elégedettség kapcsán még megemlíteném, a disszertációm ötödik hipotéziséhez társuló munkahelyi követelmény–erőforrás modell (JD–R), mely azt fejt ki, hogy a szervezeti környezet hogyan befolyásolja a munkavállalók jólétét és teljesítményét. Egyik alaptétele, hogy a munkahelyi követelmények, valamint a munkahelyi és személyes erőforrások különböző folyamatokat aktiválnak. A magas munkahelyi követelmények egészségkárosító folyamathoz vezethetnek (például kiégés). Ezzel szemben a magas munkahelyi erőforrások megléte nagyobb motivációhoz vezet, ami fokozott munkahelyi elkötelezettséget eredményez. A munkahelyi megterhelés alacsonyabb, míg a motiváció magasabb munkateljesítményhez vezet (Tummers & Bakker, 2021; Bakker & Demerouti, 2017). A vezetőkkel és kollégákkal való jó kapcsolat fontos munkahelyi erőforrást jelenthet, amely növeli a munkával való elégedettséget és csökkenti a kiégést.

A munkával való elégedettség az egyik legösszetettebb terület vezetési szempontból. Ez egy szubjektív kategória és a munkavállaló személyes felfogását és érzéseit tükrözi arról, hogy milyen mértékben teljesülnek az elvárásai az általa végzett munka kapcsán. Mivel a munkával való elégedettség jelentős hatással van az intézmény működésére, törekedni kell arra, hogy a dolgozók elégedettek legyenek az általuk végzett munkával és körülményekkel. Az

egészségügyi szektorban a munkavégzés általában nagyon stresszes és megterhelő. Ezért nagyon fontos, hogy a vezetők megfelelően azonosítsák azokat a tényezőket és helyzeteket, melyekhez nagyobb mennyiségű stressz kapcsolódik, illetve fel kell ismerniük, hogy melyek azok a munkavállalók, melyek nehezebben tudják kezelni a megterhelést. A megnövekedett munkahelyi stresszre adott válasz szervezeti szintű intézkedéseket igényel, ami a menedzsment feladata, de az egyéni szintén is fontos a megelőző jellegű tevékenység. A szerbiai állami egészségügyi intézmény alkalmazottai (összesen 324 intézmény és 59 997 válaszadó) körében 2019-ben végzett munkavállalói elégedettségi kutatás, azt mutatta ki, hogy a legnagyobb elégedetlenséget a munka havi díjazása okozza, illetve a jelentős munkahelyi stressz is szembetűnő (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020).

3.6. *A munkahelyi etika és erkölcsi elvek*

Az etika a filozófia egyik ága, amely lényegében azt igyekszik meghatározni, hogy az emberi cselekedetek hogyan ítéltetők helyesnek vagy helytelennek és általában az erkölcs tanulmányozásának tekintik. Az etika és az erkölcs kifejezéseket gyakran szinonimaként használják a mindennapi használatban, viszont az etika inkább az elvekkel, általános ítéletekkel és normákkal foglalkozik, mint a szubjektív vagy személyes ítéletekkel és értékekkel (Bartneck, et al., 2021). Az Oxford értelmező szótára szerint, az erkölcs és az etika közötti legfontosabb különbség az, hogy az etika külső forrásból származó szabályokra vonatkozik (egy adott kultúrában vagy csoportban egy külső forrás vagy társadalmi rendszer által elismert magatartási szabályok, például egy orvosi etikai kódex), míg az erkölcs az az helyes vagy helytelen magatartással kapcsolatos elveket vagy szokásokat jelenti, amelyek az egyén saját helyes és helytelen felfogásán alapulnak (Oxford English Dictionary, 2025). Bizonyos értelemben az erkölcsiség az, amire ideális esetben törekszünk, míg az etika egy olyan folyamat, amelynek van egy elméleti és normatív eleme, amely segít a cél elérésében. Más szóval az erkölcsi vagy etikai elmélet alkalmazása segíthet a dilemmák megoldásában (Henry, 1995). Az etikát az erkölcs filozófiai tanulmányozásaként is értelmezik, mivel az erkölcs az emberi magatartásra és értékekre utal, míg az etika ezek vizsgálatát és elemzését jelenti (Mappes & Zembaty, 1986).

Az etikát az ókori Görögországban alapították az i. e. 3. században és Arisztotelész volt az, aki először, rendszerezett és kidolgozott módon, különösen a Nikomachusi etikában, az etika tárgyát az emberi cselekvésként határozta meg. Arisztotelész szerint a "praxis" vagy immanens cselekvés, az a fajta cselekvés, amelyben az eredmény vagy hatás a cselekvő részévé válik, alakítva a cselekvő jellemét (Aristotle, 1983). Az etikai rendszerek azonban az idők folyamán változtak, újabb és újabb fogalmakkal gyarapodtak, a világ új emberi „valóságainak” meghatározása, elemzése és kommunikálása céljából. Immanuel Kant az arisztotelészi modelltől, a jó metafizikailag megalapozott etikájától a kötelesség racionálisan meghatározott moráljáig jut el. Kant szerint csak a racionális lény öncélú, és ezt úgy fogalmazta meg, hogy az embereknek úgy kell cselekedniük, hogy az emberséget mindig egyúttal célként és soha nem pusztán eszközként használják. Ez azt jelenti, hogy a személynek feltétlen és abszolút értéke van, ami a méltóságában fogalmazódik meg. Kant úgy vélte, hogy a praktikus érvelés elegendő lehet az erkölcsi elvek levezetéséhez, és így alkotta meg a kategorikus imperatívuszt (K.I.) (Kant, 1998). Kant a kategorikus imperatívuszt objektív, racionálisan szükséges és feltétlen elvként jellemezte, amelyet követnünk kell, minden ellenkező természetes vágyunk ellenére. Kant szerint minden konkrét erkölcsi követelményt ez az elv igazol, ami azt jelenti, hogy minden erkölcstelen cselekedet irracionális, mert sérti a kategorikus imperatívuszt (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2025). A kanti etika alapján az etikai elveknek alkalmazhatónak kell lenniük minden helyzetben és minden ember esetében.

Másfelől, az utilitaristák úgy vélik, hogy az erkölcs célja az élet jobbá tétele a jó dolgok (például az öröm és a boldogság) növelésével és a rossz dolgok (például a fájdalom és a boldogtalanság) csökkentésével. John Stuart Mill szerint, a cselekvéseket örömek vagy fájdalmak okozzák (Mensah & Agyemang, 2020). Az utilitarizmus a konzekvencializmus egyik formája, mivel azon az elképzelésen alapul, hogy a cselekvések, törvények, politikák stb. következményei vagy eredményei határozzák meg, hogy azok jók vagy rosszak. Az utilitarista nézet szerint az embernek maximalizálnia kell az általános jót, vagyis a saját jó mellett mások javát is figyelembe kell vennie (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2025). Az utilitarizmus annak hangsúlyozásával közelíti meg az univerzális etikai magatartást, hogy minden emberre alkalmazható módon kell meghozni az etikai döntéseket. Az utilitarizmus a normatív etika egyik legerősebb és legmeggyőzőbb megközelítése a filozófia történetében.

Alapvetően, a nyugati filozófia etikai iskolái nagyjából háromféle etikai irányzathoz tartoznak. Az első Arisztotelész munkásságára (erényetikára) támaszkodik, és azt állítja, hogy az erények (mint például az igazságosság, a szeretet és a nagylelkűség) predisponálják az erények birtoklóját és a társadalmat arra, hogy miként cselekedjen. A második álláspontot leginkább Kant képviseli, aki a kötelesség fogalmát állítja az erkölcs középpontjába (kötelességtan), amely szerint az emberek kötelessége, racionális lényekként, hogy tiszteletben tartsák a többi racionális lényt. Harmadik irányzat, az utilitarizmus azt állítja, hogy az etikai magatartás vezérlő elve az érintettek javát szolgáló legnagyobb boldogság elérése vagy a bánat csökkentése, pontosabban „legjobb jót a legtöbbeknek”.

Az etikával, moralitással és pszichológiával foglalkozó kortárs kutatások közül kiemelném az amerikai Jonathan Haidt professzor munkásságát, aki azt állítja, hogy az emberek önzők, de erkölcsileg motiváltak. Az erkölcs univerzális, de kultúrától függő változó. Az erkölcs szinte minden kutatása az interperszonális bánásmód két aspektusának egyikére összpontosít: az ártalom, a gondoskodás és az altruizmus (az emberek sebezhetőek és gyakran védelemre szorúlnak) vagy a méltányosság, a kölcsönösség és az igazságosság (az embereknek joguk van bizonyos erőforrásokhoz vagy bánásmódhoz). Az emberek önérdekűek, de törődnek azzal is, hogy hogyan bánnak másokkal és a csoportokhoz való tartozásukkal. Ezek az erkölcsi mozzanatok nagyrészt különféle affektusokkal terhelt intuíciók révén valósulnak meg, amelyek automatikusan keletkeznek, majd befolyásolják az erkölcsi gondolkodást. Az erkölcsi érvelés korrigálhatja és felülírhatja az erkölcsi intuíciót (Haidt, 2007). Jonathan Haidt és Jesse Graham kidolgozták az erkölcsi alapok elméletét annak feltárására, hogy a kultúrák közötti hatalmas különbségek ellenére az erkölcsnek gyakran vannak közös témái és hasonlóságai az egyes populációkban, illetve, hogy az erkölcs egységesnek vélhető. Ez a csapat szintén kidolgozta az erkölcsi alapokra vonatkozó kérdőívet is (”Moral Foundations Questionnaire”, MFQ30) (Moral Foundations, 2025).

Szintén megemlíteném, a disszertációm harmadik hipotéziséhez társuló, Kohlberg (Lawrence Kohlberg amerikai pszichológus) elmélete, mely arra a gondolkodási folyamatra összpontosít, amely akkor következik be, amikor valaki eldönti, hogy egy viselkedés helyes vagy helytelen. Az elméleti hangsúly tehát azon van, hogy az ember hogyan dönt, hogyan reagál egy erkölcsi dilemmára, nem pedig azon, hogy mit dönt vagy mit tesz ténylegesen. Az elmélet felvázolja, hogyan halad át az egyén az erkölcsi érvelés hat szakaszán, amelyeket három erkölcsi szintre csoportosít: prekonvencionális, konvencionális és posztkonvencionális (Snarey & Green, 2011). A modell alapján feltételezhetjük, hogy az etikai magatartás alapját a gondolkodás fejlettsége befolyásolja leginkább és nem az életkor vagy nem.

Ha az etika tanulmányozását egy szakmai területre alkalmazzuk, nemcsak az alapvető etikai álláspontok megvitatása válik szükségessé, hanem a szakma természetének és a szakma működési feltételeinek megvitatása is. Miller és munkatársai több jelző segítségével definiálták

a munkaetikát, mint többdimenziós, a munkára és a munkával kapcsolatos tevékenységre vonatkozó, de nem munkakör specifikus, tanult, attitűdökre és meggyőződésekre utaló, a viselkedésben tükröződő motivációs konstrukcióként, amely világi szemléletű és nem feltétlenül kötődik egyetlen vallási meggyőződéshez sem (Miller, et al., 2002).

Az emberi tevékenység más területeihez hasonlóan, az orvostudományt is szabályozni kell, célorientáltságából és szociális jellegéből kifolyólag. Az orvos vagy más egészségügyi szakember minden egyes intézkedése etikai és erkölcsi dimenziót képvisel. Az orvos vállalja a felelősséget az elvek betartásáért és a híres hippokratészi eskü is az etikán alapul. Az egészségügyi etika egyik megközelítése négy döntéshozatali alapelvre épül: a jótékonyág elve (az orvos kötelessége, hogy amikor csak lehetséges, segítsen a betegeknek, bölcs és kedves módon biztosítva a kényelmüket és a jólétüket), *Primum nil nocere!*- „Ne árts” elve (sérülések és nem megfelelő kezelési eszközök alkalmazásának elkerülése), az autonómia tisztelete (a beteg joga az önrendelkezéshez és a sorsáról való döntéshez, a tudásán és képességein belüli feladatok elvégzéséhez, a döntésről való tájékoztatáshoz) és a igazságosság elve (szabályozás és a törvény szerepének tiszteletben tartásához való ragaszkodás, integritás az egészségügyi erőforrások megfelelő elosztása során) (Luce & White, 2009; Dobos, et al., 2020). Nagyon fontos megértenie az egészségügyben érvényesülő etikai felelősségeket és korlátokat, valamint az érvényesítendő jogokat. Az egészségügyi etika alapelveinek és fogalmainak részletesebb áttekintése és megfogalmazása a 6. mellékletben szereplő táblázatban megtekinthető.

A harmadik világ országaira egyértelműen igaz, hogy az orvosi etika kérdése több figyelmet igényel és szükség lenne több, etikai kérdésekkel foglalkozó, emberi résztvevőkkel folytatott kutatásra. Szerbiában az egészségügyi etikára vonatkozó irányelveket a Szerbiai Orvostudományi Akadémia orvosi etikai kódexe (Kodeks Medicinske Etike Lekarske Komore Srbije Službeni glasnik RS, br. 104/2016.), illetve a Szerbiai Ápolói és Egészségügyi Technikusi Kamara etikai kódexe (Etički Kodeks Komore Medicinskih Sestara i Zdravstvenih Tehničara Srbije Službeni glasnik RS, br. 67/2007.) foglalja magában. Ezek jelentik a társadalmilag elfogadott etikai elveket és szabályokat, melyek szabályozzák az egészségügyi alkalmazottak magatartását.

Összegzésképpen az erkölcsről és etikáról elhangzottak alapján mindenképpen kiemelném, hogy véleményem szerint az utilitarizmus és az orvosi etika kapcsolata releváns kérdéseket vet fel, főként az egészségügyi döntések erkölcsi igazolása kapcsán. Az utilitarizmus alap gondolatából kiindulva, hogy erkölcsileg helyes az a cselekedet, amely a lehető legtöbb boldogságot (hasznot) okoz a legtöbb ember számára, egyértelműen látható, hogy utilitarista elvek sok helyen alkalmazásra kerülnek az orvosi döntéshozatalban. Ilyenek kérdések pl. az erőforráselosztás, a kockázatos kezelések engedélyezése (például olyan terápiák alkalmazása, amelyek sok ember életét megmenthetik, de egyes egyének számára veszélyesek lehetnek) és a kísérleti etika. Viszont számos dilemma és kritika is létezik az utilitarizmussal szemben. Az etikai dilemmák közé sorolnám, például az eutanázia kérdését (egy szenvedő beteg halála kevesebb szenvedést és több boldogságot eredményezne), a karantén kérdését (az egyéni szabadságjogok korlátozása az állampolgárok egészségének védelme érdekében). Ezek alapján, egyértelműen kritikaként megfogalmazódik az egyenlő bánásmód elvének megsérülése (a haszon maximalizálása céljából), illetve egyének jogainak háttérbe szorítása (az egyéni szenvedést feláldozni a „nagyobb jóért”).

Emellett, az egészségügyi dolgozók etikai és erkölcsi szempontból való kutatása céljából viszont fontosnak tartom az egészségügyi etikára jellemző négy döntéshozatali alapelv érvényesülésének a kivizsgálását, valamint az etikai döntéseket arról, hogy valami erkölcsös vagy erkölcstelen. Az utóbbi témával főleg Jonathan Haidt kutatásai nyújtanak jelentős támaszpontot.

3.7. Az egészségügyi szolgáltatás minősége

A társadalom többi alrendszeréhez képest, az egészségügyi rendszer nem megfelelő működése sokkal súlyosabb következményekkel járhat, mind mikro-, mind makroszinten. A gyenge színvonalú egészségügyi rendszer az általa nyújtott egészségügyi szolgáltatások alacsony színvonalát fogja eredményezni, mely gyakran maradandó, sőt akár végzetes következményekkel is járhat a felhasználókra vonatkozóan (Živaljević & Vrcelj, 2015). Emiatt, a minőségellenőrzés és annak folyamatos javítása minden egészségügyi intézmény társadalmi kötelezettsége és ez a napi gyakorlatában átvett minőségi értékekre épül (Strategija za stalno unapredjenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata Službeni glasnik RS, br. 15/2009). Ilyen értékek a beteg fókusz (az ellátás a kezelésben részt vevő páciens igényeihez igazodik), a biztonság (betegbiztonság az elsődleges, és a diagnosztikai vagy terápiás eljárások során a beteget érő lehetséges károsodás kockázatát minimálisra kell csökkenteni), időszerűség (az egészségügyi ellátást szükségletehez megfelelő módon és időben, szükségtelen várakozás nélkül történik meg), hatékonyság (az erőforrások olyan módon és olyan környezetben való felhasználása, amely a legjobb ár-érték arányt biztosítja, ahol az érték a felhasználók egészsége szempontjából kívánt eredmény elérését jelenti), méltányosság (minden olyan felhasználó számára, melynek szüksége van az egészségügyi ellátásra, egyenlő hozzáférést kell biztosítani a szolgáltatásokhoz, függetlenül a nemi, etnikai és vallási, fogyatékosági, társadalmi-gazdasági jellemzők és lakóhely közötti különbségektől).

Az egyik definíció szerint, a minőségi egészségügyi ellátás az azt alkotó elemek azon potenciálja, hogy a betegek és az orvosok számára is megfelelő és indokolt egészségügyi célokat érjenek el (Steffen, 1988). A minőségi orvosi ellátás szintén megfogalmazható olyan ellátásként, mely biztosítja a kívánt egészségügyi eredmények elérését, és amely összhangban van a jelenlegi szakmai ismeretekkel (Lohr & Schroeder, 1990). Az egészségügyi ellátás minőségének a tárgyalásakor tekintetbe kell venni három összetevőjét (Donabedian, 1980). Ide tartozik az egészségügyi célok megtervezésére és megvalósítására vonatkozó, egészségügyi ellátási hatékonysággal kapcsolatos technikai minőség, a beteg szükségleteinek és vágyainak a kielégítéséhez kapcsolódó interszónális minőség, illetve azok az előnyök, amelyek a fizikai környezet kényelmére és a szolgáltató szervezet adottságaira vonatkoznak. Ráadásul, egyesek szerint, a minőségi orvosi ellátást figyelembe veszi a szervezeti, politikai és pénzügyi érdekeket is (Øvretveit, 1992).

Két modellt szeretnék megemlíteni, melyek egyben a disszertációm negyedik hipotéziséhez is társulnak. Ezek a munkahelyi szerepek és szervezeti perspektívák modellje, valamint Schein által kidolgozott, kultúra háromszintű modelljét, A munkahelyi szerepek és szervezeti perspektívák modellje (Role Theory), melynek kiemelkedő és sokat idézett tőrekusa Bruce Biddle volt, azon a fő feltételezésen alapul, hogy az egyéneknek a mindennapi életben különböző szerepekkel rendelkeznek (Anglin, et al., 2022). A szerepelmélet a mintázott és jellemző társadalmi viselkedéssel, a társadalmi résztvevők által felvett szerepekkel vagy identitásokkal és a viselkedésformákhoz kapcsolódó elvárásokkal foglalkozik (Jackson, 1998). Ez az elmélet alapján feltételezhetjük, hogy a különböző beosztású egészségügyi alkalmazottal munkakörükből adódóan eltérő információkhoz jutnak hozzá, a felelősségeik eltérőek, illetve különböző személyes tapasztalattal rendelkeznek és különféle munkahelyi interakciókban vesznek részt, ami mind befolyásolja, hogy hogyan értékelik az ellátás minőségét, illetve alapvetően mit tekintenek minőségnek (például az orvosok és ápolók inkább a betegellátási és munkaterhelési szempontokat veszik figyelembe, míg az egyéb alkalmazottak inkább az adminisztratív szempontokra, költségekre, mutatókra figyelnek)

Edgar Schein dolgozta ki a kultúra háromszintű modelljét, mely szerint a szervezeteken belüli kultúráknak különböző rétegei vannak. A felszínes rétegek némileg jelezhetik, hogy milyen is valójában egy kultúra, míg a mélyebb rétegek sokkal nagyobb betekintést nyújtanak.

Schein által definiált kultúra azon a feltételezésen alapul, hogy egy csoport tagjaira jellemzőek a közös értékek, választások és hiedelmek, illetve bizonyos szintű stabilitás figyelhető meg a viselkedési sémáiban (Málovics & Behrends, 2004). Ebből az elméletből arra tudunk következtetni, hogy a szervezeti kultúra, illetve az egyes csoportok kulturális jellemzői befolyásolják a minőség értékelését.

Az egészségügyi ellátás minősége kapcsán mindenképpen ki kell emelni az Egészségügyi Világszervezetnek (WHO) az egészségügyi humánerőforrás cselekvési keretét (WHO HRH Framework). A Globális Egészségügyi Munkaerő Szövetséget (GHW), az Egyesült Államok Nemzetközi Fejlesztési Ügynöksége (USAID) és az Egészségügyi Világszervezet (WHO) támogatásával kidolgozott az egészségügyi humánerőforrásra vonatkozó cselekvési keret (HAF), amely leírja és méri az egészségügyi humánerőforrás javításához és fejlesztéséhez hozzájáruló dimenziókat (Fort, et al, 2015). A keret kidolgozására irányuló lényegi munka 2005-ban kezdődött. Alapvetően, 2006-tól a GHW és a WHO katalitikus támogatást nyújtott a nemzeti egészségügyi humánerőforrás-koordinációs mechanizmusoknak az integrált intézkedések biztosítása érdekében (Martineau, et al., 2022). Az említett cselekvési keret célja, hogy támogassa a kormányokat és az egészségügyi vezetőket a hatékony és fenntartható egészségügyi munkaerő elérését célzó stratégiák kidolgozásában és végrehajtásában. A keret támogatja az országokat többek között a munkaerőhiány, a személyzet egyenlőtlen eloszlása, a készségekben és kompetenciákban mutatkozó hiányosságok, az alacsony létszámmegtartás és a gyenge motiváció kezelésében. Általában a humánerőforráshoz tartozó összes dimenzió átfogó elemzésére használják, beleértve hat cselekvési területet: pénzügy, oktatás, politika, vezetés, humánerőforrás-gazdálkodás és partnerségek. A WHO HRH Framework egyik alapelve az egészségügyi dolgozók megfelelő elosztása. Ha nincsenek elegendő számban jelen a képzett szakemberek (orvosok, ápolók stb.), a páciensek nem jutnak időben vagy megfelelő ellátáshoz. Hiányos vagy túlterhelt munkaerő esetén csökken a diagnosztikai pontosság, nő a várakozási idő és gyakoribbá válnak az ellátási hibák. Tovább, a keretrendszer javasolja az egészségügyi dolgozók teljesítményének nyomon követését. Szisztematikus értékelés révén azonosíthatók a gyenge pontok az ellátásban, és célzott fejlesztésekkel javítható a szolgáltatás. Bár minden országban alkalmazható, a felhasználó megközelítési módját befolyásolják az adott ország sajátos elemei, beleértve a munkaerőpiacot is. Számos ország és program használta ezt a kidolgozott keret a humánerőforrás-stratégiák és -tervek kidolgozásához (például Uganda, Kenya, Peru, Vietnam) (USAID).

Az egészségügyi szolgáltatás minőségét számos tényező befolyásolja, melyek közül különösen fontos az emberi erőforrás és a munkavállalók elégedettsége (Yami, et al., 2011; Homedes & Ugalde, 2005). Minőségi egészségügyi ellátást csak a munkahelyükkel elégedett és a munkájukba megbízó munkavállalók tudnak nyújtani. Az egészségügyi szervezeteknek olyan légkört kell teremteniük, amely motivált, produktívabb és elégedettebb munkaerőt fog biztosítani (Bhatnagar & Srivastava, 2012).

3.8. Migrációs szándék az egészségügyi dolgozók körében

Az egészségügyi dolgozók nemzetközi migrációja jelentős problémát jelent globális szinten. Az egészségügyi szakemberek hagyományosan az alacsony és közepes jövedelmű országokból a magas jövedelmű országokba vándorolnak a jobb jövedelem reményében. A gazdaságilag fejlett országok a képzésbe való befektetés és a hazai képzésben végzett szakemberek számának növelése helyett, inkább a más országokból való aktív toborzásához folyamodnak. Az egészségügyi személyzet fejlődő országokból történő toborzása nemcsak a szakképzett munkaerő elvesztését eredményezi, hanem a gazdasági fejlődést is hátráltatja, illetve a származási országok egészségügyi rendszereinek meggyengüléséhez vezet (Yakubu, et al., 2022). A könnyített migrációval járó globalizáció, a szakmai képesítések globális elismerése,

az orvosi és fogászati oktatás nemzetközivé válása új kihívások elé állította számos ország kormányát. A munkaerő kiáramlás tovább súlyosbítja a meglévő egészségügyi munkaerőhiányt (Kocsicska, 2024). Kiemelendő, hogy a munkaerőhiány kezelése rendszerszintű megközelítést igényel, illetve politikai koherencia biztosítása szükséges a munkaerő-migráció és egészségügyi rendszerek között nemzeti, regionális és nemzetközi szinten is.

A push-pull elmélet szerint a migrációt két szemszögből vizsgáljuk. Ezek azok az erők, amelyek hatással vannak az egyének elvándorlására és ezeket a migráció „push” és „pull” tényezőinek nevezik. Ez a két erő szükséges ahhoz, hogy a migráció bekövetkezzen (Kline, 2003). A push-tényezők a származási országra, míg a pull-tényezők a befogadó országra jellemzőek. A „push” tényezőket jelentik az alacsony jövedelem, a korlátozott karrierfejlődési lehetőségek, a hiányos infrastruktúra, valamint a veszélyes munkakörülmények és az infrastruktúra hiányosságai. A „pull” tényezők köze sorolhatjuk a külföldön való jobb életminőséget, magasabb jövedelmet, illetve több karrierfejlődési lehetőséget (Ogujiuba, et al., 2019; Ahmad, 2005). Ez a modell jól alkalmazható a szerbiai egészségügyi dolgozókra vonatkozóan, mivel a szerbiai egészségügyi szakemberek elvándorlása aggasztó méreteket ölt. Ez befolyásolja az egészségügyi szolgáltatások minőségét, és megnehezíti a tudás átadását a fiatalabb generációk számára. Emellett, az „agyelszívás” a humán erőforrás-fejlesztésbe befektetett pénz visszafordíthatatlan elvesztését jelenti (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2015).

Bár Szerbiában az állami szektor az egészségügyi dolgozók legnagyobb foglalkoztatója, nem állnak rendelkezésre teljes körű adatok az egészségügyi végzettségű munkaerő teljes létszámáról vagy nagyságáról (például aktív, praktizálási engedéllyel rendelkező, de az állami ellátásban nem foglalkoztatott szakemberek száma), illetve megoszlásáról (kor, nem, városi/vidéki szint és körzet) a magán- és az állami egészségügyi ágazaton kívüli egyéb ágazatokban. A munkaerő elvándorlásának tendenciáiról sem nem állnak rendelkezésre érvényes és teljes körű információk, bár a kutatások bizonyítékot szolgáltatnak a külföldi munkavállalás céljából történő kivándorlás nagyfokú szándékáról (Pillars of Health, 2022). Szerbiában nincs olyan szakmai hatóság, amely megszervezne és nyilvántartana az egészségügyi dolgozók mobilitását, mivel még nem implementálták az egészségügyi dolgozók nemzetközi toborzására vonatkozó 2010-es WHO globális gyakorlati kódexet, amely előírja a nemzeti hatóság létrehozását. Már korábban is említésre került, hogy léteznek más információforrások is az egészségügyi dolgozók migrációs szándékára vonatkozóan, például kutatások (Santric Milicevic, et al., 2013; Santric Milicevic, et al., 2014; Santric Milicevic, et al., 2018) vagy egészségügyi szakemberek és munkaügyi hivatalok által vezetett nyilvántartások. Viszont ezek nem nyújtanak eléggé átfogó és megbízható információt. Emellett, fontos lenne pontosabban meghatározni az egészségügyi dolgozók elvándorlásának fő okait, valamint jobban megérteni azon diákok motivációit és karrierterveit, akik a szerb egészségügyi szektorra jellemző magas fokú munkanélküliség ellenére az orvosi és egészségügyi szakokon kívánják folytatni tanulmányaikat.

Ami szintén aggasztó a szerb egészségügyi szektorban, az az egészségügyi munkaerő kereslete és kínálata közötti jelentős szakadék, mivel a munkanélküli egészségügyi dolgozók száma meghaladja a közsféra felvevőkéességét. Az egészségügyi dolgozók potenciális kínálata 2019-ben (munkanélküliek és újonnan regisztráltak) a közsférában alkalmazottak 20%-ának felelt meg. A szerbiai munkaerőpiac fő jellemzői a közép- és felsőfokú végzettségű egészségügyi dolgozók magas munkanélkülisége, valamint az aggasztóan magas (50% feletti) hosszú távú és fiatalkori munkanélküliség. Az orvostudományi és más egészségügyi szakokra beiratkozó hallgatók száma nincs összhangban a valós munkalehetőségekkel az egészségügyi szektorban. Ez mind az egészségügyi munkaerő stratégiai tervezésével kapcsolatos problémákra utal (Pillars of Health, 2022). Ahogyan az már korábban is megállapításra került, Szerbiában több orvos jut egy főre, mint ami az OECD-átlag. Tekintettel az ország

orvosfeleslegére, a kivándorlás okozta „lemorzsolódás” mértéke nem jelent közvetlen veszélyt az egészségügyi ellátás működésére (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2015).

Szerbiában 2018 szeptemberében az egészségügyi ágazatban az átlagbér havi 565 euró volt. Ez megfelelt az ország teljes átlagbérének, de 70-80%-kal alacsonyabb volt a finanszírozási, biztosítási és információ- és kommunikációtechnológia (IKT) szektorhoz képest. Ezek a különbségek csökkentése érdekében a szerb kormány úgy döntött, hogy 2019 januárjától megemeli a fizetéseket az állami egészségügyi intézményekben. Az orvosok, fogorvosok és gyógyszerészek fizetését 10%-kal, az ápolókat 12%-kal, az egyéb alkalmazottakat 7%-kal emelték (Bjegovic-Mikanovic, et al., 2019).

Szerbiát jelenleg a magasan képzett munkaerő még nagyobb mértékű kivándorlásának (különösen az EU országaiba) a veszélye fenyegeti. 2015-ben a szerbiai Közegészségügyi Intézet, együttműködve a svájci Freiburgi Egyetemen és az izraeli Brown School of Public Health-el, egy tanulmányt készített a szerb egészségügyi dolgozók migrációs szándékáról. Az eredmények azt mutatták, hogy a szerbiai egészségügyi rendszerben foglalkoztatott orvosok több mint 75%-a már gondolkozott azon, hogy elhagyja az országot. Ez az arány még magasabb volt a fiatalabb korosztályok esetén (81,8%) (35 éves és fiatalabb válaszadók) (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2015). Emellett a kutatás kimutatta, hogy a kivándorlás gondolatához hozzájáruló legfontosabb tényezők a munkahelyek hiánya, az alacsony jövedelem, az általános munkahelyi körülményekkel való elégedetlenség, valamint a további szakmai lehetőségek, szakmai fejlődés és karrierépítés hiánya. Egy 2018-as, a szerbiai közegészségügyi ágazatban dolgozó összes munkavállaló (73 940 alkalmazott) körében, a munkahelyi elégedettség és a külföldi munkavállalási szándék meghatározására végzett vizsgálat azt mutatta ki, hogy a vizsgálatban résztvevőknek 14,3%-ban volt külföldi munkavállalási szándéka (Gacevic, et al., 2018). 2021-ben a szerbiai közegészségügyi dolgozók körében 25 közegészségügyi intézetben végzett vizsgálat (1663 válaszadó, 73,1% nő) kimutatta, hogy a válaszadók 20,3%-a öt éven belül szándékozott elhagyni a munkahelyét. A munkaerő megtartását elősegítő hatékony stratégiáknak, mint például az egészségügyi munkaerő-fejlesztés tervezése, a karrier- és szabályozási beavatkozások, valamint a közegészségügyi szervezetek munkahelyi biztonsági és egészségügyi programjainak tartalmazniuk kell a munkahelyi elégedettséget növelő intézkedéseket, az információk átlátható és időben történő megosztását, a munkával kapcsolatos stressz csökkentését, valamint az egészségügyi dolgozók értékének és eredményeinek elismerését (Tripković, et al., 2021).

4. A kutatás módszertana

A disszertációmban alkalmazott kutatási módszer alapját négy szerbiai általános kórház dolgozóira vonatkozó, online kérdőív kitöltéséből származó adatok keresztmetszeti vizsgálata jelenti. Emellett, az egészségügyi dolgozókra vonatkozó szerb és külföldi szakirodalmat, a témában végzett korábbi kutatások eredményeit elemeztem és összefoglaltam. Az említett szakirodalom kiindulópontként szolgált számomra a kérdőíves felmérésben szereplő kérdések megfogalmazásában. Röviden összefoglalva, elsődleges és másodlagos forrásokból származó adatokat használtam fel a kutatásom során.

A korábbiakban már kiemeltem, hogy kutatási témának azért választottam az általános kórházakat, mivel a vidéki fekvőbeteg ellátás és járóbeteg-szakkellátás „gerincét” jelentik. Ez igaz Szerbia északi és déli régióira, illetve összes körzetére is. Együttesen tekintve ezeket a kórházakat, a fekvőbeteg-gyógyintézetek közül a legnagyobb ágy kapacitással rendelkeznek, a legmagasabb beteg elbocsátási számokat és legalacsonyabb átlagos ápolási időt produkálnak, illetve a legtöbb orvost és ápoló személyzetet foglalkoztatnak. Viszont, az általános kórházak jelentős hatékonysági problémákkal küzdenek országszerte. Az ellátás hatékonyságának optimalizálására irányuló intézkedések végrehajtása szempontjából jelentős tényezőt képvisel az egészségügyi személyzet. Ezért fontos megvizsgálni az általános kórházak alkalmazottjainak attitűdjét és véleményét a kórházi irányítás, folyamatban lévő változások eredményei és esetleges további, javítandó aspektusok kapcsán. Emellett, ellátási jellegükből kifolyólag, az általános kórházak a legszélesebb szakmai profilú szerbiai egészségügyi dolgozók egyszerre történő megvizsgálását teszik lehetővé.

2023 április-november közötti időszakban elektronikus kérdőíves felmérést végeztem az egészségügyi dolgozók körében 4 szerbiai általános kórházban: szabadkai (Subotica, Vajdaság) zentai (Senta, Vajdaság), szávaszentdemeteri (Sremska Mitrovicán, Vajdaság) és aleksinaci (Aleksinac, Dél- és Kelet-Szerbia) általános kórházban. Első körben felvettem a kapcsolatot a Szerbia területén működő összes (40) általános kórházzal a kutatásomba való bevonás céljából. Ebből 4 kórház válaszolt (10%-a az általános kórházaknak) és elfogadta a kutatásban való részvételt.

A kutatásom elektronikus kérdőív formájában történt meg. A válaszadók anonim módon töltötték ki a kérdőívet. A négy kórház közül, csak a szávaszentdemeteri kórházban történt meg a kérdőív eljuttatása a válaszadókhoz kizárólag online úton, a kórházi elektronikus rendszeren keresztül. Összes többi esetben (szabadkai, zentai és aleksinaci általános kórház), amellett, hogy a kérdőív elküldése online formában valósult meg, a megfelelő számú válasz összegyűjtése érdekében az érintett kórházakban személyesen is felkerestem az alkalmazottakat, akik ezt követően ugyanúgy, a rendelkezésre álló elektronikus eszközön, anonim módon kitöltötték és visszaküldték a kérdőívet. Az érvényesen kitöltött és visszaküldött kérdőíveket vettem figyelembe az adatfeldolgozás során. A kérdőívet akkor tekintettem érvényesnek, ha benne nem volt több, mint két kérdésre hiányzó válasz.

A kutatásomban egyszerű véletlen mintavételt (simple random sampling) alkalmaztam, mely biztosítja, hogy a populáció minden egyes tagja azonos valószínűséggel kerüljön kiválasztásra (Stockemer, 2019). Ez egy elfogulatlan mintavételi módszert jelent (Fink, 2003) és körültekintő tervezés esetén a minta reprezentatív lehet a teljes populációra nézve. Viszont, akkor hatékony, ha a populáció homogén, és a vizsgálatra szánt populáció listája könnyen hozzáférhető (Cohen, et al., 2017). A kórházi alkalmazottakra vonatkozó saját kutatásomban ez a módszer azért hasznos, mert egy reprezentatív képet igyekeztem alkotni az egész munkavállalói állományról. A kiinduló populációt a négy vizsgálat kórház összes alkalmazottja (orvosok, ápolók, egyéb alkalmazottak) jelentette (2 933 fő). A dolgozói populációnak a 20%-át állt szándékomban megvizsgálni és ennek a kivitelezése email kiküldéssel történt meg, véletlenszerűen kiválasztva a kutatás alanyait, illetve azok e-mail címeit (a kórházak belső,

hivatalos kommunikációra szolgáló dolgozói levelezési listák alapján). Emellett, azok közül akiknek ki lett küldve az email, egyes alkalmazottak személyesen is felkerestem. Kórházanként végeztem el a véletlenszerű mintavételt (rétegzett) annak érdekében, hogy minden kórház arányosan legyen képviselve. A kutatásom végére a válaszadásra megkértek közül (a négy kórház összes alkalmazottjának 20%-a, pontosabban 586 alkalmazott) 420 alkalmazott töltötte ki a kérdőívet (71,67% válaszolt, 28,33% nem válaszolt/megtagadta a válaszadást). Szeretném kiemelni, hogy a kutatásom a megfelelő etikai elvek betartása mellett történt meg, az anonimitás és önkéntes részvétel biztosításával.

Az egyszerű véletlen mintavétel az egyik legismertebb és leggyakrabban alkalmazott mintavételi eljárás, de számos korlátról beszélhetünk. A kórházi alkalmazottak vizsgálata esetén a korlátokhoz tartozik az, hogy nem mindig elérhető a teljes dolgozói névjegyzék vagy címjegyzék (Cohen, et al., 2017). További korlát lehet a szakmacsoportok alul- vagy túlreprezentáltsága (például aránytalanul sok ápoló, orvos és kevés adminisztratív dolgozó), ami az eredményeket torzíthatja, főleg ha összehasonlításokat végzünk el a szakmacsoportok között. Szintén a korlátok közé tartozik a nem válaszolók torzítása mivel nem biztos, hogy a válaszolók köre reprezentatív (előfordulhat, hogy a kevésbé leterheltek vagy a nyitottabb személyiséggel rendelkező alkalmazottak válaszolnak a kérdőívre, míg a túlterheltek visszautasítják a részvételt). Korlátként szeretném megemlíteni azt is, hogy a kérdőív kiküldése és a dolgozók kiválasztása engedélyköteles lehet. A saját kutatásomban mind a négy megvizsgált kórházban a kórházvezetés engedélye volt szükséges, illetve egy kórház esetében (szabadkai általános kórház) az etikai bizottság jóváhagyása is.

A bevonási kritériumokat illetően kiemелendő, hogy a kutatásban résztvevők korösszetétele 20 és 69 év közötti, körülbelül azonos nemi (nő, férfi) arányra törekedve, valamint a válaszadók eltérő iskolai végzettséggel (érettségi, főiskola és egyetem) és szakmai tapasztalattal (egészségügyben töltött évek száma) rendelkeznek, illetve különböző munkakörökben dolgoznak (orvos, ápoló, egyéb alkalmazott). Az orvos kategóriába be lett sorolva az összes orvosi végzettségű alkalmazott beosztástól (osztályos orvos, ambulancián dolgozó orvos, osztályvezető és egyéb vezetői pozícióban lévő orvos) és szakképzéstől függetlenül (általános orvos, szakorvosok). Az ápoló kategóriába tartoznak a középiskolai, főiskolai és egyetemi végzettségű ápolók, beosztástól függetlenül (osztályos ápoló, főnővér, ambulancia asszisztens), illetve az egyéb kategóriába az összes többi egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű kórházi dolgozó (laboratóriumi dolgozók, pszichológusok, adminisztratív és műszaki osztályon dolgozók). A szakmai tapasztalat (egészségügyben töltött évek) alapján az alkalmazottak hét csoportba lettek besorolva (kevesebb, mint 1 év, 1-5 év, 6-10 év, 11-15 év, 16-20 év, 21-25 év és 26 vagy ennél több év egészségügyi szakmai tapasztalat).

A kutatásomban Google Űrlapok (Google Forms) alkalmazás segítségével elkészített, egyedi kérdőívet használtam, mely célja az egészségügyi intézmények irányításának egyes aspektusaira és azok következményeire, hatásaira vonatkozó dolgozói vélemény felmérése. A kérdőív 6 kérdéscsoportot tartalmazott:

- A kérdőív első része a mintát leíró független változók rögzítésére szolgált.
- A kérdőív második része a munkahelyükön működő humánerőforrás-gazdálkodásra vonatkozik és öt alcsoportba sorolt állításokat tartalmazta
 - I. A humánerőforrás menedzsment értékelése vezetés szempontjából;
 - II. A humánerőforrás menedzsment értékelése a munkavállalói elkötelezettség szempontjából;
 - III. A humánerőforrás menedzsment értékelése a tudás elérhetősége szempontjából;
 - IV. A humánerőforrás menedzsment értékelése munkaerő-optimalizálás szempontjából;
 - V. A humánerőforrás menedzsment értékelése tanulási kapacitás szempontjából;
- A harmadik kérdéscsoport az erkölcsre és munkahelyi etikára vonatkozott
- A negyedik kérdéscsoport az egészségügyi szolgáltatás minőségére vonatkozott

- Az ötödik kérdéscsoport az egészségügyi intézmények alkalmazottjainak a munkájukkal való elégedettségére vonatkozik.
- A hatodik kérdéscsoport az egészségügyi dolgozók elvándorlási szándékát érinti. A teljes kérdőív és az összes kérdés részletesen a 7. mellékletben megtekinthetők.

A kutatás során alkalmazott kérdőív érvényességének és megbízhatóságának biztosítása érdekében többlépcsős validálási folyamatot alkalmaztam. Az volt a célom, hogy olyan mérőeszközt hozzak létre, mely valóban a vizsgált konstrukciók mérésére szolgál, illetve értelmezhető és megbízható eredményeket nyújt.

A kérdőív validálásának első lépése a tartalmi validálás volt, a szakértői véleményezés. A kérdőív első, kiinduló változatát két, a vizsgált területen jártas szakértő (egy egyetemi oktató és egy kutatóorvos) véleményezte. A kérdések értékelése relevancia, világosság és tematikus lefedettség szempontjából történt meg. A visszajelzések alapján módosítottam a megfogalmazásokat és kiegészítettem a kérdőívet, hogy a vizsgált konstrukciók teljeskörűen le legyenek fedve.

A kérdőív validálásának következő lépése a pilot vizsgálat volt, a véglegesített kérdőívnek egy 19 fős, a célcsoport jellemzőit tükröző mintán lebonyolított tesztelése volt. Ez kognitív interjúk (személyes interjúk) formájában történt meg, melynek alanyai különböző szerbiai vidéki kórházak alkalmazottjai voltak. Arra kértem meg őket, hogy a kérdőív kitöltése közben hangosan gondolkodjanak és kommentálják a kérdéseket és azok megértését (visszajelzések a kérdések érthetősége kapcsán). A pilot vizsgálat során szintén megfigyeltem a válaszadási időt. Az észlelt félreértések alapján újabb kisebb módosításokat hajtottam végre, elkészítve a kérdőív végleges verzióját.

Ezt követően a kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatóságát (belső konzisztencia) vizsgáltam meg Cronbach-alfa mutató segítségével. Az egyes alskálák alfa értékei 0,84 és 0,98 között mozogtak, ami megfelelő belső konzisztenciára utal. A Cronbach-alfa elfogadható értékeiről különböző vélemények léteznek, de az értékek általában 0,70 és 0,95 között mozognak (Tavakol & Dennick, 2011). A vizsgálat megbízható eredményt mutatott, pontosabban azt, hogy a skálák megbízható mérőeszközként értékelhetők. A munkahelyi humánerőforrás menedzsmentre vonatkozó összes kérdés (kérdéscsoport) esetén alkalmazott skála (1-5-ig terjedő Likert-skála) belső konzisztenciájának megállapítására szolgáló Cronbach-alfa mutató 0,976 volt (20 kérdésre vonatkozóan, összesen 19 résztvevő). Az egészségügyi szolgáltatás minőségének az értékeléséhez szükséges kérdések esetén alkalmazott skála (1-5-ig terjedő Likert-skála) belső konzisztenciájának megállapítására szolgáló Cronbach-alfa mutató 0,845 volt (8 kérdésre vonatkozóan). A munkahelyi elégedettség egyes szempontjainak az elemzésére alkalmazott skála belső konzisztenciájának megállapítására szolgáló Cronbach-alfa mutató 0,960 volt (12 szempontra vonatkozóan). Az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezők értékelésére alkalmazott 1-5-ig terjedő Likert-skála belső konzisztenciájának megállapítására szolgáló Cronbach-alfa mutató 0,906 volt (16 kérdésre vonatkozóan).

A kérdőív egyes kérdéscsoportjai a kutatásom alapját képező, a humánerőforrás menedzsmentre vonatkozó egyes változókat fedik le. Ezek a változók a témához kapcsolódó szakirodalomhoz tartozó korábbi kutatásokban és elméletekben szereplő mérőeszközökből származnak. A 8. mellékletben szereplő táblázat pedig összefoglalja az egyes kérdéscsoportokhoz tartozó kutatási változókat, valamint a változók forrásait.

A kutatásomból származó primer eredményeket a leíró statisztika módszereivel, Pearson-féle khi-négyzet próbával, keresztábra-elemzéssel, variancia homogenitási teszttel, faktorelemzéssel, klaszterelemzéssel, valamint korreláció módszerével elemeztem. Az elemzéseket a Statistical Package for Social Sciences (SPSS) program segítségével végeztem el, mivel ez a szoftver megfelelő statisztikai és adatelemzési funkciókkal rendelkezik.

A kapott eredmények összehasonlítása céljából a függetlenségvizsgálatra alkalmas χ^2 (Pearson-féle khi-négyzet) próbát használtam, bizonyos szabadságfok mellett (df) (Baranyi & Nagy, 2020). Ez gyakran alkalmazott statisztikai eljárás, diszkrét eloszlású változók vizsgálatára használható és érzékeny a mintanagyságra (SPSSABC, s.a.). Feltétele, hogy azoknak a celláknak az aránya, ahol a várható érték kisebb mint 5 nem lehet több, mint 20%. A lekérdezése statisztikai programban (SPSS) történt meg. Az értelmezésének alapja, hogy ha a p-érték kisebb, mint a standard alfa-érték ($p \leq 0,05$) akkor elutasítjuk a nullhipotézist, amely azt állítja, hogy a két változó független egymástól és közöttük szignifikáns összefüggés van. A kapcsolat erősségének meghatározása Kramer-féle együttható segítségével történt meg. A 0 és 0,3 közötti érték gyenge, a 0,3 és 0,7 közötti érték közepesen erős kapcsolatra, míg a 0,7 és 1 közötti érték erős kapcsolatra utal (Petrovics & Géczi-Papp, s.a.). A keresztábra elemzés lehetőséget ad a kapcsolatnak további kontrollálására is. Két vagy több változó közötti összefüggést vizsgál, illetve ezek kombinált gyakorisági eloszlását mutatja. Széles körben elterjedt és könnyen értelmezhető módszer (Gyulavári, et al., 2017).

A varianciaelemzés két vagy több csoport várható értékének összehasonlítására szolgáló módszer. Annak meghatározására alkalmaztam a varianciaanalízist (ANOVA), hogy a csoportok átlagai között van-e szignifikáns különbség (Kemény, et al, 2021). A varianciaanalízis a szóráshomogenitást feltételezi, melynek megállítása Levene-próbával történt meg (átlag alapján való bemutatás). Ha a szignifikancia magas, a nullhipotézist nem tudjuk elvetni, a csoporton belüli szórás megegyezik és lehet alkalmazni az ANOVA-t. Tehát, ha a Levene-próba nullhipotézisét nem vetjük el, illetve az értéke magasabb, mint 0,1, akkor nyugodtan elvégezhető az F-próba. Minél nagyobb az F, annál nagyobb a mintaátlagok közötti eltérés a mintákon belüli eltéréshez képest és annál nagyobb a bizonyíték arra, hogy különbség van a csoportátlagok között. A másik fontos eleme a p-érték (a szignifikancia eredmény). Ha ez a p-érték kisebb, mint 0,05, akkor elutasítjuk a nullhipotézisét, és arra következtetünk, hogy statisztikailag szignifikáns különbség van a csoportok átlagai között.

A faktorelemzés olyan statisztikai módszer, ahol az elemzésben nagyszámú kiinduló változót vonunk be, úgyhogy nincs függő vagy független változó. A faktorelemzés célja a magyarázó faktorok azonosítása, amelyek a változók közötti korrelációt magyarázzák, illetve kevesebb számú korrelálatlan változó meghatározása, amelyek a nagyszámú, kiinduló változókat helyettesítik a további elemzésben. A létrehozott faktorok standardizált változók, melyek jellemzői, hogy átlaguk 0 és szórásuk 1 (Kemény, et al, 2021).

A klaszterelemzéssel a válaszadókat csoportokba, úgynevezett klaszterekbe soroljuk. Ezzel a módszerrel kifelé minél heterogénebb (markánsan elkülönülnek egymástól) és befelé minél homogénebb csoportokat (egy klaszterbe tartozó válaszadók egymáshoz a lehető leghasonlóbbak) hozunk létre. Fontos, hogy a változók között ne legyen oksági összefüggés, pontosabban, hogy ne tudjuk őket függő és független változóként elkülöníteni (Kemény, et al, 2021).

A korreláció módszer célja annak megállapítása, hogy két mennyiségi változó között létezik-e kapcsolat és az mennyire szoros. A folytonos változók közötti lineáris kapcsolat erősségét a Pearson-féle korrelációs együttható fejezi ki, melynek értéke -1 és 1 között lehet. Ha az értéke 0, az azt jelenti, hogy a két változó független (Szűcs, et al., 2020).

A primer kutatás mellett a disszertációm megírásában a szakirodalomból származó korábbi kutatások elméleti feltevéseit és eredményeit is felhasználtam, aminek során az analízisre, a szintézisre, az absztrakcióra, az általánosításra, a deduktív, valamint az induktív érvelésre támaszkodtam, mint kutatási módszerekre.

5. Kutatási eredmények

Ebben a fejezetben szeretném ismertetni az elektronikus kérdőíves felmérésem eredményeit, melyek különböző statisztikai módszerek alkalmazásával kerültek feldolgozásra. A kérdőíves felmérést 2023. április-november közötti időszakban végeztem az egészségügyi dolgozók körében négy szerbiai általános kórházban: szabadkai (Subotica, Vajdaság) zentai (Senta, Vajdaság), szávaszentdemeteri (Sremska Mitrovicán, Vajdaság) és aleksinaci (Aleksinac, Dél- és Kelet-Szerbia) általános kórházban. Mivel Szerbia területén 2023-ban összesen 40 általános kórház működött, a kutatásomban az általános kórházak 10%-a került megvizsgálásra.

A felsorolt négy általános kórházban összesen 420 kérdőív került kitöltésre, ebből 395 volt értékelhető. A válaszadók 41%-ka (162) férfi, míg 59%-a (233) nő volt. A munkahelyi beosztás tekintetében, az orvosok 34%-ot (133), az ápolók 57%-ot (227) és az egyéb alkalmazottak 9%-ot (35) alkottak. Emellett, a válaszadó munkavállalók kor, szakmai tapasztalat és iskola végzettség szerinti csoportokba lettek besorolva és ennek megfelelően elemezve. A megvizsgált négy általános kórházban összesen 2 933 alkalmazott dolgozott a vizsgálat ideje alatt (szabadkai általános kórház: 1236; zentai általános kórház: 410; szávaszentdemeteri általános kórház: 1025; aleksinaci általános kórház: 262). A kutatásomban 395 válaszadó által kitöltött és benyújtott, értékelhető kérdőívet elemeztem, ami 13,46%-át jelenti a négy vizsgált kórház összes alkalmazottjának. Ennek alapján mondhatjuk, hogy a minta reprezentatívnak tekinthető a négy általános kórház alkalmazottjaira nézve.

Amint az már korábban említésre került, a kérdőívem 6 kérdéscsoportot tartalmaz, ebből az első kérdéscsoport általános kérdésekből áll (életkor, nem, jelenlegi munkahely, pozíció, iskolai végzettség, munkatapasztalat). A kérdőívem második kérdéscsoportja a munkahelyi humánerőforrás menedzsment értékelésére vonatkozik és öt, különböző szempontokra épülő alcsoportot tartalmaz, melyek eredményei külön-külön kerültek elemzésre. Az első alcsoport a vezetési, a második alcsoport a munkavállalói elkötelezettségi, a harmadik alcsoport a szakmai tudás elérhetőségi, a negyedik alcsoport a munkaerő-optimalizálási, míg az ötödik alcsoport a tanulási kapacitási szempontokat foglalja magában.

A kérdőív harmadik kérdéscsoportja a munkahelyi etikára és erkölcsre vonatkozik, míg a negyedik kérdéscsoport az egészségügyi szolgáltatás minőségéhez kapcsolódó kérdésekből áll.

Az ötödik kérdéscsoport az egészségügyi alkalmazottaknak a munkájukkal való elégedettségére vonatkozik. Itt még kiemelő a munkavégzés során érzett nyomás (stressz, feszültség), illetve a munkahelyi tervek kérdése.

A hatodik kérdéscsoport az egészségügyi dolgozók elvándorlását érinti. Elsősorban arra a kérdésre fókuszál, hogy a válaszadóknak felmerült-e már az a gondolat, hogy elvándorolnak külföldre és ott folytatják a szakmai tevékenységüket. Továbbá, a kérdések részletezik az elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezőket.

5.1. *A munkahelyi humánerőforrás menedzsment értékelése*

A kérdőívben szereplő, a munkahelyi humánerőforrás menedzsmentre vonatkozó kérdések összes alcsoportjában a válaszok összesítő statisztikai elemzéssel lettek megvizsgálva, SPSS programcsomag segítségével. Az így kapott gyakorisági eloszlások és alapstatisztikák azt mutatták ki, hogy az alkalmazott skála különböző fokozatainak megfelelően a válaszadók milyen arányban értékelték az egyes szempontokat.

A vezetési szempontokat vizsgáló kérdéscsoport eredményeinek elemzéséből látható, hogy az összes vizsgált tényezőt (kommunikáció, befogadás, végrehajtási készségek, felügyeleti készségek) a válaszadók legnagyobb százaléka 4-re értékelte (1-től 5-ig terjedő skálán), illetve, pontosabban, „inkább egyetértek” válasszal (7.táblázat).

7. táblázat: A humánerőforrás menedzsment vezetési szempontjainak az értékelése (N=395)

Vezetési szempontok	Kommunikáció			Befogadás			Végrehajtási készségek			Felügyeleti készségek		
	Gyak. **	%	Kum. %	Gyak.	%	Kum. %	Gyak.	%	Kum. %	Gyak.	%	Kum. %
1*	28	7,1	7,1	38	9,6	9,6	36	9,1	9,1	32	8,1	8,1
2*	58	14,7	21,8	36	9,1	18,7	40	10,1	19,2	32	8,1	16,2
3*	46	11,6	33,4	21	5,3	24,1	74	18,7	38,0	44	11,1	27,3
4*	200	50,6	84,1	230	58,2	82,3	194	49,1	87,1	217	54,9	82,3
5*	63	15,9	100,0	70	17,7	100,0	51	12,9	100,0	70	17,7	100,0
Átlag	3,54			3,65			3,47			3,66		
Medián	4,00			4,00			4,00			4,00		
Módusz	4,00			4,00			4,00			4,00		
Szórás	1,14			1,16			1,12			1,11		

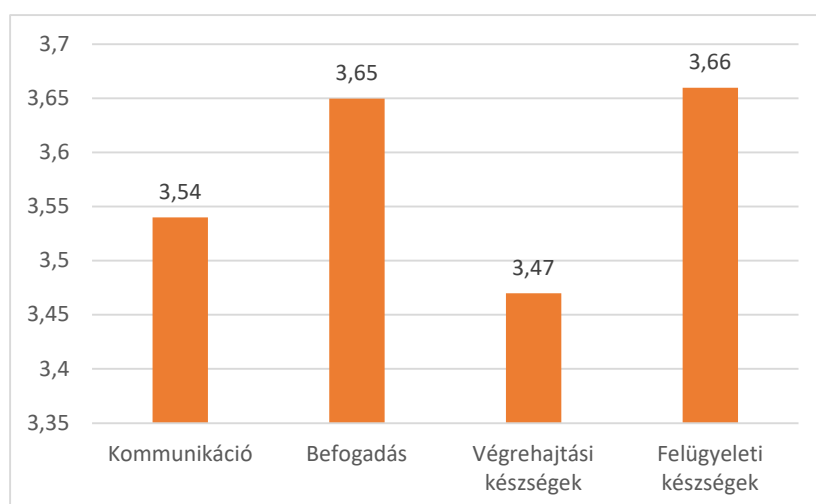
*1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2= Inkább nem értek egyet; 3= Semleges véleményen vagyok; 4= Inkább egyetértek; 5= Teljes mértékben egyetértek

**Gyak.=Gyakoriság

*** Kum.%=Kumulatív %

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az összesített adatokat nézve, a válaszadók (395 összesen) átlagosan 3,58 értékkel (1-től 5-ig terjedő skálán) véleményezték a vezetési szempontokat. A vezetői kommunikációt 3,54-re, a vezetői befogadó készségeket 3,65-re, a végrehajtási készségeket 3,47-ra és a felügyeleti készségeket 3,66-ra értékelték (16. ábra). Ebből látszik, hogy a legmagasabb értékkel a felügyeleti készségeket értékelték, pontosabban azt, hogy a vezetők a beosztottak munkáját mennyire megfelelően felügyelik, segítik és összehangolják, konstruktív visszajelzést nyújtanak, illetve megfelelő teljesítményértékelést biztosítanak. A legalacsonyabbra a végrehajtási készségeket értékelték.



16. ábra: A humánerőforrás menedzsment vezetési szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A munkavállalói elkötelezettségi szempontokat (munkaköri leírás, elkötelezettség, időmenedzsment, munkahelyi felmérési rendszerek sajátosságai) tekintve, a válaszadók legnagyobb százaléka azokat 4-re értékelte a 1-től 5-ig terjedő skálán, ami az „inkább egyetértek” választ jelenti (8. táblázat).

8. táblázat: A humánerőforrás menedzsment munkavállalói elkötelezettségi szempontjainak az értékelése (N=395)

Munkavállalói elkötelezettségi szempontok	Munkaköri leírás			Elkötelezettség			Időmenedzsment			A munkahelyi felmérési rendszerek sajátosságai		
	Gyak. **	%	Kum.% ***	Gyak. **	%	Kum.% ***	Gyak. **	%	Kum.% ***	Gyak. **	%	Kum.% ***
1*	28	7,1	7,1	47	11,9	11,9	46	11,6	11,6	53	13,4	13,4
2*	49	12,5	19,6	52	13,2	25,1	44	11,1	22,8	55	13,9	27,3
3*	14	3,6	23,2	58	14,7	39,7	47	11,9	34,7	85	21,5	48,9
4*	241	61,3	84,5	200	50,6	90,4	206	52,2	86,8	191	48,4	97,2
5*	61	15,5	100	38	9,6	100	52	13,2	100	11	2,8	100
Átlag	3,66			3,33			3,44			3,13		
Medián	4,00			4,00			4,00			4,00		
Módusz	4,00			4,00			4,00			4,00		
Szórás	1,10			1,18			1,20			1,12		

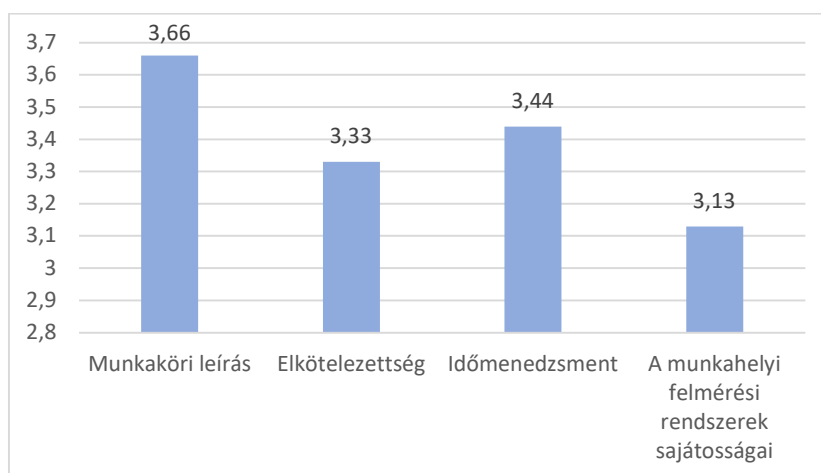
*1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2= Inkább nem értek egyet; 3= Semleges véleményen vagyok; 4= Inkább egyetértek; 5= Teljes mértékben egyetértek

**Gyak.=Gyakoriság

*** Kum.%=Kumulatív %

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az összesített adatokat nézve, a munkavállalói elkötelezettségi szempontokat a válaszadók átlagosan 3,39 értékkel véleményezték (a munkaköri leírásra vonatkozó kérdésre 393 résztvevő válaszolt, míg a többi kérdésre 395). Átlagosan 3,66-ra értékelték a munkaköri leírást, 3,33-ra az elkötelezettséget, 3,44-re az időmenedzsmentet és 3,13-ra a munkahelyi felmérési rendszerek sajátosságait (17. ábra). Ebből látszik, hogy legmagasabbra értékelték a munkaköri leírás aspektusait és a legalacsonyabb értékkel a munkahelyi felmérési rendszereket.



17. ábra: A humánerőforrás menedzsment munkavállalói elkötelezettségi szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A tudás elérhetőségi szempontokat (a munkához szükséges tudás és tapasztalat elérhetősége, együttműködés és csapatmunka, információmegosztás és a munkahelyi adminisztratív rendszerek) a válaszadók legnagyobb százaléka a 1-től 5-ig terjedő skálán 4-esel értékelte („inkább egyetértek” válasszal) (9.táblázat).

9. táblázat: A humánerőforrás menedzsment tudás elérhetőségi szempontjainak az értékelése (N=395)

Tudás elérhetőségi szempontok	Elérhetőség			Együttműködés és csapatmunka			Információmegosztás			A munkahelyén alkalmazott adminisztratív rendszerek		
	Gyak. **	%	Kum.% ***	Gyak. **	%	Kum.% ***	Gyak. **	%	Kum.% ***	Gyak. **	%	Kum.% ***
1*	23	5,8	5,8	29	7,3	7,3	28	7,1	7,1	17	4,3	4,3
2*	24	6,1	11,9	24	6,1	13,4	60	15,3	22,4	37	9,4	13,7
3*	36	9,1	21,0	20	5,1	18,5	38	9,7	32,1	51	12,9	26,6
4*	262	66,3	87,3	241	61,0	79,5	222	56,5	88,5	219	55,4	82,0
5*	50	12,7	100,0	81	20,5	100,0	45	11,5	100,0	71	18,0	100,0
Átlag	3,74			3,81			3,50			3,73		
Medián	4,00			4,00			4,00			4,00		
Módusz	4,00			4,00			4,00			4,00		
Szórás	0,96			1,06			1,10			1,00		

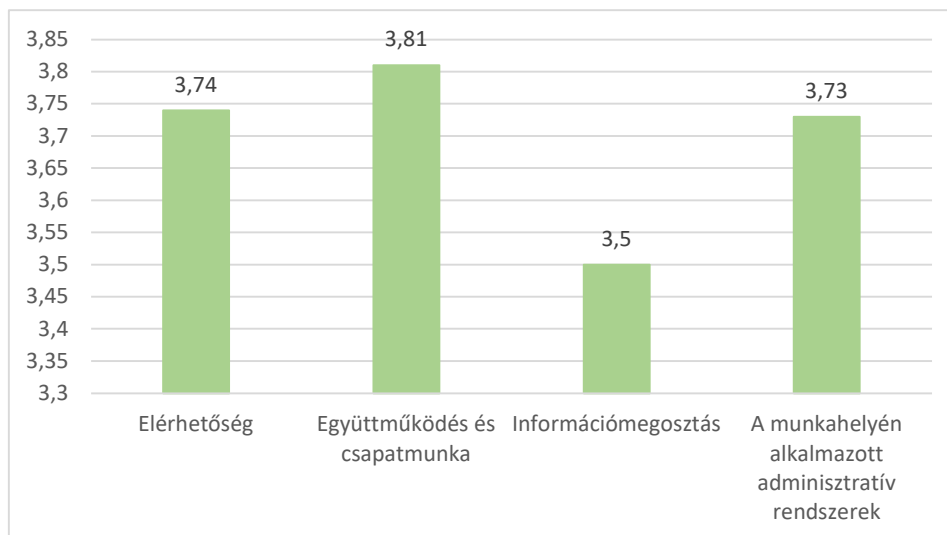
*1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2= Inkább nem értek egyet; 3= Semleges véleményen vagyok; 4= Inkább egyetértek; 5= Teljes mértékben egyetértek

**Gyak.=Gyakoriság

*** Kum.%=Kumulatív %

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az összesített adatokat nézve, a válaszadók a tudás elérhetőségi szempontokat a válaszadók átlagosan 3,70 értékkel véleményezték (az információmegosztásra vonatkozó kérdésre 393, míg a többi kérdésre 395 résztvevő válaszolt). Átlagosan 3,74-re értékelték a tudás és a tapasztalat elérhetőségét a szervezeten belül, 3,81-re az együttműködést és a csapatmunkát, 3,50-re az információmegosztást és 3,73-ra a munkahelyi adminisztratív rendszereket (18. ábra). A felsorolt tényezők közül legmagasabbra értékelték az együttműködést és a csapatmunkát (csapatmunka ösztönzése, a munkatársak közötti informális szakmai beszélgetésre szolgáló közös terek létezése vagy létrehozása, formális tudáscsere és tanulás). A legalacsonyabbra az információmegosztást értékelték.



18. ábra: A humánerőforrás menedzsment tudás elérhetőségi szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A munkaerő optimalizálási szempontokat vizsgáló kérdéscsoport eredményeinek elemzéséből látható, hogy az összes megkérdezett tényezőt (munkafolyamatok, munkafeltételek, felelősség, toborzási döntések, munkaeszközök) (10. táblázat) a válaszadók legnagyobb százaléka a 1-től 5-ig terjedő skálán 4-esel értékelte („inkább egyetértek” válasszal).

10. táblázat: A humánerőforrás menedzsment munkaerő optimalizálási szempontjainak az értékelése (N=395)

Munkaerő-optimalizálási szempontok	Munkafolyamatok			Munkafeltételek			Felelősség			Toborzási döntések			Munkaeszközök		
	Gyak. **	%	Kum. % ***	Gyak. **	%	Kum. % ***	Gyak. **	%	Kum. % ***	Gyak. **	%	Kum. % ***	Gyak. **	%	Kum. % ***
1*	22	5,6	5,6	36	9,2	9,2	49	12,4	12,4	39	9,9	9,9	48	12,2	12,2
2*	54	13,7	19,2	62	15,8	25	55	13,9	26,3	68	17,3	27,2	98	24,8	37
3*	41	10,4	29,6	26	6,6	31,6	43	10,9	37,2	48	12,2	39,3	44	11,1	48,1
4*	270	68,4	98	234	59,7	91,3	244	61,8	99	236	59,9	99,2	193	48,9	97
5*	8	2,0	100	34	8,7	100	4	1	100	3	0,8	100	12	3	100
Átlag	3,48			3,43			3,25			3,24			3,06		
Medián	4,00			4,00			4,00			4,00			4,00		
Módusz	4,00			4,00			4,00			4,00			4,00		
Szórás	0,95			1,13			1,11			1,07			1,16		

*1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2= Inkább nem értek egyet; 3= Semleges véleményen vagyok; 4= Inkább egyetértek; 5= Teljes mértékben egyetértek

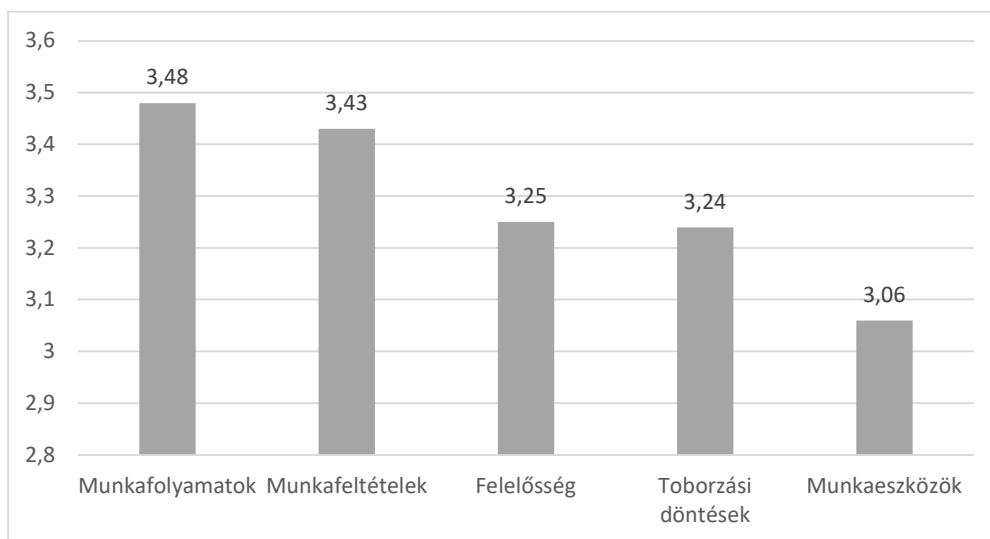
**Gyak.=Gyakoriság

*** Kum.%=Kumulatív %

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az összesített adatokat nézve, a felsorolt tényezőket a válaszadók átlagosan 3,29 értékkel értékelték (a munkafeltételekre vonatkozó kérdésre 392, a toborzási döntésekre vonatkozó kérdésekre 394, míg a többi kérdésre összesen 395 résztvevő válaszolt). Átlagosan 3,48-ra

értékelték a munkafolyamatokat, 3,43-ra a munkafeltételeket, 3,25-re a felelősséget, 3,24-re a toborzási döntéseket és 3,06-ra a munkaeszközöket (19. ábra).



19. ábra: A humánerőforrás menedzsment munkaerő optimalizálási szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Ebből látszik, hogy a legmagasabb értékkel a munkafolyamatokat értékelték (a munkafolyamatok definiálása és folyamatos fejlesztése, illetve ennek megfelelő alkalmazotti képzettség). A legalacsonyabb értékkel a munkaeszközöket (a munkavégzéshez szükséges erőforrások, megfelelően felszerelt pihenő-, étkezési és higiéniai helységek, illetve a dolgozók szellemi és fizikai szükségleteinek megfelelő munkarend) értékelték.

A tanulási kapacitási szempontok értékelése a 11. táblázatban megtekinthető.

11. táblázat: A humánerőforrás menedzsment tanulási kapacitási szempontjainak az értékelése (N=395)

Tanulási kapacitási szempontok	Innováció			Képzés			Érték és támogatás		
	Gyak. **	%	Kum.% ***	Gyak. **	%	Kum.% ***	Gyak. **	%	Kum.% ***
1*	40	10,1	10,1	37	9,4	9,4	38	9,6	9,6
2*	38	9,6	19,7	45	11,5	20,9	29	7,3	17,0
3*	38	9,6	29,4	45	11,5	32,3	59	14,9	31,9
4*	260	65,8	95,2	261	66,4	98,7	262	66,3	98,2
5*	19	4,8	100,0	5	1,3	100,0	7	1,8	100,0
Átlag	3,46			3,39			3,43		
Medián	4,00			4,00			4,00		
Módusz	4,00			4,00			4,00		
Szórás	1,07			1,03			1,00		

*1 = Egyáltalán nem értek egyet; 2= Inkább nem értek egyet; 3= Semleges véleményen vagyok; 4= Inkább egyetértek; 5= Teljes mértékben egyetértek

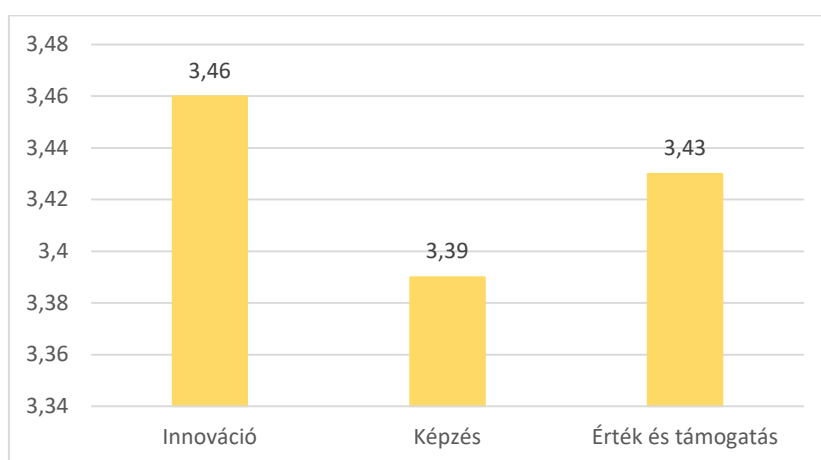
**Gyak.=Gyakoriság

*** Kum.%=Kumulatív %

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az eredményekből látható, hogy az összes megkérdezett tényezőt (innováció, képzés, érték és támogatás) a válaszadók legnagyobb százaléka a 1-től 5-ig terjedő skálán 4-esel értékelte („inkább egyetértek” válasszal).

Az összesített adatokat nézve, a válaszadók a tanulási kapacitási szempontokat átlagosan 3,43 értékkel értékelték (a képzésre vonatkozó kérdésre 393, a többi kettő kérdésre 395 résztvevő válaszolt). Átlagosan 3,46-ra értékelték az innovációt, 3,39-re a képzést (a képzés gyakorlatiassága, a szervezet céljaira épülése, és új technológiákhoz való hozzáférés biztosítása a képzés keretein belül), illetve 3,43-ra a képzés megbecsülését és támogatását (20. ábra). A legmagasabb értékkel az innovációt értékelték, amit a képzés megbecsülésének és támogatásának az értékelése szorosan követ. Az innováció kérdéséhez az tartozott, hogy a munkahelyi vezetők mennyire ösztönzik és megfelelően fogadják az új ötleteket, mennyire támogatják az alkalmazottakat a jobb üzletvitel megvalósításában, illetve az egészségügyi szervezetükben mennyire fontos szempont a dolgozók közreműködése a problémamegoldásban.



20. ábra: A humánerőforrás menedzsment tanulási kapacitási szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A felsorolt eredmények alapján látható, hogy az összes humánerőforrás menedzsment szempontok közül a kutatásban résztvevő általános kórházi alkalmazottak megmagasabb pontszámmal értékelték az együttműködést és csapatmunkát, a tudás elérhetőséget és a munkahelyi adminisztratív rendszereket. A legalacsonyabban értékelték a munkaeszközöket (3,06 értékkel), a munkahelyi felmérési rendszer sajátosságait (3,13 értékkel), a munkahelyi képzést (3,39 értékkel), a végrehajtási készségeket (3,47 értékkel) és az információ megosztást (3,50 értékkel).

Látható, hogy a vizsgálatban résztvevő szerbiai általános kórházi alkalmazottak a legkevésbé elégedettek a munkaeszközökkel. Ezek alapján korszerűsítést, módosítást és fejlesztést igényelnek a kutatásban résztvevő általános kórházak felszerelése (orvosi, műszaki, irodai, pihenő és higiéniai helységek). Szintén a munkarend is revíziót érdemel, annak céljából, hogy jobban feleljen meg a dolgozók szükségleteinek, szellemi és fizikai képességeinek. Hasonlóan értékelték a felmérési rendszert is, pontosabban azt, hogy a szervezetük milyen módon és mértékben követi a foglalkoztatási trendeket, ami lehetővé teszi a jó teljesítményt nyújtó dolgozók megtartását, illetve a szervezetük illetékes csoportjai mennyire igyekeznek összegyűjteni és felhasználni a szolgáltatás hatékonyságának és a felhasználók elégedettségének a növelését szolgáló szükséges adatokat. Ez egy olyan tevékenység, mely az alkalmazottak véleménye szerint feltétlenül további fejlesztést igényel.

A munkahelyi humánerőforrás menedzsmentre vonatkozó összes kérdés (kérdéscsoport) esetén alkalmazott skála (1-5-ig terjedő Likert-skála) belső konzisztenciájának megállapítására szolgáló Cronbach-alfa mutató 0,978 volt (20 kérdésre vonatkozóan, összesen 395 résztvevőből, illetve ebből 386 valid válaszból álló minta esetén). A kutatási módszertan kapcsán már említésre került, hogy a Chronbach-alfa értékeknek általában 0,70 és 0,95 között kell mozogniuk a belső konzisztencia jelzésére, így ez a vizsgálat megbízható eredményt mutatott.

5.1.1. A humánerőforrás menedzsment szempontjainak értékelése és a beosztás közötti összefüggés vizsgálata

2.hipotézis: Erős összefüggés feltételezhető a kutatásban résztvevő szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjainak beosztása (orvos, ápoló, egyéb alkalmazottak) és a munkahelyi emberi erőforrás menedzsmenthez tartozó szempontok (vezetési, munkavállalói elkötelezettségi, a munkahelyi tudás elérhetőségi, munkaerő-optimalizálási és tanulási kapacitási) értékelése között.

A szervezeti változás és hatékonyság növelő intézkedések lebonyolítása minden szervezet számára nagyon fontos. A munkahelyi magatartás és viselkedések megváltoztatása mindig az első lépés a stratégiai változás folyamatában. Fontos felismerni a különböző munkavállalói csoportok hozzáállását és a kiállított munkahelyi kultúrát (Ameti, 2020). Azokban a szervezetekben, amelyek hierarchikusak (például egészségügyi szervezetek), a vezetőknek szükségük van a belső és külső érdekeltek (munkavállalók, partnerek, befektetők és szabályozók) támogatására (Kotter, 1998). A megfelelő kommunikációs meglete kulcsfontosságú a szervezeten belüli hatékony változás végrehajtásához (Christensen, 2014). A változás végrehajtásához létre kell hozni egy, a munkavállalók különböző csoportjaiból álló, magasan teljesítő átalakítási csapatot, amely egyértelműen a küldetésére összpontosít és erős személyközi kapcsolatokkal rendelkezik. Ezért tartottam fontosnak a kutatásomban résztvevő, különböző beosztásban dolgozó egészségügyi alkalmazottak a humánerőforrás menedzsment szempontok iránti attitűdjének és véleményének részletesebb elemzését. Eltérő iskolázottsági háttérből, munkaköri leírásból és páciensekhez való viszonyukból kifolyólag, szakirodalmi elméletekre támaszkodva, a beosztás és az értékelés között erős összefüggést feltételeztem.

Vezetési szempontok és beosztás közötti összefüggés vizsgálata

A kérdőíves kutatásom eredményei alapján azt vizsgáltam meg, hogy van-e kapcsolat a válaszadók beosztása (orvos, ápoló, egyéb kategória) és a vezetési szempontok értékelése között. Az összefüggések vizsgálatára keresztábra elemzést alkalmaztam. A kutatás során összesen 395 alkalmazott értékelte a vezetési szempontokat, ebből 133 orvos, 227 ápoló és 35 egyéb beosztású alkalmazott volt.

Az összefüggések elemzéséhez hipotézisvizsgálatot végeztem el, amelyben null- és alternatív hipotézist alkalmaztam. A nullhipotézis szerint a változók között nincs, míg az alternatív hipotézis szerint a változók között van valamilyen hatás vagy különbség. A p-érték azt jelzi, hogy a mintaadatok alapján mennyire valószínű a nullhipotézis. Ha a hipotézisvizsgálat p-értéke kellően alacsony, akkor a nullhipotézist elvethetjük. Konkrétan a választott szignifikancia 0,05. Ha a p-érték kisebb, mint a szignifikancia szintünk, akkor elvethetjük a nullhipotézist. Ellenkező esetben, ha a p-érték egyenlő vagy nagyobb, mint a szignifikancia szintünk, akkor nullhipotézis nem vethető el.

Ha a vezetési szempontokat elemezzük, a fenti 7. táblázat azt mutatja, hogy a válaszadók 50,6%-a „Inkább egyetértek” válasszal (4-es érték a skálán) értékelte a vezetői kommunikációt. A keresztábra elemzés (9. melléklet) alapján megállapítható, hogy ápolók 49,3%-a, az orvosok 51,1%-a és az egyéb beosztásúak 57,1%-a „Inkább egyetértek” válasszal értékelte a vezetői kommunikációt. A keresztábrában szereplő adatokra vonatkozó Khí-négyzet próba alapján a $p=0,033$, ami statisztikailag szignifikáns tesztre utal és el lehet vetni a nullhipotézist, mely szerint a változók között nincs hatás vagy különbség. Az elemzés alapján kiderült, hogy a beosztás befolyásolja a vezetési kommunikáció értékelését, illetve, hogy a Cramér-féle V együttható 0,145, ami gyenge kapcsolatra utal.

Ahogy az már korábban láttuk a gyakorisági elemzés alapján (7. táblázat), szintén a vezetési szempontokhoz tartozó vezetői felügyeleti készségeket a kutatásban résztvevő alkalmazottak 54,9%-a az „Inkább egyetértek” válasszal (4-es érték a skálán) értékelte. A 10. melléklet mutatja, hogy az ápolók 57,3%-a, az orvosok 52,6%-a és az egyéb alkalmazottak 48,6%-a „Inkább egyetértek” válasszal értékelte a vezetői felügyeleti készségeket. A vizsgálatban résztvevő orvosok 6%-a „Egyáltalán nem értek egyet” (1), 8,3%-a „Inkább nem értek egyet” (2), 13,5%-a „Semleges véleményel” (3) és 19,5%-a „Teljes mértékben egyetértek” (5) válasszal értékelte a felügyeleti készségeket a munkahelyén. Hasonló arányok figyelhetők meg az ápolók által végzett értékelésben is. Az egyéb alkalmazottak 31,4%-a „Egyáltalán nem értek egyet” (1) válasszal értékelte a felügyeleti készségeket. A 10. mellékletben szereplő adatokra vonatkozó Khí-négyzet próba alapján a $p\leq 0,001$, ami statisztikailag szignifikáns tesztre utal, illetve arra, hogy a beosztás befolyásolja a vezetői felügyeleti készségek értékelését. A Cramér-féle V együttható ($V=0,201$) mérsékelt kapcsolatra utal.

A vezetési szempontokhoz szintén tartozó befogadási készségek, illetve végrehajtási készségek esetén Khí-négyzet próba alapján a $p=0,053$, ami arra utal, hogy az összefüggés statisztikailag nem szignifikáns (11. melléklet és 12. melléklet).

A munkavállalói elkötelezettségi szempontok és beosztás közötti összefüggés vizsgálata

A munkahelyi emberi erőforrás menedzsmenthez tartozó munkavállalói elkötelezettségi szempontok értékelése és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggéseket szintén keresztábra elemzés segítségével vizsgáltam meg. A kutatásom során összesen 395 általános kórházi alkalmazott értékelte a vezetőség elkötelezettségét a munkavállalók iránt, az időmenedzsmentet és a munkahelyi felmérési rendszerek sajátosságait, míg 393 dolgozó értékelte a munkaköri leírást és a szervezetében működő munka megszervezését.

A munkaköri leírás, az időmenedzsment és a munkahelyi felmérési rendszerek esetén a keresztábra elemzés nem végezhető el, mivel nem teljesül az a feltétel, hogy azok cellák aránya, ahol a várható érték kisebb, mint 5, nem lehet több mint 20%. A munkavállalók iránti vezetőség elkötelezettség esetén a Khí-négyzet próba statisztikailag szignifikáns tesztre ($p=0,011$) és a Cramér-féle V együttható gyenge kapcsolatra utal ($V=0,158$).

A munkavállalók iránti elkötelezettség tekintetében a kutatásban résztvevő ápolók és orvosok értékelési arányai hasonlóak (13. melléklet). Nagyobb eltérés az egyéb beosztású dolgozói kategóriában figyelhető meg, mivel magasabb arányban „Egyáltalán nem értenek egyet” (31,4%), mint az ápolók (9,7%) és orvosok (10,5%). Ha viszont megvizsgáljuk azt, hogy az „Egyáltalán nem értek egyet” választ megjelölő összes beosztású alkalmazott csoportjában milyen arányban jelennek meg az egyes beosztások, látható, hogy az ápolók aránya 46,8%, az orvosok aránya 29,8%, és az egyéb beosztású alkalmazottak aránya 23,4% volt.

A tudás elérhetőségi szempontok és beosztás közötti összefüggés vizsgálata

A munkahelyi emberi erőforrás menedzsmenthez tartozó tudás elérhetőségi szempontok értékelése és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések is meg lettek vizsgálva, szintén keresztábra módszer és Khí-négyzet próba segítségével. A kutatás során összesen 395 alkalmazott értékelte a munkahelyi tudás és tapasztalat elérhetőségét, az együttműködést és a munkahelyén alkalmazott adminisztratív rendszereket, míg 393 egészségügyi dolgozó értékelte az információmegosztást. A munkahelyi tudás és tapasztalat elérhetősége esetén a keresztábra elemzés nem végezhető el, mivel nem teljesül az a feltétel, hogy azok cellák aránya, ahol a várható érték kisebb, mint 5, nem lehet több mint 20%.

A Khí-négyzet próba szerint statisztikailag szignifikáns összefüggés van a kérdőívben szereplő összes többi tudás elérhetőségi szempont és a beosztás között, illetve a Cramér-féle V együttható az információmegosztás kapcsán gyenge, míg az munkahelyi tudás és tapasztalat elérhetősége, az együttműködés és a munkahelyen alkalmazott adminisztratív rendszerek esetén mérsékelt kapcsolatra utal (12. táblázat).

12. táblázat: A tudás elérhetőségi szempontok és a és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések

Szempont	Pearson khi-négyzet, aszimptotikus szignifikancia (2 oldalú)	Cramér-féle V együttható
Az együttműködést	<0,001	0,226
Az információmegosztás	<0,001	0,197
A munkahelyen alkalmazott adminisztratív rendszerek	<0,001	0,208

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az együttműködés, csapatmunka és a beosztás közötti összefüggést vizsgáló keresztábra elemzés (14. melléklet) alapján látható, hogy mind a három beosztási csoportban (ápoló, orvos, egyéb) a válaszadók legnagyobb arányban „Inkább egyetértek” (4) válasszal értékelték az együttműködés és csapatmunka szempontot (ápolók 63,4%-a, orvosok 58,6%-a, egyéb munkavállalók 54,3%-a).

A munkaerő-optimalizálási szempontok és a beosztás összefüggése

A kutatás során összesen 395 egészségügyi alkalmazott értékelte a munkafolyamatokat, felelősséget és munkaeszközöket, 394 a toborzási döntéseket, míg 392 a munkafeltételeket. A munkafolyamatok, a felelősség, a toborzás és a munkaeszközök esetén a keresztábra elemzés nem végezhető el, mivel nem teljesül az a feltétel, hogy azok cellák aránya, ahol a várható érték kisebb, mint 5, nem lehet több mint 20%. A Khí-négyzet próba szerint statisztikailag szignifikáns összefüggés van a munkafeltételek és az alkalmazottak beosztása között ($p=0,001$), valamint a Cramér-féle V együttható gyenge kapcsolatra utal ($V=0,180$).

A munkafeltételek keresztábra elemzése során szintén kiderült, hogy a kérdőíves kutatásban résztvevők legnagyobb arányban „Inkább egyetértek” (4 érték a skálán) válasszal értékelték ezt a szempontot. Ráadásul, ez az arány az összes beosztás szerinti csoportban 50% feletti (orvosok 60,9%, ápolók 60,3%, egyéb alkalmazottak 51,4%) (15. melléklet).

A tanulási kapacitási szempontok és a beosztás közötti összefüggés

A kutatásom során a vizsgált szerbiai általános kórházak alkalmazottjai közül összesen 395 értékelte az innováció ösztönzését és a munkahelyi tanulás támogatását, míg 393 értékelte a munkahelyi képzés megfelelőségét. A tanulási kapacitási szempontok esetén a kereszttábla elemzés nem végezhető el, mivel nem teljesül az a feltétel, hogy azok cellák aránya, ahol a várható érték kisebb, mint 5, nem lehet több mint 20%.

Összefoglalóan, a munkahelyi humánerőforrás menedzsmenthez tartozó, kereszttábla elemzéssel vizsgálható szempontok és a beosztás közötti összefüggésekről az állapítható meg, hogy a kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházak egészségügyi dolgozóinak mindhárom beosztási csoportja (orvosok, ápolók, egyéb alkalmazottak) a legnagyobb arányban az „Inkább egyetértek” (4 érték a skálán) válasszal értékelte az összes szempontot. Továbbá, a vezetői befogadási (a vezetők megfelelően alakítják az emberi erőforrás gazdálkodást és stratégiát, együttműködnek és tisztelettel bánnak az alkalmazottakkal) és végrehajtási készségek kivételével, az összes többi elemezhető szempont és a beosztás között statisztikailag szignifikáns összefüggés van a Khí-négyzet próba alapján. Röviden összegezve a fenti eredményeket, statisztikai elemzéssel (Khí-négyzet próba alkalmazásával) az állapítható meg, hogy a munkahelyi beosztás, hogy valaki orvosként, ápolóként vagy egyéb egészségügyi dolgozói feladatokat lát el, szignifikánsan befolyásolja azt, hogy hogyan értékeli a munkahelyén működő emberi erőforrás menedzsment egyes szempontjait. Kiemelendő még, hogy az említett összefüggések esetén a Cramér-féle V együttható gyenge, illetve mérsékelt kapcsolatra utal.

2.tézis: A felmérés szerint az alkalmazottak beosztása (orvos, ápoló, egyéb alkalmazottak) és a munkahelyi humánerőforrás menedzsmenthez tartozó vezetési, munkavállalói elkötelezettségi, a munkahelyi tudás elérhetőségi, munkaerő-optimalizálási és tanulási kapacitási szempontok (a vezetői befogadási és végrehajtási készségek kivételével) értékelése között valóban létezik statisztikailag szignifikáns összefüggés, viszont csak gyenge, valamint mérsékelt kapcsolat fedezhető fel ezek a változók között.

5.2. A munkahelyi etikára és erkölcsre vonatkozó eredmények

3.hipotézis: Feltételezhető, hogy a válaszadók neme és életkora nem befolyásolja az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó szempontok értékelését, mivel ezek vélhetően általános érvényűek.

A kutatásban résztvevő, szerbiai általános kórházak alkalmazottjai az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó 23 kérdésre válaszolhattak. Az alábbi táblázat bemutatja, hogy az egyes kérdések esetén a lehetséges válaszokat (nem, nem tudom, részben egyetértek, igaz, abszolút) milyen arányban jelölték meg (13. táblázat).

13. táblázat: Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdések értékelése (N=395)

Kérdések	Válaszok abszolút számban (%-ban)				
	Nem	Nem tudom	Részben egyetértek	Igen	Abszolút
Előfordult-e valaha hogy a munkavégzése során egyes betegekkel másképpen bánt, mint a többivel? (393)	216 (55%)	53 (13,5%)	78 (19,8%)	46 (11,7%)	0 (0%)

Nyíltan kimutatta-e valaha is, hogy nem tiszteli a tekintélyt? (395)	279 (70,6%)	36 (9,1%)	66 (16,7%)	13 (3,3%)	1 (0,3%)
Ön szokott-e törődni a gyengékkel és a kiszolgáltatottakkal? (395)	14 (3,5%)	29 (7,4%)	38 (9,6%)	216 (54,7%)	98 (24,8%)
Előfordult-e, hogy Ön valamilyen szempontból tisztességtelenül viselkedett a munkavégzés során? (394)	227 (57,6%)	120 (30,5%)	43 (10,9%)	2 (0,5%)	2 (0,5%)
Tett-e valaha is olyat, amivel elárulta a munkahelyi csoportját? (394)	337 (85,5%)	46 (11,7%)	8 (2,0%)	1 (0,2%)	2 (0,5%)
Tiszteletben szokta tartani a társadalmi hagyományokat vagy sem? (393)	6 (1,5%)	10 (2,5%)	52 (13,2%)	282 (71,8%)	43 (10,9%)
Előfordult-e, hogy munkavégzése során elkövetett olyan cselekedetet, melyet förtelmesnek tart? (394)	335 (85,0%)	48 (12,2%)	6 (1,5%)	5 (1,3%)	0 (0%)
Előfordult-e olyan, hogy a munkahelyén kegyetlenül viselkedett valakivel szemben? (394)	334 (84,8%)	45 (11,4%)	14 (3,5%)	1 (0,2%)	0 (0%)
Előfordult-e, hogy nem tartotta tiszteletben a páciens jogait? (394)	339 (86,0%)	55 (14,0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Hisz-e Istenben és eszerint szokott cselekedni? (395)	28 (7,1%)	40 (10,1%)	65 (16,5%)	187 (47,3%)	75 (19%)
Hisz-e abban, hogy a szenvedők iránti együttérzés a legfontosabb erény? (395)	32 (8,1%)	29 (7,3%)	114 (28,9%)	164 (41,5%)	56 (14,1%)
Támogatja-e azt, hogy minden gyermeknek meg kell tanulnia az az engedelmisséget és a tekintélytiszteletet? (395)	51 (12,9%)	37 (9,4%)	74 (18,7%)	129 (32,7%)	104 (26,3%)
Azt gondolja, hogy nem lenne szabad rosszul cselekedni, még akkor sem, ha azzal nem bántunk meg senkit? (395)	43 (10,9%)	15 (3,8%)	108 (27,3%)	219 (55,4%)	10 (2,5%)
Hisz abban, hogy jobb jót tenni, mint rosszat? (395)	0 (0%)	50 (12,7%)	58 (14,9%)	194 (49,1%)	93 (23,5%)
Azt gondolja, hogy a lehető legrosszabb dolog, ha megbánt egy tehetetlen állatot? (395)	16 (4,0%)	64 (16,2%)	49 (12,4%)	202 (51,1%)	64 (16,2%)
Úgy véli, hogy az igazságosság a legfontosabb társadalmi követelmény? (393)	1 (0,2%)	32 (8,1%)	68 (17,3%)	236 (60,0%)	56 (14,2%)
Hisz abban, hogy lojális kell, hogy legyen a családjához, még akkor is, ha valamely családtagja valami rosszat tett? (394)	19 (4,8%)	23 (5,8%)	105 (26,6%)	196 (49,7%)	51 (12,9%)
Úgy véli, hogy a férfiaknak és a nőknek különböző szerepük van a társadalomban? (394)	110 (27,9%)	17 (4,3%)	136 (34,5%)	113 (28,7%)	18 (4,6%)
Hisz abban, hogy semmilyen körülmények között sem lehet helyes embert ölni? (395)	0 (0%)	15 (3,8%)	57 (14,4%)	186 (47,0%)	137 (34,7%)
Ön úgy véli, hogy erkölcsileg helytelen, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnék, a szegények meg nem? (395)	109 (27,6%)	147 (37,2%)	70 (17,7%)	63 (15,9%)	6 (1,5%)
Ön azt gondolja, hogy fontosabb jó csapatjátékosnak lenni, mint az önkifejezés? (395)	39 (9,9%)	15 (3,8%)	104 (26,3%)	195 (49,4%)	42 (10,6%)

Ha Ön katona lenne és nem értene egyet a felettese parancsával, akkor is engedelmeskedne, mert ez a kötelessége? (395)	32 (8,1%)	152 (38,5%)	76 (19,2%)	122 (30,9%)	13 (3,3%)
Hisz abban, hogy a lelki tisztaság fontos és értékes erény? (395)	1 (0,2%)	9 (2,3%)	2 (0,5%)	269 (68,1%)	114 (28,9%)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A válaszadók 55%-a úgy nyilatkozott, hogy a munkavégzés során soha sem bánt egyes betegekkel másképpen mint a többivel, míg 11,7%-a kijelentette, hogy igen és 19,8%-a , hogy részben igen. A válaszadók 70,6%-a megtagadta, hogy valaha is nyíltan kimutatta, hogy nem tiszteli a tekintélyt, 57,6%-a megtagadta, hogy előfordult olyan, hogy valamilyen szempontból tisztességtelenül viselkedett és 85,5%-a megtagadta, hogy tett olyat amivel elárulta munkahelyi csapatát. Arra a kérdésre, hogy munkavégzés során elkövettek-e olyan cselekedetet, amit förtelmesnek tartanak, a válaszadók 1,3%-a „igen”, 85%-a „nem” választ adott, illetve arra a kérdésre, hogy előfordult-e olyan, hogy a munkahelyén kegyetlenül viselkedtek valakivel szemben, a válaszadók 0,2%-a „igen” és 84,8%-a „nem” választ adott. A kutatásban résztvevők 54,7%-a kijelentette, hogy szokott törődni a gyengékkel és kiszolgáltatottakkal, 24,8%-a az „abszolút” választ jelölte be, míg csak 3,5%-a „nem”-el nyilatkozott. A válaszadók 10,9%-a „abszolút” és 72,8%-a „igen” tiszteli a társadalmi hagyományokat. A kutatásban résztvevő egészségügyi dolgozók 19%-a „abszolút”, 47,3%-a „igen” hisz Istenben és a hitnek megfelelően szokott cselekedni, míg 7,1%-a nem. Arra a kérdésre, hogy hisznek-e abban, hogy jobb tenni jót, mint rosszat, amellet, hogy a válaszadók 23,5%-a „abszolút”-al és 49,1%-a „igen”-el válaszolt. Arra a kérdésre, hogy semmilyen körülmények között nem lehet helyes embert ölni a kutatásban résztvevők 34,7%-a „abszolút”, 47%-a „igen” választ adott, míg 14,4%-a részben egyetért ezzel a kijelentéssel és 3,8%-a nem tudott egyértelműen nyilatkozni. A válaszadók összesen 97%-a (28,9%-a „abszolút”, 68,1%-a „igen”) úgy nyilatkozott, hogy hisz abban, hogy a lelki tisztaság fontos és értékes erény. Arra a kérdésre, hogy fontosabb-e jó csapatjátékosnak lenni, mint az önkifejezés a kutatásban résztvevő egészségügyi dolgozók 10,6%-a „abszolút”-tal, 49,4%-a „igen”-nel válaszolt, 26,3%-a részben egyetért ezzel, 3,8%-a nem tudott egyértelmű választ adni, míg 9,9%-a „nem”-mel válaszolt. A válaszadók többsége hisz abban, hogy a szenvedők iránti együttérzés legfontosabb erény (41,5% „igen”, 14,1% „abszolút”), hogy az ember lojális kell, hogy legyen a családjához, még akkor is, ha valamely családtagja valami rosszat tett (49,7% „igen”, 12,9% „abszolút”), támogatja azt, hogy minden gyermeknek meg kell tanulnia az az engedelmességet és a tekintélytisztelést (32,7% „igen”, 26,3 „abszolút”), hogy nem lenne szabad csinálni rossz dolgokat, még akkor sem, ha azzal nem bántunk meg senkit (55,4% „igen”, 2,5% „abszolút”), hogy az igazságosság a legfontosabb társadalmi követelmény (60% „igen”, 14,2% „abszolút”), illetve azt hogy az egyik lehető legrosszabb dolog, amit az ember tehet, hogy megbánt egy tehetetlen állatot (51,1% „igen”, 16,2% „abszolút”). A válaszadók legnagyobb hányada (34,5%) részben egyetért azzal, hogy a nőknek és a férfiaknak különböző szerepük van a társadalomban, valamint 33,3%-a egyetért (28,7% „igen”, 4,6% „abszolút”) és 27,9%-a nem ért egyet ezzel a kijelentéssel. A kutatásban résztvevő egészségügyi személyzetnek szintén többségben nincs határozott véleménye annak kapcsán, hogy erkölcsileg helytelen-e, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnek a szegények meg nem (37,2%), illetve katonaként engedelmeskedne-e a felettese parancsának, még akkor is ha nem ért azzal egyet (38,5%).

5.2.1. Az etikai kérdések értékelése és a válaszadók neme, életkora és szakmai beosztása közötti összefüggések

Az erkölcsre, a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a kutatásban résztvevők neme, életkora, illetve munkahelyi beosztása (orvos, ápoló, egyéb alkalmazott), közötti összefüggések kerültek megvizsgálásra. Ennek célja a különböző nemű, különböző életkorú és különböző munkakörben tevékenykedő válaszadók erkölcsi, etikai attitűdjei közötti esetleges eltérések megállapítása. Az elemzés eredményei a 16., 17. és 18. mellékletben szereplő táblázatokban tekinthetők meg.

Nemi tekintetben a válaszadók 2 csoportban (nő és férfi) lettek besorolva. Munkahelyi beosztás tekintetében a válaszadókat orvosok, ápolók és egyéb alkalmazottak csoportba, illetve életkor szerint 10 csoportba (20-24 év, 25-29 év, 30-34 év, 35-39 év, 40-44 év, 45-49 év, 40-54 év, 55-59 év, 60-64 év, 65-69 év) kerültek besorolásra. Annak megállapítására, hogy a két kategoriális változó között van-e kapcsolat (a nem/a beosztás/ az életkor és az értékelés) a Pearson-féle Khi négyzet próbát alkalmaztam. A táblázatok (16., 17. és 18. mellékletben) első oszlopában a szabadsági fok tekinthető meg (df). A p-érték az "aszimptotikus szignifikancia (2 oldalú)" oszlopban jelenik meg.

A 16. melléklet alapján látható, hogy csak az a szempont, hogy „erkölcsileg helytelen-e, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnek a szegények meg nem” esetén nincs szignifikáns összefüggés a válaszadók értékelése és neme között. Az összes többi kérdés (22 szempont) esetén a Khi-négyzet próba statisztikailag szignifikáns tesztre utal, illetve arra, hogy a változók kapcsolatban állnak egymással. A 14. táblázat mutatja azokat a kérdéseket (7 szempont), melyek esetében a változók közötti kapcsolat gyenge. Az összes többi (15) értékelt etikai, erkölcsi téma kapcsán a változók közötti kapcsolat mérsékelt.

14. táblázat: A változók közötti gyenge kapcsolatra utaló Cramer féle V együttható (a válaszadók értékelése és neme közötti szignifikáns összefüggés)

Erkölcsre és munkahelyi etikára vonatkozó kérdések	P-value (Asymptotic Significance (2-sided))	Cramer féle V együttható
Előfordult-e olyan eset, hogy Ön valamilyen szempontból tisztességtelenül viselkedett?	0,023	0,182
Tiszteletben szokta tartani a társadalmi hagyományoknak vagy sem?	0,028	0,178
Azt gondolja, hogy nem lenne szabad csinálni rossz dolgokat, még akkor sem, ha azzal nem bántunk meg senkit?	0,005	0,194
Azt gondolja, hogy az egyik legrosszabb dolog, amit az ember tehet, ha megbánt egy tehetetlen állatot?	0,021	0,171
Ön azt gondolja, hogy fontosabb jó csapatjátékosnak lenni, mint az önkifejezés?	0,003	0,200
Ha Ön katona lenne és nem értene egyet a felettese parancsával, akkor is engedelmeskedne, mert ez a kötelessége?	0,038	0,161
Ön abban hisz, hogy a lelki tisztaság fontos és értékes erény?	0,013	0,179

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a válaszadók munkahelyi beosztása közötti kapcsolatot vizsgálva, a 17. mellékletben szereplő táblázat alapján látható, hogy a következő szempontok (8 szempont) esetén nincs szignifikáns összefüggés a változók között. Az összes többi kérdés (15 szempont) esetén a Khi-négyzet próba statisztikailag szignifikáns tesztre utal. A 15. táblázat mutatja azokat a kérdéseket (4

szempont), melyek esetében a változók közötti kapcsolat mérsékelt. Az összes többi értékelt etikai, erkölcsi téma (11 szempont) kapcsán a változók közötti kapcsolat gyenge.

15. táblázat: A változók közötti mérsékelt kapcsolatra utaló Cramer féle V együttható (a válaszadók értékelése és beosztása közötti szignifikáns összefüggés)

Erkölsre és munkahelyi etikára vonatkozó kérdések	P-value (Asymptotic Significance (2-sided))	Cramer féle V együttható
Hisz-e abban, hogy a szenvedők iránti együttérzés a legfontosabb erény?	<0,001	0,226
Úgy véli, hogy az igazságosság a legfontosabb társadalmi követelmény?	<0,001	0,228
Hisz abban, hogy az ember lojális kell, hogy legyen a családjához, még akkor is, ha valamit rosszul csinálnak?	<0,001	0,263
Úgy véli, hogy a férfiaknak és a nőknek más-más szerepük van a társadalomban?	<0,001	0,210

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A 18. mellékletben szereplő táblázat alapján látható, hogy a következő szempontok (5 szempont) esetén nincs szignifikáns összefüggés a válaszadók válaszai és életkoruk között. Az összes többi kérdés (18 szempont) esetén a Khí-négyzet próba statisztikailag szignifikáns tesztre utal. A 16. táblázat mutatja azokat a kérdéseket (7 szempont), melyek esetében a változók közötti kapcsolat mérsékelt. Az összes többi értékelt etikai, erkölcsi téma (11 szempont) kapcsán a változók közötti kapcsolat gyenge.

16. táblázat: A változók közötti mérsékelt kapcsolatra utaló Cramer féle V együttható (a válaszadók értékelése és kora közötti szignifikáns összefüggés)

Erkölsre és munkahelyi etikára vonatkozó kérdések	P-value (Asymptotic Significance (2-sided))	Cramer féle V együttható
Ön szokott-e törődni a gyengékkel és a kiszolgáltatottakkal?	0,001	0,205
Tett-e valaha is olyat, amivel elárulta a munkahelyi csoportját?	<0,001	0,236
Előfordult-e, hogy munkavégzése során elkövetett olyan cselekedetet, melyet förtelmesnek tart?	<0,001	0,250
Támogatja-e azt, hogy minden gyermeknek meg kell tanulnia az az engedelmisséget és a tekintélytiszteletet?	0,001	0,206
Hisz abban, hogy jobb jól tenni, mint rosszat?	0,002	0,211
Hisz abban, hogy semmilyen körülmények között sem lehet helyes embert ölni?	0,001	0,215
Ha Ön katona lenne és nem értene egyet a felettese parancsával, akkor is engedelmeskedne, mert ez a kötelessége?	<0,001	0,212

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a válaszadók neme (233 nő, 162 férfi), munkahelyi beosztása (133 orvos, 227 ápoló, 35 egyéb alkalmazott) és életkora (10 életkor csoport) közötti kapcsolat alapján az a következtetés vonható le, hogy a különböző nemű válaszadók esetén legnagyobb a szignifikáns összefüggések száma a változók

kötött (22 szempont) és ebből 15 szempont esetén mérsékelt, míg 7 szempont esetén gyenge összefüggésről beszélhetünk. A különböző életkorú válaszadók esetén a változók között szignifikáns összefüggés 18 etikai szempont esetén (11 mérsékelt, 7 gyenge kapcsolat) fedezhető fel, míg 5 kérdés esetén nincs összefüggés. A vizsgálat kategóriák közül, a különböző munkahelyi beosztású válaszadók esetén legalacsonyabb a szignifikáns összefüggések száma a változók között (a 23-ból 15 szempont esetén) és ebből csak 4 szempontonál az összefüggés mérsékelt, míg 11 szempont esetén gyenge összefüggésről beszélhetünk (17. táblázat).

17. táblázat: Szignifikáns összefüggések száma a változók kötött különböző nemű, munkahelyi beosztású és életkorú válaszadók esetén (N=395)

Kategória	Nincs összefüggés	Van összefüggés	Gyenge összefüggés	Mérsékelt összefüggés
Nem	1 szempont	22 szempont	7 szempont	15 szempont
Munkahelyi beosztás	8 szempont	15 szempont	11 szempont	4 szempont
Életkor	5 szempont	18 szempont	7 szempont	11 szempont

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az említett etikai témák közül kiemelném annak a kérdését, hogy „semmilyen körülmények között sem lehet helyes embert ölni”, részben az egészségügyi vonatkozásai miatt is, mivel szorosan kötődik az eutanáziával kapcsolatos etikai dilemmához. Az eutanázia az életnek az orvos által történő szándékos megszüntetését jelenti, a beteg kifejezett kérésére (Verhofstadt, et al., 2024). Ez az egész társadalmat érintő etikai probléma. És nem csak az emberek szempontjából jelentős téma, hanem általában az élet vonatkozásában is (Gulášová, et al, 1994). Az összes válaszadó (395) 81,7%-a (47% igen, 34,7% abszolút) hisz abban, hogy semmilyen körülmények között sem lehet helyes embert ölni, 14,4%-a részben egyetért, míg 3,8%-a nem tudott egyértelmű választ adni ebben az ügyben. A kutatásban résztvevők válaszai az említett kérdésre és nemük, illetve életkoruk között statisztikailag szignifikáns összefüggések fedezhető fel, mérsékelt kapcsolattal. A válaszok és a válaszadók munkahelyi beosztása között is statisztikailag szignifikáns az összefüggés, gyenge kapcsolattal a változók között.

A munkahelyi etikára és erkölcsre vonatkozó szempontok értékelésének az elemzése azt mutatta ki, hogy a kutatásban résztvevő szerb általános kórházak egészségügyi dolgozói az európai kultúrában és keresztény hitvilágban társadalmilag elfogadott erkölcsi normáknak és egészségügyi etikának megfelelően válaszoltak. A vállaszkodók többsége egyetért azzal, hogy semmilyen körülmények között nem lehet helyes embert ölni, részben egyetért azzal, hogy a férfiak és a nők társadalmi szerepe különbözik, illetve, nincs határozott véleményük annak kapcsán sem, hogy egy szolgálati viszonyon alapuló szervezetben (például katonai hierarchikus szervezet) engedelmeskedne-e a felettese parancsának, még akkor is ha nem ért azzal egyet. Emellett, kiemelendő, hogy a kutatásban résztvevő alkalmazottak neme, munkahelyi beosztása és szakmai tapasztalata (egészségügyben töltött évek száma) részben befolyásolja az erkölcsi és munkahelyi etikai szempontok értékelését.

3.tézis: Az erkölcsre és munkahelyi etikára vonatkozó kérdések többségében (22 szempont) mérsékelt, illetve gyenge kapcsolatra utaló statisztikailag szignifikáns kapcsolat fedezhető fel az alkalmazottak neme és a válaszaik között. Csak egy szempont esetén („erkölcsileg helytelen-e, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnék a szegények meg nem”) nincs szignifikáns összefüggés a változók között. A válaszadó egészségügyi dolgozók életkora és az erkölcsre és munkahelyi etikára vonatkozó kérdések közötti összefüggést vizsgálva, látható, hogy csak 5 szempont esetén nincs szignifikáns összefüggés a változók között, míg a legtöbb szempont esetén (18 szempont) gyenge, illetve mérsékelt kapcsolatra utaló szignifikáns összefüggés áll fenn.

5.3. Az egészségügyi szolgáltatás minőségének az értékelése

A kutatásban résztvevők válaszolhattak az egészségügyi szolgáltatás minőségére vonatkozó kérdésekre is. A választ egy 1-5-ig terjedő skálán lehetett megjelölni, ahol az 1- egyáltalán nem és az 5- abszolút egyetértést jelentett. Az egészségügyi szolgáltatás minőségének az értékelése szolgáló kérdések esetén alkalmazott skála (1-5-ig terjedő Likert-skála) belső konzisztenciájának megállapítására szolgáló Cronbach-alfa mutató 0,902 volt (8 kérdésre vonatkozóan, összesen 395 résztvevőből, illetve ebből 390 valid válaszból álló minta esetén). Ez alapján látható, hogy a vizsgálat megbízható eredményt mutatott.

A következő sorokban részletesebb bemutatásra kerül a felsorolt szempontok közül négy szempont értékelése a különböző szakmai tapasztalattal rendelkező, munkahelyi beosztás alapján létrehozott csoportokba tartozó alkalmazottak által.

Azt, hogy az egészségügyi intézményük alkalmazottjai kellő tudással és tapasztalattal rendelkeznek, illetve, hogy szakszerűen végzik el a munkájukat (18. táblázat) az orvosok csoportjában átlagosan legmagasabb értékkel (4,16) a 11-15 év tapasztalattal rendelkezők értékelték, az ápolók csoportjában a 21-25 év tapasztalattal rendelkezők (4,07 értékkel; emellett, a <1 év szakmai tapasztalattal rendelkező, egy válaszdóból álló ápolói csoport esetén az átlag érték 5,00 volt), míg az egyéb alkalmazottak csoportjában az 1-5 év tapasztalattal rendelkezők (4,62). Az említett szempontot a legalacsonyabb átlagértékkel (3,33) a 21-25 év szakmai tapasztalattal rendelkező egyéb alkalmazottak csoportja értékelte.

18. táblázat: A vizsgálatban résztvevő szerbiai általános kórházak alkalmazottjainak a tudására és tapasztalatára, illetve szakszerű munkavégzésére vonatkozó értékelés (N=395)

Az egészségügyi intézményük alkalmazottjai szakszerűen végzik el a munkájukat és kellő tudással és tapasztalattal rendelkeznek a betegekkel való munkavégzéshez	Orvos	Ápoló	Egyéb alkalmazott
<1 év	0	5,00	0
1-5 év	3,90	3,97	4,62
6-10 év	3,84	3,86	4,43
11-15 év	4,16	3,58	3,37
16-20 év	3,75	3,66	3,67
21-25 év	4,06	4,07	3,33
26+ év	3,92	3,70	3,83

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Azt, hogy az egészségügyi intézményük elegendő számú egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű alkalmazottal rendelkezik az orvosok közül átlagosan legmagasabb értékkel (3,16) a 11-15 év szakmai tapasztalattal rendelkezők, az ápolók közül a 21-25 év tapasztalattal rendelkezők (2,93 értékkel; emellett, a <1 év szakmai tapasztalattal rendelkező, egy válaszdóból álló ápolói csoport esetén az átlag érték 3,00 volt), míg az egyéb alkalmazottak közül a 1-5 év tapasztalattal rendelkezők (2,50) értékelték. Ezt a szempontot az összes válaszdó közt a 21-25 év tapasztalattal rendelkező egyéb alkalmazottak értékelték a legalacsonyabb értékkel (2,33) (19. táblázat).

19. táblázat: A vizsgálatban résztvevő szerbiai általános kórházak egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű munkaerő mennyiségének az értékelése (N=395)

Az egészségügyi intézményük elegendő számú egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű alkalmazottal rendelkezik	Orvos	Ápoló	Egyéb alkalmazott
<1 év	0	3,00	0
1-5 év	2,78	2,91	3,50
6-10 év	2,84	2,75	3,43
11-15 év	3,16	2,45	2,75
16-20 év	2,50	2,81	3,00
21-25 év	3,00	2,93	2,33
26+ év	2,88	2,74	2,83

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Továbbá, megvizsgáltam az kutatásban résztvevő alkalmazottak véleményét azt illetően, hogy az intézményükben minden páciens azonos minőségű szolgáltatásban részesítik a betegfelvétel és az ellátás során (20. táblázat). Az orvosok közül ezzel az állítással átlagosan leginkább a 11-15 év tapasztalattal rendelkezők értenek egyet (3,84), az ápolók közül az 1-5 év szakmai tapasztalattal rendelkezők (3,76 értékkel; emellett, a <1 év szakmai tapasztalattal rendelkező, egy válaszadóból álló ápolói csoport esetén az átlag érték 5,00), míg az egyéb alkalmazottak csoportjában szintén az 1-5 év tapasztalattal rendelkezők (4,12). Az összes csoport közül, az említett szempontot a 21-25 év szakmai tapasztalattal rendelkezők egyéb alkalmazottak értékelték a legalacsonyabb értékkel (2,33).

20. táblázat A betegekkel való azonos bánásmód és azonos szolgáltatásban való részesítésnek az értékelése (N=395)

Ön úgy gondolja, hogy az intézményükben minden páciens azonos minőségű szolgáltatásban részesítik a betegfelvétel és az ellátás során.	Orvos	Ápoló	Egyéb alkalmazott
<1 év	0	5,00	0
1-5 év	3,51	3,76	4,12
6-10 év	3,32	3,43	3,71
11-15 év	3,84	3,16	3,12
16-20 év	3,25	3,41	3,33
21-25 év	3,37	3,61	2,33
26+ év	3,71	3,27	3,00

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Azzal, hogy mindig arra törekednek, hogy a lehető legjobban végezzék el a munkáját, még akkor is, ha azt senki sem fogja ellenőrizni, leginkább egyetértenek a 26 és annál több év szakmai tapasztalattal rendelkező orvosok (4,92), 1-5 év tapasztalattal rendelkező ápolók (4,70 értékkel értékelték; emellett, a <1 év szakmai tapasztalattal rendelkező, egy válaszadóból álló ápolói csoport esetén az átlag érték 5,00 volt), illetve szintén 1-5 év tapasztalattal rendelkező egyéb alkalmazottak (4,25) (21. táblázat). A legkevésbé egyetértenek ezzel a szemponttal a 21-25 év és 26 és annál több év szakmai tapasztalattal rendelkező egyéb alkalmazottak. Mindkét csoport átlagosan 3,67-el értékelték ez a szempontot.

21. táblázat: A szerbiai általános kórházi alkalmazottak azon törekvésük értékelése, hogy mindig a lehető legjobban végezzék el a munkájukat, még akkor is, ha azt senki sem fogja ellenőrizni (N=395)

A munkája során Ön mindig arra törekszik, hogy a lehető legjobban megtegye, még akkor is, ha munkáját nem fogják ellenőrizni	Orvos	Ápoló	Egyéb alkalmazott
<1 év	0	5,00	0
1-5 év	4,59	4,70	4,25
6-10 év	4,63	4,64	4,14
11-15 év	4,74	4,16	3,87
16-20 év	4,31	4,31	4,00
21-25 év	4,71	4,50	3,67
26+ év	4,92	4,49	3,67

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A fent bemutatott eredmények alapján arra tudunk következtetni, hogy a különböző beosztású, szakmai tapasztalattal rendelkező (egészségügyben töltött évek száma) dolgozói csoportok, az átlag eredményeket tekintve, eltérően értékelték az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó szempontokat.

5.3.1. A különböző beosztású alkalmazottak és az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó értékelései közötti összefüggés

4.hipotézis: A különböző beosztású egészségügyi dolgozók (orvos, ápoló, egyéb alkalmazott) eltérően értékelik az egészségügyi ellátás minőségét a saját munkahelyükön de az összes válaszadó esetében pozitív korreláció fedezhető fel aközött, hogy a felettesük elégedett-e a munkájukkal, illetve, hogy pácienseik elégedettek-e a nyújtott egészségügyi ellátással.

A dolgozók beosztása és az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó értékelésük közötti összefüggés kivizsgálására a már korábban is bemutatott keresztábra elemzést és a Khí-négyzet próbát alkalmaztam. A következő kérdések esetén a keresztábra elemzés nem végezhető el, mivel nem teljesül az a feltétel, hogy azok cellák aránya, ahol a várható érték kisebb, mint 5, nem lehet több mint 20%:

- „Az egészségügyi intézményünk alkalmazottjai szakszerűen végzik el a munkájukat és kellő tudással és tapasztalattal rendelkeznek a betegekkel való munkavégzéshez”,
- „Ön úgy véli, hogy a felettese elégedett az Ön által végzett munkával”,
- „Ön úgy gondolja, hogy minden páciense elégedett az Ön által nyújtott egészségügyi ellátással”
- „Ön mindig arra törekszik, hogy a lehető legjobban végezze el a munkáját, még akkor is, ha azt nem fogják ellenőrizni”.

A kérdőívben szereplő, az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó többi négy kérdés közül csak egy kérdésre („Ön úgy gondolja, hogy az intézményünkbe érkező betegek számára érthető a felvételi eljárás”) adott válaszok mutattak összefüggést a beosztással. Azzal való egyetértés, hogy az intézményünkbe érkező betegek számára érthető a felvételi eljárás és a válaszadók beosztása között szignifikáns összefüggés állapítható meg Khí-négyzet próba alapján ($p=0,041$) és a Cramér-féle V együttható gyenge kapcsolatra utal ($V=0,143$). Pontosabban ez azt jelenti, hogy a válaszadók beosztása befolyásolja azt, mennyire gondolják érthetőnek a betegek számára az intézményünkben a felvételi eljárást. Az ápolók legnagyobb hányadban (35,2%) 4-essel, az orvosok legnagyobb hányada (41,4%) szintén 4-essel, míg az egyéb alkalmazottak legnagyobb százaléka (25,7%) 3-assal értékelte felvételi eljárás érthetőségét (19. melléklet).

5.3.2. *Korrelációelemzés a kutatásban résztvevő egészségügyi dolgozói értékelések között arra vonatkozóan, hogy a feletteseik, illetve a pácienseik elégedettek-e az általuk nyújtott egészségügyi ellátással*

A korrelációelemzés módszer alkalmazásával (SPSS program segítségével) megvizsgáltam a felsorolt minőségi szempontok közül az egészségügyi dolgozók véleményét (értékelését) arra vonatkozóan, hogy a felettesük elégedett-e a munkájukkal, illetve, hogy pácienseik elégedettek-e a nyújtott egészségügyi ellátással (a kérdőívben szereplő, az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó 5. és 6. kérdés).

A 22. táblázat alapján látszik, hogy a Pearson-féle korrelációs együttható, $r=0,425^{**}$, ami közepesen erős pozitív kapcsolatot jelez a két egészségügyi ellátás minőségi szempontjának értékelése között. Az alkalmazottak véleménye alapján evidens, hogy a munkahelyi felettes (vezetői) elégedettsége is növekszik a páciensi elégedettség növelésével. A hipotézisvizsgálat is megerősíti a kapcsolat létét, hiszen a szignifikancia $<0,001$.

22. táblázat: A felettesi, illetve a páciensi elégedettségre vonatkozó egészségügyi dolgozói értékelés közötti korreláció

		Felettesi elégedettség - értékelés	Páciensek elégedettsége- értékelés
Felettesi elégedettség - értékelés	Pearson Correlation	1	0,425**
	Sig. (2-tailed)		<.001
	Sum of Squares and Cross-products	199,484	98,565
	Covariance	0.506	0,250
	N	395	395
Páciensek elégedettsége- értékelés	Pearson Correlation	0,425**	1
	Sig. (2-tailed)	<.001	
	Sum of Squares and Cross-products	98,565	269,554
	Covariance	0,250	0,684
	N	395	395

****A korreláció 0,01-es szinten szignifikáns (2-tailed).**

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

4. tézis: Az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó tényezők közül az intézményükbe érkező betegek számára a felvételi eljárás érthetőségére adott válaszok összefüggést mutattak az egészségügyi dolgozók beosztásával (a Cramer-féle V együttható gyenge kapcsolatra utalt).

Korrelációelemzés az egészségügyi dolgozói vélemények (értékelések) között arra vonatkozóan, hogy a felettesük elégedett-e a munkájukkal, illetve, hogy pácienseik elégedettek-e a nyújtott egészségügyi ellátással közepesen erős pozitív kapcsolatot jelzett, ami alapján evidens, hogy a munkahelyi felettes (vezetői) elégedettség is növekszik a páciensi elégedettség emelkedésével.

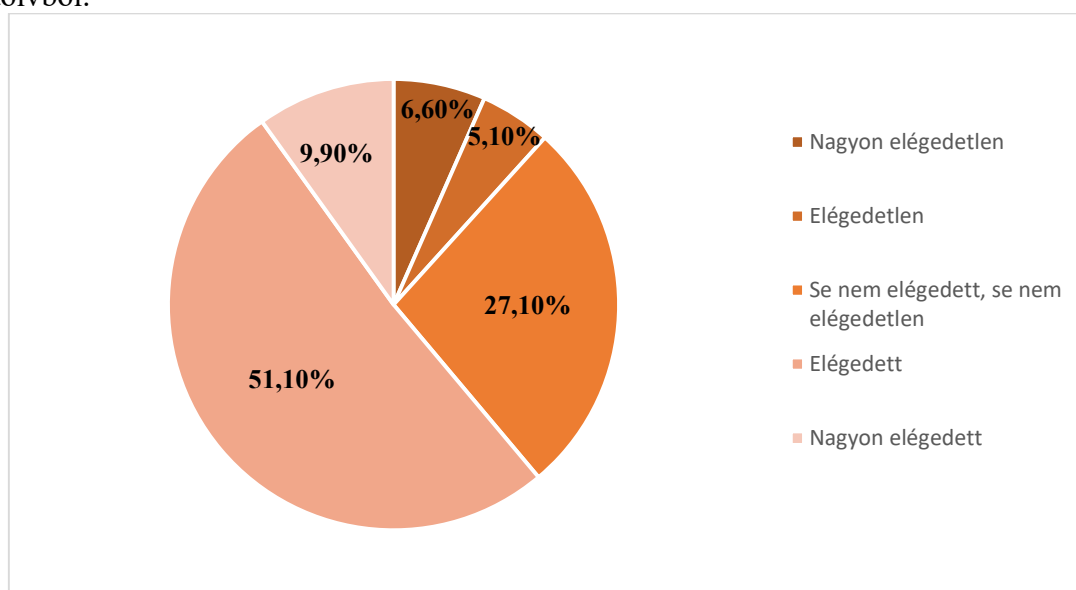
5.4. A kutatásban résztvevő szerb általános kórházak egészségügyi alkalmazottjainak munkájukkal való elégedettsége

5.4.1. Az általános, munkahelyi elégedettség elemzése

5.hipotézis: A kutatásban résztvevők többsége általános tekintetben, inkább elégedetlen, mint elégedett a munkájával és munkahelyi körülményekkel:

- a munkájuk anyagi ellentételezése/jutalmazása az egyik olyan szempont, mellyel a legkevésbé elégedettek;
- a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködés az egyik olyan szempont, melyet a legmagasabbra értékelik;
- Pozitív korreláció fedezhető fel a munka tisztelete és a munka jutalmazása, a kollégákkal és a vezetőkkel közvetlen együttműködés, illetve a betegek viszonya az egészségügyi dolgozókhoz között.

A kutatásban résztvevők válaszolhattak az általános munkahelyi elégedettségre vonatkozó kérdésre. Ennek kapcsán a kérdőívben felajánlott lehetséges válaszok a következők voltak: nagyon elégedetlen; elégedetlen; semleges álláspont, sem elégedett, sem elégedetlen; elégedett; nagyon elégedett. Összesen 394 válasz született erre a kérdésre, az összesen 395 értékelhető kérdőívből.



21. ábra: A kutatásban résztvevő négy szerbiai általános kórház alkalmazottjainak a munkájukkal való elégedettsége (százalékos összetétel) (N=394)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A SPSS program segítségével, leíró statisztikai módszerek alkalmazásával határoztam meg a válaszok százalékos összetételét. A nagyon elégedetlenek aránya 6,60%, az elégedetlenek aránya 5,10%, a sem elégedett, sem elégedetlenek aránya 27,10%, az elégedettek aránya 51,10%, míg a nagyon elégedettek aránya 9,90% volt (21. ábra). Ebből az eredményből az a következtetés vonható le, hogy a kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházak dolgozóinak több, mint fele elégedett a munkájával. A vajdasági régióhoz tartozó általános kórházak (szabadkai, zentai és szávaszentdemeteri általános kórház), a kutatásban résztvevő dolgozóinak 50,69%-a elégedett, 10,25%-a nagyon elégedett, 5,54%-a elégedetlen, 7,2%-a nagyon elégedetlen és 26,04%-a sem elégedett, sem elégedetlen a munkájával (0,27% nem válaszolt

erre a kérdésre). A Dél- és Kelet-Szerbiához tartozó aleksináci kórház, a kutatásban részvevő dolgozóinak 55,88%-a elégedett, 5,88%-a nagyon elégedett és 38,23%-a sem elégedett, sem elégedetlen a munkájával.

A szerbiai Közegészségügyi Intézet „Milan Jovanovic Batut” által végzett 2019-es egészségügyi alkalmazotti elégedettségi felmérés (324 egészségügyi intézmény vett részt a felmérésben) adatai alapján, az összes egészségügyi dolgozó (orvos, ápoló) 37,30%-a elégedett volt a munkájával, 10,50%-a nagyon elégedett, 30,70%-a sem elégedett, sem elégedetlen, 14,2%-a elégedetlen és 7,9%-a nagyon elégedetlen. Az egyéb alkalmazottakhoz tartozó adminisztratív dolgozók körében a nagyon elégedettek aránya 37,60% volt, a nagyon elégedettek aránya 12%, a sem elégedettek, sem elégedetlenek aránya 33,80%, az elégedetlenek aránya 9,50% és a nagyon elégedetlenek aránya 7,00% volt (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020). Ezekből az eredményekből látszik, hogy a saját kutatásomban az elégedettek és nagyon elégedettek aránya kissé magasabb volt a szerbiai Közegészségügyi Intézet 2019-es, országos szintű eredményeihez képest.

Az elégedettségi adatok és a válaszadók munkahelyi beosztása, valamint neme közötti összefüggések is meg lettek vizsgálva. A Khí-négyzet próba alapján az elégedettségi adatok és a válaszadók munkahelyi beosztása ($p < 0,001$), illetve neme ($p < 0,001$) között szignifikáns összefüggés volt megfigyelhető. A Cramér-féle V együttható a beosztás ($V=0,215$), illetve a nem ($V=0,235$) esetében is mérsékelt kapcsolatra utal. Szintén a Khí-négyzet próbát alkalmazva, az elégedettségi adatok és a szakmai tapasztalat (egészségügyben töltött évek), illetve az iskolai végzettség (egyetem, főiskola, középiskola) között nem volt kimutatható szignifikáns összefüggés. Ez azt jelenti, hogy a szakmai tapasztalat éveinek száma, illetve az iskolai végzettség nem befolyásolja a munkával való elégedettséget.

A SPSS program segítségével elkészített, az elégedettségre és a munkahelyi beosztásra vonatkozó keresztábra elemzéssel (20. melléklet) megállapítható, hogy a nagyon elégedetlenek aránya legmagasabb az egyéb alkalmazottak csoportjában (28,6%), míg a nagyon elégedettek aránya legmagasabb az ápolók csoportjában (12,4%). Elégedett az orvosok 57,1%-a, az ápolók 49,1%-a és az egyéb alkalmazottak 42,9%-a. Elégedetlennek nyilatkozott az orvosok 3,8%-a, az ápolók 5,8%-a és az egyéb alkalmazottak 5,7%-a.

Szintén a keresztábra elemzés (21. melléklet) alapján látható, hogy a férfiak 13%-a nagyon elégedetlen, 6,2%-a elégedetlen, 23,6%-a sem elégedett, sem elégedetlen, 50,5%-a elégedett és 6,8%-a nagyon elégedett a munkájával. A nők esetében 2,1% nagyon elégedetlen, 4,3% elégedetlen, 29,6% sem elégedett, sem elégedetlen, 51,9% elégedett és 12% nagyon elégedett.

5.4.2. A munkahelyi elégedettség egyes szempontjainak az elemzése

A kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházak alkalmazottjai válaszolhattak 12 kérdésre, melyek a munkával való elégedettség különböző szempontjaira vonatkoznak. Ez a kérdéscsoport alkalmazott, az állami egészségügyi intézmények dolgozóinak munkahelyi elégedettségének éves felmérésére szolgáló kérdőív (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020) alapján készült el. A kutatásban résztvevők a választ egy 1-től 5-ig terjedő skálán jelölhették meg (1-nagyon elégedetlen; 2- elégedetlen; 3- semleges álláspont, sem elégedett, sem elégedetlen; 4-elégedett; 5-nagyon elégedett). A munkahelyi elégedettség egyes szempontjainak az elemzésére alkalmazott skála belső konzisztenciájának megállapítására szolgáló Cronbach-alfa mutató 0,964 volt (12 szempontra vonatkozóan, összesen 395 résztvevőből, illetve ebből 386 valid válaszból álló minta esetén). Ez alapján arra tudunk következtetni, hogy a vizsgálat megbízható eredményt mutatott.

A részletesebb értékelés céljából a kutatásban résztvevő alkalmazottak válaszait munkahelyi beosztás és szakmai tapasztalat szerint csoportokban kerültek elemzésre. A 22. és

23. mellékletben szereplő táblázatok bemutatják, leíró statisztikai módszerek segítségével, hogy az összes válaszadó alkalmazott, illetve az egyes, munkahelyi beosztás, illetve szakmai tapasztalat szerinti csoportok hogyan értékelték a munkahelyi elégedettségre vonatkozó szempontokat. Ezek alapján látható, hogy a válaszadók a legmagasabb pontszámmal értékelték a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködést, átlagosan 4,17 értékkel. Ezt a szempontot az orvosok 4,18 értékkel, az ápolók 4,12 értékkel, míg az egyéb alkalmazottak 4,51 értékkel véleményezték. A különböző korcsoportokat nézve, a 21-25 év szakmai tapasztalattal rendelkezők 4,35 értékkel, a 26 és annál több év szakmai tapasztalattal rendelkezők 4,24 értékkel, az 1 évnél rövidebb szakmai tapasztalattal rendelkező egy válaszadó 5-ös értékkel, míg a 16-20 év szakmai tapasztalattal rendelkezők 3,96 értékkel véleményezték a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködést.

A betegek viszonyát az egészségügyi dolgozókhoz a válaszadók átlagosan 3,69 értékkel értékelték. Ez a hatodik legmagasabb értékkel véleményezett szempont, a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködést, a munkavégzésben való önállóságot (3,84 értékkel), a szakmai tudás felhasználásra való lehetőséget (3,78 értékkel), a szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőséget (3,75 értékkel) és a munkájuk iránti tiszteletet (3,73 értékkel) követően. Ezen belül, az 1-5 év szakmai tapasztalattal rendelkezők értékelték a legmagasabb értékkel (3,77).

A kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházak alkalmazottjai az összes elégedettségi szempont közül a legalacsonyabb pontszámmal értékelték a munkájuk anyagi ellentételezését/jutalmazását, átlagosan 2,92 értékkel. Ezt a szempontot az orvosok 3,03 értékkel, míg az ápolók és az egyéb alkalmazottak is 2,86 értékkel véleményezték. A különböző korcsoportokat nézve, a 16-20 év szakmai tapasztalattal rendelkezők 2,73 értékkel, az 1 évnél rövidebb szakmai tapasztalattal rendelkező egy válaszadó 2-es értékkel, a 6-10 év szakmai tapasztalattal rendelkezők 3,09 értékkel, valamint 1-5 év szakmai tapasztalattal rendelkezők 3,05 értékkel véleményezték.

5.4.3. Az egészségügyi alkalmazottak beosztása, életkora és a különböző szempontokkal való elégedettség között összefüggés vizsgálata varianciaelemzéssel

A következő lépésben megvizsgáltam, hogy van-e összefüggés az egészségügyi alkalmazottak beosztása, illetve életkora és a különböző szempontokkal való elégedettség között.

Ehhez a varianciaanalízis (az egyirányú ANOVA) módszerét alkalmaztam (SPSS program segítségével), mely három vagy több egymástól független csoport átlagát hasonlítja össze annak megállapítására, hogy van-e statisztikailag szignifikáns különbség az átlagok között. Első lépésben megvizsgáltam az összes munkával való elégedettségi szempont esetén a szakmai beosztáson alapuló csoportokban a függő változó varianciákat (24. melléklet).

A tudás, képességek és készségek a munkában való felhasználására való lehetőség, a munka tisztelete és megbecsülése, közvetlen együttműködés a kollégákkal és a vezetőkkel, a betegekkel való viszony és a munka anyagi ellentételezése/jutalmazása azok a szempontok, melyek esetén a Levene statisztika értéke alacsonyabb és a szignifikancia magas, a nullhipotézist nem tudjuk elvetni, a csoporton belüli szórás megegyezik és elemezhetjük a varianciaanalízis (az ANOVA) eredményeit (23. táblázat). Az elemezhető ANOVA eredmények alapján látszik, hogy csak a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködési szempont esetén az F próba szerint, 0,023 szignifikancia mellett a nullhipotézist el kell utasítani, tehát a csoportok között különbségek vannak, az átlagok nem egyeznek meg. Ez alapján kijelenthető, hogy vannak különbségek az orvosok, az ápolók és az egyéb alkalmazottak a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködés értékelése kapcsán.

23. táblázat: A munkával való elégedettség szempontok esetén a munkahelyi beosztáson alapuló csoportok átlagai közötti szignifikáns különbségek vizsgálata (varianciaanalízis)

Kérdés	Varianciaanalízis	A hibaforrás négyzeteinek összege	df	A hibaforrás átlag	F	Szignifikancia
Az Ön szakmai tudása, képességei és készségei felhasználására való lehetőség a munkavégzés során	Csoportok között	2,223	2	1,111	1,092	0,337
Munkájának tisztelete és megbecsülése	Csoportok között	3,276	2	1,638	1,356	0,259
Közvetlen együttműködés a kollégákkal és a vezetőkkel	Csoportok között	4,843	2	2,422	3,827	0,023
A betegek viszonya Önhöz és kollégáihoz	Csoportok között	0,529	2	0,264	0,326	0,722
Munkájának anyagi ellentételezése	Csoportok között	2,589	2	1,294	0,832	0,436

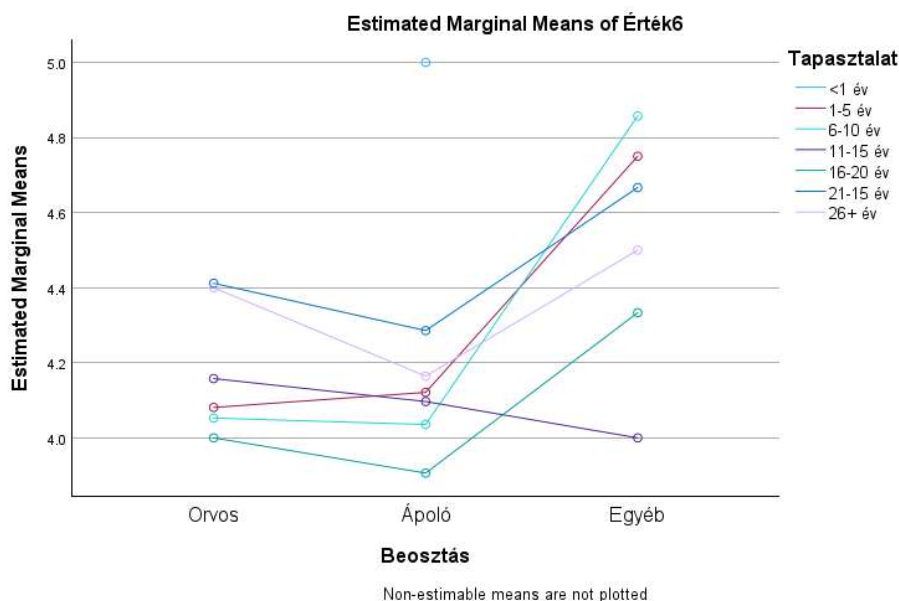
Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az előzőekben, a különböző munkahelyi beosztású csoportok esetén bemutatott teszteket a szakmai tapasztalaton alapuló csoportokra is alkalmaztam (25. melléklet, 26. melléklet). A 25. mellékletben szereplő táblázat alapján látható, hogy egy szempont kivételével (tudás, képességek és készségek a munkában való felhasználás lehetősége), az összes többi szempont esetén a Levene statisztika értéke alacsonyabb és a szignifikancia magas, a nullhipotézist nem tudjuk elvetni, a csoporton belüli szórás megegyezik és elemezhetjük ANOVA eredményeit. Az varianciaanalízis eredményekből látszik (26. melléklet), hogy az összes feltüntetett szempont esteén, magas szignifikancia mellett nincsenek különbségek a különböző szakmai tapasztalattal rendelkező egészségügyi dolgozói csoportok között a különböző elégedettségi szempontok értékelése kapcsán.

A következő lépésben bemutatásra kerül, hogy van-e összefüggés a különböző szakmai tapasztalattal rendelkező eltérő munkahelyi beosztási csoportoknak az egyes elégedettségi szempontokra vonatkozó értékelése között. Első körben a kutatásban részvevő szerbiai általános kórházak egészségügyi dolgozói által legmagasabbra értékelt elégedettségi szempont, a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködésnek az elemzése történt meg.

A 27. mellékletben szereplő táblázat alapján látszik, hogy az orvosok közül a 26 és annál több év tapasztalattal rendelkező csoport értékelte legmagasabbra a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködést (4,40). Az ápolók közül az 1 évnél kevesebb tapasztalattal rendelkező alkalmazott értékelte 5-tel az említett szempontot, illetve a 21-25 év tapasztalattal rendelkezők meg a következő legmagasabb értékelést adták, ami 4,29 volt. Az egyéb alkalmazottak csoportjában a 6-10 év tapasztalattal rendelkezők a legelégedettebbek a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködéssel, amit 4,86 értékkel vélelmenyezték.

A becsült határértékek (Estimated marginal means) ábra (22. ábra) megmutatja a munkahelyi beosztáson és szakmai tapasztalaton alapuló egyes csoportok a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködéssel való átlagos elégedettségét. Az egyes alcsoportok közötti legnagyobb eltérések az egyéb alkalmazottak csoportjában figyelhetők meg. Szintén látható, hogy az 1-5 év munkahelyi tapasztalattal rendelkező egészségügyi dolgozók csoportjában az egyéb alkalmazottak legelégedettebbek a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködéssel, míg az orvosok a legkevésbé elégedettek.



22. ábra: Becsült határértékek a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködéssel való elégedettségre vonatkozóan

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján (SPSS program alkalmazásával készült el ez az ábra) 2024

Ezt követően, a Levene-féle teszttel (hibavariánsok egyenlősége) azt vizsgáltam, hogy a függő változó hibavariánsa egyenlő-e a csoportok, illetve alcsoportok között. Pontosabban, hogy megegyezik-e a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködésre vonatkozó elégedettségnek az értékelése. A Levene-teszt eredménye azt mutatta ki, hogy a Levene statisztika értéke (F) 0,498 és a szignifikancia magas (0,954), így a nullhipotézist nem tudjuk elvetni, a csoporton belüli szórások megegyeznek és elemezni tudjuk az ANOVA eredményeit.

A 24. táblázat alapján látszik, a szignifikanciát nézve, hogy a beosztás befolyásolja a vizsgált szemponttal való elégedettséget, míg a szakmai tapasztalat, illetve a beosztás és a tapasztalat együttesen nem.

24. táblázat: A kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködésre vonatkozó elégedettség és a munkahelyi beosztás, a szakmai tapasztalat, illetve a beosztás és tapasztalat együttes hatása közötti összesfüggések vizsgálata

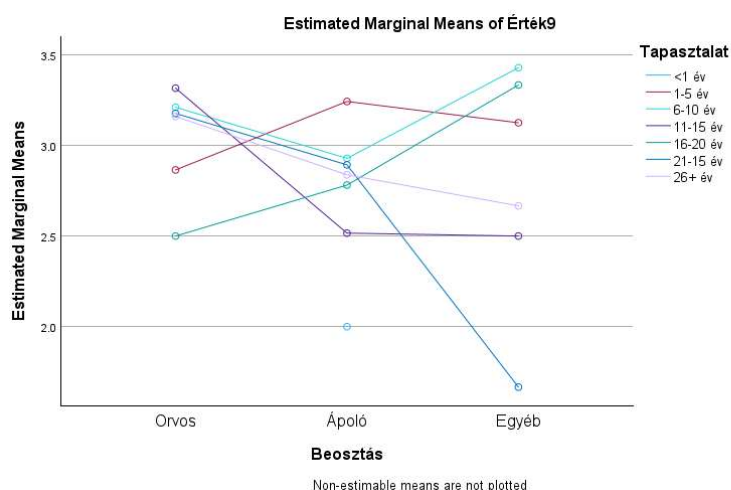
	A hibaforrás négyzeteinek összege	df	A hibaforrás átlag	F	Sig.	Parciális Eta négyzet
Beosztás * Tapasztalat	4,305	10	0,430	0,681	0,743	0,018
Beosztás	4,506	2	2,253	3,562	0,029	0,019
Tapasztalat	4,230	6	0,705	1,115	0,353	0,018

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A következő részletesebben megvizsgálat szempont a munka anyagi jutalmazása volt. A 28. mellékletben szereplő táblázat bemutatja a leíró statisztikai módszerekkel kiszámított, a munka anyagi jutalmazására vonatkozó átlagos elégedettség az egyes csoportokon belül (munkahelyi beosztáson és szakmai tapasztalaton alapuló csoportok). Az orvosok csoportjában a 11-15 év tapasztalattal rendelkező csoport átlagosan legelégedettebb a munkája anyagi jutalmazásával,

míg a 16-20 év tapasztalattal rendelkezők átlagosan a legkevésbé elégedettek. Az ápolói csoportban viszont a 1-5 év tapasztalattal rendelkezők a legelégedettebbek a munkájukért járó jutalmazással, míg a 11-15 év és a kevesebb, mint 1 év tapasztalattal rendelkezők a legelégedetlenebbek. Az egyéb alkalmazottak csoportjában a 6-10 év tapasztalattal rendelkező csoport a legelégedettebb (3,43), míg a 21-25 év tapasztalattal rendelkező csoport a legkevésbé elégedett (1,67).

A becsült határértékek (Estimated marginal means) ábra (23. ábra) megmutatja a munkahelyi jutalmazással való átlagos elégedettséget a munkahelyi beosztáson és tapasztalaton alapuló egyes csoportok szerint. Az ábra alapján látszik, hogy a legnagyobb eltérés az átlagos elégedettségben különböző év tapasztalattal rendelkező csapatok között az egyéb alkalmazotti kategóriában látható, míg a legkisebb az ápolói kategóriában. Az eredményeket szintén úgy is tudjuk értelmezni, hogy a 21-25 év tapasztalattal rendelkező csoportban a munkahelyi juttatással a legelégedettebbek az orvosok és a legkevésbé elégedettek az egyéb alkalmazottak, míg a 16-20 év munkahelyi tapasztalattal rendelkező csoportban a munkahelyi juttatással az orvosok a legkevésbé elégedettek és az egyéb alkalmazottak a legelégedettebbek.



23. ábra: Becsült határértékek a munka anyagi jutalmazásával való elégedettségre vonatkozóan

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján (SPSS program alkalmazásával készült el ez az ábra), 2024

Hasonlóan, mint az előző szempont esetén, a Levene-féle teszttel (hibavariánsok egyenlősége) vizsgáltam meg a nullhipotézist, illetve, hogy megegyezik-e a munkahelyi jutalmazással való elégedettség az egyes csoportokban, alcsoportokban. A Levene-teszt eredménye az átlag alapján azt mutatta ki, hogy a Levene statisztika értéke (F) 0,595, a szignifikancia meg magas (0,896), így a nullhipotézist nem vethető el, a csoporton belüli szórások megegyeznek és elemezhetők az ANOVA eredményei. Az egyes vizsgálatok (munkahelyi beosztás, illetve szakmai tapasztalat vizsgálata) közötti hatásokat tesztelve, a szignifikancia alapján látható, hogy sem a beosztás ($p=0,406$), sem a munkahelyi tapasztalat ($p=0,510$), sem ez a két független változó együtt ($p=0,205$) nem befolyásolja a munkahelyi jutalmazással való elégedettséget.

5.4.4. A munkahelyi elégedettségi változók közötti korreláció

Az egyes munkahelyi elégedettségi változók közötti kapcsolat fennállását, illetve erősségét és előjelét a Pearson-féle korreláció alkalmazásával határoztam meg, az SPSS program segítségével.

Első körben a munka tisztelete, megbecsülése és a munka anyagi jutalmazása közötti kapcsolat lett megvizsgálva a kétváltozós korrelációs számításokkal. Már a korábbiakban, leíró statisztikai módszerrel kiszámításra került a két elégedettségi szempont átlagos értékelése. A kutatásban résztvevők a munkájuk tiszteletét, megbecsülését átlagosan 3,73-ra értékelték (1-től 5-ig terjedő skálán), míg a munkájuk anyagi jutalmazásának átlagos értékelése 2,92 volt. A 25. táblázat alapján látható, hogy az r érték 0,715, ami a közepesnél erősebb pozitív előjelű korrelációt, pontosabban, mérsékelten erős korrelációt és egyenes arányosságot mutat a munka tisztelete és jutalmazása között. A korrelációs együttható szignifikáns ($p < 0,001$), így elvetjük a nullhipotézist, miszerint a korrelációs együttható a vizsgálat populációjában 0 (a kapcsolat hiányát, korrelálatlanságot mutat). A leírtakat alapján, 99,9%-os valószínűséggel arra tudunk következtetni, hogy a válaszadó egészségügyi dolgozók minél jobban elégedettek a munkájuk jutalmazásával, annál jobban elégedettek a munkájuk tiszteletével, megbecsülésével is.

25. táblázat: A munka tisztelete, megbecsülése és a munka anyagi jutalmazása közötti korreláció

		Tisztelet	Jutalmazás
Tisztelet	Pearson Correlation	1	0,715**
	Sig. (2-tailed)		<0,001
	Sum of Squares and Cross-products	475,482	385,391
	Covariance	1,210	0,981
	N	394	394
Jutalmazás	Pearson Correlation	0,715**	1
	Sig. (2-tailed)	<0,001	
	Sum of Squares and Cross-products	385,391	612,243
	Covariance	0,981	1,554
	N	394	395

**A korreláció 0,01-es szinten szignifikáns (2-tailed).

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján (SPSS program), 2024

Elemeztem a munka tisztelete és megbecsülése és a kollégákkal, vezetőkkel való közvetlen együttműködés közötti korrelációt is. Az SPSS program segítségével végett számítások azt mutatták ki, hogy a Pearson-féle korrelációs együttható $r=0,689$, ami közepesen erős korrelációra utal. A korrelációs együttható szignifikáns ($p < 0,001$) és ennek alapján elvetjük a nullhipotézist, illetve, hogy a két változó között nincs lineáris kapcsolat.

A munka tiszteletének és megbecsülésének és az intézményében elérhető felszerelés megfelelőségének a vizsgálata, azt az eredményt mutatta ki, hogy a két változóra vonatkozó Pearson-féle korrelációs együttható $r=0,102$, ami gyenge, pozitív előjelű korrelációra utal. A korrelációs együttható $p=0,043$, így elvethetjük a nullhipotézist, hogy nincs lineáris kapcsolat.

Erős korreláció szinten ki lett mutatva a munka tisztelete és megbecsülése és több elégedettségi szempont között: a betegeknek egészségügyi dolgozókhoz való viszonya ($r=0,724$), a szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőségek ($r=0,778$), az önállóság és döntéshozatali képesség a munkavégzés során ($r=0,862$), a tudásfelhasználásra való lehetőség ($r=0,877$), az ötletek bemutatására való lehetőség ($r=0,795$). Az összes említett esetben a korrelációs együttható szignifikáns ($p < 0,001$).

A munka elvégzésére és a beteg ellátásra jutó idő mennyisége, a munka irányítása és szervezése, illetve a felettesek által nyújtott világos útmutatás és a munka tisztelete és megbecsülése között, a Pearson féle korrelációs együttható alapján, gyenge korrelációról, illetve a korreláció hiányáról beszélhetünk. Mind a három esetben a korrelációs együttható (r) nem szignifikáns ($p=0,765$; $p=0,292$; $p=0,189$), így nem tudjuk elvetni a nullhipotézist, azaz

azt, hogy a korrelációs együttható a vizsgált populációban 0 és a munka tisztelete és megbecsülése és a három felsorolt változó között nincs lineáris kapcsolat.

5.4.5. Faktorelemzés

Az egészségügyi dolgozók munkahelyi elégedettségére vonatkozó, a korábbiakban felsorolt szempontok faktorelemzését végeztem el, SPSS program segítségével. A 12 szempont értékelése lehetőséget ad az elemzés elvégzésére. A faktorelemzés módszerével az egymással erősen korreláló változókat olyan faktorváltozóba tömörítjük, melyek már nem korrelálnak egymással.

Correlation Matrix													
	Kollégák	Fejlődés	Jutalmazás	Tisztelet	Tudásfelhasználás	Ötletek	Betegek	Önállóság	Felszerelés	Idő	Irányítás	Útmutatás	
Correlation	Kollégák	1.000	.485	.343	.706	.675	.423	.431	.749	.060	.037	.093	.118
	Fejlődés	.485	1.000	.846	.801	.732	.880	.862	.747	.077	-.022	.051	.045
	Jutalmazás	.343	.846	1.000	.740	.678	.878	.745	.653	.102	.017	.069	.051
	Tisztelet	.706	.801	.740	1.000	.890	.818	.751	.887	.099	.019	.054	.070
	Tudásfelhasználás	.675	.732	.678	.890	1.000	.729	.650	.872	.088	-.013	.046	.067
	Ötletek	.423	.880	.878	.818	.729	1.000	.831	.702	.096	.008	.053	.041
	Betegek	.431	.862	.745	.751	.650	.831	1.000	.656	.003	-.030	.036	.025
	Önállóság	.749	.747	.653	.887	.872	.702	.656	1.000	.069	-.012	.046	.090
	Felszerelés	.060	.077	.102	.099	.088	.096	.003	.069	1.000	.683	.682	.606
	Idő	.037	-.022	.017	.019	-.013	.008	-.030	-.012	.683	1.000	.759	.672
	Irányítás	.093	.051	.069	.054	.046	.053	.036	.046	.682	.759	1.000	.838
	Útmutatás	.118	.045	.051	.070	.067	.041	.025	.090	.606	.672	.838	1.000
Sig. (1-tailed)	Kollégák		<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001	.119	.235	.034	.010
	Fejlődés	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.000	.066	.335	.159	.189
	Jutalmazás	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.000	.023	.372	.089	.156
	Tisztelet	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.000	.025	.357	.143	.084
	Tudásfelhasználás	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.000	.042	.399	.182	.095
	Ötletek	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.000	.029	.437	.149	.209
	Betegek	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.000	.477	.276	.239	.311
	Önállóság	.000	.000	.000	.000	.000	.000	.000		.088	.406	.182	.039
	Felszerelés	.119	.066	.023	.025	.042	.029	.477	.088		.000	.000	.000
	Idő	.235	.335	.372	.357	.399	.437	.276	.406	.000		.000	.000
	Irányítás	.034	.159	.089	.143	.182	.149	.239	.182	.000	.000		.000
	Útmutatás	.010	.189	.156	.084	.095	.209	.311	.039	.000	.000	.000	

24. ábra: Korrelációs mátrix a munkával való elégedettségi szempontokra vonatkozóan
Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján (SPSS program alkalmazásával készült el az ábra, 2024)

A 24. ábrán bemutatott korrelációs mátrix az egyes változók közötti korreláció erősségét mutatja meg, illetve a korrelációs együttható szignifikanciákat. Mivel a mátrix táblázatban szerepelnek magas korrelációs együtthatók (r) és nullához közeli szignifikanciák, ebből látszik, hogy az adatok alkalmasak faktorelemzésre.

Szintén, a Kaiser-Meyer-Olkin kritérium, mely jelen esetben magasabb, mint 0,6, pontosabban 0,885 (26. táblázat), azt mutatja, hogy az adatok alkalmasak faktorelemzésre. Ezt alátámasztja a Bartlett hipotézisvizsgálat is, mivel szignifikanciája <0,001, így a nullhipotézist el tudjuk vetni.

26. táblázat: A munkával való elégedettség szempontokra vonatkozó korrelációs mátrixhoz tartozó Kaiser-Meyer-Olkin kritérium és Bartlett-próba

A mintavételi megfelelésre vonatkozó Kaiser-Meyer-Olkin-mérés (kritérium)		0,885
Bartlett-próba	Approx. Chi-Square	5036,491
	df	66
	Sig.	<0,001

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján (SPSS program), 2024

A 29. melléklet a faktorokra vonatkozó bejövő és kimenő kommunalitás értékeket mutatja. A főkomponens módszert alkalmaztam, mely azokat a faktorokat választja ki, amelyek a legtöbb variációt magyarázzák.

A faktorszám meghatározásnál Kaiser kritérium lett használva és ennek következtében az 1-nél nagyobb két darab faktor figyelhető meg, melyek együtt a variancia 76,85%-át magyarázzák. Ez magasabb a 60%-os küszöbértéknél. Viszont, mivel már a harmadik faktor sajátértéke is majdnem eléri az 1-et (0,992) és a mivel a 30. mellékletben szereplő ábra alapján is látjuk, hogy a könyökpont (ahol hirtelen elromlik a magyarázott variancia) a 4 faktorszámnál van, így érdemes a 3 faktoros megoldást kiválasztása. A három faktor együtt a variancia 85,119%-át magyarázza. A 31. mellékletben szereplő táblázat mutatja a három faktoros megoldást.

A három faktorra a Varimax rotálás lett alkalmazva és így jól látszik (32. melléklet), hogy mely változó mely faktort jellemzi leginkább, illetve, hogy a melyik az abszolút értékben legmagasabb (0,5 feletti) faktorsúly. A következő táblázat (27. táblázat) bemutatja a rotált faktor mátrix alapján létrehozott faktorokat. A faktorok a következőképpen kerültek elnevezésre:

- Faktor 1: Megbecsülés,
- Faktor 2: Munka szervezése,
- Faktor 3: Együttműködés

Meg lett vizsgálva a meghatározott faktorok átlaga és szórása, a leíró statisztika módszereivel. A 33. mellékletben szereplő táblázat igazolja, hogy a faktorok átlaga 0 és a szórása 1, amit abból feltételeztünk, hogy a faktorok standardizált változók.

27. táblázat: A kutatásban résztvevő, szerbiai általános korhízi alkalmazottak munkával való elégedettségére vonatkozó faktorok

Faktor	A változó állítása	Faktorsúly érték
F1	Ötletek	0,927
	Jutalmazás	0,919
	Fejlődés	0,900
	Betegek	0,871
	Tisztelet	0,704
F2	Irányítás	0,931
	Idő	0,884
	Útmutatás	0,882
	Felszerelés	0,834
F3	Kollégák	0,920
	Önállóság	0,754
	Tudásfelhasználás	0,691

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Klaszterelemzés

A klaszterelemzés során a válaszadók homogén csoportokba kerültek besorolásra a faktorelemzéssel előállított változók segítségével. Az elemzésbe összesen 389 eset került bevonásra. Az összevonási séma táblázat koeficiens oszlop adatai alapján egyedi döntés lett alkalmazva, ami 6 klaszteres megoldást eredményezett (34. melléklet). Egyik csoportban sem fedezhető fel 1-nél nagyobb szórás, illetve a tagszámok is kiegyenlítettek. A csoportokon (klasztereken) belül meg lettek határozva az egyes változókra vonatkozó átlagok (28. táblázat)

28. táblázat: A munkával való elégedettségi faktorok alapján létrejött klaszterek és azok jellemzői (N=389)

	1.klaszter	2.klaszter	3.klaszter	4.klaszter	5.klaszter	6.klaszter
Tagság (db)	67	60	139	39	65	19
Tagság (%)	17,2%	15,4%	35,7%	10%	16,7%	4,9%
F1 (Megbecsülés)	0,58	0,62	0,65	-1,33	-1,36	-1,35
F2 (Munka szervezése)	-1,52	0,47	0,50	0,73	0,14	-1,81
F3 (Együttműködés)	0	0,82	-0,33	-1,64	1,31	-1,53
Klaszterek elnevezése	Megbecsüléssel elégedett dolgozók	Összes faktorrall elégedett dolgozók	Megbecsüléssel és szervezéssel egyaránt elégedett dolgozók	Munka megszervezéssel elégedett dolgozók	Együttműködéssel elégedett dolgozók	Az összes faktorrall elégedetlen dolgozók

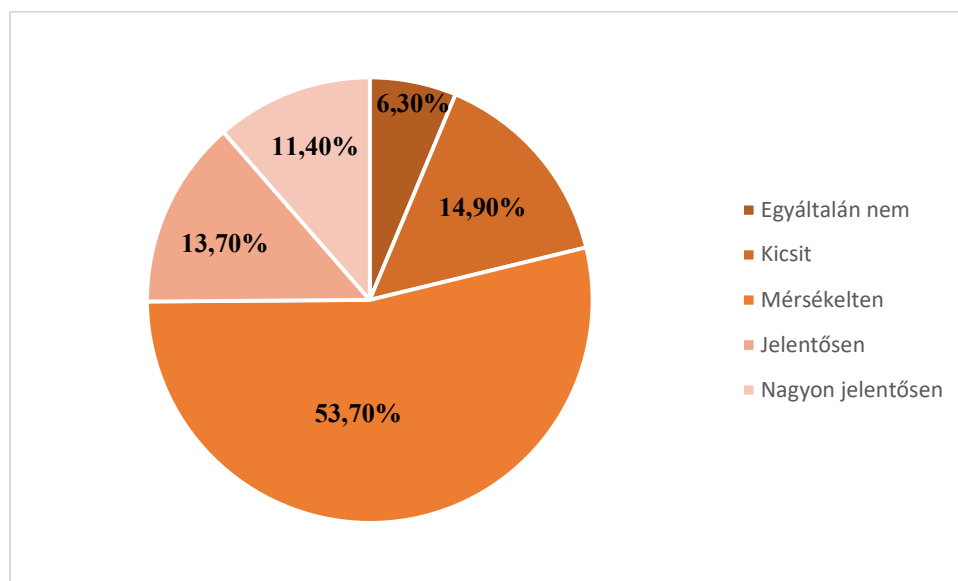
Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A fenti táblázat alapján látható, hogy a 1. klaszterbe (17,2%) a munkahelyi megbecsüléssel elégedett alkalmazottak, a 2. klaszterbe (15,4%) az összes faktorrall (megbecsülés, munka szervezése, együttműködése) elégedett dolgozók, a 3. klaszterbe (35,7%) a megbecsüléssel és munka szervezésével egyaránt elégedettek, a 4. klaszterbe (10%) a munka szervezésével elégedettek, az 5. klaszterbe (16,7%) az együttműködéssel elégedettek, illetve a 6. klaszterbe (4,9%) az összes faktorrall elégedetlen dolgozók kerültek besorolásra. A bemutatott adatok alapján egyértelmű, hogy a válaszadók legnagyobb százaléka a megbecsüléssel és munkahelyi szervezéssel egyaránt elégedettek csoportjába tartozik, míg a legkisebb százaléka az összes faktorrall elégedettek csoportjába.

5.tézis: A válaszadók többsége (több, mint fele) elégedett a munkájával és munkahelyi körülményekkel, közel egy harmada se nem elégedett, se nem elégedetlen, míg az elégedetlenek aránya csak 5,1% volt, illetve a nagyon elégedetlenek aránya 6,6%. Az összes elégedettségi szempont közül a legalacsonyabb pontszámmal értékelték a munkájuk anyagi ellentételezését/jutalmazását, átlagosan 2,92 értékkel. A 12 értékelt, elégedettségi szempont közül a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködés az a szempont, melyet a legmagasabbra értékelik (átlagosan 4,17 értékkel értékelték), ami ezen a téren jelentős elégedettségre utal. Emellett, mérsékelt erősségű korreláció fedezhető fel a munka tisztelete, megbecsülése és a munka anyagi ellentételezése/jutalmazása, a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködés, illetve a betegek az egészségügyi dolgozókhoz való viszonya között.

5.4.6. A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz, nyomás érzésének a kivizsgálása

A munkával való elégedettség vizsgálata keretében a kutatásban résztvevők válaszolhattak arra a kérdésre is, hogy mennyire érzik magukat feszültnek, stresszesnek vagy nyomás alatt a munkavégzés során. Öt lehetséges válasz közül választhattak: egyáltalán nem (1), kicsit (2), mérsékelten (3), jelentősen (4) és nagyon jelentősen (5). Leíró statisztikai módszer alkalmazásával, az SPSS program segítségével, meg lett határozva az egyes válaszok százalékos összetétele. A válaszadók 6,30%-a egyáltalán nem érzi magát feszültnek, stresszesnek vagy nyomás alatt a munkavégzés során, 14,90%-a kicsit, 53,70%-a mérsékelten, 13,70%-a jelentősen és 11,40%-a nagyon jelentősen (25. ábra).



25. ábra: A kutatásban résztvevő egészségügyi személyzetre jellemző a munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz és nyomás érzése (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján (SPSS program alkalmazásával készült el az ábra), 2024

Az összesen 395 válaszadó válaszát vizsgálva, kereszttábla elemzéssel (SPSS program segítségével) meg lett határozva a különböző nemű válaszadók értékelésének százalékos összetételét. A férfiak 4,9%-a egyáltalán nem érzi magát feszültnek, stresszesnek, 11,1%-a kicsit, 54,3%-a mérsékelten, 15,4%-a jelentősen és 14,2%-a nagyon jelentősen. A nők körében is hasonló a helyzet, legnagyobb százalékuk (53,2%) mérsékelten feszültnek, stresszesnek érzik magukat. A válaszadó nők 7,3%-a egyáltalán nem érzi magát feszültnek, stresszesnek, 17,6%-a kicsit, 12,4%-a jelentősen és 9,4%-a nagyon jelentősen (35. melléklet). Ebből látszik, hogy a vizsgálatban résztvevő nőnemű alkalmazottak a férfiakhoz képest nagyobb százalékban egyáltalán nem érzik magukat feszültnek, stresszesnek, míg kisebb százalékban jelentősen, illetve nagyon jelentősen stresszesnek. A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz, nyomás érzet és a válaszadók neme közötti összefüggést vizsgálva Khí-négyzet próba alapján ($p=0,194$) megállapítható, hogy a két változó között nincs szignifikáns különbség. Pontosabban ez azt jelenti, hogy a válaszadók neme nem befolyásolja azt, hogy mennyire feszültnek, stresszesnek vagy nyomás alatt érzik magukat a munkavégzés során.

Szintén kereszttábla elemzéssel meg lett határozva a különböző munkahelyi beosztású válaszadók válaszainak százalékos összetételét. Az orvosok 3,8%-a egyáltalán nem érzi magát feszültnek, stresszesnek, 12,8%-a kicsit, 57,9%-a mérsékelten, 15,8%-a jelentősen és 9,8%-a nagyon jelentősen. Az ápolók 12,3%-a nagyon jelentősen feszültnek, stresszesnek érzik magát a munkavégzés során, 13,2%-a jelentősen, 49,2%-a mérsékelten, 16,7%-a kicsit és 8,4%-a

egyáltalán nem. Az egyéb beosztottakat tekintve, 11,4%-k nagyon jelentősen, 8,6%-k jelentősen, 65,7%-k mérsékelten, 11,4%-k kicsit és 2,9%-k egyáltalán nem érzi magukat feszültnek és stresszesnek a munkavégzés során (36. melléklet). A százalékos összetétel alapján, azok aránya, akik egyáltalán nem érzik magukat feszültnek, stresszesnek legkisebb az egyéb alkalmazottak csoportjában, majd az orvosok csoportjában és legmagasabb az ápolóknál. A nagyon jelentősen a munkahelyükön magukat feszültnek, stresszesnek érzők aránya legmagasabb az ápolók csoportjában (12,3%), ezt követi az egyéb alkalmazottak csoportja (11,4%) és az orvosok csoportjában ez az arány a legalacsonyabb (9,8%). A magukat a munkahelyükön nagyon jelentősen és jelentősen feszültnek, stresszesnek érzők aránya összesen a legalacsonyabb az egyéb alkalmazottak csoportjában (12%), míg az orvosok (25,6%) és az ápolók csoportjában (25,5%) magasabb és majdnem azonos arányú.

Viszont, a munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz, nyomás érzet és a válaszadók beosztása közötti összefüggést vizsgálva Khí-négyzet próba alapján ($p=0,382$) megállapítható, hogy a két változó között nincs szignifikáns különbség. Pontosabban ez azt jelenti, hogy a válaszadók beosztása nem befolyásolja azt, hogy mennyire feszültnek, stresszesnek vagy nyomás alatt érzik magukat a munkavégzés során.

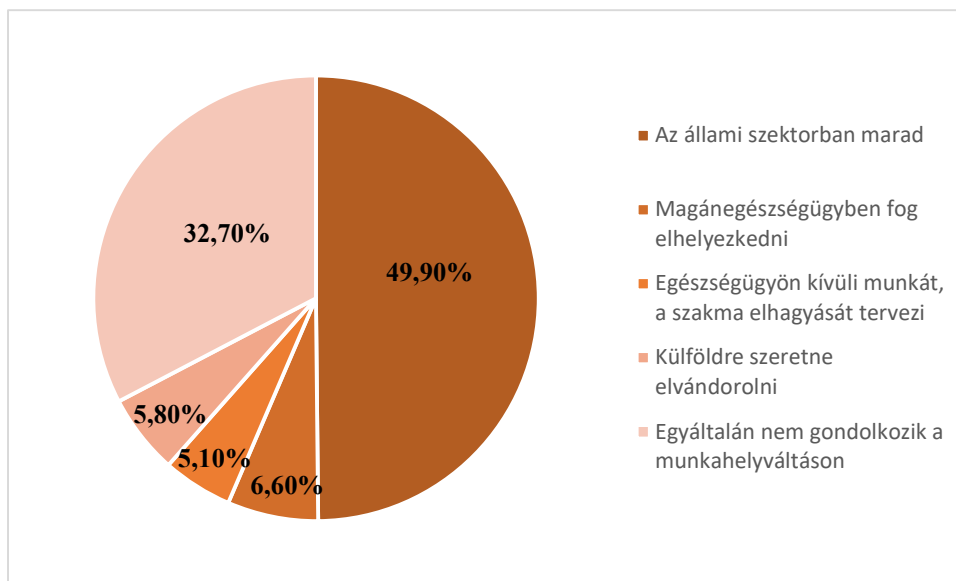
A különböző iskolai végzettségű (egyetem, főiskola, középiskola/érettségi), a kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházi egészségügyi alkalmazottak válaszainak százalékos összetétele is meg lett vizsgálva keresztábla elemzéssel. Az eredmények alapján az mondható, hogy a munkahelyükön magukat feszültnek, stresszesnek nem érzők aránya legalacsonyabb az egyetemi végzettségűek csoportjában (3,9%) és legmagasabb a középiskolai végzettségűek csoportjában (8,6%) (37. melléklet). Mind a három csoportban közel azonos összesen azok aránya, akik jelentősen és nagyon jelentősen feszültnek, stresszesnek érzik magukat, egyetemi végzettségűek esetében 24,5%, a főiskolai végzettségek esetében 24,6% és a középiskolai végzettségűek esetében 25,7%.

Az iskolai végzettség és a munkahelyi feszültség, stressz, nyomás érzetének az összefüggését vizsgálva, Khí-négyzet próba alapján itt is megállapítható, hogy nincs szignifikáns összefüggés ($p=0,602$). Ugyanez a megállapítás igaz a munkahelyi tapasztalat és munkahelyi feszültség, stressz, nyomás közötti összefüggésre is ($p=0,053$). Ez azt jelenti, hogy sem a nem, sem az iskolai végzettség, sem a munkahelyi beosztás nem befolyásolja azt, hogy mennyire feszültnek, stresszesnek, nyomás alatt érzik magukat a kutatásban résztvevő egészségügyi alkalmazottak a munkavégzés során.

5.4.7. A következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos tervek megvizsgálása

A kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházi egészségügyi dolgozók arra a kérdésre is válaszolhattak, hogy milyen tervekkel rendelkeznek a munkájukat illetően az elkövetkezendő öt évben. A lehetséges válaszok a következők voltak: az állami szektorban való maradás, a magánegészségügyben való elhelyezkedés, az egészségügyön kívüli munka és a szakma elhagyása, külföldre való elvándorlás, egyáltalán nem gondolkoznak a munkahelyváltáson.

Az leíró statisztikai módszerek alkalmazásával (SPSS program segítségével) meg lett határozva a válaszok százalékos összetétele (26. ábra). A válaszadók 32,70%-a egyáltalán nem gondolkozik a munkahelyváltáson, 49,90% azt nyilatkozta, hogy az állami szektorban marad, 6,60%-a magánegészségügyben fog elhelyezkedni, 5,10%-a egészségügyön kívüli munkát, a szakma elhagyását tervezi és 5,80%-a külföldre szeretne elvándorolni. Ebből az látszik alapvetően, hogy a válaszadó egészségügyi dolgozók összesen 17,50%-a az elkövetkezendő 5 évben tervezi elhagyni az állami egészségügyet, míg 82,60%-a nem, úgy, hogy ebből 32,70% egyáltalán nem gondolkozik munkahelyváltáson.



26. ábra: A kutatásban résztvevő alkalmazottak százalékos összetétele a következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos terveket illetően (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Keresztábra elemzéssel meg lett határozva a különböző munkahelyi beosztású, összesen 395 válaszadó válaszainak százalékos összetételét. A 38. melléklet alapján látszik, hogy az állami szektorban szeretne maradni az ápolók 47,1%-a, az orvosok 55,6%-a és az egyéb alkalmazottak 45,7%-a. A munkahelyváltáson egyáltalán nem gondolkozik az ápolók 36,1%-a, az orvosok 30,1%-a és az egyéb alkalmazottak 45,7%-a. A magánegészségügyben elhelyezkedni tervezők aránya legnagyobb az egyéb alkalmazottak csoportjában (14,3%), illetve majdnem megegyező az orvosok (6,0%) és az ápolók (5,7%) körében. Hasonló a helyzet az egészségügyön kívüli munkát, a szakma elhagyását tervezők esetén is. Ez az arány legnagyobb az egyéb alkalmazottak csoportjában (11,4%), illetve közel azonos az orvosok (4,5%) és az ápolók (4,4%) csoportjában. Az ápolók 6,6%-a külföldre szeretne elvándorolni, az orvosok 3,8%-a és az egyéb alkalmazottak 8,6%-a. A munkahelyi beosztás és az elkövetkezendő öt évre vonatkozó dolgozói tervek közötti összefüggést vizsgálva, Khí-négyzet próba alapján ($p=0,135$) megállapítható, hogy nincs szignifikáns összefüggés.

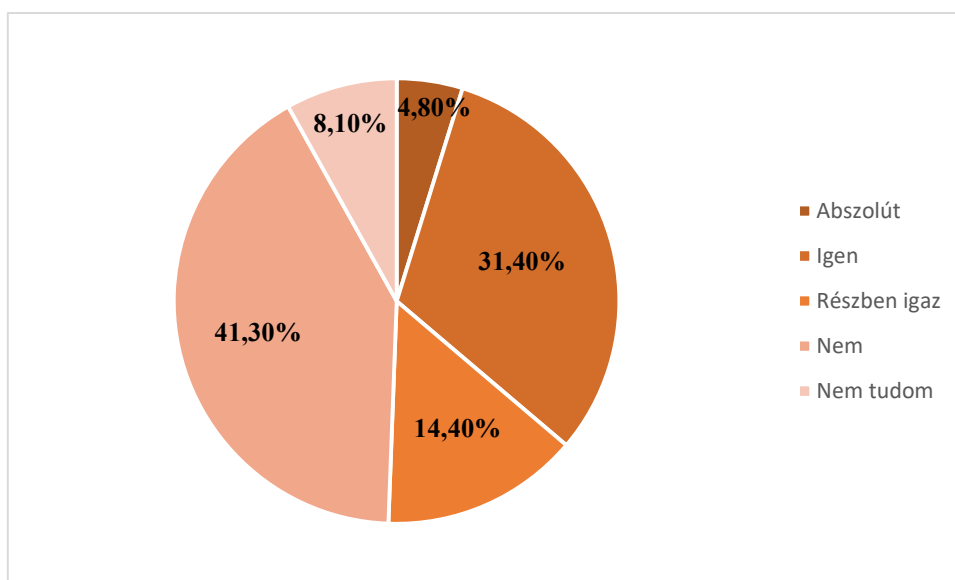
Keresztábra elemzéssel meg lett vizsgálva a nők és a férfiak csoportjában a válaszok százalékos összetétele (39. melléklet). Az eredmények alapján a nők 39,1%-a egyáltalán nem gondolkozik a munkahelyváltáson, 50,2%-a azt nyilatkozta, hogy az állami szektorban marad, 4,5%-a magánegészségügyben szeretne elhelyezkedni, 3,0%-a egészségügyön kívüli munkát, a szakma elhagyását tervezi és 3,4%-a külföldre szeretne elvándorolni. Alapvetően, a vizsgálatban résztvevő nők 89,3%-a az elkövetkezendő 5 évben azt tervezi, hogy az állami szektorban marad, ugyanazon vagy más munkahelyen. A férfiak 23,5%-a (kevesebb arányban, mint a nők esetében) egyáltalán nem gondolkozik a munkahelyváltáson, 49,4% azt nyilatkozta, hogy az állami szektorban marad, 9,9%-a magánegészségügyben fog elhelyezkedni, 8,0%-a egészségügyön kívüli munkát, a szakma elhagyását tervezi és 9,3%-a külföldre szeretne elvándorolni. Ebből az látszik, hogy a férfiak nagyobb százalékban azt tervezik, hogy az állami egészségügyi szektoron kívül fognak elhelyezkedni, vagy külföldre fognak vándorolni az elkövetkezendő 5 évben. Ez az arány a férfiaknál összesen 27,2%, míg a nők esetében összesen 10,7%. A válaszadók neme és az elkövetkezendő öt évre vonatkozó dolgozói tervek közötti összefüggés is meg lett vizsgálva Khí-négyzet próba alapján. A kapott p értékek ($p<0,001$) statisztikailag szignifikáns összefüggésre utal, illetve a Cramér-féle V együttható mérsékelt, kapcsolatra mutat rá. Tehát, a megvizsgálat populációban a válaszadók neme befolyásolja az

elkövetkezendő öt évre vonatkozó munkahelyi terveket, kívánságokat, míg a munkahelyi beosztás nem.

5.5. A vizsgált szerb általános kórházak egészségügyi dolgozóinak elvándorlási szándéka

6.hipotézis: A kutatásban résztvevő szerb vidéki általános kórházi dolgozók többségében (a válaszadók nemétől, beosztásától, illetve életkorától függetlenül) már felmerült az a gondolat, hogy egy másik országba szeretnének munkát vállalni az egészségügyi szakmán belül.

Az elvándorlási szándékra vonatkozó kérdésekre összesen 395 egészségügyi dolgozó válaszolt. Arra a kérdésre, hogy felmerült-e már bennük az a gondolat, hogy egy másik országba vállalnak el munkát egészségügyi szakmán belül, a válaszadók 4,80%-a abszolúttal, 31,40%-a igennel, 14,40%-a részben igazzal, 41,30%-a nemmel válaszolt és 8,10%-a nem tudott határozott választ adni („nem tudom” választ jelölték meg) (27.ábra). Ebből látható, hogy a határozottan igen és az abszolút válasz az összes válasz 36,20%-át jelentette.



27. ábra: A kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházi alkalmazottak külföldre való elvándorlási szándéka (%) (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján (SPSS program alkalmazásával készült el ez az ábra), 2024

A vajdasági régióhoz tartozó általános kórházak (szabadkai, zentai és szávaszentdemeteri általános kórház), a kutatásban részvevő dolgozóinak 5,26%-a abszolúttal, 30,19%-a igennel, 40,72%-a nemmel, 15,23%-a részben igazzal válaszolt és 8,59%-a nem tudott határozott választ adni. A Dél- és Kelet-Szerbiához tartozó aleksináci kórház, kutatásban részvevő dolgozóinak 44,12%-a igennel, 47,06%-a nemmel, 5,88%-a részben igazzal válaszolt és 2,94%-a nem tudott határozott választ adni.

A keresztábra elemzést alkalmazva, az SPSS program segítségével, megvizsgáltam az elvándorlási szándék és a válaszadók neme, életkora, illetve munkahelyi beosztása közötti összefüggés. A keresztábra elemzés alapján kiderül, hogy a nők 3,9%-a és a férfiak 6,2%-a „abszolúttal, illetve a nők 27,5%-a és a férfiak 37,0%-a „igennel” válaszolt. (40. melléklet). Az elvándorlási szándék és a nem közötti összefüggést vizsgálva Khí-négyzet próba alapján (Pearson Khí-négyzet értéke 7,025; szignifikanciája $p=0,135$) megállapítható, hogy a két változó

között nincs szignifikáns különbség. Pontosabban, ez azt jelenti, hogy a válaszadók neme nem befolyásolja azt, hogy gondolkodtak-e már azon, hogy egy másik országba vállalnak el munkát az egészségügyi szakmán belül.

Az elvándorlási szándék és a válaszadók beosztás közötti összefüggést vizsgálva keresztábla segítségével (41. melléklet) kiderült, hogy az orvosok 3,8%-a, az ápolók 5,7%-a és az egyéb alkalmazottak 2,9%-a „abszolúttal”, illetve az orvosok 36,1%-a, az ápolók 26,9%-a és az egyéb alkalmazottak 42,9%-a „igennel” válaszolt. Az elvándorlási szándék és a beosztás közötti összefüggést vizsgálva Khí-négyzet próba alapján (Pearson Khí-négyzet értéke 20,088; $p=0,010$) megállapítható, hogy a két változó között van szignifikáns összefüggés. A Cramér-féle V együttható gyenge kapcsolatra utal ($V=0,159$). Ezt úgy is megfogalmazhatjuk, hogy a válaszadók beosztása befolyásolja azt, hogy gondolkodtak-e már azon, hogy egy másik országba vállalnak el munkát egészségügyi szakmán belül.

5.5.1. Az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezők elemzése

A 29. táblázat mutatja a 16 különböző tényező az elvándorlási szándékhoz való hozzájárulásának az értékelését. A válaszadók a leginkább hozzájáruló tényezőként jelölték meg a betegek optimálisnak ítélt módon való kezelésének a lehetőségét (K7; 3,70 értékkel). Ezt követik a társadalmi státus (K11; 3,63 értékkel), a munkabér (K6; 3,53 értékkel), a szakmai fejlődés lehetősége (K5; 3,51 értékkel) és a munkahelyi szellemi ösztönzés (K12; szintén 3,51 értékkel) Az átlagosan legkevésbé hozzájáruló tényezőként a munkahelyi stressz mértékét (K8; 2,96 értékkel) jelölték meg.

29. táblázat: A külföldre való elvándorlás gondolatához és szándékához hozzájáruló tényezők értékelése (érvényes N=380)

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
K1*	392	1	5	3,22	1,080
K2*	394	1	5	3,12	1,199
K3*	395	1	5	3,21	1,251
K4*	395	1	5	3,42	1,230
K5*	394	1	5	3,51	1,137
K6*	395	1	5	3,53	1,255
K7*	394	1	5	3,70	1,037
K8*	393	1	5	2,96	1,268
K9*	395	1	5	3,10	1,180
K10*	394	1	5	3,41	1,169
K11*	394	1	5	3,63	1,051
K12*	395	1	5	3,51	1,111
K13*	395	1	5	3,28	1,141
K14*	391	1	5	3,31	1,151
K15*	392	1	5	3,42	1,072
K16*	395	1	5	3,64	1,210
Érvényes N	380				

*K1: Általános munkahelyi helyzet; K2: A munka mennyisége, illetve a családra, barátokra, szabadidős tevékenységekre maradó idő; K3: A felettesekkel való viszony; K4: A munkaetika; K5: A szakmai fejlődési lehetőségek; K6: A munkabér; K7: Lehetőség arra, hogy a betegeket az Ön által optimálisnak ítélt módon kezelje; K8: A munkahelyi stressz mértéke; K9: A nők és a férfiak egyenlősége a munkahelyén; K10: Az adminisztratív feladatok elvégzésére való idő; K11: Társadalmi státus; K12: Szellemi ösztönzés a munkahelyén; K13: A munka biztonsága; K14: Kapcsolat a nem egészségügyi személyzettel; K15: Az orvosi ellátás minősége; K16: A betegekkel való kapcsolat

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A 42. melléklet mutatja az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezők százalékos értékelését egyes értékekkel az 1-től 5-ig terjedő skálán. Az elvándorlási szándékhoz

hozzájáruló tényezők értékelésére alkalmazott 1-5-ig terjedő Likert-skála belső konzisztenciájának megállapítására szolgáló Cronbach-alfa mutató 0,947 volt (16 kérdésre vonatkozóan, összesen 395 résztvevőből, illetve ebből 380 valid válaszból álló minta esetén). Ez alapján arra tudunk következtetni, hogy a vizsgálat megbízható eredményt mutatott.

A legtöbb 1-es értékelés (ami a legkevesebb hozzájárulást fejezi ki) a munkahelyi stressz mértéke (19,6%) esetén figyelhető meg. A legtöbb 5-ös értékelés (legnagyobb mértékű hozzájárulást fejezi ki) a munkabér (26,3%) esetén látható.

5.5.2. Faktorelemzés az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozóan

Az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezők faktorelemzését végeztem el. A 16 tényező értékelése lehetőséget adott az elemzés elvégzésére. Az egymással erősen korreláló változók olyan faktorváltozókba lettek tömörítve, melyek már nem korrelálnak egymással. A Kaiser-Meyer-Olkin kritérium értéke 0,918, ami nagyobb, mint 0,6 vagyis a változók alkalmasak a faktoranalízisre. A Barlett próba nullhipotézisét is elvethetjük (szignifikanciája <0,001), miszerint a kiinduló változók közötti korreláció nulla (43. melléklet).

A 44. melléklet bemutatja a bejövő és kimenő kommunalitás értékeket, a főkomponens módszer alkalmazásával. Itt a Kaiser kritérium lett használva a faktorszám meghatározásánál és ennek következtében az 1-nél nagyobb három darab faktor került kiválasztásra, melyek együtt a variancia 77,089%-át magyarázzák, ami magasabb a 60%-os küszöbértéknél (45. melléklet). A 46. mellékletben szereplő ábra alapján is látjuk, hogy a könyökpont a 4 faktorszámnál van, így érdemes a 3 faktoros megoldást kiválasztása. A három faktorra alkalmazva lett a Varimax rotálás annak meghatározására, hogy mely változó mely faktort jellemzi leginkább, illetve, hogy az abszolút értékben melyik a legmagasabb (0,5 feletti) faktorsúly (47. melléklet). A rotált faktor mátrix alapján el lett készítve a komponens táblázat (30. táblázat).

30. táblázat: A kutatásban résztvevő, szerbiai általános kórházi alkalmazottak külföldre való elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezőkre vonatkozó faktorok

Faktor	A változó állítása	Faktorsúly érték
F1	K6: A munkabér	0,899
	K5: A szakmai fejlődés lehetősége	0,894
	K12: A munkahelyen való szellemi ösztönzés	0,875
	K10: Az adminisztratív feladatok elvégzésére való idő	0,860
	K7: A betegek optimálisnak ítélt módon kezelése	0,815
	K8: A munkahelyi stressz mértéke	0,768
	K16: A betegekkel való kapcsolat	0,733
	K3: A felettesekkel való viszony	0,674
	K2: A munka mennyisége, illetve a szabadidő	0,623
F2	K4: A munkaetika	0,773
	K14: Kapcsolat a nem egészségügyi személyzettel	0,736
	K11: Társadalmi status	0,730
	K13: A munka biztonsága	0,647
	K1: Általános munkahelyi helyzet	0,549
F3	K15: Az orvosi ellátás minősége	0,810
	K9: A nők és a férfiak egyenlősége a munkahelyén	0,790

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A faktorok a következőképpen kerültek elnevezésre:

- Faktor 1: A munkavégzéshez közvetlenül kapcsolódó tényezők

- Faktor 2: Az általános biztonsági, etikai és társadalmi tényezők
- Faktor 3: A minőségügyi és munkahelyi egyenlőségi tényezők

A leíró statisztika módszerével meg lett vizsgálva a meghatározott faktorok átlaga és szórása. A 48. mellékletben szereplő táblázat igazolja, hogy a faktorok átlaga 0 és a szórása 1, amit abból feltételeztünk, hogy a faktorok standardizált változók.

Klaszterelemzés

A klaszterelemzés segítségével a válaszadók homogén csoportokba kerültek besorolásra, a faktorelemzés során előállított változók segítségével. Az elemzésbe összesen 380 eset került bevonásra. Egyedi döntést alapján, a 7 klaszteres megoldás lett elemézve (49. melléklet). A 7 klaszteres megoldás esetben nincs 1-nél nagyobb szórás, illetve a tagszámok némiképpen kiegyenlítődnek.

A csoportokon (klasztereken) belül meg lettek határozva az egyes változókra vonatkozó átlagok és ezek alapján következtetések vonhatók le az összes csoport összetételére vonatkozóan, amit a 31. táblázatban bemutatásra került.

31. táblázat: A külföldre való elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozó faktorok alapján létrejött klaszterek és azok jellemzői (N=380)

	1.klaszter	2.klaszter	3.klaszter	4.klaszter	5.klaszter	6.klaszter	7.klaszter
Tagság (db)	78	64	29	44	71	33	61
Tagság (%)	20,5	16,8	7,6	11,6	18,7	8,7	16,0
F1	0,52	-0,82	-1,59	-0,11	0,51	-1,52	1,24
F2	-0,48	0,95	-0,15	1,44	-0,94	-1,43	0,51
F3	-0,79	1,25	0,09	-1,08	0,78	-1,64	-0,50
Klaszterek elnevezése	F1 tényezők járulnak hozzá az elvándorlás gondolatához	F2 és F3 tényezők járulnak hozzá az elvándorlás gondolatához	F3 tényezők járulnak hozzá az elvándorlás gondolatához	F2 tényezők járulnak hozzá az elvándorlás gondolatához	F1 és F3 tényezők járulnak hozzá az elvándorlás gondolatához	A felsorolt faktorok nem járulnak hozzá különösebben az elvándorlás gondolatához	F1 és F2 tényezők járulnak hozzá az elvándorlás gondolatához

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A 31. táblázat alapján látható, hogy a kutatásban résztvevők számát (százalékát) tekintve legnagyobb az 1. klaszter, melybe azok a válaszadók tartoznak, amelyek véleménye alapján csak a munkavégzéshez közvetlenül kapcsolódó tényezők járulnak hozzá az elvándorlás gondolatához. A három faktor közül, a munkavégzéshez közvetlenül kapcsolódó tényezők faktora (F1) a legtöbb tényezőt magában foglaló faktor (a munkabér, a szakmai fejlődés lehetősége, szellemi ösztönzés a munkahelyen, az adminisztratív feladatok elvégzésére rendelkezésre álló idő, a betegeket optimálisnak ítélt módon való kezelésének a lehetősége, a munkahelyi stressz mértéke, a betegekkel való kapcsolat, a felettesekkel való viszony, munka mennyisége, illetve családra, barátokra, szabadidős tevékenységekre maradó idő).

A következő legnagyobb klaszter a válaszadók számát (százalékát) tekintve az 5. klaszter, melyhez azok az alkalmazottak tartoznak, amelyek véleménye szerint az elvándorlás gondolatához egyaránt a munkavégzéshez közvetlenül kapcsolódó tényezők és a minőségügyi és munkahelyi egyenlőségi tényezők (az orvosi ellátás minősége, a nők és a férfiak munkahelyi

egyenlősége) járulnak hozzá. A harmadik legszámasabb klaszter a 2. klaszter, melyhez azok az alkalmazottak tartoznak, melyek véleménye szerint a külföldre való elvándorlási szándékhoz egyaránt az általános biztonsági, etikai és társadalmi tényezők (a munkaetika, kapcsolat a nem egészségügyi személyzettel, a társadalmi status, a munka biztonsága, az általános munkahelyi helyzet) és a minőségügyi és munkahelyi egyenlőségi tényezők járulnak hozzá.

6.tézis: A válaszadók többsége (41,3%-a) egyáltalán nem gondolt még arra, hogy egy másik országba vállalna el munkát egészségügyi szakmán belül, míg 36,2%-a már gondolkozott, illetve 14,4%-a részben gondolkozott ezen a kérdésen. A válaszadók 8,1%-a nem tudott határozott választ adni.

Az elvándorlási szándékhoz leginkább hozzájáruló tényezőként a betegek optimális módon való kezelését, a társadalmi státust, a munkabért, a szakmai fejlődés lehetőségét és a munka biztonságát jelölték meg. Az átlagosan legkevésbé hozzájáruló tényezőként a munkahelyi stressz mértékét jelölték meg.

5.5.3. Az elvándorlási célországok elemzése

A kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházak dolgozói válaszolhattak arra a kérdésre is, melyik országot gondolják a legoptimálisabb elvándorlási célpontnak.

A válaszokat százalékos arányban tekintve, 21,77%-ban konkrét célország nem lett meghatározva, 18,99% -ban Németország lett megjelölve, 15,70%-ban Svájc, 9,62%-ban Svédország/Norvégia/Dánia/Skandináv országok, 7,85%-ban Ausztria, 7,59%-ban egyéb ország (nem szerepel a kérdőívben felsoroltak között), 6,08%-ban Ausztrália/Új-Zéland, 4,30%-ban Spanyolország, 3,80%-ban Olaszország, 2,03%-ban Egyesült Államok/Kanada, 1,77%-ban Franciaország, míg 0,51%-ban a válaszadók tartózkodtak a válasz megadásától.

Az eredmények alapján egyértelműen látszik, hogy a megjelölt konkrét célországok közül dominálnak a német nyelvű országok, melyek egyben Európa gazdaságilag legfejlettebb országai közé tartoznak. Az Egyesült Államok/Kanada, valamint Ausztrália/Új-Zéland esetében, bár a gazdasági fejlettségük és az angol, mint hivatalos nyelv vonzó tényezőnek számíthat, feltételezhetően a földrajzi távolság mégis hozzájárul ahhoz, hogy kevésbé vonzóan számítanak a kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházi alkalmazottak körében.

Jelenleg még nem állnak rendelkezésünkre hivatalos adatok arról, hogy milyen a szerbiai egészségügyi dolgozók nyelvismerete és az mennyire járul hozzá az elvándorlási szándékhoz, vagy inkább akadályozó tényezőként szerepel (Kocsicska, 2024). A már korábban is megemlített Németországról beszélve, kiemelendő, hogy a nem uniós országokból érkező munkavállalók esetében alapkövetelmény a német (A1) vagy angol (B2) alapfokú nyelvtudás igazolása (Kocsicska, 2024; Chancenkarte Deutschland, 2023). Szintén megemlítendő, hogy a szerbiai egészségügyi dolgozók Németországba való kivándorlását és munkavállalását nagymértékben segíti több közvetítő nemzetközi szervezet, melyek a német szövetségi foglalkoztatási szolgálat és a szerb nemzeti foglalkoztatási szolgálat közötti megállapodás alapján működnek (Kocsicska, 2024). Arról sem léteznek hivatalos adatok, hogy ezek a szervezetek eddig pontosan hány szerbiai egészségügyi dolgozónak nyújtottak segítséget, illetve szolgáltatást a németországi munkavállalás során. Emellett, számos dolgozó kivándorolt önállóan, kikerülve az említett csatornákat és közvetítést, így még nehezebb azok számának nyilvántartása (Radio televizija Srbije, 2020).

Viszont mostanában láthatóan a másik irányban is fejlődik az egészségügyi dolgozók elvándorlásának a kérdése. A szerbiai Egészségügyi Minisztérium internetes közleménye alapján, 2024. októberében megnyílt egy speciális iroda, mely a jelenleg külföldön élő és dolgozó orvosainkkal való együttműködést szolgálja (Ministartsvo zdravlja Republika Srbija, 2024). Az iroda célja az érdeklődő szerb orvosokkal való tapasztalat megosztás és

véleménycsere, az egészségügyi dolgozók szakmai továbbképzésének megszervezése, valamint szolgáltat minden szükséges információt, főleg a szerbiai egészségügyi intézményünkben való elhelyezkedési lehetőségekkel kapcsolatban, azok a külföldön élő és dolgozó orvosok számára, melyek azt tervezik, hogy visszatérnek Szerbiába.

Már 2024.decemberében a szerbiai Egészségügyi Minisztérium hat munkaszerződést adott át az EU-ból és az Amerikai Egyesült Államokból hazatérő orvosoknak, akik külföldi kórházi munka után döntöttek úgy, hogy visszatérnek hazájukba (Radio Televizija Srbije, 2024).

5.6. Az egészségügyi munkaerő helyzetét meghatározó tényezők összehasonlítása nemzetközi szinten

Ebben az alfejezetben be szeretném mutatni az egészségügyi dolgozók helyzetét meghatározó tényezőkre vonatkozó nemzetközi összehasonlítást, különösen a poszt szocialista egészségügyi rendszerekre vonatkozóan. A közép- és délkelet-európai országokban (Szerbia, Románia, Magyarország, Szlovénia, Horvátország és Montenegró) több tanulmány is vizsgálta az egészségügyi intézményi menedzsmentet, viszont nagyon kevés az olyan vizsgálat, mely feltérképezi az egészségügyi alkalmazottak egészségügyi menedzsmentről való véleményüket és percepciójukat. Emellett, kevés a vizsgálat, mely a vidéki kórházakban működő viszonyokkal foglalkozik.

Az egészségügyi rendszer átalakítása az egyik legfontosabb transzformációs folyamat, amelyen a volt szocialista országoknak (például Magyarország, Horvátország, Románia) az 1990-es évek óta át kellett haladniuk. Az 1990-es évek elején valamennyi ország egészségügyi rendszere a Semashko-modellen alapult. Amikor az országok elkezdtek a szocializmusról a piacgazdaságra való áttérést, jelentős reformokra volt szükség az egészségügyi ellátórendszerben. Ezek a reformok magukban foglalták a nem hatékony rendszerek átalakítását, a piaci elemek bevezetését és a finanszírozási kérdések megoldását (Forum für Mittelost- und Südosteuropa (FOMOSO), 2025). Az említett országokban a reformirányok gyakran hasonlóak voltak, az átmeneti dinamika és a kormányzati reformok végrehajtására való elszántság mértékében mutató különbségek ellenére is. Mindazonáltal a legtöbb posztkommunista országban hiányoznak a megfelelő bizonyítékok a végrehajtott reformok hatékonyságát és az egészségügyi rendszer teljesítményére gyakorolt hatását illetően (Romaniuk, et al, 2016).

Az 50. mellékletben szereplő táblázat összefoglalóan bemutatja az említett országokban végzett, az egészségügyi ellátás menedzsmentjére és az egészségügyi alkalmazottak menedzsmentről alkotott véleményére vonatkozó kutatások eredményeit. Mivel a saját disszertációs kutatásom konkrétan négy szerb vidéki általános kórházra fókuszál, így nehezen lehet összehasonlítani a fent felsorol, különböző országokban történt, más típusú egészségügyi intézményekben folytatott vagy az egész közegészségügyi rendszerre vonatkozóan végzett vizsgálatok eredményeivel. Viszont hasznos következtetések vonhatók le, ha Szerbiával hasonlítjuk össze a vizsgált országokat. Arra lehet következtetni, hogy közös kihívások jellemzik ezeket az országokat egészségügyi menedzsment terén, mint például a pénzügyi korlátok és a strukturált vezetői képzések hiánya. A reformok középpontjában a vezetői kompetenciák fejlesztése, az átláthatóság és a minőségbiztosítás szerepel. Az elvégzett kutatások, illetve a jövőben tervezett kutatások ebben a témában hozzájárulhatnak az egészségpolitikai döntésekhez, az egészségügyi rendszerek fejlesztéséhez, korszerűsítéséhez és intézményi szinten a menedzsmenti tevékenységek és készségek javításához.

A közép- és délkelet-európai országokban számos kutatás vizsgálta az egészségügyi személyzet etikai döntéshozatalát, a beteg méltóságának tiszteletben tartását, az orvosi titoktartást, az etikai kódexek alkalmazását és egyéb etika témaköréhez kapcsolódó kérdést.

Országokként is különböző témák kerültek fókuszba. Például Magyarországon (Novák, 2024; Mandl, 2025), Romániában (Poroch & Agheorghiesei, 2018), Szlovéniában (Grosek, et al., 2020; Klemenc-Ketis, et al., 2008) és Horvátországban a kutatások inkább a betegjogok érvényesülésére és a dolgozók és betegek közötti kommunikációra, illetve az etikai dilemmák kezelésére irányulnak, míg Szerbiában (Tomić-Petrović, 2015; Vasiljevic-Prodanovic, 2015) és Montenegróban (Radević, et al., 2022) különös figyelmet kapnak a nem etikus magatartás és annak hatásai a betegellátásra, az etika és a felelősség fontossága az egészségügyi szolgáltatásokban, illetve az egészségügyi rendszerben előforduló korrupció. Ezek a kutatások alapján megfigyelhető, hogy országokként a társadalmi, gazdasági és történelmi faktorok befolyásolhatják az etikai normál figyelembevételét és az etikai kódexek betartását. Az összes tanulmány közös következtetése az lehet, hogy az egészségügyi dolgozóknak több képzésre van szükségük az etikai kérdések megközelítése és kezelése terén. 2022-ben végzett horvát keresztmetszeti vizsgálat az etikai viszonyok megítéléséről a spliti egyetemi kórházban, azt mutatta ki, hogy a különböző szakmai csoportok etikai felfogása eltérő és a képzési programokat úgy kell kialakítani, hogy megfeleljenek a saját egyedi etikai dilemmáiknak. Az említett kutatás eredményei azt is jelzik, hogy a szervezeti etikát a demográfiai jellemzőkön kívüli külső tényezők is alakítják. Ez azt jelenti, hogy a munkahelyi etika alakítását célzó nemzeti és intézményi szintű szakpolitikai intézkedéseknek rendszerszintű beavatkozást igényelnek (Hrgović, et al., 2025).

Az egészségügyi dolgozók által végzett egészségügyi ellátás minőségének értékelésére irányuló közép-kelet-európai régióban végzett kutatások összehasonlítása azt mutatta ki, hogy ezek az országok számos hasonló kihívással néznek szembe, mint például munkaerőhiány, egészségügyi dolgozók elvándorlása, alacsony bérezés. Magyarországon kihívásként kiemelendők az adminisztratív feladatok terhei, az elégtelen finanszírozás (folyamatos javításra szorul), a munkaerőhiány, az egészségügyi ellátás különböző szintjei közötti együttműködés és kommunikáció javítása és a megelőző szolgáltatásokra való összepontosítás szükségessége (Rurik, et al., 2021). Románia kapcsán megemlíthető a minőségindikátorok bevezetése, mely javíthat az ellátás minőségén és finanszírozásán (Ivanković et al., 2024). Szlovénia az egészségügyi minőség terén az legjobban teljesítő ország a felsoroltak országok közül. A minőséget és a biztonságot a szlovén egészségügyi rendszer alapvető értékeinek tekintik és rendszeres a nemzeti szintű monitoring az egészségügyi szolgáltatás minősége tekintetében (Albrecht, et al., 2021.) Montenegró az egyik legkevesebé kutatott ország, de a szakirodalom alapján egyértelmű, hogy a minőségbiztosítási rendszerek és az egészségügyi technológiák értékelése fejletlen, a fizetési rendszerek pedig nem ösztönzik a teljesítményt és az ellátás minőségét (World Health Organization, 2022). Horvátországra jellemző, hogy a minőségellenőrzési rendszerek nem eléggé fejlettek, de az ellátás minőségére vonatkozó rendelkezésre álló mutatók alapján sok lehetőség van a fejlődésre. További kihívást jelentenek a hosszú várakozási idők, de előrelépés történt az egészségügyi információs rendszer kifejlesztésében. Az egészségügyi ellátás minőségének javítása kifejezett politikai cél, de egyelőre hiányzik a prioritásokat, teljesítménymutatókat és szerepeket/felelőségeket meghatározó, cselekvési tervvel ellátott átfogó minőségfejlesztési stratégia (Džakula, et al., 2024).

Az egészségügyi dolgozók munkahelyi elégedettségére vonatkozóan is rendelkezésre állnak adatok a régió országairól. A kelet-közép-európai országokban általánosan nézve az elégedetlenség fő okai az alacsony bérezés és a nagy munkaterhelés. Emellett, kiemelendők a vezetői támogatás hiánya és a kevés képzési lehetőség. Ezek javításával jelentősen növelhető a munkahelyi elégedettség. Ide kapcsolódó szintén fontos téma a kiégés és migráció az egészségügyi dolgozók körében. Az 51. mellékletben szereplő táblázat összefoglalja ebben a témában készült fontosabb kutatásokat az érintett országokban.

Az eddig bemutatott kutatási témakörök mellett, Közép- és Kelet-Európa több országában szintén komoly és aktuális problémát jelent az egészségügyi dolgozók elvándorlása. Elsősorban a fejlett nyugat-európai országok (Ausztria, Németország, Ausztria, Svájc, Egyesült Királyság, skandináv országok) jelentik az elvándorlás főbb célországait. A vonzó tényezők itt egyértelműen a magasabb munkabérek, jobb munkakörülmények, magasabb szintű szakmai megbecsülés és szakmai fejlődés lehetőségei, korszerűbb infrastruktúra és jelentős korrupció hiánya. Az 52. mellékletben szereplő táblázat bemutatja ehhez a témához kapcsolódó nemzetközi tanulmányokat és azok fő következtetéseit.

5.7. A kutatás korlátai

A szerb vidéki általános kórházak dolgozói körében, egyszerű véletlenszerű mintavétel alapján végzett kvantitatív (kérdőív alkalmazása) kutatásom kapcsán több módszertani és tartalmi korlátról is beszélhetünk. Alapvetően, a kvantitatív kutatások általában deduktív jellegűek és információ gyűjtése nagyszámú mintán történik (Boncz, 2015).

A mintára vonatkozó korlátból kiindulva, egyszerű véletlenszerű mintavétel alkalmazásával elméletileg minden alanynak egyenlő esélye van a kutatásba való bekerülésre, viszont a valóságban az elérhetőségük torzító tényező lehet (például az alkalmazottak emailben való elérhetősége). Ezenkívül, fel kell sorolni a legfontosabb módszertani korlátokat is. Elsősorban azt, hogy a strukturált kérdőív formája korlátozza a válaszadók szabad véleménynyilvánítását. A másik kiemelő korlát, hogy a kérdőív kitöltése online formában történt meg, ami csökkentheti a válaszadási arányt és növelheti a lemorzsolódási arányt a személyes kérdőív kitöltéshez képest, nincs lehetőség tisztázó kérdéseket feltevésére, valamint előfordulhat az is, hogy a válaszadók a kérdőív válaszolás gyorsabb befejezése céljából kevésbé gondolják át az egyes kérdéseket. Emellett, az online kérdőív kitöltésének feltételei az internethozzáférés, az elektronikus eszközök ismerete és az email fiók megfelelő használata (Rencz, 2022).

Továbbá, az általánosíthatóság korlátai is felmerülnek. Egyrészt, a minta négy szerbiai vidéki általános kórházra korlátozódott, ezért a vizsgálat eredményei nem alkalmazhatók általánosan Szerbia összes egészségügyi dolgozójára vagy Szerbia összes vidéki régiójára. Másrészt, az összesített, átlagolt adatok nem minden csoportra (orvosok, ápolók, egyéb csoport) egyformán érvényesek.

Az időbeli korlát is megemlíthető. Mivel az alkalmazottak magatartása, elégedettsége, elvándorlási szándéka, vezetés és ellátási minőség értékelése időben változhat, a kapott eredmények a kutatás végzésének időpontjára érvényesek. A keresztmetszeti vizsgálat nem nyújt lehetőséget jelentősebb, összetettebb ok-okozati összefüggések feltárására.

A torzító tényezők közül kiemelném a szubjektív válaszadást (például az elégedettség, az elvándorlási szándék belső élménynek tekinthető és nem mindig objektívizálható), a válaszmegtagadást, mint a lefedettség hiba fő tényezőjét (Letenyi, 2012) (például főleg azok a válaszadók válaszolnak akiknek a munkaterhelése kisebb és jobban ráérnek, vagy azok, akik elégedettebbek a munkájukkal szívesebben válaszolnak a kérdőívre), a választorzítást (például egyes válaszadók a skálán szereplő extrém vagy a középső válaszokat preferálják), a kérdések értelmezését (még a kérdőív validálása mellett is előfordulhat, hogy egyes válaszadók félreértik, vagy különbözőképpen értelmezik a kérdéseket, valamint a lehetséges válaszokat), illetve azt, hogy a válaszadók fizikai és érzelmi kimerültsége a kérdőívek kitöltésekor is befolyásolhatta az eredményeket.

A fent felsorolt tényezők alapján kijelenthető, hogy a kutatásom eredményei megbízhatók, újak, újszerűek és fontosak a szerb vidéki általános kórházi alkalmazottak a kórházi menedzsmentről való véleményének, az etikai magatartásának, az ellátás minőségéről való percepciójának, az elégedettségének és elvándorlási szándékának feltárása céljából,

viszont az eredmények értelmezése során bizonyos korlátokat kell figyelembe venni. Ezek a mintára vonatkozó és módszertani korlátok, a torzító tényezők, valamint a korlátozott általánosíthatóság (az eredmények a megvizsgált négy szerb vidéki általános kórházra reprezentatívak, nem extrapolálhatók más típusú vagy szintű egészségügyi intézményre). A jövőbeli kutatások kapcsán mindenképpen kiemelném az összes szerbiai vidéki általános kórházi dolgozó a vizsgálatba való bevonásának a szükségességét. Nagyobb minta biztosításával és nagyobb lefedettséggel az eredmények reprezentatívak lehetnének az egész vidéki kórházi egészségügyi személyzetre. Emellett, a kvantitatív módszerek mellett javaslom a kvalitatív kutatási módszerek, pontosabban a félig strukturált interjúk vagy strukturálatlan interjúk (mélyinterjúk) alkalmazását is, ami részletesebb adatgyűjtést biztosítana.

6. Következtetések, javaslatok a szerbiai vidéki általános kórházak hatékony humánerőforrás menedzsmentjének kialakítására

Szerbiában még mindig nincs kialakítva hivatalos egészségügyi munkaerő-stratégia, valamint megfigyelhető az erős menedzsment hiánya az egészségügyi ellátás területén. A stratégiai egészségügyi munkaerő-tervezés biztosítja a megfelelő számú, megfelelő képzettséggel rendelkező egészségügyi szakember biztosítását és ennek következtében a megfelelő szolgáltatások nyújtását a páciensek számára. Ennek a stratégiának és emellett néhány más tényezőnek a megvalósítását lehetővé teszi a megfelelően működő egészségügyi humánerőforrás menedzsment. Nemzetközi szervezetek (például Egészségügyi Világszervezet) számos kulcsfontosságú paramétert és eszközt javasolnak az ellátás hatékonyságát biztosító, fenntartható egészségügyi munkaerő biztosítására. Emellett, sok ország egészségügyi humánerőforrás menedzsmentje is bizonyos szinten és bizonyos szempontokat tekintve példaként szolgálhat ennek megvalósítására Szerbiában is. Példák vannak, viszont a gazdasági nehézségek halmaza az előző néhány évtizedben, illetve az országon belüli regionális különbségek, pontosabban a fejlettebb belgrádi régióhoz képes a többi régió kisebb-nagyobb elmaradása gazdasági szempontjából specifikussá teszi a szerbiai egészségügy helyzetét.

A szerbiai „vidéki” általános kórházak dolgozóinak helyzetét meghatározó tényezőkre vonatkozó kutatásom nemcsak elméleti (új elméleti keretek nyújtása a témához kapcsolódó szakirodalomnak) szempontból, hanem konkrét gyakorlati alkalmazási lehetőségek (javaslatok) megfogalmazását is lehetővé teszi, melyek hozzájárulhatnak a szerbiai vidéki régiók egészségügyi humánerőforrás erősítéséhez, az egészségügyi ellátás minőségének és színvonalának javításában, illetve, összességben, a szerbiai egészségügyi rendszer fejlesztéséhez és megszilárdításában.

A kutatásom elméleti hozzájárulása:

- *Adatokkal, következtetésekkel hozzájárulhat a szerbiai és a kelet-közép-európai, egészségügyi munkaerőre vonatkozó szakirodalomhoz, illetve a poszt-socialista egészségügyi rendszerekre vonatkozó kontextushoz.*
- *Komplex gondolkodásmódot nyújt az egészségügyi alkalmazottak elégedettségének, egészségügyi menedzsmentről és ellátási minőségről való percepciójának, etikai magatartásának és elvándorlási szándékának összefüggéseiről.*
- *Hozzájárulhat a különböző szervezetelméleti és szervezetszociológiai modellek (például szervezeti kultúra modellek, motivációs elméletek) alkalmazásához a szerbiai egészségügyi rendszerben.*

Az alábbiakban megfogalmaztam javaslataimat a szerbiai „vidéki” általános kórházak számára a mennyiségileg és minőségileg is megfelelő munkaerő létrehozásához és fenntartásához.

Javaslatok a dolgozói elégedettség növelésére:

- *Komplett értékelési rendszer bevezetése üzleti életből származó teljesítményértékelés példája alapján, melynek része a 360 fokos vezetői értékelés. Ez a rendszer biztosítana*

féléves időközönként írásban való rögzítését annak, hogy pontosan, személy szerint milyen feladatok várnak az alkalmazottra, majd ennek értékelését a félév elteltével. Folyamatos évközbéli tájékoztatás is megtörténne a haladásról, esetleges határidőkről vagy változásokról. A 360 fokos vezetői értékelés azt teszi lehetővé, hogy a vezetőt és a munkáját a közvetlenül alá-, mellé-, illetve fölérendelt pozíciókban dolgozó munkatársai értékeljék. Az alárendelt alkalmazotti nézőpontból ez az értékelés több aspektusra is kiterjedne, például a vezető személyes tulajdonságaira, kommunikációs készségére, csapat kialakító képességére, felkészítő készségére, az értékek tisztázására való képességére, az elképzeléseire a munkafolyamat kapcsán és annak végrehajtására, az alkalmazottak értékelésére.

- *Megfelelő motivációs rendszer kifejlesztése* (például elismerések, bónuszrendszer bevezetése).
- *Rendszeres és kötelező felmérések a munkahelyi stressz, illetve a burnout, vagyis kiégési szindróma rizikójának a meghatározására.*

Javaslat a kórházi menedzsment készségeinek javítására:

- *Kötelező vezetői képzések bevezetése, például egészségügyi menedzsment képzés, soft skillre vonatkozó tréningek, változáskezelés oktatása.*

Javaslatok az ellátási minőség javítására:

- *A minőségi kultúra bevezetése az egészségügyi ellátásba, illetve olyan minőségmenedzsment megvalósítása, melynek működésébe bevonásra kerülne az összes érdekcsoport (az egészségügyi ellátás felhasználói, az egészségügyi szolgáltatók, az egészségügy finanszírozói, a döntéshozók).* A szerbiai egészségügyi ellátórendszerben még mindig nehezen terjednek és kerülnek bevezetésre az egészségügyi szolgáltatások minőségének menedzselésére szolgáló korszerű módszerek és technikák. Mindenképpen szükséges lenne az alkalmazottak az ellátás minőségére vonatkozó véleményének időközönkénti felmérése és ezek eredmények felhasználása a szolgáltatás javítása érdekében.
- *A digitális transzformáció, a digitális technológia bevezetése az egészségügyi ellátásban* a szerb vidéki általános kórházakban, amely számos új lehetőséget kínál, és javíthatja a betegellátás minőségét. Ide tartoznak többek között a gépi tanulás, a mobilalkalmazások és érzékelők alkalmazása, a viselhető eszközök és a távgyógyászati megoldások.

Javaslatok az etikai magatartás fejlesztésére:

- *Kórházi etikai kódexek rendszeres frissítése, korszerűsítése, illetve nyomon követése;*
- *Rendszeres időközönkénti kötelező etikai tréningek, oktatás bevezetése.*

Javaslatok az elvándorlás csökkentésére

- *Rendszeres felmérések, anonim módon, az alkalmazottak öt éves terveire vonatkozóan.* Pontosabban, a szervezeti munkaerő állapotának feltérképezése arra vonatkozóan, hogy az alkalmazottak milyen arányban kívánnak maradni az szervezetükben, illetve az állami egészségügyi ellátásban, hányan terveznek átvándorolni a magánegészségügy szférájában, illetve milyen hányadban tervezik a külföldre való elvándorlást. Ezek az adatok segítséget nyújthatnak a munkaerő tervezésben, az új dolgozó toborzás és felvétel szükségességének megítélésében. Ennek a felmérésnek fontos eleme a szervezetből való kilépéshez, vagy a külföldi munkavállaláshoz hozzájáruló tényezők és okok felmérése és nyomon követése.
- *Minden alkalmazott (összes orvos szakosodástól és titulustól függetlenül, összes ápoló végzettségi szinttől függetlenül, összes egyéb alkalmazott tevékenységi területtől függetlenül) számára szakmai fejlődési lehetőségek biztosítása (például konferenciák, továbbképzések) illetve belső karrier utak kidolgozása és az alkalmazottakkal való megosztása (például a rotációs lehetőségek biztosítása).*

Emellett, röviden megfogalmaztam néhány rendszerpolitikai szintű javaslatot a szerbiai „vidéki” általános kórházak alkalmazottjainak támogatására is:

- *Versenyképes fizetés, juttatások, bónuszrendszer biztosítása.*
- *A vidéki egészségügyi dolgozók támogatására való programok kidolgozása* (például transzparens és az összes vidéki egészségügyi dolgozó számára elérhető lakhatási és utazási költségekhez való támogatás).
- *Kötelező vezetőképzési programok és továbbképzések* a vidéki kórházak menedzsment tagjai számára.

7. Összegzés

A disszertációmban a szerbiai általános kórházak dolgozóinak a véleményét vizsgáltam meg, több, humánerőforrás irányítás területéhez tartozó szempontból (a szervezeti menedzsmenthez való hozzáállás és értékelése, az erkölcs és a munkahelyi etika, az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó vélemények, a munkával való elégedettség és a külföldre való elvándorlási szándék). A kutatásomban négy szerbiai általános kórház alkalmazottjai vettek részt, online kérdőív anonim kitöltése útján. Ez a négy intézmény Szerbia két régiójában található, három Vajdaságban és egy Dél-és Kelet Szerbiában. Az említett két régió Szerbia északi és déli régiócsoportjához tartozik, de ami ennél még inkább kiemelendő, hogy mindkét különböző indikátorok alapján a központi, belgrádi régiónál kevésbé fejlett régiókat reprezentál. Tulajdonképpen Szerbia „vidéki” területeiről beszélünk, ahol a fekvőbeteg ellátás főként az általános kórházak biztosítják. Az összes egészségügyi intézmény közül azért választottam ki az általános kórházakat mert a szerbiai vidéki egészségügyi szolgáltatás legfontosabb intézményei és a vidéki egészségügyi ellátás „gerincét” képezik.

Jelenleg a szerbiai egészségügyi intézmények és az egészségügyi humánerőforrás kiemelkedően fontos témát képvisel. Az európai uniós csatlakozáshoz az ország csak mérsékelten felkészült az egészségvédelem terén. Különböző nemzetközi jelentések kiemelik azt, hogy Szerbiában hiányzik a megfelelő menedzsment az egészséget szolgáló tevékenységek és az egészségügyi ellátás területén. A következő időszakban Szerbiának meg kell erősítenie és szükségszerűen átalakítani a közegészségügy általános irányítási kapacitását és az egészségügyi humánerőforrást.

A disszertációm harmadik fejezetében a szakirodalmi adatok alapján mutattam be a szerbiai egészségügyi rendszer működését és szerkezetét. Ezen belül, a szerbiai egészségügyi fekvőbeteg ellátást tekintve, az adatok arra utalnak, hogy az általános kórházak hatékonyságára vonatkozó több mutató is eltér (illetve jobban eltér, mint a többi intézmény típus esetén) az optimális értékektől és ezzel az optimális hatékonysági szinttől is. Az általános kórházak hatékonyságának a megvizsgálása és javítása fontos feladat a jövőre nézve. Mivel az általános kórházak foglalkoztatják országos szinten a legnagyobb számban az egészségügyi személyzetet (orvost, ápoló személyzet), az intézmények teljesítményének nyomon követése és értékelésére szolgáló rendszerek, a minőség javítását ösztönző fizetési struktúrák és a humánerőforrás stratégia hánya sebezhetővé tette az általános kórházakat működtetésük szempontjából. Így arra a következtetésre jutottam, hogy az általános kórházak munkaereje fontos tényezője a megfelelő ellátás biztosításának, illetve az ahhoz vezető átalakítási és átszervezési folyamatoknak.

A kérdőíves kutatásom eredményeit a disszertációm ötödik fejezetében mutattam be. Az egészségügyi intézményi humánerőforrás menedzsmenthez tartozó szempontokat az alkalmazottak viszonylag magasra értékelték. Az összes értékelendő tényező csoporthoz tartozó összes szempontot a válaszadók legnagyobb százaléka az 1-től 5-ig terjedő skálán 4-es értékkel („inkább egyetértek” válasszal) értékelte. Átlagosan nézve, a legalacsonyabban értékelték a munkaeszközöket, a munkahelyi felmérési rendszer sajátosságait, a munkahelyi képzést, a végrehajtási készségeket és az információ megosztást. A munkahelyi beosztás szignifikánsan befolyásolta az egyes szempontok értékelését. Ezek alapján korszerűsítést, módosítást és fejlesztést igényel a kórházak felszerelése, illetve a munkarend is revíziót érdemel. A munkahelyi felmérési rendszer is egy olyan tevékenység, mely az alkalmazottak véleménye szerint feltétlenül további fejlesztése igényel.

A munkahelyi etikára és erkölcsre vonatkozó szempontok értékelésének és elemzése azt mutatta ki, hogy a kutatásban résztvevő szerb általános kórházak egészségügyi dolgozói az európai kultúrában és keresztény hitvilágban társadalmilag elfogadott erkölcsi normáknak és egészségügyi etikának megfelelően válaszoltak. Viszont, az alkalmazottak neme, munkahelyi

beosztása és szakmai tapasztalata részben befolyásolta az erkölcsi és munkahelyi etikai szempontok értékelését.

Az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó szempontokat az beosztáson és szakmai tapasztalaton alapuló csoportok átlagosan nézve eltérően értékelték. Viszont, statisztikai elemzéssel megállapításra került, hogy (egy szempont kivételével) nincs szignifikáns összefüggés a válaszadók beosztása és válaszaik között. A többi szemponthoz képest a munkaező mennyiségének az értékelése viszonylag alacsonyabb értékeket mutatott. Statisztikai módszer alkalmazásával meghatározásra került az is, hogy az alkalmazottak véleménye szerint a munkahelyi felettes (vezetői) elégedettség is növekszik a páciensi elégedettség növekedésével.

A munkával való elégedettség vizsgálata azt mutatta ki, hogy a dolgozók többsége (több, mint fele) általánosságban nézve elégedett a munkahelyi körülményekkel, míg az elégedetlenek aránya csak 5,1% volt (a nagyon elégedetlenek aránya 6,6%). A válaszadók leginkább elégedettek a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködéssel, míg legkevésbé a munkájuk anyagi jutalmazásával. Emellett, a válaszadók többsége mérsékelten érzi magát feszültnek, stresszesnek vagy nyomás alatt a munkavégzés során és a válaszadók neme, beosztása és iskolai végzettsége nem befolyásolja a munkahelyi stressz mértékét. A következő öt évre vonatkozó terveket illetően, a válaszadók többsége azt tervezi, hogy az állami szektorban marad és összesen 17,5%-a tervezi elhagyni az állami egészségügyet. Statisztikai elemzés alapján kiderült, hogy a megvizsgált populációban a munkahelyi beosztás nem befolyásolja, viszont, a válaszadók neme befolyásolja az elkövetkezendő öt évre vonatkozó munkahelyi terveket, kívánságokat.

A kutatásban résztvevő dolgozók legnagyobb hányada (41,3%-a) egyáltalán nem gondolt még arra, hogy egy másik országba vállalnak el munkát egészségügyi szakmán belül, míg egy kicsit több, mint harmada (36,2%-a) már gondolkozott ezen a kérdésen. Az elvándorlási szándékhoz leginkább hozzájáruló tényezőként jelölték meg a betegek optimális módon való kezelését, majd ezt követik a társadalmi státusz, a munkabér, a szakmai fejlődés és a szellemi ösztönzés. Az átlagosan legkevésbé hozzájáruló tényezőként a munkahelyi stressz mértéke szerepel. A leoptimalisabb elvándorlási célországként Németország lett megjelölve. Ebben a kutatásban a célország kiválasztásához hozzájáruló tényezők nem lettek részletesebben megvizsgálva, az egy további kutatás témájaként szerepelhet.

A 53. mellékletben található táblázat összefoglalóan mutatja a kutatásom téziseit, azokhoz kapcsolódó hipotéziseket, és a hipotézisek statisztikai bizonyításának a módját.

A kutatásomból származó eredmények a vizsgálatban résztvevő alkalmazottak jelenlegi helyzetét és véleményét mutatják ki több területet érintően. Olyan "gyenge", illetve "erős" pontok körvonalazódtak ki, melyek a humán erőforrás további optimalizálására, fejlesztésére használhatók fel. Olyan hozzáállás kell kialakítani, illetve olyan politikát megvalósítani országos és intézményi szinten is, mely kötelezővé teszi az egészségügyi munkaező véleményének és szükségleteinek a megismerését, figyelembevételét, megvalósításának, illetve kielégítésének a biztosítását. Érdemes lenne bevezetni a komplett értékelési rendszert, melynek része a 360 fokos vezetői értékelés. Továbbá, fontos lenne megvalósítani az összes érdekcsoport bevonását biztosító minőségmenedzsment, illetve rendszeres felmérést az alkalmazottak öt éves terveire, munkahelyi etikájukra, az állami egészségügy elhagyási vagy külföldre elvándorlási szándékukra vonatkozóan, valamint munkahelyi stressz mértékét illetően.

8. Summary

In my dissertation, I investigated the opinions of employees of general hospitals in Serbia in several aspects of human resource management (attitudes towards and evaluation of organizational management, morale and work ethics, perceptions of quality of health care, job satisfaction and intention to emigrate). Employees of four general hospitals in Serbia participated in my research by anonymously filling in an online questionnaire. These four institutions are located in two regions of Serbia, three in Vojvodina and one in South and East Serbia. These two regions belong to the northern and southern group of regions in Serbia, but what is more noteworthy is that both of them represent regions less developed than the central Belgrade region, based on different indicators. In fact, we are talking about "rural" areas of Serbia, where inpatient care is mainly provided by general hospitals. Among all the health care institutions, I have chosen general hospitals because they are the most important institutions of the rural health care service in Serbia and form the "backbone" of rural health care.

At this point in time, health care institutions and human resources for health in Serbia are a topic of high importance. The country is only moderately prepared for EU accession in the field of health care. Various international reports highlight the lack of adequate management of health activities and health services in Serbia. In the forthcoming period, Serbia will need to strengthen and necessarily transform its overall public health management capacity and human resources for health.

In the third chapter of my dissertation, I presented the functioning and structure of the health care system in Serbia based on the literature. Regarding inpatient health care in Serbia, the data suggest that several indicators of efficiency in general hospitals deviate (or deviate more than for other types of facilities) from the optimal values and thus from the optimal level of efficiency. Examining and improving the efficiency of general hospitals is an important task for the future. As general hospitals employ the largest number of health personnel (doctors, nurses) at national level, the lack of systems to monitor and evaluate the performance of the institutions, of payment structures to encourage quality improvement and of a human resources strategy has made general hospitals vulnerable in terms of their functioning. Thus, I conclude that the workforce of general hospitals is an important factor in the provision of adequate care and in the restructuring and reorganisation processes that lead to it.

The results of my survey are presented in the fifth chapter of my dissertation. The aspects related to human resource management in health care institutions were rated relatively highly by the employees. The largest percentage of respondents rated all the factors they evaluated with a score of 4 ("tend to agree" response) on a scale of 1 to 5. On average, the lowest ratings were given to work tools, the specificity of the job evaluation system, on-the-job training, implementation skills and information sharing. Job title, which refers to the role (doctor, nurse, other employee) significantly influenced the rating of each aspect. These suggest that hospital equipment needs upgrading, modification and improvement, and that the work schedule needs revision. The job evaluation system is also an activity that in staff's opinion definitely needs further improvement.

The assessment and analysis of the aspects related to workplace ethics and morality showed that health care workers of Serbian general hospitals participating in the research responded in accordance with socially accepted moral standards and health care ethics in European culture and Christian beliefs. However, the gender, job title and professional experience of the employees partly influenced their assessment of moral and workplace ethics.

On average, the groups based on job title and professional experience rated aspects of quality of health care differently. However, statistical analysis revealed that (with the exception of one aspect) there was no significant correlation between respondents' job title and their responses. Compared to the other aspects, the evaluation of the quantity of the workforce

showed relatively lower scores. Using a statistical method, it was also determined that employees' perceptions of job supervisor (manager) satisfaction also increased as patient satisfaction increased.

The job satisfaction survey found that the majority of employees (more than half) were generally satisfied with their working conditions, while the proportion of dissatisfied employees was only 5.1% (6.6% were highly dissatisfied). Respondents were most satisfied with their interactions with colleagues and managers, and least satisfied with the financial rewards of their work. In addition, the majority of respondents feel moderately stressed, stressed or under pressure at work and respondents' gender, job title and education do not influence the level of stress at work. In terms of plans for the upcoming five years, the majority of respondents plan to stay in the public sector and a total of 17.5% plan to leave the public sector. Statistical analysis revealed that in the population studied, job assignment does not influence, however, the gender of the respondents does influence their job plans and intentions for the next five years. The largest proportion of workers surveyed (41.3%) had not considered moving to another country for work in the health sector, while just over a third (36.2%) had already thought about it. The most important factor identified as contributing to the intention to emigrate was the optimal way of treating patients, followed by social status, salary, professional development and intellectual stimulation. The least contributing factor on average was the level of stress at work. Germany was identified as the most optimal destination for emigration. The factors contributing to the choice of destination country were not examined in detail in this research and could be the subject of further research.

The table in Annex 53 summarises the theses of my research, the hypotheses associated with them, and the statistical methods used to prove the hypotheses.

The results from my research reveal the current situation and perceptions of the employees surveyed regarding several domains. "Weak" and "strong" points were outlined which can be used for further optimization and development of human resources. An appropriate approach and policy should be developed and implemented at national and institutional level to ensure that the views and needs of the health workforce are heard, taken into account, implemented and satisfied. It would be worth implementing a complete evaluation system, including a 360-degree management evaluation. Furthermore, it would be important to establish quality management involving all stakeholders, and to carry out regular surveys on employees' five-year plans, their work ethics, their intention to leave the public health system or to migrate abroad, and their level of stress at work.

Irodalomjegyzék

- Adzic, S. & Adzic, J., 2009. The Public Healthcare System in the Transition Countries the Case Study of Serbia. In: Barković, D. & Runzheimer, B., ed., 2009. *Interdisciplinary Management Research V*. Osijek: The Josip Juraj Strossmayer University of Osijek. pp. 515-540.
- Agarwal, R. & Green, R. & Agarwal, N. & Randhawa, K., 2016. Benchmarking management practices in Australian public healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 30(1), pp. 31-56. <https://doi.org/10.1108/JHOM-07-2013-0143>
- Ahmad, O.B., 2005. Managing medical migration from poor countries. *BMJ*, 331(7507), pp. 43-45. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7507.43>
- Albrecht, T. & Polin, K. & Pribaković Brinovec, R. & Kuhar, M. & Poldrugovac, M. & Ogrin Rehberger, P. & Prevolnik Rupel, V. & Vracko, P., 2021. Slovenia: health system review 2021. *Health Systems in Transition*, 23 (1), pp. 1-183. Elérhető: <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/slovenia-health-system-review-2021> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.12.].
- Aleksić J. & Stevanović I. & Gajić-Stevanović M., 2014. The Role of Managers in Improving the Health Care System in Serbia. *Stomatoloski glasnik Srbije*, 61 (3), pp. 142-148. <https://doi.org/10.2298/SGS1403142A>
- Ali, M. & Debela, M. & Bamud, T., 2017. Technical efficiency of selected hospitals in Eastern Ethiopia. *Health Economics Review*. 7(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s13561-017-0161-7>
- Ambrose, S. C. & Matthews, L. M. & Rutherford, B. N., 2018. Cross-functional teams and social identity theory: A study of sales and operations planning (S&OP). *Journal of Business Research*, 92 (5), pp. 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.jbusres.2018.07.052>
- Ameti, T., 2020. Organizational change - importance and effective management of change. *Trends in Economics, Finance, and Management Journal*, 2(2), pp. 59-68. Elérhető: <https://tefmj.ibupress.com/articles/organizational-change---importance-and-effective-management-of-change> [Hozzáférés dátuma: 2024.09.12.].
- Anglin, A. & Kincaid, P. & Short, J. & Allen, D., 2022. Role Theory Perspectives: Past, Present, and Future Applications of Role Theories in Management Research. *Journal of Management*, 48(6), pp. 1469-1502. <https://doi.org/10.1177/01492063221081442>
- Arsenijević, J. & Pavlova, M. & Groot, W., 2015. Out-of-pocket payments for health care in Serbia. *Health Policy*, 119(10), pp. 1366-1374. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.07.005>
- Aristotle, 1983. *Aristotle's Physics, books III and IV*. Oxford: Clarendon Press.
- B. Nagy, S., 2008. *Szervezetfejlesztés, változásmenedzsment*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E., 2017. Job demands-resources theory: taking stock and looking forward. *Journal of Occupational Health Psychology*, 22(3), pp. 273–285. <https://doi.org/10.1037/ocp0000056>
- Baker, R.G., 2001. Healthcare managers in the complex world of healthcare. *Frontiers of Health Services Management*, 18(2), pp. 23-32. <https://doi.org/10.1097/01974520-200110000-00005>
- Baranyi, M. & Nagy, M., 2020. *Statisztika. I. április 20. [labor gyakorlat]*. Budapest: Budapesti Műszaki és gazdaságtudományi Egyetem, Matematika Intézet
- Barnard, C.I., 2003. *Organization and Management: Selected Papers*. London: Routledge.
- Bartneck, C. & Lütge, C. & Wagner, A. & Welsh, S., 2021. *An Introduction to Ethics in Robotics and AI*. New York: Springer Cham. Elérhető: <https://doi.org/10.1007/978-3-030-51110-4> [Hozzáférés dátuma: 2024.03.21.].

- Bassi, L. & McMurrer, D., 2007. Maximizing your return on people. *Harvard business review*, 85 (3), pp. 115-123.
- Bateman, T.S. & Snell, S. & Konopaske, R., 2016. *Management: Leading and Collaborating in a Competitive World*. London: McGraw-Hill Education.
- Bauer, A. & Mitev A. Z., 2016. *Eladásmenedzsment. A személyes értékesítés folyamata és irányítása*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Bhatnagar, K. & Srivastava, K., 2012. Job satisfaction in health-care organizations. *Industrial Psychiatry Journal*, 21(1), pp. 75-78. <https://doi.org/10.4103/0972-6748.110959>
- Bjegovic-Mikanovic, V., 2016. Governance and management of health care institutions in Serbia: An overview of recent developments. *South Eastern European Journal of Public Health*, 5(1) <https://doi.org/10.4119/seejph-1827>
- Bjegovic-Mikanovic V. & Vasic M. & Vukovic D. & Jankovic J. & Jovic-Vranes A. & Santric-Milicevic M. & Terzic-Supic Z. & Hernández-Quevedo C., 2019. *Serbia: Health system review. Health Systems in Transition*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Elérhető: <https://iris.who.int/handle/10665/331644> [Hozzáférés dátuma: 2024.08.02.].
- Bogičević Milikić, B., 2006. *Menadžment ljudskih resursa*. Beograd: Centar za izdavačku delatnost Ekonomskog fakulteta.
- Boncz, I., 2015. *Kutatásmódszertani alapismeretek*. Pécs: Pécsi Tudományegyetem. Elérhető: http://www.etk.pte.hu/protected/OktatasiAnyagok/%21Palyazati/sport/Kutatasmodszertan_e.pdf [Hozzáférés dátuma: 2025.05.09.].
- Boros, L. & Dudás, G. & Ilcsikné Makra, Zs. & Morar, C. & Pál, V., 2022. The migration of health care professionals from Hungary - global flows and local responses. *DEUROPE - The Central European Journal of Tourism and Regional Development*. 14 (1), pp. 164-188. <https://doi.org/10.32725/det.2022.009>
- Bossert, T. & Barnighausen, T. & Bowser, D. & Mitchell, A. & Gedik, G., 2007. *Assessing Financing, Education, Management and Policy Context for Strategic Planning of Human Resources for Health*. Geneva: World Health Organization. Elérhető: <https://iris.who.int/handle/10665/43780> [Hozzáférés dátuma: 2024.08.02.].
- Bosque-Mercader, L. & Siciliani, L., 2023. The association between bed occupancy rates and hospital quality in the English National Health Service. *The European Journal of Health Economics*, 24(2), pp. 209-236. <https://doi.org/10.1007/s10198-022-01464-8>
- Botezat, A. & Moraru, A., 2020. Brain drain from Romania: what do we know so far about the Romanian medical diaspora? *Eastern Journal of European Studies, Centre for European Studies, Alexandru Ioan Cuza University*, 11(1), pp. 309-334. Elérhető: https://ejes.uaic.ro/articles/EJES2020_1101_BOT.pdf [Hozzáférés dátuma: 2025.05.12.].
- Brito Fernandes, Ó. & Hölgyesi, Á. & Péntek, M., 2022. Patient-centred care in Hungary: Contributions to foster a policy agenda. *The journal of evidence and quality in health care*, 171(2), pp. 58-61. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.015>
- Bulat V., 2008. *Menadžment, izmenjeno i dopunjeno izdanje*. Kruševac: ICIM Plus.
- Cayrat, C. & Boxall, P., 2023. The roles of the HR function: A systematic review of tensions, continuity and change. *Human Resource Management Review*, 33(4), 100984. <https://doi.org/10.1016/j.hrmr.2023.100984>
- Christensen, M., 2014. Communication as a Strategic Tool in Change Processes. *International Journal of Business Communication*, 51(4), pp. 359-385. <https://doi.org/10.1177/2329488414525442>
- Cohen, L. & Manion, L., & Morrison, K., 2017. *Research Methods in Education. Eighth edition*. London: Routledge. Elérhető: <https://doi.org/10.4324/9781315456539> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.09.].

- Cseh, B. & Balogh, Z. & Takács, J. & Túri, G. & Dózsa, CL., 2024. Organizational development and management factors involved in the prevention and effective therapy of pressure ulcers: The results of the national survey conducted among Hungarian public hospitals. *International Wound Journal*, 21(1), e14655. <https://doi.org/10.1111/iwj.14655>
- Cuneo, T., 2020. *A Dictionary of Ethics*. Oxford: Oxford University Press. Elérhető: <https://doi.org/10.1093/acref/9780191835759.001.0001> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.09.].
- Csedő, Z. & Zavarkó, M., 2021. *Társaságirányítás*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Csolák, E. H. & Musinszki, Z. & Lipták, K., 2023. Regional differences in the management and financial performance of hospitals in Hungary. *Economic and Regional Studies*, 16(2), pp. 257-274. <https://doi.org/10.2478/ers-2023-0017>
- Dajnoki, K. & Ujhelyi, M. & Filep, R., 2021. Motiváció vizsgálata Herzberg kéttényezős modellje és az öndeterminációs elmélet alapján. *Studia Mundi – Economica*, 8 (2), pp. 2-12. <https://doi.org/10.18531/Studia.Mundi.2021.08.02.2-12>
- Darr, K., 2015. Management Education in Public Health: Further Considerations. *International Journal of Health Policy and Management*, 4(12), pp. 861-863. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.158>
- Deriba, B.K. & Sinke, S.O. & Ereso, B.M. & Badacho, A.S., 2017. Health professionals' job satisfaction and associated factors at public health centers in West Ethiopia. *Human Resources for Health*, 15(1):36. <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0206-3>
- Dinić, M. & Šantrić Milićević, M. & Mandić-Rajčević, S. & Tripković K., 2021. Health workforce management in the context of the COVID-19 pandemic: A survey of physicians in Serbia. *International Journal of Health Planning and Management*, 36(S1), pp. 92-111. <https://doi.org/10.1002/hpm.3141>
- Dragić, M., 2015. *Upravljanje resursima u zdravstvu*. Prijedor: Visoka medicinska škola Prijedor.
- Dobos, A. & Feith, H. J. & Némethné Gradwohl, E. & Marácz, F. & Sztrilich, A., 2020. *Társadalmi normák az egészségügyben I*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Donabedian, A., 1980. *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. Ann Arbor: Health Administration Press.
- Dubas-Jakóbczyk, K. & Albrecht, T. & Behmane, D. & Bryndova, L. & Dimova, A. & Džakula, A. & Habicht, T. & Murauskiene, L., & Scintee, S.G. & Smatana, M. & Velkey, Z. & Quentin, W., 2020. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy*, 214(4), pp. 368-379. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003>
- Džakula, A. & Vočanec, D. & Banadinović, M. & Vajagić, M. & Lončarek, K. & Lukačević Lovrenčić, I. & Radin, D. & Rechel, B., 2024. *Croatia: Health System Summary, 2024*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe. Elérhető: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379910/9789289059961-eng.pdf?sequence=1> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.12].
- European Commission: Directorate-General for Research and Innovation, Hollanders, H. & Es-Sadki, N., 2023. *Regional Innovation Scoreboard 2023*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Elérhető: <https://data.europa.eu/doi/10.2777/70412> [Hozzáférés dátuma: 2024.08.14.].
- Farrell, T.W. & Ferrante, L.E. & Brown, T. & Francis, L. & Widera, E. & Rhodes, R. & Rosen, T. & Hwang, U. & Witt, L.J. & Thothala, N. & Liu, S.W. & Vitale, C.A. & Braun, U.K. & Stephens, C. & Saliba, D., 2020. AGS Position Statement: Resource

- Allocation Strategies and Age-Related Considerations in the COVID-19 Era and Beyond. *Journal of the American Geriatrics Society*, 68(6), pp. 1136-1142. <https://doi.org/10.1111/jgs.16537>
- Fink, A., 2003. *How to Sample in Surveys. Second edition*. New York: SAGE Publications, Inc. Elérhető: <https://doi.org/10.4135/9781412984478> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.09.].
- Fort, A. & Pacqué-Margolis, S. & Ng, C. & Kauffman, S. & Nicholson, E., 2015. *Human Resources for Health (HRH) Indicator Compendium*. Chapel Hill: IntraHealth International. Elérhető: <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4791.6244> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.08.].
- Forum für Mittelost- und Südosteuropa (FOMOSO), 2025. *Transformation of healthcare systems of Visegrád countries and Romania: divergent ways of tackling common problems*. Elérhető: https://www.fomoso.org/en/mosopedia/research/transformation-of-healthcare-systems-of-visegrad-countries-and-romania-divergent-ways-of-tackling-common-problems/?utm_source=chatgpt.com [Hozzáférés dátuma: 2025.05.14.].
- Gacevic, M. & Santric Milicevic, M. & Vasic, M. & Horozovic, V. & Milicevic, M. & Milic, N., 2018. The relationship between dual practice, intention to work abroad and job satisfaction: A population-based study in the Serbian public healthcare sector. *Health Policy*, 122(10), pp. 1132-1139. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.09.004>
- Gajic-Stevanovic, M. & Stevanovic, I., 2023. Overview of changes in the health sector and its financing in the Republic of Serbia in the period 2004-2020. *Stomatoloski glasnik Srbije*, 70(2), pp. 93-101. <https://doi.org/10.2298/SGS2302095G>
- Galanakis, M. & Peramatzis, G., 2022. Herzberg's Motivation Theory in Workplace. *Journal of Psychology Research*, 12 (1), pp. 971-978. <https://doi.org/10.17265/2159-5542/2022.12.009>
- Gebreheat, G. & Teame, H. & Costa, E.I., 2023. The Impact of Transformational Leadership Style on Nurses' Job Satisfaction: An Integrative Review. *SAGE Open Nursing*, 9:23779608231197428. <https://doi.org/10.1177/23779608231197428>
- Ghaleb, B. D. S., 2024. Towards A Dynamic Model of Human Needs: A Critical Analysis of Maslow's Hierarchy. *International Journal of Multidisciplinary Approach Research and Science*, 2(03), pp. 1028–1046. <https://doi.org/10.59653/ijmars.v2i03.674>
- Giancotti, M. & Guglielmo, A. & Mauro, M., 2017. Efficiency and optimal size of hospitals: Results of a systematic search. *PLoS ONE*, 12(3), e0174533. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174533>
- Golić, R., & Joksimović, M., 2017. Regionalization of Serbia as an instrument of balanced regional development and reduction of regional inequalities. *Zbornik radova - Geografski fakultet Univerziteta u Beogradu*, 65(1a), pp. 209-226. <https://doi.org/10.5937/zrgfub1765209G>
- Green, L.V., 2002. How Many Hospital Beds? *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 39(4), pp. 400-412. <https://doi.org/10.5034/inquiryjrnl.39.4.400>
- Grosek, Š. & Kučan, R. & Grošelj, J. & Oražem, M. & Grošelj, U. & Erčulj, V. & Lajovic, J. & Borovečki, A. & Ivanc, B., 2020. The first nationwide study on facing and solving ethical dilemmas among healthcare professionals in Slovenia. *PLoS One*, 15(7), e0235509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235509>
- Grönroos, C., 1994. From Scientific Management to Service Management: A Management Perspective for the Age of Service Competition. *International Journal of Service Industry Management*, 5(1), pp. 5-20. <https://doi.org/10.1108/09564239410051885>

- Grujičić, M. & Jovičić-Bata, J. & Rađen, S. & Novaković, B. & Šipetić-Grujičić, S., 2016. Work motivation and job satisfaction of health workers in urban and rural areas. *Vojnosanitetski preglad*, 73(8), pp.735-743. <https://doi.org/10.2298/VSP140715062G>
- Gulášová, I. & Görnerová, L. & Breza, J.Jr & Breza, J.Sr, 1994. Ethical aspects of euthanasia. *Prosopon. Europejskie Studia Społeczno-Humanistyczne*, 3(9), pp. 35-41. Elérhető: https://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.ojs-issn-1730-0266-year-2014-issue-3_9_-article-0ef41861-7742-303a-bc40-fed45a7db9c [Hozzáférés dátuma: 2024.12.01.].
- Győri, Á., 2022. A társadalmi egyenlőtlenségek és az egészség összefüggései Magyarországon. *Statisztikai Szemle*, 100(7), pp. 645-670. <https://doi.org/10.20311/stat2022.7.hu0645>
- Gyulavári, T. & Mitev, A. Z. & Neulinger, Á. & Neumann-Bódi, E. & Simon, J. & Szűcs, K., 2017. *A marketingkutatás alapjai*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Hackman, J.R. & Oldman, G.R., 1975. Development of the Job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology*, 60 (2), pp. 159-170. <https://doi.org/10.1037/h0076546>
- Haidt, J. 2007. The new synthesis in moral psychology. *Science*, 316(5827), pp. 998-1002. <https://doi.org/10.1126/science.1137651>
- Henry, C., 1995. *Professional Ethics and Organizational Change in Education and Health*. London: Edward Arnold.
- Herzberg, F. & Mausner, B. & Snyderman B., 1959. *The motivation to work*. New York: Wiley.
- Herzberg, F., 2003. One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review*, 81(1), pp. 87-96. Elérhető: <https://hbr.org/2003/01/one-more-time-how-do-you-motivate-employees> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.08.].
- Homedes, N. & Ugalde, A., 2005. Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. *Human Resources for Health*, 3(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-3-1>
- Hrgović, Z. & Ursić, L. & Krstulović, J. & Viđak, M. & Znaor, L. & Marušić, A., 2025. Perception of the ethical climate among hospital employees in a public healthcare system: a cross-sectional survey at the University Hospital of Split, Croatia. *BMC Medical Ethics*, 26(1), 59. <https://doi.org/10.1186/s12910-025-01217-1>
- Hudays, A. & Gary, F. & Voss, J. G. & Arishi, A. & Alfar, Z. A. & Algodimi, A. M., & Fitzpatrick, J. J., 2024. Factors Influencing Job Satisfaction among Mental Health Nurses: A Systematic Review. *Healthcare*, 12(20), 2040. <https://doi.org/10.3390/healthcare12202040>
- Iammarino, S. & Rodriguez-Pose, A. & Storper, M., 2019. Regional in equality in Europe: evidence, theory and policy implications. *Journal of Economic Geography*, 19 (2), pp. 273–298. <https://doi.org/10.1093/jeg/lby021>
- Ilori, O. & Kolawole, T.O. & Olaboye, J.A., 2024. Ethical dilemmas in healthcare management: A comprehensive review. *International Medical Science Research Journal*, 4(6), pp. 703-725. <https://doi.org/10.51594/imsrj.v4i6.1251>
- Ivanič, V., 2023. Overcoming Regional Disparities in Serbia through Regional Innovation Systems at the NUTS II Level. *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek*, 20 (3), pp. 35-53. <http://doi.org/10.32976/stratfuz.2023.23>
- Ivanković, D. & Fonseca, V.R. & Katsapi, A. & Karaïskou, A. & Angelopoulos, G. & Garofil, D. & Rogobete, A. & Klazinga, N. & Azzopardi-Muscat, N. & Breda, J., 2024. Developing and piloting a set of quality-of-care indicators for Romanian public hospitals as part of a national programme to fund quality. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1242. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11462-6>

- Jackson, J. 1998. Contemporary criticisms of role theory. *Journal of Occupational Science*, 5 (2), pp. 49-55. <https://doi.org/10.1080/14427591.1998.9686433>
- Jacobs, R. & Goddard, M., 2002. Trade-offs in social health insurance systems. *International Journal of Social Economics*, 29 (11), pp. 861-875. <https://doi.org/10.1108/03068290210446276>
- Jakopin, E., 2015. Regional drivers of economic growth. *Ekonomika preduzeća*, 63 (1-2), pp. 99-113. <http://doi.org/10.5937/ekopre1502099J>
- Janković, D., 2011. Zdravstveno osiguranje kao faktor troškova zdravstvene zaštite. *Škola biznisa*, 4(1), pp. 69-82. Elérhető: <https://www.vps.ns.ac.rs/SB/2011/8.7.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.16.].
- Jokić, V. & Dželebdžić, O. & Petovar, K., 2015. Human capital and its spatial distribution as limiting factors for the balanced development of Serbia. *Spatium*, 1(34), pp. 46-55. <https://doi.org/10.2298/SPAT1534046J>
- Kanbur, R. & Venables, A., 2005. *Spatial Inequality and Development*. New York: Oxford University Press. Elérhető: <https://doi.org/10.1093/0199278636.001.0001> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.12.].
- Kant, I., 1998. *Groundwork of the Metaphysics of Morals (Cambridge Texts in the History of Philosophy)*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Karadaş, A. & Doğu, Ö. & Kaynak, S., 2022. The Effect of Nurse-Nurse Collaboration Level on Job Satisfaction. *Cyprus Journal of Medical Sciences*, 7(1), pp.128-135. <https://doi.org/10.4274/cjms.2021.2959>
- Kemény, I. & Simon, J. & Berezvai, Z. & Kun, Zs., 2021. *Marketingkutatók kvantitatív módszerei. Segédanyag SPSS program használatához*. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem Marketing Intézet.
- Klemenc-Ketis, Z. & Kersnik, J. & Ojstersek, J. 2008. Perceived difficulties in managing ethical problems in family practice in Slovenia: cross-sectional study. *Croatian medical journal*, 49(6), pp. 799-806. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.49.799>
- Kline, D. S., 2003. Push and pull factors in international nurse migration. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(2), pp. 107-111. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.2003.00107.x>
- Kmezić, S. & Đulić, K., 2018. Serbia: Local government financing and non-transparency of fiscal data. In: Bartlett, W. & Kmezić, S. & Đulić, K., ed., 2018. *Fiscal Decentralisation, Local Government and Policy Reversals in Southeastern Europe*. London: Palgrave Macmillan. pp. 83-121.
- Kocsicska, I., 2024. Migrációs szándék: egészségügyi dolgozók attitűdjének vizsgálata négy szerbiai általános kórházban. *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek*, 21 (1), pp. 138-149. <https://doi.org/10.32976/stratfuz.2024.11>
- Kostadinović, I. & Stanković, S., 2020. The analysis of the regional disproportions in the labor market in the Republic of Serbia. *Ekonomika*, 66 (1), pp. 25-35. <https://doi.org/10.5937/ekonomika2001025k>
- Kotter, J.P., (1998). Winning at change. *Leader to Leader*, 1998(10), pp. 27-33. <https://doi.org/10.1002/ltl.40619981009>
- Kovács, J. 2024. *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Kreitner, R. & Kinicki, A., 1989. *Organizational behavior*. Boston: McGraw-Hill Irwin.
- Kuburović, N.B. & Dedić, V. & Djuricić, S. & Kuburović, V., 2016. Determinants of job satisfaction of healthcare professionals in public hospitals in Belgrade, Serbia-Cross-sectional analysis. *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*, 144(3-4), pp. 165-173. <https://doi.org/10.2298/SARH1604165K>

- Labaronne, L. & Müller, A., 2023. Mapping out the Roles of Top Management in Nonprofit Arts and Cultural Organizations. *The Journal of Arts Management, Law, and Society*, 54(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/10632921.2023.2285476>
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. 2022. *Management Information Systems: Managing the Digital Firm*. Seventeenth edition, London: Pearson Education.
- Lephalala, R.P. & Ehlers, V.J. & Oosthuizen, M.J., 2008. Factors influencing nurses' job satisfaction in selected private hospitals in England. *Curationis*, 31(3), pp.60-69. <https://doi.org/10.4102/curationis.v31i3.1040>
- Letenyei, L., 2012. A rugalmas kérdőívezés, mint válasz a nemválaszolás jelentette kihívásra. In: Balog, I. & Balog, P. & Jancsák, Cs. & Lencsés, Gy. & Lőrinczi, J. & Rácz, A. & Vincze, A. ed., 2012. *A szociológia szemüvegén keresztül: tanulmányok Feleky Gábor 60. születésnapjára*. Szeged: Belvedere Meridionale. pp. 169–190.
- Li, J. & Shi, L. & Liang, H. & Ding, G. & Xu, L., 2018. Urban-rural disparities in health care utilization among Chinese adults from 1993 to 2011. *BMC Health Services Research*, 18(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-2905-4>
- Lipták, K., 2019. Analysis of the Factors of Social Innovation and Competitiveness in Hungary. *PEOPLE: International Journal of Social Sciences*, 5(3), pp. 80-98. <https://doi.org/10.20319/pijss.2019.53.8098>
- Lipták, K., 2023. Néhány gondolat a magyarországi vidéki térségekről. *Gazdálkodás*, 67 (3), pp. 277–280. https://doi.org/10.53079/GAZDALKODAS.67.3.v.pp_277-280
- Lohr, K.N. & Schroeder, S.A., 1990. A strategy for Quality Assurance in Medicare. *The New England Journal of Medicine*, 322(10), pp. 707-712. <https://doi.org/10.1056/nejm199003083221031>
- Lončarević, R. & Mašić, B. & Đorđević - Boljanović, J., 2007. *Menadžment principi, koncepti i procesi*. Beograd: Univerzitet Singidunum.
- Lorange, P. & Vancil, R.F., 1977. *Strategic Planning Systems*. Englewood Cliffs: Prentice Hall, Inc.
- Lorber, M. & Treven, S. & Mumel D., 2020. Well-Being and Satisfaction of Nurses in Slovenian Hospitals: A Cross-Sectional Study. *Slovenian Journal of Public Health*, 59(3), pp. 180-188. <https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0023>
- Lović Obradović, S. & Matović, S., 2018. Spatial demographic inequalities and regional development in Serbia. *R-economy*, 4 (3), pp. 88-94. <https://doi.org/10.15826/recon.2018.4.3.013>
- Luce, J.M. & White, D.B. 2009. A History of Ethics and Law in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 25 (1), pp. 221-237. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2008.10.002>
- Mandl, J., 2025. Az Egészségügyi Tudományos Tanács feladatai, funkciója a magyar kutatás-etikai közigazgatás kialakításában. *Orvosi Hetilap*, 166(16), pp. 599-605. <https://doi.org/10.1556/650.2025.33290>
- Málovics, É. & Behrends, T., 2004. A szervezeti kultúra megközelítései - A komplexitás nyomában. *Marketing & Menedzsment*, 38(3), pp. 68–76. Elérhető: <https://journals.lib.pte.hu/index.php/mm/article/view/1149> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.12.].
- Mamman, A., & Al Kulaiby, K. Z., 2014. Is Ulrich's model useful in understanding HR practitioners' roles in non-western developing countries? An exploratory investigation across private and public sector organizations in the Sultanate Kingdom of Oman. *The International Journal of Human Resource Management*, 25(20), pp.2811 - 2836. <https://doi.org/10.1080/09585192.2014.914053>
- Manić, E. & Mitrović, Đ. & Popović, S., 2017. Regional disparity analysis of business conditions: The case of Serbia. *Ekonomika preduzeća*, 65(3-4), pp. 275-293. <https://doi.org/10.5937/EKOPRE1704275M>

- Manić, E. & Mitrović, Đ., 2021. Unbalanced Development - Regional Disparity Analysis in Serbia. *Economic Themes*, 59 (1), pp. 45-60. <https://doi.org/10.2478/ethemes-2021-0003>
- Mappes, T.A. & Zembaty, J., 1986. *Biomedical Ethics*. 2nd edition, Blacklick: McGraw-Hill Companies.
- Martineau, T. & Ozano, K. & Raven, J. & Mansour, W. & Bay, F. & Nkhoma, D. & Badr, E. & Baral, S. & Regmi, S. & Caffrey, M., 2022. Improving health workforce governance: the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health. *Human Resources for Health*, 20(1), 47. <https://doi.org/10.1186/s12960-022-00742-z>
- Martinov-Cvejin, M., 2009. *Organizacija zdravstvenih ustanova*. Banja Luka: Panevropski univerzitet.
- Maslow, A. H., 1954. *Motivation and personality*. New York: Harpers & Row.
- McGregor, D., 1960. *The human side of enterprise*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Medarević, A. & Vuković, D., 2021. Efficiency and Productivity of Public Hospitals in Serbia Using DEA-Malmquist Model and Tobit Regression Model, 2015–2019. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23), 12475. <https://doi.org/10.3390/ijerph182312475>
- Mensah, R.O. & Agyemang, E., 2020. A Comparative Philosophical Analysis of the Kantian Principle of Moral Theory and the Utilitarian Theory: Applications and Critiques. *Journal of Humanities & Social Sciences*, 3(3), pp. 127-131. <https://doi.org/10.33140/JHSS.03.03.02>
- Mintzberg, H., 1973. *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row.
- Mintzberg, H., 2013. *Simply Managing: What Managers Do and Can Do Better*. San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Mihajlović, B. & Kostić, N., 2005. *Menadžment u zdravstvu*. Beograd: Čigoja štampa.
- Miller, M.J. & Woehr, D.J. & Hudspeth, N., 2002. The meaning and measurement of work ethic: Construction and initial validation of a multidimensional inventory. *Journal of Vocational Behavior*, 60 (3), pp. 451–489. <https://doi.org/10.1006/jvbe.2001.1838>
- Mitrasevic, M. & Radovanovic, S. & Radevic, S. & Maricic, M. & Zivanović Macuzic, I. & Kanjevac, T., 2020. The Unmet Healthcare Needs: Evidence from Serbia. *Iranian Journal of Public Health*, 49(9), pp. 1650-1658. <https://doi.org/10.18502/ijph.v49i9.4081>
- Mitrović, M. & Gavrilović, A., 2013. Organizacija i menadžment u zdravstvenom sistemu Srbije. *FBIM Transactions*, 1 (2), pp. 145-158. <https://doi.org/10.12709/fbim.01.01.02.15>
- Nikić, D. & Arandelović, M. & Nikolić, M. & Stanković, A., 2008. Job satisfaction in health care workers. *Acta medica Medianae*, 47 (4), pp. 9-12.
- Novák, K., 2024. A betegtájékoztatás kiemelt fontossága betegjogi szempontból (2021-2023 évek összehasonlítása). *IME Innováció Menedzsment Egészségügy*, 23 (3), pp. 45-52. <https://doi.org/10.53020/IME-2024-305>
- Ogujiuba, K. & Anjofui, P. & Stiegler, N., 2019. Push and Pull Factors of International Migration: Evidence from Migrants in South Africa. *Journal of African Union Studies*, 8(2), pp. 219-250. Elérhető: <https://journals.co.za/doi/abs/10.31920/2050-4306/2019/8n2a12> [Hozzáférés dátuma: 2024.12.03.].
- Orešković, S. & Benković, V., 2024. Healthcare professionals' perspective on managing the healthcare system in Croatia: a cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 65(4), pp. 339-348. <https://doi.org/10.3325/cmj.2024.65.339>
- Orosz, E., 1990. Regional inequalities in the Hungarian health system, *Geoforum*, 21(2), pp. 245-259. [https://doi.org/10.1016/0016-7185\(90\)90043-6](https://doi.org/10.1016/0016-7185(90)90043-6)

- Øvretveit, J., 1992. *Health Service Quality: An introduction to Quality Methods for Health Services*. Boston: Blackwell Scientific.
- Pantenburg, B. & Kitze, K. & Lupp M. & König, H.H. & Riedel-Heller, S.G., 2018. Physician emigration from Germany: insights from a survey in Saxony, Germany. *BMC Health Services Research*, 18(1), 341. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3142-6>
- Petrovics, P. & Géczi-Papp, R., s.a. *Keresztábra elemzés az SPSS-ben*. s.a. [órai előadás] Miskolc: Miskolci Egyetem, Gazdaságtudományi Kar.
- Pfeffer, J. & Salancik, G.R., 1978. *The external control of organizations : a resource dependence perspective*. New York : Harper & Row.
- Poroch, V. & Agheorghiesei, D. T., 2018. A Possible Diagnostic of the State of Health of Ethics Management in the Hospitals in Romania - an Exploratory Study. *Postmodern Openings*, 9 (2), pp. 225-253. <https://doi.org/10.18662/po/30>
- Puhanić, P. & Erić, S. & Talapko, J. & Škrlec, I., 2022. Job Satisfaction and Burnout in Croatian Physiotherapists. *Healthcare*, 10(5), 905. <https://doi.org/10.3390/healthcare10050905>
- Radević, I. & Alfrević, N. & Lojpur A., 2022. Corruption, public trust and medical autonomy in the public health sector of Montenegro: Taking stock of the COVID-19 influence. *PLoS One*, 17(9), e0274318. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274318>
- Ravaghi, H. & Alidoost, S. & Mannion, R. & Bélorgeot, V.D., 2020. Models and methods for determining the optimal number of beds in hospitals and regions: a systematic scoping review. *BMC Health Services Research*, 20(1), 186. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-5023-z>
- Rencz, F., 2022. *Kérdőívtervezés. Egyetemi jegyzet*. Budapest: Budapesti Corvinus Egyetem. Elérhető: https://unipub.lib.uni-corvinus.hu/7671/1/Kerdoivtervezes_egyetemi_jegyzet.pdf [Hozzáférés dátuma: 2025.05.09.].
- Rojas, M. & Méndez, A. & Watkins-Fassler, K., 2023. The hierarchy of needs empirical examination of Maslow's theory and lessons for development. *World Development*, 165, 106185 <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2023.106185>
- Romaniuk, P. & Szromek, A.R. 2016. The evolution of the health system outcomes in Central and Eastern Europe and their association with social, economic and political factors: an analysis of 25 years of transition. *BMC Health Services Research*, 16, 95. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1344-3>
- Rurik, I. & Nánási, A. & Jancsó, Z. & Kalabay, L. & Láncki, L.I. & Móczár, Cs. & Semanova, Cs. & Schmidt, P. & Torzsa, P. & Ungvári, T. & Kolozsvári, L.R., 2021. Evaluation of primary care services in Hungary: a comprehensive description of provision, professional competences, cooperation, financing, and infrastructure, based on the findings of the Hungarian-arm of the QUALICOPC study. *Primary Health Care Research & Development*, 22, e36. <https://doi.org/10.1017/S1463423621000438>
- Sahin, I. & Akyürek, C.E. & Yavuz, S., 2014. Assessment of Effect of Leadership Behaviour Perceptions and Organizational Commitment of Hospital Employees on Job Satisfaction with Structural Equation Modelling. *Journal of Health Management*, 16(2), pp.161-182. <https://doi.org/10.1177/0972063414526111>
- Sammut, R. & Briffa, B. & Curtis, E.A., 2021. Distributed leadership and nurses' job satisfaction: a survey. *Leadership Health Services*, 34(1), pp. 37-51. <https://doi.org/10.1108/LHS-07-2020-0052>
- Santric Milicevic, M.M. & Bjegovic-Mikanovic, V.M. & Terzic-Supic, Z.J. & Vasic, V., 2011. Competencies gap of management teams in primary health care. *European Journal of Public Health*, 21(2), pp. 247-253. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq010>

- Santric Milicevic, M. & Vasic, V. & Marinkovic, J., 2013. Physician and nurse supply in Serbia using time-series data. *Human Resources for Health*, 11 (1), 27 <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-27>
- Santric Milicevic, M. & Terzic Supic, Z. & Matejic, B. & Vasic, V. & Ricketts, T.C. 3rd., 2014. First- and fifth-year medical students' intention for emigration and practice abroad: a case study of Serbia. *Health Policy*, 118(2), pp. 173-183. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.09.018>
- Santric Milicevic, M. & Matejic, B. & Terzic-Supic, Z. & Vasic, V. & Babic, U. & Vukovic, V., 2015a. Determinants of intention to work abroad of college and specialist nursing graduates in Serbia. *Nurse Education Today*, 35(4), pp. 590-596. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2014.12.022>
- Santric Milicevic, M. & Vasic, M. & Edwards, M., 2015b. Mapping the governance of human resources for health in Serbia. *Health Policy*, 119(12), pp. 1613-1620. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.016>
- Santric Milicevic, M. & Vasic, M. & Edwards, M. & Sanchez, C. & Fellows, J., 2018. Strengthening the public health workforce: An estimation of the long-term requirements for public health specialists in Serbia. *Health Policy*, 122(6), pp. 674-680. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.03.012>
- Santrić Milicevic, M. & Vasilijevic, N. & Vasic, V., 2020. Outflow management of health professionals in Serbia: survey results from a tertiary-level hospital. *European Journal of Public Health*, 30 (Supplement_5), ckaa165.530. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa165.530>
- Siyoto, S. & Tule, A.R., 2019. Analysis of Bed Occupancy Rate (BOR) in Terms of Internal Factors (Procedures, Doctor, Nurse, Facilities and Infrastructure). *Global Journal of Health Science*, 11(13), pp. 77-84. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v11n13p77>
- Snarey, J. & Green, A., 2011. Lawrence Kohlberg. In: Goldstein, S. & Naglieri, J., ed., 2011. *Encyclopedia of child behavior and development*. New York: Springer Science Business Media. pp.855-859.
- Solar, O. & Irwin, A., 2010. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*. Geneva: World Health Organization. Elérhető: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44489/9789241500852_eng.pdf?sequence=1 [Hozzáférés dátuma:2025.05.05.].
- Spevan, M. & Kvas, A. & Bošković, S., 2020. Job satisfaction of nurses in Croatia, Slovenia and Serbia: a cross-sectional study. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 11(4), pp.154-162. <https://doi.org/10.15452/cejnm.2020.11.0027>
- Steffen, G.E., 1988. Quality Medical Care. A definition. *JAMA*, 260(1), pp. 56-61. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410010064036>
- Stockemer, D., 2019. *Quantitative Methods for the Social Sciences A Practical Introduction with Examples in SPSS and Stata*. Cham: Springer International Publishing AG. Elérhető: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-99118-4> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.09.].
- Stojkov, B., 2007. Status grada, decentralizacija i policentričnost Srbije. In: Milenković, D. & Damjanović, D., ed., 2007. *U susret novom statusu gradova u Srbiji: realnost i potrebe*. Beograd: PALGO centar. pp. 11-24.
- Stoner, J. & Freeman, E. & Gilbert, P., 1997. *Management*. London: Pearson Education.
- Stošić, S. & Rabrenović, M., 2015. Microeconomic principles in the health sector: The demand for health services in the Republic of Serbia. *Megatrend revija*, 12(3), pp. 29-48. <https://doi.org/10.5937/MegRev1503029S>

- Szócska, M.K. & Réthelyi J.M. & Normand C., 2005. Managing healthcare reform in Hungary: challenges and opportunities. *BMJ*, 331(7510), pp. 231-233. <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7510.231>
- Szűcs, M. & Griechisch, E. & Rárosi, F., 2020. Bevezetés a biostatistikába és az R programhasználatába I. június 4.[órai előadás] Szeged: Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar - Természettudományi és Informatikai Kar.
- Tajfel, H. & Turner, J. C., 2004. The Social Identity Theory of Intergroup Behavior. In: J. T. Jost, J.T. & Sidanius, J., ed., 2004. *Political psychology*. Hove: Psychology Press. pp. 276-293.
- Tavakol, M. & Dennick, R., 2011. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, pp. 53-55. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Tay, L. & Diener E., 2011. Needs and subjective well-being around the world. *Journal of Personality and Social Psychology*, 101(2), pp. 354-365. <https://doi.org/10.1037/a0023779>
- Teodorović, N. & Gajić-Stevanović, M., 2008. Employees in the health care management transformation. *Stomatoloski glasnik Srbije*, 55 (3), pp. 188-196. <https://doi.org/10.2298/SGS0803188T>
- Tomić-Petrović, N.M., 2015. Moral responsibility of healthcare personnel. *Vojnosaniteski Pregled*, 72(1), pp.77-81. <https://doi.org/10.2298/vsp1501077t>
- Trifu, A. & Croitoru, I., 2013. Workforce/Manpower, Determining Factor of Production within a Firm. *Business Excellence and Management*, 3 (4), pp. 70-83. Elérhető: <https://beman.ase.ro/no34/nr34.htm> [Hozzáférés dátuma: 2024.09.03.]
- Tripković, K. & Šantrić-Miličević, M. & Vasić, M. & Živković-Šulović, M. & Odalović, M. & Mijatović-Jovanović, V. & Bukumirić, Z., 2021. Factors Associated with Intention of Serbian Public Health Workers to Leave the Job: A Cross-Sectional, Population-Based Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10652. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010652>
- Tummers, L.G. & Bakker, A.B., 2021. Leadership and Job Demands-Resources Theory: A Systematic Review. *Frontiers in Psychology*, 12, 722080. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.722080>
- Ulrich, D., 1997. *HRM champions: The next agenda for adding value and delivering results*. Boston: Harvard Business School Press.
- Uvalić, M. & Bartlett, W., 2021. *Regional disparities and regional development policies in Serbia*. Beograd: Friedrich-Ebert-Stiftung.
- Vasiljevic-Prodanovic, D., 2015. Corruption in health care: Victims of white coat crime in Serbia. *Temida*, 18(1), pp. 97-110. <https://doi.org/10.2298/TEM1501097V>
- Veličković, V.M. & Višnjić, A. & Jović, S. & Radulović, O. & Šargić, Č. & Mihajlović, J. & Mladenović, J., 2019. Organizational commitment and job satisfaction among nurses in Serbia: a factor analysis. *Nursing Outlook*, 62(6), pp. 415-427. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.05.003>
- Verhofstadt, M. & Moureau, L. & Pardon, K. & Liégeois, A., 2024. Ethical perspectives regarding Euthanasia, including in the context of adult psychiatry: a qualitative interview study among healthcare workers in Belgium. *BMC Medical Ethics*, 25(1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12910-024-01063-7>
- Vizjak, M. & Peric Kaselj, M., 2023. Management of migration of personnel in healthcare with an emphasis on nurses and technicians in the Republic of Croatia. *Balkans Journal of Emerging Trends in Social Sciences*, 6 (2), pp. 103-118. <https://doi.org/10.31410/Balkans.JETSS.2023.6.2.103-118>

- Wahba, M. A., & Bridwell, L. G., 1976. Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. *Organizational behavior and human performance*, 15(2), pp. 212-240. [https://doi.org/10.1016/0030-5073\(76\)90038-6](https://doi.org/10.1016/0030-5073(76)90038-6)
- Yakubu, K. & Durbach, A. & van Waes, A. & Mabunda, S.A. & Peiris, D. & Shanthosh, J. & Joshi, R., 2022. Governance systems for skilled health worker migration, their public value and competing priorities: an interpretive scoping review. *Global Health Action*, 15(1), 2013600. <https://doi.org/10.1080/16549716.2021.2013600>
- Yami, A. & Hamza, L. & Hassen, A. & Jira, C. & Sudhakar, M., 2011. Job Satisfaction and Its Determinants Among Health Workers in Jimma University Specialized Hospital, Southwest Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Science*, 21(1), pp. 19-27. Elérhető: <https://www.ethihealths.org/job-satisfaction-and-its-determinants-among-health-workers-jimma-university-specialized-hospital> [Hozzáférés dátuma: 2024.07.08.].
- Yang, F. & Shu, H. & Zhang, X., 2021. Understanding "Internet Plus Healthcare" in China: Policy Text Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 23(7), e23779. <https://doi.org/10.2196/23779>
- Živaljević, A. & Vrcelj, N., 2015. Quality management of health care system by monitoring and measuring quality. *Poslovna ekonomija*, 9(2), pp. 297-320. <https://doi.org/10.5937/PosEko1502297Z>

Hivatkozott statisztikai adatbázisok:

- Eurostat, 2024a. *GDP and main components (output, expenditure and income)*. Elérhető: https://doi.org/10.2908/nama_10_gdp [Hozzáférés dátuma: 2024.08.22.].
- Eurostat, 2024b. *Health personnel*. Elérhető: https://doi.org/10.2908/hlth_rs_prs2 [Hozzáférés dátuma: 2024.08.22.].
- Eurostat, 2024c. *Hospital beds*. Elérhető: <https://doi.org/10.2908/tps00046> [Hozzáférés dátuma: 2024.08.22.].
- Eurostat, 2024d. *Population density*. Elérhető: <https://doi.org/10.2908/tps00003> [Hozzáférés dátuma: 2024.08.22.].
- Eurostat, 2024e. *Real GDP per capita*. Elérhető: https://doi.org/10.2908/sdg_08_10 [Hozzáférés dátuma: 2024.08.22.].
- Központi Statisztikai Hivatal, 2024. *Fekvőbeteg-gyógyintézetek ágyszáma és betegforgalma*. Elérhető: <https://statinfo.ksh.hu/Statinfo/index.jsp> [Hozzáférés dátuma: 2024.09.02.].
- OECD Data Explorer, 2024. *Hospitals*. Elérhető: [https://data-explorer.oecd.org/vis?tm=Hospitals&pg=0&snb=51&df\[ds\]=dsDisseminateFinalDMZ&df\[id\]=DSD_HEALTH_REAC_HOSP%40DF_HOSP&df\[ag\]=OECD.ELS.HD&df\[vs\]=1.0&dq=..HSPTL%2B10P6HB.._T....&pd=2015%2C&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?tm=Hospitals&pg=0&snb=51&df[ds]=dsDisseminateFinalDMZ&df[id]=DSD_HEALTH_REAC_HOSP%40DF_HOSP&df[ag]=OECD.ELS.HD&df[vs]=1.0&dq=..HSPTL%2B10P6HB.._T....&pd=2015%2C&to[TIME_PERIOD]=false) [Hozzáférés dátuma: 2024.09.02.].
- The Global Health Observatory - World Health Organization (WHO), 2024a. *Current health expenditure (CHE) per capita in US\$*. Elérhető: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-per-capita-in-us-dollar](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-per-capita-in-us-dollar) [Hozzáférés dátuma: 2024.07.17.].
- The Global Health Observatory - World Health Organization (WHO), 2024b. *Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%)*. Elérhető: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-\(che\)-as-percentage-of-gross-domestic-product-\(gdp\)-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)) [Hozzáférés dátuma: 2024.07.17.].

Szerző nélküli internetforrások:

- Agencija za borbu protiv korupcije Republike Srbije, 2013. *Izveštaj o sistemu zdravstva*. Elérhető: https://acas.rs/lat/pages/istra%C5%BEivanja_i_analize-arhiva [Hozzáférés dátuma: 2023.02.15.].
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health (CADTH), 2023. *Emergency Department Overcrowding: An Environmental Scan of Contributing Factors and a Summary of Systematic Review Evidence on Interventions: CADTH Health Technology Review*. Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Elérhető: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599979/> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.11.].
- Chancenkarte Deutschland, 2023. *Working in Germany with the Opportunity Card*. Elérhető: <https://chancenkarte.com/en/candidates/> [Hozzáférés dátuma: 2024.06.24.].
- European Commission Directorate-General for Neighbourhood and Enlargement Negotiations, 2023. *Serbia Report 2023*. Elérhető: https://neighbourhood-enlargement.ec.europa.eu/serbia-report-2023_en [Hozzáférés dátuma: 2024.07.21.].
- European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022. *Health systems in action: Serbia: 2022 edition*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Elérhető: <https://iris.who.int/handle/10665/363482> [Hozzáférés dátuma: 2024.07.22.].
- Eurostat, 2024f. *Most EU regions record an increase in real GDP in 2022*. Elérhető: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/ddn-20240220-2#:~:text=In%202022%2C%20real%20GDP%20increased%20in%2023%20out,volume%20was%20in%20Algarve%20in%20Portugal%2C%20with%20%2B17.0%25>. [Hozzáférés dátuma: 2024.11.21.].
- Institut za javno zdravlje Crne Gore, 2023. *Statistički godišnjak 2021*. Podgorica: Institut za javno zdravlje Crne Gore. Elérhető: <https://s3.eu-central-1.amazonaws.com/web.repository/ijzcg-media/files/1718091388-statisticki-godisnjak-2021.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2025.02.17.].
- Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2015. *Migracija zdravstvenih radnika u Srbiji, analiza uzroka, posledica i politika*. Elérhető: <https://www.batut.org.rs/download/novosti/2015SeptembarNalaziMigracijeRadnika.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2024.06.11.].
- Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020. *Analiza ispitivanja zadovoljstva zaposlenih u državnim zdravstvenim ustanovama Republike Srbije 2019. godine*. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Elérhető: <https://www.batut.org.rs/download/izvestaji/Analiza%20zadovoljstva%20zaposlenih%202019.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2024.07.21.].
- Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2024. *Zdravstveno-statistički godišnjak Republike Srbije 2023*. Beograd: Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“. Elérhető: <https://www.batut.org.rs/download/publikacije/pub2023v1.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2024.08.12.].
- Ministarsvo zdravlja Republika Srbija, 2024. *Otvorena kancelarija za saradnju sa dijasporom za sve naše lekare iz inostranstva koji žele da se vrate u Srbije*. Elérhető: <https://www.zdravlje.gov.rs/vest/412146/otvorena-kancelarija-za-saradnju-sa-dijasporom-za-sve-nase-lekare-iz-inostranstva-koji-zele-da-se-vrate-u-srbiju.php> [Hozzáférés dátuma: 2025.01.05.].
- Moral Foundations, 2025. *Moral Foundations Questionnaire*. Elérhető: <https://moralfoundations.org/questionnaires/> [Hozzáférés dátuma: 2023.02.03.].

- Nacionalni Inštitut za Javno Zdravje, 2022. *Zdravstveni statistični letopis Slovenije 2022*. Elérhető: https://nijz.si/wp-content/uploads/2024/03/8_Viri_v_zdravstvu_2022_Z.pdf [Hozzáférés dátuma: 2025.02.17.].
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2018. *Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation*. Elérhető: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng94> [Hozzáférés dátuma: 2024.09.03.].
- Nova Scotia Health Ethics Network, 2025. *What is Health Ethics*. Elérhető: <https://nshen.ca/about-us/what-is-health-ethics/#:~:text=Health%20ethics%20is%20the%20branch,and%20healthcare%20providers%20must%20face> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.11.].
- Opšta bolnica Aleksinac, 2023. *Plan usluga 2023*. Elérhető: <https://zcaleksinac.rs/%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D0%BD-%D1%83%D1%81%D0%BB%D1%83%D0%B3%D0%B0/> [Hozzáférés dátuma: 2024.12.11.].
- Opšta bolnica Senta, 2024. *Planovi*. Elérhető: <https://hospitalsenta.rs/sr/planovi/> [Hozzáférés dátuma: 2024.12.11.].
- Opšta bolnica Sremska Mitrovica, 2023. *Struktura zaposlenih stanje 01.03.2023*. Elérhető: https://www.obsm.rs/obsm/?page_id=161377 [Hozzáférés dátuma: 2024.12.11.].
- Opšta bolnica Sremska Mitrovica, 2024. *Izveštaj o radu OBSM za 2023*. Elérhető: https://www.obsm.rs/obsm/?page_id=102897 [Hozzáférés dátuma: 2024.12.11.].
- Opšta bolnica Subotica, 2020. *Informator o radu, broj 01 – 6483*. Elérhető: <https://bolnicasubotica.com/portal/source/Sajt/Informator%20o%20radu/INFORMATOR-O-RADU-OKTOBAR%20PDF%20L.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2024.12.11.].
- Opšta bolnica Subotica, 2022. *Informator o radu, broj 01 – 8129*. Elérhető: https://bolnicasubotica.com/portal/source/Sajt/Informator%20o%20radu-%20%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%BE%2026.10.2022._1.pdf [Hozzáférés dátuma: 2024.12.11.].
- Oxford English Dictionary, 2025. *The historical English dictionary*. Elérhető: <https://www.oed.com/?tl=true> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.11.].
- Pillars of Health, 2022. *Country report on health worker migration and mobility in Serbia*. Elérhető: <https://pillars-of-health.eu/resource/country-report-on-health-worker-migration-and-mobility-in-serbia/> [Hozzáférés dátuma: 2024.09.22.].
- Radio Televizija Srbije, 2020. *Zašto je stopiran konkurs za odlazak medicinskih sestara u Nemačku*. Elérhető: <https://www.rts.rs/lat/vesti/drustvo/3840294/zasto-je-stopiran-konkurs-za-odlazak-medicinskih-sestara-u-nemacku.html> [Hozzáférés dátuma: 2024.05.20.].
- Radio Televizija Srbije, 2024. *Prvih šest lekara povratnika u Srbiju dobilo ugovor*. Elérhető: <https://www.rts.rs/lat/vesti/drustvo/5607849/kancelarija-za-dijasporu-za-lekare-koji-zele-da-se-vrate-ministarstvo-zdravlja.html> [Hozzáférés dátuma: 2024.12.26.].
- Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2017. *Broj osiguranika*. Elérhető: <https://www.rfzo.rs/index.php/broj-osiguranika-stat> [Hozzáférés dátuma: 2024.10.17.].
- Republički fond za zdravstveno osiguranje, 2020. *Finansijski plan Republickog fonda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu*. Elérhető: https://rfzo.rs/download/fin_plan/PLAN%202021.%20ODLUKA.pdf [Hozzáférés dátuma: 2024.11.15.].
- Republički zavod za statistiku, 2023a. *Opštine i regioni u Republici Srbiji, 2023*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=15527&tip=13> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.15.].
- Republički zavod za statistiku, 2024a. *Radni dokument Regionalni bruto domaći proizvod – Regioni i oblasti Republike Srbije, 2022*. Beograd: Republički zavod za statistiku.

- Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=15701&tip=10>
[Hozzáférés dátuma: 2024.11.15.].
- Republički zavod za statistiku, 2024b. *Regioni u Republici Srbiji 2023*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://publikacije.stat.gov.rs/G2024/Pdf/G202426001.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2025.02.16.].
- Republički zavod za statistiku, 2024c. *Statistički godišnjak 2024*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=15984> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- Republički zavod za statistiku, 2023b. *Statistički godišnjak 2023*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=15431> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- Republički zavod za statistiku, 2022. *Statistički godišnjak 2022*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=14853&tip=2> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- Republički zavod za statistiku, 2021. *Statistički godišnjak 2021*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=13253&tip=2> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- Republički zavod za statistiku, 2020. *Statistički godišnjak 2020*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=12694&tip=2> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- Republički zavod za statistiku, 2019. *Statistički godišnjak 2019*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=12102&tip=2> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- Republički zavod za statistiku, 2018. *Statistički godišnjak 2018*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=11525&tip=2> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- Republički zavod za statistiku, 2017. *Statistički godišnjak 2017*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=10399&tip=2> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- Republički zavod za statistiku, 2016. *Statistički godišnjak 2016*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://www.stat.gov.rs/sr-latn/publikacije/publication/?p=9744&tip=2> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- Republički zavod za statistiku, 2015. *Statistički godišnjak 2015*. Beograd: Republički zavod za statistiku. Elérhető: <https://publikacije.stat.gov.rs/G2015/Pdf/G20152016.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.10.].
- SPSSABC, s.a. *Khi négyzet próba jelentése és alkalmazása az SPSS-ben*. Elérhető: <https://spssabc.hu/ketvaltozos-elemzes/khi-negyzet-proba/> [Hozzáférés dátuma: 2025.01.24.].
- Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2025a. *Kant's Moral Philosophy*. Elérhető: <https://plato.stanford.edu/entries/kant-moral/> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.14.].
- Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2025b. *The History of Utilitarianism*. Elérhető: <https://plato.stanford.edu/entries/utilitarianism-history/> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.14.].
- Statistical Office of the Republic of Serbia, 2021. *The 2019 Serbian National Health Survey*. Belgrade: OMNIA BGD. Elérhető: <https://publikacije.stat.gov.rs/G2021/pdfE/G20216003.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2024.11.17.].
- World Health Organization, 2022. *Health Systems in Action. Montenegro*. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe. Elérhető:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362325/9789289059183-eng.pdf?sequence=1> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.14].

Wikipedia.org, 2024. *Administrative districts of Serbia*. Elérhető: https://en.wikipedia.org/wiki/Administrative_districts_of_Serbia [Hozzáférés dátuma: 2024.12.17.].

Zavod za javno zdravlje Šabac, 2023. *Analiza zadovoljstva zaposlenih u zdravstvenim ustanovama Mačvanski okrug, 2022. godine*. Šabac: Zavod za javno zdravlje Šabac. Elérhető: <https://www.zjz.org.rs/wp-content/uploads/2024/07/ZADOVOLJSTVO-ZAPOSLENIH-U-ZDRAVSTVENIM-USTANOVAMA-MACVANSKOG-OKRUGA-2022-GODINA.pdf> [Hozzáférés dátuma: 2025.05.08.].

Hivatkozott törvények és kódexek:

Etički Kodeks Komore Medicinskih Sestara i Zdravstvenih Tehničara Srbije Službeni glasnik RS, br. 67/2007. Elérhető: https://www.paragraf.rs/propisi/eticki_kodeks_komore_medicinskih_sestara_i_zdravstvenih_tehnicara_srbije.html [Hozzáférés dátuma: 2024.04.22.].

Kodeks Medicinske Etike Lekarske Komore Srbije Službeni glasnik RS, br. 104/2016. Elérhető: https://www.lks.org.rs/images/propisi/kodeks_medicinske_etike_lekarske_komore_srbije.pdf [Hozzáférés dátuma: 2024.04.22.].

Plan razvoja zdravstvene zaštite Republike Srbije Službeni glasnik RS, br. 88/2010. Elérhető: http://demo.paragraf.rs/demo/combined/Old/t/t2010_11/t11_0328.htm [Hozzáférés dátuma: 2025.01.20.].

Strategija za stalno unapredjenje kvaliteta zdravstvene zaštite i bezbednosti pacijenata Službeni glasnik RS, br. 15/2009. Elérhető: http://demo.paragraf.rs/demo/combined/Old/t/t2009_03/t03_0024.htm [Hozzáférés dátuma: 2025.01.20.].

Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova Službeni glasnik RS, br. 101/2024-32. Elérhető: <https://pravno-informacioni-sistem.rs/eli/rep/sgrs/vlada/uredba/2020/11/7> [Hozzáférés dátuma: 2025.01.20.].

Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023. Elérhető: https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenoj_zastiti.html [Hozzáférés dátuma: 2024.12.22.].

Zakon o zdravstvenom osiguranju Službeni glasnik RS, br. 92/2023. Elérhető: https://www.paragraf.rs/propisi/zakon_o_zdravstvenom_osiguranju.html [Hozzáférés dátuma: 2024.12.21.].

A szerző disszertációhoz kapcsolódó publikációi

Nemzetközi, szakmailag jegyzett folyóiratban megjelent cikk

Kocsicska, I., 2022. Migration of medical professionals in Hungarian healthcare sector – literature review. *Analele Universitatii din Oradea – Stiinta Economica/ Annals of University of Oradea – Economic Science*, 31 (2), pp. 81-91

Országos, szakmailag jegyzett folyóiratban megjelent cikkek

Kocsicska, I., 2024. Migrációs szándék: egészségügyi dolgozók attitűdjének vizsgálata négy szerbiai általános kórházban. *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek*, 21 (1), pp. 138-149.

Kocsicska, I., 2023. Magyarország és Szerbia orvosokkal való ellátottságának összehasonlítása területi egységek szintjén 2002-2020 közötti időszakban. *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek (1786-1594 2560-2926)*, 20 (01), pp. 96-107.

Kocsicska, I., 2023. Burnout syndrome among health care workers in Hungary – a literature review. *Metszetek – Társadalomtudományi folyóirat (2063-6415)*, 11 (3), pp. 62-77.

Miskolci Egyetemen kívüli (külföldi és belföldi) konferencia-kiadványok

Lipták, K. & Kocsicska, I., 2024. Reducing unemployment in small villages in Hungary. In: Kalgi, M. E. & Demirkol, N., ed., 2024. *10th International European Conference on Interdisciplinary Scientific Research: Full text book*. Zürich, 2024. augusztus 27-29. IKSAD Publishing House.

Kocsicska, I., 2024. Risk of burnout among healthcare workers in Serbia: a literature review. In: Rusinné Fedor, A., ed., 2024. *Tudomány: út a világ megismeréséhez II. XIV International Doctoral and Postdoctoral Conference of Nyíregyháza*. Debrecen, 2022. december 9. Debrecen: Debreceni Egyetem Kiadó

Lipták, K. & Kocsicska, I., 2024. Fenntartható munkaerőpiac és népességmegtartó képesség az aprófalvakban. In: Dajnoki, K. & Szenderák, J. & Erdey, L. & Fenyves, V., ed., 2024. „Fenntartható Gazdaság – Fenntartható Társadalom” Nemzetközi Tudományos Konferencia – 30 éves a debreceni közgazdasági és üzleti felsőoktatási képzés = „Sustainable Economy – Sustainable Society” International Scientific Conference – Celebrating 30 Years of Economics and Business Higher Education in Debrecen: Absztrakt kötet= Abstract Book. Debrecen, 2024. május 16-17. Debrecen: Debreceni Egyetem Gazdaságtudományi Kar.

Kocsicska, I., 2023. Comparison of The Density of Physicians and General Practitioners in the Hungarian Csongrád-Csanád Country and in the Territorial Units of Vojvodina for the Period 2002-2020. In: Obádovics, Cs. & Resperger, R. & Széles, Zs. & Tóth, B.I., ed., 2023. *TÁRSADALOM-GAZDASÁG-TERMÉSZET: SZINERGIÁK A FENNTARTHATÓ FEJLŐDÉSBEN (Nemzetközi tudományos konferencia a Magyar Tudomány Ünnepe alkalmából): KONFERENCIAKÖTET*. Sopron, 2022. november 3. Sopron: Soproni Egyetem Kiadó.

Kocsicska, I., 2022. Medical migration in Hungary – review of literature data. In: Badulescu, A., ed., 2022. *Emerging Markets Economics and Business. Contributions of Young Researchers. Preceedings of the 13th International Conference of Doctoral Students and Young Researchers*. Oradea, 2022. december 1. Oradea: Oradea University Press.

Kocsicska, I., 2021. Current situation in Hungarian home health care and its future development potential compared with Norwegian system. In: Badulescu, A., ed., 2021. *Emerging*

- Markets Economics and Business. Contributions of Young Researchers: Proceedings of the 12th International Conference of Doctoral Students and Young Researchers 2344-6617 2601-1840, No.9.* Oradea, 2021. november 26. Oradea: University of Oradea.
- Kocsicska, I., 2021. A COVID-19-nek az egészségügyi munkaerő jövőbeli alakulására gyakorolt hatásainak globális áttekintése. In: Makkos, A., Kecskés, P. & Kövecsesné Gösi, V., ed., 2021. „Kizökkent világ” Szokatlan és különleges élethelyzetek: a nem-konvencionális, nem „normális”, nem kiszámítható jelenségek korszaka? : XXIV. Apáczai-napok Tudományos Konferencia tanulmánykötete. Győr, 2020. november 19. Győr: Széchenyi István Egyetem Apáczai Csere János Kar
- Kocsicska, I., 2021. Healthcare workforce motivation – a global challenge for healthcare management. In: Pop, Gh. & Bíró, B.E. & Csata, A. & György, O. & Kassay, J. & Koroseczné Pavlin, R. & Madaras, Sz. & Pál, L. & Péter, K. & Szöcs, A. & Tánczos, L.J. & Telegdy, B., ed., 2021. *Challenges in the Carpathian Basin: global challenges – local answers: interdependencies or globalisation? : 15th International Conference on Economics and Business.* Miercurea Ciuc, 2021. március 3-5. Cluj-Napoca: Risoprint.
- Kocsicska, I., 2022. Magyarország és Szerbia orvosokkal való ellátottságának összehasonlítása területi egységek szintjén 2002-2020 közötti időszakban. *Magyar Regionális Tudományi Társaság XX. Vándorgyűlése.* Budapest, 2022. október 6-7. (szóbeli előadás)
- Kocsicska, I., 2022. Az orvoselváldorlás Magyarországon – 2018-2022 közötti időszakra vonatkozó irodalmi adatok áttekintése. *Kihívások és tanulságok a menedzsment területén - Fókuszban az Ipar 4.0 konferencia.* Debrecen, 2022. április 1. (szóbeli előadás)
- Kocsicska, I., 2021. Az ápolók elégedettsége, motivációja, illetve ezek hatásai az ápolói populáció alakulására Magyarországon és Szerbiában. *Magyar Regionális Tudományi Társaság XIX. Vándorgyűlése.* Budapest, 2021. november 4-5. (szóbeli előadás)
- Kocsicska, I., 2021. Identity and scepticism – influential factors in modernization of healthcare systems in Hungary and Serbia. *2nd RICE PhD Seminar, European business and economy, National University of Public Service / II. GVK PhD-szeminárium, Európai üzlet és gazdaság, Nemzeti Közszoigálati Egyetem.* Budapest, 2021. szeptember 24. (szóbeli előadás)
- Kocsicska, I., 2020. Nővérek munkamotivációja és annak jelentősége az egészségügyi ágazati munkaerő-fejlesztésben. *Magyar Regionális Tudományi Társaság XVIII. Vándorgyűlése.* Budapest, 2020. november 27-30. (szóbeli előadás)

Miskolci Egyetem által kiadott konferencia-kiadványok

- Kocsicska, I., 2023. Az egészségügyi dolgozók munkával való elégedettsége Szerbiai egyes területi egységeiben - primer és szekunder adatok összehasonlítása. *Hantos Periódika (2732-0405), 4 (2), pp. 164-180. Doktoranduszok Fóruma, 2023 Gazdaságtudományi Kar, Miskolc- Egyetemváros, 2023. november 23.*
- Kocsicska, I., 2022. A magyar és a szerb egészségügyi dolgozók munkájukkal való elégedettségének összehasonlító vizsgálata. *Hantos Periódika (2732-0405), 3 (2), pp. 67-89. Doktoranduszok Fóruma 2021., Miskolc- Egyetemváros, 2021. november 18.*

Ábra- és táblázat jegyzék

1. ábra: Az egészségügyi dolgozók helyzetét meghatározó tényezők Input-Process-Output (IPO) modellje.....	8
2. ábra: A disszertáció folyamatábrája	9
3. ábra: A Szerb Köztársaság régiói NUTS 2 szinten és egy főre jutó GDP régióként (ezer RSD-ban kifejezve; 2023. évi adatok)	14
4. ábra: A Szerb Köztársaság és egyes régióinak (NUTS2) átlagos népsűrűsége (2022. évi adatok).....	16
5. ábra: A régiók részesedése a nemzeti GDP-ből, %-ban kifejezve (2022. évi adatok).....	17
6. ábra: A szerbiai regionális bruttó hozzáadott érték (GVA) az államigazgatás és a kötelező társadalombiztosítás, az oktatás, az egészségügyi és a szociális ellátási tevékenység terén 2022-ben (millió RSD-ben kifejezve)	19
7. ábra: A Szerb Köztársaság NUTS2 régiói innováció tekintetében (2023).....	20
8. ábra: A Szerb Köztársaság és régiói 15 éves kor feletti lakossága iskolai végzettség szerint, 2022-es adatok (a régió lakosságának %-ában kifejezve).....	21
9. ábra: A szerbiai egészségügyi rendszer szervezeti felépítése	27
10. ábra: 100 000 lakosra jutó kórházi ágyak száma Szerbiában (2012-2022).....	29
11. ábra: Észak-bácskai körzet, Észak-bánati körzet, Szerém és Nišava körzet földrajzi elhelyezkedése.....	33
12. ábra: A működési engedéllyel rendelkező, illetve praktizáló orvosok száma (100 000 lakosra vonatkoztatva) az egyes európai országokban (2020. évi adatok)	34
13. ábra: A működési engedéllyel rendelkező, illetve praktizáló ápolók száma (100 000 lakosra vonatkoztatva) az egyes európai országokban (2022. évi adatok)	35
14. ábra: Az egészségügyi menedzsment komponensei.....	38
15. ábra: Az egészségügyi menedzsment működése, a dolgozók elégedettsége, az ellátás minősége, az etikai magatartás és az elvándorlási szándék közötti viszonyok és kölcsönhatások	43
16. ábra: A humán erőforrás menedzsment vezetési szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395)	58
17. ábra: A humán erőforrás menedzsment munkavállalói elkötelezettségi szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395)	59
18. ábra: A humán erőforrás menedzsment tudás elérhetőségi szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395).....	61
19. ábra: A humán erőforrás menedzsment munkaerő optimalizálási szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395).....	62
20. ábra: A humán erőforrás menedzsment tanulási kapacitási szempontjainak az átlagos értékelése 1-től 5-ig terjedő skálán (N=395).....	63
21. ábra: A kutatásban résztvevő négy szerbiai általános kórház alkalmazottjainak a munkájukkal való elégedettsége (százalékos összetétel) (N=394)	77
22. ábra: Becsült határértékek a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködéssel való elégedettségre vonatkozóan.....	81
23. ábra: Becsült határértékek a munka anyagi jutalmazásával való elégedettségre vonatkozóan	82
24. ábra: Korrelációs mátrix a munkával való elégedettségi szempontokra vonatkozóan.....	84

25. ábra: A kutatásban résztvevő egészségügyi személyzetre jellemző a munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz és nyomás érzése (N=395)	87
26. ábra: A kutatásban résztvevő alkalmazottak százalékos összetétele a következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos terveket illetően (N=395)	89
27. ábra: A kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházi alkalmazottak külföldre való elvándorlási szándéka (%) (N=395).....	90

1. táblázat: A Szerb Köztársaság régiói NUTS 3 szinten.....	15
2. táblázat: Szerbiai regionális GDP, a régiók részvétele a Szerb Köztársaság GDP-jének és szintindexeinek kialakításában (2022. évi adatok).....	17
3. táblázat: Szerbiai regionális GDP, vásárlóerőparitáson (PPS) kifejezve (2022).....	18
4. táblázat: A szerb régiók lakossága munkaerő-piaci státusz szerint (az aktív korúakra vonatkozó arányok (15-64 évesek) %), 2023-ban.....	22
5. táblázat: A szerbiai fekvőbeteg-gyógyintézetek ágyszáma és betegforgalma (2023. évi adatok).....	31
6. táblázat: A Szerb Köztársaság különböző típusú fekvőbeteg-gyógyintézetekben dolgozó egészségügyi személyzet száma (2023. évi adatok) és más környező országokra (Montenegró és Szlovénia) vonatkozó adatok	37
7. táblázat: A humán erőforrás menedzsment vezetési szempontjainak az értékelése (N=395).....	58
8. táblázat: A humán erőforrás menedzsment munkavállalói elkötelezettségi szempontjainak az értékelése (N=395)	59
9. táblázat: A humán erőforrás menedzsment tudás elérhetőségi szempontjainak az értékelése (N=395)	60
10. táblázat: A humán erőforrás menedzsment munkaerő optimalizálási szempontjainak az értékelése (N=395)	61
11. táblázat: A humán erőforrás menedzsment tanulási kapacitási szempontjainak az értékelése (N=395)	62
12. táblázat: A tudás elérhetőségi szempontok és a és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések	66
13. táblázat: Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdések értékelése (N=395) ..	67
14. táblázat: A változók közötti gyenge kapcsolatra utaló Cramer féle V együttható (a válaszadók értékelése és neme közötti szignifikáns összefüggés)	70
15. táblázat: A változók közötti mérsékelt kapcsolatra utaló Cramer féle V együttható (a válaszadók értékelése és beosztása közötti szignifikáns összefüggés)	71
16. táblázat: A változók közötti mérsékelt kapcsolatra utaló Cramer féle V együttható (a válaszadók értékelése és kora közötti szignifikáns összefüggés).....	71
17. táblázat: Szignifikáns összefüggések száma a változók kötött különböző nemű, munkahelyi beosztású és életkorú válaszadók esetén (N=395)	72
18. táblázat: A vizsgálatban résztvevő szerbiai általános kórházak alkalmazottjainak a tudására és tapasztalatára, illetve szakszerű munkavégzésére vonatkozó értékelés (N=395)..	73
19. táblázat: A vizsgálatban résztvevő szerbiai általános kórházak egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű munkaerő mennyiségének az értékelése (N=395)	74
20. táblázat: A betegekkel való azonos bánásmód és azonos szolgáltatásban való részesítésnek az értékelése (N=395).....	74
21. táblázat: A szerbiai általános kórházi alkalmazottak azon törekvésük értékelése, hogy mindig a lehető legjobban végezzék el a munkájukat, még akkor is, ha azt senki sem fogja ellenőrizni (N=395)	75
22. táblázat: A felettesi, illetve a páciensi elégedettségre vonatkozó egészségügyi dolgozói értékelés közötti korreláció	76
23. táblázat: A munkával való elégedettség szempontok esetén a munkahelyi beosztáson alapuló csoportok átlagai közötti szignifikáns különbségek vizsgálata (varianciaanalízis).....	80
24. táblázat: A kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködésre vonatkozó elégedettség és a munkahelyi beosztás, a szakmai tapasztalat, illetve a beosztás és tapasztalat együttes hatása közötti összesfüggések vizsgálata	81

25. táblázat: A munka tisztelete, megbecsülése és a munka anyagi jutalmazása közötti korreláció.....	83
26. táblázat: A munkával való elégedettségi szempontokra vonatkozó korrelációs mátrixhoz tartozó Kaiser-Meyer-Olkin kritérium és Bartlett-próba.....	85
27. táblázat: A kutatásban résztvevő, szerbiai általános korházi alkalmazottak munkával való elégedettségre vonatkozó faktorok.....	85
28. táblázat: A munkával való elégedettségi faktorok alapján létrejött klaszterek és azok jellemzői (N=389)	86
29. táblázat: A külföldre való elvándorlás gondolatához és szándékához hozzájáruló tényezők értékelése (érvényes N=380).....	91
30. táblázat: A kutatásban résztvevő, szerbiai általános korházi alkalmazottak külföldre való elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezőkre vonatkozó faktorok.....	92
31. táblázat: A külföldre való elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozó faktorok alapján létrejött klaszterek és azok jellemzői (N=380).....	93

1. melléklet: A disszertáció kutatási kérdései és céljai, a kutatási módszerek és az elvárt eredmények, ajánlások	132
2. melléklet: A kutatás hipotéziseihez társuló társuló modellek és elméletek összefoglaló táblázata.....	133
3. melléklet: Nyilvántartott (bejelentett) foglalkoztatás Szerbia négy régiójában 2014-2023 közötti időszakban.....	135
4. melléklet: A Szerb Köztársaság egyes általános kórházainak az ágyszáma	136
5. melléklet: A humán erőforrás menedzsment (HRM) mozgatórugói.....	137
6. melléklet: Az egészségügyi etika fogalmainak áttekinthető megfogalmazásai (definíciói)	138
7. melléklet: Kutatási kérdőív - az egészségügyi intézmények irányításának egyes aspektusaira és azok következményeire, hatásaira vonatkozó dolgozói vélemény felmérésére szolgáló kérdőív	142
8. melléklet: A kutatási kérdőív tételeinek, a kutatási változók és azok forrásainak összefoglaló táblázata.....	143
9. melléklet: A vezetői kommunikáció értékelése és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=395).....	144
10. melléklet: A vezetői felügyeleti készségek értékelése és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=395).....	145
11. melléklet: A befogadási készségek és a válaszadók beosztása közötti összefüggést vizsgáló keresztábra elemzés (N=395).....	146
12. melléklet: A végrehajtási készségek és a válaszadók beosztása közötti összefüggést vizsgáló keresztábra elemzés (N=395).....	147
13. melléklet: A munkavállalók iránti elkötelezettség és a és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=395).....	148
14. melléklet: Az együttműködés, csapatmunka és a beosztás közötti összefüggés (N=395).....	149
15. melléklet: A munkafeltételek és a beosztás közötti összefüggés (N=392)	150
16. melléklet: Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a válaszadók neme közötti kapcsolat megállapítása Pearson-féle Khi négyzet próba segítségével (N=395)	152
17. melléklet: Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a válaszadók munkahelyi beosztása közötti kapcsolat megállapítása Pearson-féle Khi négyzet próba segítségével (N=395)	153
18. melléklet: Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a válaszadók életkora közötti kapcsolat megállapítása Pearson-féle Khi négyzet próba segítségével (N=395).....	155
19. melléklet: A felvételi eljárás érthetőségére vonatkozó értékelés a beosztás közötti összefüggés (N=395).....	156
20. melléklet: A munkahelyi elégedettség és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=394)	156
21. melléklet: A munkahelyi elégedettség és a válaszadók neme közötti összefüggések (N=394)	157
22. melléklet: A munkahelyi elégedettségi szempontok értékelése a munkahelyi beosztás szerinti csoportokban (N=395).....	158
23. melléklet: A munkahelyi elégedettségi szempontok értékelése a szakmai tapasztalat (egészségügyben töltött évek száma) szerinti csoportokban (N=395)	160
24. melléklet: Variancia homogenitási teszt munkahelyi beosztás alapú csoportok esetén...	161

25. melléklet: Variancia homogenitási teszt szakmai tapasztalat alapú csoportok esetén	162
26. melléklet: A munkával való elégedettség szempontok esetén a szakmai tapasztalaton alapuló csoportok átlagai közötti szignifikáns különbségek vizsgálata (varianciaanalízis)...	163
27. melléklet: Az egyes beosztási kategóriákhoz tartozó különböző szakmai tapasztalattal rendelkező csoportok értékelése a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködésre vonatkozó elégedettséget vonatkozóan (N=394).....	164
28. melléklet: A munka anyagi jutalmazására vonatkozó átlagos elégedettség az egyes, munkahelyi beosztáson és szakmai tapasztalaton alapuló csoportokon belül (N=395).....	164
29. melléklet: A kommunalitási tábla, a faktorokra (munkával való elégedettségi szempontok) vonatkozó bemenő és kijövő kommunalitás értékek.....	165
30. melléklet: A munkával való elégedettségi szempontokra vonatkozó Scree plot ábra (a sajátértékek ábrázolása a faktorok sorrendjében).....	165
31. melléklet: A faktorok számának meghatározása a munkával való elégedettségi szempontokra vonatkozóan - három faktoros megoldás	166
32. melléklet: A rotációs eljárással átalakított mátrix (3 faktoros megoldás).....	166
33. melléklet: A kutatásban résztvevő, szerbiai általános korházi alkalmazottak munkával való elégedettségre vonatkozó faktorok átlaga és szórása	167
34. melléklet: A válaszadók klaszterekbe való besorolása a munkával való elégedettségükre vonatkozó faktorok alapján (N=389)	167
35. melléklet: A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz és nyomás érzése és a válaszadók neme közötti összefüggések (N=395)	168
36. melléklet: A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz és nyomás érzése és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=395)	168
37. melléklet: A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz és nyomás érzése és az iskolai végzettség (egyetem, főiskola, középiskola/érettségi) közötti összefüggések (N=395)	169
38. melléklet: A munkavállalók beosztása és a következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos terveik közötti összefüggések (N=395)	170
39. melléklet: A munkavállalók neme és a következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos terveik közötti összefüggések (N=395).....	171
40. melléklet: Az elvándorlási szándék és az alkalmazottak neme közötti vizsgálat elemzése keresztábra elemzéssel (N=395).....	172
41. melléklet: Az elvándorlási szándék és az alkalmazottak beosztása közötti vizsgálat elemzése keresztábra elemzéssel (N=395)	173
42. melléklet: Az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezők értékelése - az 1-től 5-ig terjedő skála szerinti értékek százalékában (N=395)	174
43. melléklet: KMO and Bartlett-próba az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozóan	175
44. melléklet: A kommunalitási tábla, a faktorokra (az elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezők) vonatkozó bemenő és kijövő kommunalitás értékek.....	175
45. melléklet: A faktorok számának meghatározása az elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezőkre vonatkozóan – három faktoros megoldás	176
46. melléklet: Az elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezőkre vonatkozó Scree plot ábra (a sajátértékek ábrázolása a faktorok sorrendjében).....	176
47. melléklet: A rotációs eljárással átalakított mátrix (3 faktoros megoldás).....	177
48. melléklet: A kutatásban résztvevő, szerbiai általános korházi alkalmazottak külföldre való elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezőkre vonatkozó faktorok átlaga és szórása.....	177

49. melléklet: A válaszadók klaszterekbe való besorolása a külföldre való elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozó faktorok alapján (N=380)	178
50. melléklet: Az egészségügyi menedzsmentre vonatkozó kutatások nemzetközi összehasonlítása	179
51. melléklet: Az egészségügyi dolgozók munkahelyi elégedettségére vonatkozó kutatások nemzetközi összehasonlítása	180
52. melléklet: Az egészségügyi dolgozók elvándorlási szándékára vonatkozó kutatások nemzetközi összehasonlítása	182
53. melléklet: A kutatásom téziseinek, azokhoz kapcsolódó hipotézisek és a hipotézisek bizonyítására szolgáló statisztikai módszerek összefoglaló táblázata.....	184

Mellékletek

<u>Célok</u>	<u>Kutatási kérdések</u>	<u>Alkalmazott módszer</u>	<u>Elvárt eredmények és ajánlások</u>
Tudományos cél: a szerbiai vidéki általános kórházak egészségügyi emberi erőforrás menedzsment módszereinek, az egészségügyi dolgozói populáció etikai magatartásának, a munkahelyükön folytatott egészségügyi ellátás minőségéről való véleményük, a munkájukkal való elégedettségük és az elvándorlási szándékuk megvizsgálása.	Hogyan értékelik az alkalmazottak a szerb vidéki általános kórházak menedzsmentjének vezetési képességeit?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel	1. Emberi erőforrás menedzsment elemeinek • vezetés • munkavállalói elkötelezettség • a tudás elérhetősége • munkaerő-optimalizálás • tanulási kapacitás 2. Etikai magatartás 3. Egészségügyi ellátás minőség 4. Munkával való elégedettség 5. Elvándorlási szándék értékelésre vonatkozó eredmények • teljes megvizsgált alkalmazotti populációban • egyes, különböző tulajdonságokkal (nem, életkor, beosztás, szakmai tapasztalat) rendelkező alkalmazotti csoportokban. A kutatás eredményei alapján ajánlások a vezetők és a szervezet fejlesztésére, pl.: • célzott képzési programok kialakítása, • az emberi erőforrás menedzsmenti stílusok finomítása • a munkahelyi elégedettség növelése
	Milyennek ítélik az alkalmazottak a tudás elérhetőségét (rendelkezésre álló tudást) a szerb vidéki általános kórházakban?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel	
	Mi a véleménye az alkalmazottaknak a munkaerő optimalizálás megfelelőségéről a szerb vidéki általános kórházakban ?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel	
	Milyennek értékelik az alkalmazottak a tanulási kapacitást (vezetői gyakorlatok és mechanizmusok, amelyek elősegítik a tanulást és az innovációt a szervezetben) a szerb vidéki általános kórházakban ?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel	
Társadalmi cél: A szerb vidéki általános kórházak emberi erőforrás szempontjából való gyenge pontjainak azonosításával a szerb egészségügyi rendszer fejlesztéséhez való hozzájárulás, illetve a megfelelő szervezetek és döntéshozók támogatása a beavatkozásokat igénylő kérdések meghatározásában.	Mekkora a munkavállalói elkötelezettség szintje a szerb vidéki általános kórházakban?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel	A kutatás eredményei alapján ajánlások a vezetők és a szervezet fejlesztésére, pl.: • célzott képzési programok kialakítása, • az emberi erőforrás menedzsmenti stílusok finomítása • a munkahelyi elégedettség növelése
	Vannak-e, illetve milyen mértékűek a különbségek a különböző tulajdonságokkal (nem, életkor, beosztás, szakmai tapasztalat) rendelkező szerb vidéki általános kórházi alkalmazottak csoportjai között abban, hogy hogyan értékelik az emberi erőforrás menedzsmenti készségeket az intézményükben?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel és keresztábra elemzéssel	

Gyakorlati cél: a kapott eredmények alapján olyan javaslatok, stratégiák megfogalmazása melyekkel megvalósítható a szerb vidéki általános kórházi emberi erőforrás menedzsment negatív jelenségeinek korrigálása és pozitív jelenségek fejlesztése.	Milyen etikai attitűdök, magatartások jellemzik a szerb vidéki kórházak alkalmazottjainak életét és munkavégzését?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel
	Vannak-e, illetve milyen jellegűek a különbségek az etikai attitűdök, magatartások kapcsán a különböző tulajdonságokkal (nem, életkor, beosztás, szakmai tapasztalat) rendelkező szerb vidéki általános kórházi alkalmazottak csoportjai között?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel: leíró statisztika, Pearson-khi-négyzet próba
	Milyen a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjainak a megítélése az intézményükben folytatott egészségügyi ellátás minőség kapcsán?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel
	Vannak-e, illetve milyen jellegűek a különbségek a különböző tulajdonságokkal (nem, életkor, beosztás, szakmai tapasztalat) rendelkező szerb vidéki általános kórházi alkalmazottak csoportjai között az intézményükben folytatott egészségügyi ellátás minőség véleményezése kapcsán?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel: leíró statisztika, Pearson-khi-négyzet próba
	Mekkora a munkahelyi elégedettség mértéke a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjai körében? Milyen az elégedettségük a munkájukat és munkahelyi körülményeket jellemző egyes tényezőkkel?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel: leíró statisztika, kereszttábla-elemzés, Pearson-khi-négyzet próba, variancia homogenitási tesztel, korrelációs kapcsolatok elemzése, faktorelemzés, klaszterelemzés
	Milyen gyakori az elvándorlási szándék a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjai körében?	Kvantitatív elemzés – kérdőív; a kapott válaszok elemzése leíró statisztikai módszerekkel: leíró

		statisztika, Pearson-khi-négyzet próba, variancia homogenitási teszt, faktorelemzés, klaszterelemzés	
--	--	--	--

1. melléklet: A disszertáció kutatási kérdései és céljai, a kutatási módszerek és az elvárt eredmények, ajánlások

Forrás: saját szerkesztés, 2024

Modellek/ elmélet	Leírása
Erőforrás-függőség elmélete	Az erőforrás-függőség elmélete azt magyarázza, hogy az intézményen kívüli erőforrásoktól való függőség hogyan kapcsolódik a szervezeti cselekvésekhez és az eredményekhez (Pfeffer & Salancik, 1978).
Az egészség és a társadalmi egyenlőtlenségek közötti összefüggések	A társadalmi, gazdasági és politikai mechanizmusok társadalmi-gazdasági helyzeteket alakítanak ki, melyek révén a népesség a jövedelem, az oktatás, a foglalkozás, a nem, a faji/etnikai hovatartozás és más tényezők szerint rétegződik (Solar & Irwin, 2010)
Maslow-szükséglethierarchiája	Maslow elmélete az emberi szükségletek öt kategóriájának létezését (hierarchiáját) vázolja fel: fiziológiai szükségletek, biztonság, szeretet és hovatartozás (szociális szükségletek), megbecsülés és önmegvalósítás, feltételezve egymás utáni kielégítésüket (Maslow, 1954)
Herzberg kéttényezős elmélete	Elégedettséget és az elégedetlenséget befolyásoló tényezők; Herzberg elkülönítette a higiéniai tényezőket (munkakörnyezet alapvető elemei, például fizetés, felügyelet, munkakörnyezet) a motivációs tényezőktől (olyan tényezők, amelyek valódi motivációt eredményeznek, például elismerés, teljesítmény, szakmai fejlődés) (Dajnoki, et al., 2021)
Hackman és Oldham munkamotivációs modellje	A modell öt alapvető munkahelyi jellemzőt azonosít, amelyek hozzájárulnak a munkavállalók erős motivációjához és elégedettségéhez. Ezek a jellemzők közé tartozik a készségek változatossága, a feladat identitása, a feladat jelentősége, az autonómia és a visszajelzés (Hackman & Oldman, 1975).
Adams-féle méltányossági elmélet	Azt fejt ki, hogy az alkalmazottak folyamatosan meghatározzák a saját input (képeségek, tapasztalat, erőfeszítés) és output (elismerés, juttatás) hányadosukat és ezt használják a relatív egyenlőség meghatározásához, azzal, hogy összehasonlítják azt a többi alkalmazott input-output arányával (Bauer & Mitev, 2016).
Szociális Identitás Elmélete	Azt vizsgálja, hogy a csoporthoz való tartozás hogyan befolyásolja az önfelfogást, az attitűdöket, a viselkedést és a csoportközi kapcsolatokat (Tajfel & Turner, 2004; Ambrose, et al., 2018).
Kognitív fejlődés elmélete – Lawrence Kohlberg morális fejlődés modellje	Az elmélet felvázolja, hogyan halad át az egyén az erkölcsi érvelés hat szakaszán, amelyeket három erkölcsi szinten csoportosít: prekonvencionális, konvencionális és posztkonvencionális (Snarey & Green, 2011).
Kant kategorikus imperatívusza	Kant a kategorikus imperatívuszt objektív, racionálisan szükséges és feltétlen elvként jellemezte, amelyet követnünk kell, minden ellenkező

	természetes vágyunk ellenére (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2025a).
Utilitarizmus elmélete	Az utilitarista nézet szerint az embernek maximalizálnia kell az általános jót, vagyis a saját jó mellett mások javát is figyelembe kell venni (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2025b).
Munkahelyi szerepek és szervezeti perspektívák modellje	A munkahelyi szerepek és szervezeti perspektívák modellje (Role Theory) azon a fő feltételezésen alapul, hogy az egyének különböző szerepekkel rendelkeznek a mindennapi életben (Anglin, et al., 2022).
Szervezeti kultúra modell (Schein)	Schein által definiált kultúra azon a feltételezésen alapul, hogy egy csoport tagjaiban közősek az értékek, választások és hiedelmek, illetve bizonyos szintű stabilitás figyelhető meg a viselkedési sémáiban (Málovics & Behrends, 2004).
A munkahelyi követelmény - erőforrás modell (JD-R; Job Demands-Resources)	A munkahelyi követelmény - erőforrás modell (JD-R) azt fejt ki, hogy a szervezeti környezet hogyan befolyásolja a munkavállalók jólétét és teljesítményét. A munkahelyi megterhelés alacsonyabb, míg a motiváció magasabb munkateljesítményhez vezet (Tummers & Bakker, 2021; Bakker & Demerouti, 2017).
A migráció push-pull elmélete	A push-pull elmélet szerint a migrációt két szemszögből vizsgáljuk. Ezek azok az erők, amelyek hatással vannak az egyének költöztésére és ezeket a migráció „push” és „pull” tényezőinek nevezik. A push-tényezők a származási országra, míg a pull-tényezők a befogadó országra jellemzőek. Ez a két erő szükséges ahhoz, hogy a migráció bekövetkezzen (Kline, 2003).

2. melléklet: A kutatás hipotéziseihez társuló modellek és elméletek összefoglaló táblázata

Forrás: Pfeffer & Salancik, 1978; Solar & Irwin, 2010; Maslow, 1954; Dajnoki et al., 2021; Hackman & Oldman, 1975; Bauer & Mitev, 2016; Tajfel & Turner, 2004; Ambrose et al., 2018; Snarey & Green, 2011; Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2025; Anglin et al., 2022; Málovics & Behrends, 2004; Tummers & Bakker, 2021; Bakker & Demerouti, 2017; Kline, 2003 alapján saját szerkesztés

	Év	Szerbia	Belgrád	Vajdaság	Šumadija és Nyugat- Szerbia	Dél- és Kelet- Szerbia
Nyilvántartott (bejelentett) foglalkoztatás	2023	2 360 588	837 269	592 718	535 646	394 958
	2022	2 310 035	810 343	579 602	528 376	391 714
	2021	2 273 591	785 183	575 228	523 427	389 753
	2020	2 215 475	759 044	562 927	514 148	379 356
	2019	2 173 135	742 122	550 807	508 059	372 160
	2018	2 131 079	717 998	545 854	500 519	366 709
	2017	2 062 588	691 555	524 591	486 165	360 281
	2016	2 009 785	669 845	511 313	475 397	353 237
	2015	1 989 617	670 296	506 598	470 555	342 168
	2014	1 698 000	559 000	443 000	396 000	299 000
A munkavállalási korúak (15-64 éves) foglalkoztatási rátája	2023	64,7	70,8	65,3	62,9	58,8
	2022	64,5	69,3	64,6	63,6	59,5
	2021	62,2	67,4	62,9	61,3	56,3
	2020	61,3	65,0	61,2	61,0	57,3
	2019	60,7	64,9	60,7	59,8	56,9
	2018	58,8	62,9	59,1	58,1	54,6
	2017	57,3	60,3	57,2	57,2	54,2
	2016	55,2	56,9	54,4	55,8	53,3
	2015	52,0	53,0	51,7	53,0	49,7
	2014	50,7	52,8	50,5	52,0	47,0
Nyilvántartott (bejelentett) foglalkoztatás a 15 éves és idősebb lakosság %- ában kifejezve	2023	41,7	58,7	40,1	34,5	32,7
	2022	39,9	56,7	37,3	33,1	32,2
	2021	38,8	54,6	36,6	32,4	31,6
	2020	37,6	52,7	35,6	31,6	30,4
	2019	36,7	51,6	34,7	31,0	29,5
	2018	35,8	50,0	34,2	30,3	28,8
	2017	34,5	48,2	32,7	29,2	28,1
	2016	33,4	46,7	31,7	28,3	27,3
	2015	32,8	46,7	31,2	27,8	26,1
	2014	27,8	39,1	27,1	23,2	22,6
Nyilvántartott foglalkoztatás az egészségügyi és szociális ellátási szektorban	2023	167 427	53 458	41 514	39 383	33 072
	2022	162 305	51 788	40 193	38 024	32 300
	2021	159 353	50 606	39 314	37 524	31 909
	2020	155 240	48 805	38 649	36 075	31 711
	2019	156 920	48 065	41 383	36 304	31 167
	2018	160 596	49 802	41 805	36 557	32 432
	2017	159 688	49 010	41 747	36 318	32 613
	2016	159 535	48 701	41 821	36 198	32 816
	2015	166 447	51 171	42 789	38 545	33 942
	2014	152 351	49 368	37 971	32 685	32 326
Nyilvántartott foglalkoztatás az	2023	2,9	3,7	2,8	2,5	2,7
	2022	2,8	3,6	2,6	2,4	2,7
	2021	2,7	3,5	2,5	2,3	2,6

egészségügyi és szociális ellátási szektorban a 15 éves és idősebb lakosság %-ában kifejezve	2020	2,6	3,4	2,4	2,2	2,5
	2019	2,6	3,3	2,6	2,2	2,5
	2018	2,7	3,5	2,6	2,2	2,5
	2017	2,7	3,4	2,6	2,2	2,5
	2016	2,6	3,4	2,6	2,2	2,5
	2015	2,7	3,6	2,6	2,3	2,6
	2014	2,5	3,4	2,3	1,9	2,4

3. melléklet: Nyilvántartott (bejelentett) foglalkoztatás Szerbia négy régiójában 2014-2023 közötti időszakban

Forrás: Republički zavod za statistiku, 2024c, 2023b, 2022, 2021, 2020, 2019, 2018, 2017, 2016, 2015 alapján saját szerkesztés

Régió	Kórház	Ágyszám
Észak- Szerbia	Általános kórház Szabadka (Subotica)	670
	Általános kórház Nagybecskerek (Zrenjanin)	600
	Általános kórház Nagyikinda (Kikinda)	280
	Általános kórház Zenta (Senta)	240
	Általános kórház Versec (Vršac)	290
	Általános kórház Pancsova (Pančevo)	660
	Általános kórház Zombor (Sombor)	732
	Általános kórház Verbász (Vrbas)	270
	Általános kórház Szávaszentdemeter (Sremska Mitrovica)	513
Dél-Szerbia	Általános kórház Loznica	461
	Általános kórház Szabács (Šabac)	575
	Általános kórház Valjevo	657
	Általános kórház Smederevo	399
	Általános kórház Smederevska Palanka	300
	Általános kórház Petrovac na Mlavi	138
	Általános kórház Požarevac	530
	Általános kórház Aranđelovac	142
	Általános kórház Jagodina	270
	Általános kórház Paraćin	171
	Általános kórház Čuprija	469
	Általános kórház Bor	310
	Általános kórház Kladovo	135
	Általános kórház Majdanpek	50
	Általános kórház Negotin	190
	Általános kórház Zaječar	430
	Általános kórház Knjaževac	120
	Általános kórház Priboj	110
	Általános kórház Prijepolje	170
	Általános kórház Užice	860
	Általános kórház Gornji Milanovac	150
	Általános kórház Čačak	527
	Általános kórház Kraljevo	580

	Általános kórház Novi Pazar	420
	Általános kórház Kruševac	595
	Általános kórház Aleksinac	135
	Általános kórház Prokuplje	353
	Általános kórház Pirot	332
	Általános kórház Leskovac	795
	Általános kórház Vranje	543
	Általános kórház Surdulica	145

4. melléklet: A Szerb Köztársaság egyes általános kórházainak az ágyszáma

Forrás: Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova Službeni glasnik RS, br. 101/2024-32 alapján saját szerkesztés

HRM mozgatórugói	Vezetés	Munkavállalói elkötelezettség	A tudás elérhetősége	Munkaerő-optimalizálás	Tanulási kapacitás
HRM gyakorlatai	Kommunikáció - A vezetőség kommunikációja nyílt és hatékony.	Munkaköri leírás - A munka jól megszervezett, és az alkalmazottak készségei ki vannak használva.	Elérhetőség - A munkával kapcsolatos információk és képzések könnyen elérhetők.	Munkafolyamatok - A munkafolyamatok jól definiáltak és a képzés hatékony.	Innováció - Új ötletek szívesen fogadása.
	Inkluzivitás (befogadás) - A vezetés együttműködik a munkavállalókkal, és felkéri őket, hogy véleményt nyilvánítsanak.	Elkötelezettség - A munkahelyek biztonságosak, a munkavállalókat elismerik, és az állásban való előrelépés lehetséges.	Együttműködés - A csapatmunkát ösztönzik és elősegítik.	Munkafeltételek - A munkafeltételek támogatják a magas teljesítményt.	Képzés - A képzés gyakorlatias és támogatja a szervezeti célokat.
	Felügyeleti készségek - A menedzserek megszüntetik az akadályokat, visszajelzést nyújtanak, és bizalmat ébresztenek.	Időmenedzsment - A munkaterhelés lehetővé teszi a munkavállalók számára, hogy jól végezzék a munkájukat, és jó egyensúlyt biztosít a munka és a magánélet között.	Információmegosztás - A legjobb gyakorlatok megosztása és fejlesztése.	Számonkérhetőség - A magas teljesítmény elvárása és jutalmazása.	Szakmai fejlődés - A munkavállalók hivatalos karrierfejlesztési tervekkel rendelkeznek.
	Végrehajtási készségek - A felsővezetők elhárítják az akadályokat, visszajelzést nyújtanak, és bizalmat gerjesztenek.	A munkahelyi felmérési rendszerek - A munkavállalók elkötelezettségét folyamatosan értékelik.	Az adatgyűjtési rendszerek - Könnyen hozzáférhetővé teszik az információkat.	Felvétel - A felvett munkavállalókat képzettség alapján választják ki; az újonnan felvett munkatársak alapos eligazításon vesznek részt.	Érték és támogatás - A vezetők azt bizonyítják, hogy a tanulást megbecsülik.

	A vezetés- fejlesztés és az átalakulást elősegítő rendszerek – Hatékonyak.			Teljesítményirányí- tási rendszer – Hatékony.	A tanulásiirányít- ási rendszerek - Automatizáljá- k a képzés egyes aspektusait.
--	--	--	--	---	---

5. melléklet: A humánerőforrás menedzsment (HRM) mozgatórugói

Forrás: Bassi & McMurrer, 2007 alapján saját szerkesztés

Fogalom	Definíció
Adatvédelem	Annak ellenőrzése, hogy ki rendelkezik a betegről szóló információkkal, és hogy mit tesznek ezekkel az információkkal.
Autonómia	Az életünkkel kapcsolatos döntések meghozatalának joga; fizikai és pszichológiai korlátozottságok nélkül, vagyis külső és belső kénysztől mentesen, a cselekvési alternatívák szabad mérlegelésének és a választott alternatívának megfelelő cselekedet képessége; a gondolkodás, az akarat és a cselekvés autonómiája.
Átláthatóság	Információk közlése arról, hogy mit és miért teszünk.
Betegközpontú ellátás	Az ellátás olyan modellje, amelyben a beteg szükségletei, és nem a rendszer vagy a szolgáltatók érdekei a legfontosabbak.
Bizalmasság	A személyes egészségügyi információk bizalmasan kezelendők, kivéve, ha etikai vagy jogi okok miatt meg kell osztani azokat.
Biztonság	A tényleges és potenciális ártalmaktól való lehető legnagyobb mértékű védelem.
Egészségügyi egyenlőség	A különböző csoportok közötti egészségi állapotbeli különbségek minimálisra csökkentése.
Élet szentsége	Az a meggyőződés, hogy minden élet egyenlő és végtelen értékkel bír.
Együttérzés	Mások tapasztalatai és szenvedése által való megihatottság
Etika	Az etika tág értelemben az „erkölcsi élet” megértésével és tanulmányozásával kapcsolatos tevékenységek leírására szolgál. Az „erkölcs” kifejezés magában foglalja azokat a meggyőződéseket, magatartási normákat, elveket és szabályokat, amelyek a személyes és szakmai magatartást, valamint az intézmények viselkedését irányíthatják. Magában foglalja az egészségügyi szolgáltatások végrehajtásának vagy nem végrehajtásának következményeinek megértését.
Fenntarthatóság	Annak biztosítása, hogy a rendelkezésre álló erőforrásokat ne használjuk fel a szükségesnél gyorsabban.
Gondoskodás színvonala	Az a minimális követelmény, amit a betegeknek az egészségügyi ellátás során elvárhatnak.
Hatékonyaság	A kívánt cél elérése a lehető legkevesebb erőforrás felhasználásával.

Igazságosság	Annak biztosítása, hogy az egyének és csoportok igazságos bánásmódban részesüljenek; azt vizsgálja, hogyan kell a társadalomban a hátrányokat és az előnyöket megfelelően elosztani.
Integritás	Az elveket és értékeket tükröző következetes cselekvés.
Jótekonyság	Az az etikai elv, amely az beteg javát szolgálja (jót tenni vagy segíteni az embereknek); pozitív jótekonyság elve („Tegyél jót!”, „Szüntesd meg a rosszat!”) és a hasznosság elve (minden tett következményeit előzőleg fel kell becsülni és azt az alternatívát kell kiválasztani, amely a legnagyobb jó/rossz arányt eredményezi).
Kiszolgáltatottak védelme	Olyan emberekre való odafigyelés, akiknek a tapasztalatai és/vagy a saját döntéseik meghozatalára való képtelensége befolyásolhatja azt, hogy felismerjék vagy kérjék azt, amire szükségük van és amit szeretnének.
Méltányosság	Igazságos hozzáállás, illetve mindenkit a szükségleteinek megfelelően kezelni, oly módon, hogy ugyanolyan mértékben tudjon részt venni, teljesíteni és bekapcsolódni a kezelésbe.
Méltóság	Az önértékelés érzése, valamint a betegnek mások által is tiszteletre méltónak tekintése
„Ne árts” elve	Mindig a beteg javát, jólétét kell legfontosabbnak tartani; az egészségügyi személyzetnek mindig kellő gondossággal kell eljárnia; a beavatkozások előnyeit és hátrányait kell egyaránt mérlegelni és csak kedvező előny/hátrány arányú beavatkozásokat szabad elvégezni.
Személyek/autonómia tiszteletben tartása	Tiszteletben tartjuk valakinek azt a jogát, hogy a rendelkezésre álló lehetőségek közül saját maga válasszon, mindaddig, amíg ezzel más embereknek nem okoz kárt.

6. melléklet: Az egészségügyi etika fogalmainak áttekinthető megfogalmazásai (definíciói)

Forrás: Cuneo, 2020; Nova Scotia Health Ethics Network, 2025; CADTH, 2023; Kovács, 2024 alapján saját szerkeztés

Kérdőív
Első kérdéscsoport • Az alkalmazott életkora. • Az alkalmazott neme. • Hol dolgozik jelenleg (kórház/osztály)? • Milyen munkakörben dolgozik, milyen pozíciót tölt be jelenleg? • Milyen iskolai végzettséggel rendelkezik? • Hány év releváns munkatapasztalattal rendelkezik az egészségügyi ellátásban?
Második kérdéscsoport A munkahelyükön működő humánerőforrás-gazdálkodásra vonatkozó állításokat (Bassi & McMurrer, 2007 alapján) a válaszadók a következőképpen értékelték: 1- Egyáltalán nem értek egyet 2- Inkább nem értek egyet 3- Semleges véleményen vagyok

- 4- Inkább egyetértek
- 5- Teljes mértékben egyetértek

Ez a kérdéscsoport öt alcsoportba sorolt állításokat tartalmazta.

I.A humánerőforrás menedzsment értékelése vezetés szempontjából:

1. Kommunikáció - A vezetők nyitottak és őszinték a kommunikációban. Hatékonyan kommunikálják az innovációt, a stratégiát és a célkitűzéseket a munkavállalókkal. Gondoskodnak arról, hogy az alkalmazottak mindig tisztában legyenek az elvárásokkal.
2. Befogadás - A vezetők megfelelően alakítják az emberi erőforrás gazdálkodást és stratégiát, együttműködnek és tisztelettel bánnak az alkalmazottakkal.
3. Végrehajtási készségek - A vezetők megfelelően mutatják be az alkalmazottaknak a szervezeti értékeket és azok jelentőségét. Támogatják az akadályok (pl. a felesleges és szükségtelen adminisztratív feladatok) felszámolását, valamint a beosztottak és a vezetők közötti bizalmi viszony kialakulását.
4. Felügyeleti készségek - A vezetők a beosztottak munkáját megfelelően felügyelik, segítik és összehangolják, konstruktív visszajelzéseket nyújtanak, illetve megfelelő teljesítményértékelést biztosítanak.

II. A humánerőforrás menedzsment értékelése a munkavállalói elkötelezettség szempontjából:

1. Munkaköri leírás - A szervezetben hatékony módon történik a munka megszervezése. Az alkalmazottak bíznak az optimális feladatkiosztásban és felelősségteljesen végzik el a munkájukat. A kreatív munkaköri leírás a munkavégzést a munkavállalók igényeihez igazítja.
2. Elkötelezettség a munkavállalók iránt - Az alkalmazottak biztonságban érzik magukat a munkahelyükön, mivel az eredményeiket elismerik, és lehetőséget kapnak a szakmai fejlődésre és előléptetésre.
3. Időmenedzsment - A munkakörhöz tartozó munka mennyisége lehetővé teszi a munkavállalók számára, hogy jól végezzék el a feladataikat, érdemi döntéseket hozzanak, és megfelelő egyensúlyt teremtsenek a munkahelyi kötelezettségek és a magánélet között.
4. A munkahelyi felmérési rendszerek - A szervezeti rendszer lehetővé teszi a jó teljesítményt nyújtó alkalmazottak megtartását a foglalkoztatási trendek folyamatos felmérése mellett, és olyan adatokkal rendelkezik, melyek segítségével meghatározható az ellátás termelékenységére és az egészségügyi szolgáltatás felhasználóinak az elégedettsége.

III.A humánerőforrás menedzsment értékelése a tudás elérhetősége szempontjából:

1. Elérhetőség - Az alkalmazottak rendelkeznek a munkához szükséges tudással és tapasztalattal, illetve elérhetők számukra azok a protokollok, melyek szükségesek lehetnek bizonyos feladatok elvégzéséhez.
2. Együttműködés és csapatmunka - A szervezet ösztönzi a csapatmunkát. Vannak olyan közös terek, ahol összegyűlhetnek a munkatársak informális szakmai beszélgetés és tapasztalatmegosztás céljából, valamint formálisan megszervezett megbeszélések keretében is tudást cserélnek és tanulhatnak egymástól.
3. Információmegosztás- Megfelelően működik a legjobb gyakorlatok megosztása és tapasztalatok terjesztése az osztályok között.
4. Az alkalmazott adminisztratív rendszerek - A szervezeten belül jól működik az információk rögzítése, megőrzése és az összes dolgozó számára elérhetővé tétele.

IV. A humánerőforrás menedzsment értékelése munkaerő-optimalizálás szempontjából:

1. Munkafolyamatok - A munkavégzés folyamatai jól definiáltak, folyamatosan javulnak, és az alkalmazottak képzettsége megfelelő a folyamatok elvégzésére.
2. Munkafeltételek- Az alkalmazottak hozzáférhetnek a számukra szükséges eszközökhöz és technológiákhoz.
3. Felelősség - Az alkalmazottak, akik nem végzik megfelelően a munkájukat felelősségre vonhatók, míg az előléptetés a kompetencián alapul. A munkahelyi közös feladatok alapja a kölcsönös bizalom.
4. Toborzási döntések - A jelöltek toborzása és kiválasztása a szükséges kompetenciák alapján történik. Az új belépők megfelelő útmutatást kapnak a szükséges készségek alkalmazására.
5. Munkaeszközök - Rendelkezésre állnak a megfelelő munkavégzéshez szükséges erőforrások, pl. korszerű felszerelés (orvosi, műszaki, irodai), pihenő, étkezési és higiéniai helyiségek, illetve a munkarend megfelel a dolgozók szükségleteinek, szellemi és fizikai képességeinek.

V.A humánerőforrás menedzsment értékelése tanulási kapacitás szempontjából:

1. Innováció - A vezetők ösztönzik és örömmel fogadják az új ötleteket, támogatják az alkalmazottakat a jobb üzletvitel megvalósításában. Fontos szempontnak tartják a dolgozók közreműködését a problémamegoldásban.
2. Képzés- A munkahelyi képzés gyakorlatias, a szervezet céljaira épül, és hozzáférést biztosít az új technológiákhoz.

3. Érték és támogatás - A vezetők értékelik és rendszeresen priorizálják a tanulást.

Harmadik kérdéscsoport

A harmadik kérdéscsoport az erkölcsre és munkahelyi etikára vonatkozik. Az egészségügyi alkalmazottak a feltett kérdésekre „nem”, „nem tudom”, „részben egyetértek”, „igen” és „abszolút” válaszokkal válaszolhattak. A következők erkölcsi tényezők kerülnek értékelésre (Moral Foundations, 2025 alapján):

1. Előfordult-e valaha, hogy a munkavégzése során egyes betegekkel másképpen bánt, mint a többivel?
2. Nyíltan kimutatta-e valaha is, hogy nem tiszteli a tekintélyt?
3. Ön szokott-e törődni a gyengékkel és a kiszolgáltatottakkal?
4. Előfordult-e, hogy Ön valamilyen szempontból tisztességtelenül viselkedett a munkavégzés során?
5. Tett-e valaha is olyat, amivel elárulta a munkahelyi csoportját?
6. Tiszteletben szokta tartani a társadalmi hagyományoknak vagy sem?
7. Előfordult-e, hogy munkavégzése során elkövetett olyan cselekedetet, melyet förtelmesnek tart?
8. Előfordult-e, hogy a munkahelyén kegyetlenül viselkedett valakivel szemben?
9. Előfordult-e, hogy nem tartotta tiszteletben a páciens jogait?
10. Hisz-e az Istenben és eszerint szokott cselekedni?
11. Hisz-e abban, hogy a szenvedők iránti együttérzés a legfontosabb erény?
12. Támogatja-e azt, hogy minden gyermeknek meg kell tanulnia az az engedelmességet és a tekintélytisztelést?
13. Azt gondolja, hogy nem lenne szabad rosszul cselekedni, még akkor sem, ha azzal nem bántunk meg senkit?
14. Hisz abban, hogy jobb jót tenni, mint rosszat?
15. Azt gondolja, hogy a lehető legrosszabb tett, ha megbánt egy tehetetlen állatot?
16. Úgy véli, hogy az igazságosság a legfontosabb társadalmi követelmény?
17. Hisz abban, hogy lojális kell, hogy legyen a családjához, még akkor is, ha valamely családtagja valami rosszat tett?
18. Úgy véli, hogy a férfiaknak és a nőknek különböző szerepük van a társadalomban?
19. Hisz abban, hogy semmilyen körülmények között sem lehet helyes embert ölni?
20. Ön úgy véli, hogy erkölcsileg helytelen, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnek, a szegények meg nem?
21. Ön azt gondolja, hogy fontosabb jó csapatjátékosnak lenni, mint az önkifejezés?
22. Ha Ön katona lenne és nem értene egyet a felettese parancsával, akkor is engedelmeskedne, mert ez a kötelessége?
23. Hisz abban, hogy a lelki tisztaság fontos és értékes erény?

Negyedik kérdéscsoport

A negyedik kérdéscsoport az egészségügyi szolgáltatás minőségére vonatkozik. A kérdések a Szerb Köztársaság Korrupcióellenes Ügynökség kérdőíve alapján készültek el (Agencija za borbu protiv korupcije Republike Srbije, 2013).

A választ egy 1-5-ig terjedő skálán kellett megjelölni, ahol az 1-es az „egyáltalán nem értek egyet”, míg az 5-ös „teljes mértékben egyetértek” választ jelentette (lásd első kérdéscsoport). A válaszadók értékelték az egészségügyi ellátás minőségét, az alábbiak szerint:

1. Az egészségügyi intézményük alkalmazottjai szakszerűen végzik el a munkájukat és kellő tudással és tapasztalattal rendelkeznek a betegekkel való munkavégzéshez.
2. Az egészségügyi intézményük elegendő számú egészségügyi és nem egészségügyi végzettségű alkalmazottal rendelkezik.
3. Ön úgy gondolja, hogy az intézményükbe érkező betegek számára érthető a felvételi eljárás.
4. Ön úgy gondolja, hogy az intézményükben minden páciens azonos minőségű szolgáltatásban részesítik a betegfelvétel és az ellátás során.
5. Ön úgy véli, hogy a felettese elégedett az Ön által végzett munkával.
6. Ön úgy gondolja, hogy minden páciense elégedett az Ön által nyújtott egészségügyi ellátással.
7. Ön mindig arra törekszik, hogy a lehető legjobban végezze el a munkáját, még akkor is, ha azt nem fogják ellenőrizni.
8. Ön úgy gondolja, hogy az intézményükben dolgozó összes kolléga mindig a legmagasabb színvonalú szolgáltatást nyújt a betegeknek.

Ötödik kérdéscsoport

Az ötödik kérdéscsoport az egészségügyi intézmények alkalmazottjainak a munkájukkal való elégedettségére vonatkozik. Ez a kérdéscsoport a szerbiai Közegészségügyi Intézet „Dr. Milan Jovanovic Batut” által végzett, az állami egészségügyi intézmények dolgozóinak elégedettségére vonatkozó éves felmérések (Institut za javno

zdravlje Srbije „, Dr Milan Jovanović Batut“, 2020) alapján készült el. A válaszadók a következő kritériumok alapján válaszolhattak:

- 1 - Nagyon elégedetlen
- 2 - Elégedetlen
- 3 - Semleges álláspont, sem elégedett, sem elégedetlen
- 4 - Elégedett
- 5 - Nagyon elégedett

A következő szempontok kerültek értékelésre:

1. Az intézményében elérhető felszerelés megfelelősége az egészségügyi ellátás elvégzéséhez
2. Az intézményében a munka elvégzésére és a beteg ellátásra jutó idő mennyisége
3. Önállóság a munkavégzésben és döntéshozatali képesség
4. Az Ön szakmai tudása, képességei és készségei felhasználására való lehetőség a munkavégzés során
5. Munkájának tisztelte és megbecsülése
6. Közvetlen együttműködés a kollégákkal és vezetőkkel
7. A betegek viszonya Önhöz és a kollégáihoz
8. Szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőségek
9. Munkájának anyagi jutalmazása
10. A munka irányítása és szervezése az egészségügyi intézményében
11. Világos útmutatás nyújtása, hogy mit várnak el Öntől a munkája elvégzése során
12. Lehetőség arra, hogy az ötleteit be tudja mutatni a feletteseinek

Ehhez a kérdéscsoporthoz még a következő kérdések tartoztak, melyre a válaszadók az alábbi kritériumok alapján válaszolhatnak:

Mennyire feszült, stresszes vagy nyomás alatt érzi magát a munkavégzés során?

- Egyáltalán nem
- Kicsit
- Mérsékelt
- Jelentősen
- Nagyon jelentősen

A munkáját illetően, az elkövetkezendő öt évben mit tervez?

- Az állami szektorban marad
- Magánegészségügyben fog elhelyezkedni
- Egészségügyön kívüli munkát, a szakma elhagyását tervezi
- Külföldre szeretne elvándorolni
- Egyáltalán nem gondolkozik munkahelyváltáson

A fentiek figyelembevételével, hogyan értékelné a jelenleg végzett munkájával való elégedettségét?

- Nagyon elégedetlen
- Elégedetlen
- Sem nem elégedett, sem nem elégedetlen
- Elégedett
- Nagyon elégedett

Hatodik kérdéscsoport

A hatodik kérdéscsoport az egészségügyi dolgozók elvándorlási szándékát érinti. A kérdéseket a 2012-ben Szászországban végzett, az orvosok elvándorlására vonatkozó keresztmetszeti és átfogó felmérés (Pantenburg, et al., 2018) alapján készítettem el. Ehhez a csoporthoz a következő kérdések, illetve lehetséges válaszok tartoznak:

Felmerült Önben az a gondolat, hogy egy másik országba vállal el munkát szakmáján belül?

- Nem
- Nem tudom
- Részben igaz
- Igen
- Abszolút

A felsorolt tényezők közül, melyek járultak hozzá leginkább az elvándorlás gondolatához (a választ egy 1-5-ig terjedő skálán kellett megjelölni, ahol az 1-es a legalacsonyabb és az 5-ös a legmagasabb értékelés)?

- Általános munkahelyi helyzet
- A munka mennyisége, illetve a családra, barátokra, szabadidős tevékenységre maradó idő
- A felettesekkel való viszony

- A munkaetika
- A szakmai fejlődési lehetőségek
- A munkabér
- Lehetőség arra, hogy a betegeket az Ön által optimálisnak ítélt módon kezelje
- A munkahelyi stressz mértéke
- A nők és a férfiak egyenlősége a munkahelyén
- Az adminisztratív feladatok elvégzésére való idő
- Társadalmi státus
- Szellemi ösztönzés a munkahelyén
- A munka biztonsága
- Kapcsolat a nem egészségügyi személyzettel
- Az orvosi ellátás minősége
- A betegekkel való kapcsolat

Melyik országot/régiót/kontinenst tartja a legmegfelelőbb elvándorlási célpontnak abban az esetben, ha elvándorlási szándékkal rendelkezik?

- Svájc
- Svédország/Norvégia/Dánia/Skandináv országok
- Ausztrália/Új-Zéland
- Egyesült Királyság/Írország
- Egyesült Államok/Kanada
- Franciaország
- Németország
- Ausztria
- Közép-Amerika/Dél-Amerika
- Fejlődő országok/fejlesztési segélyek/ Orvosok Határok Nélkül
- Belgium/Hollandia/Luxemburg
- Spanyolország
- Thaiföld/India/Nepál/Kína
- Olaszország
- Dubai/Katar
- Románia
- Nincs meghatározva
- Egyéb

7. melléklet: Kutatási kérdőív - az egészségügyi intézmények irányításának egyes aspektusaira és azok következményeire, hatásaira vonatkozó dolgozói vélemény felmérésére szolgáló kérdőív

Forrás: saját szerkesztés, 2024

Kérdőív tétele	Változók	A változók forrása (milyen korábbi mérőeszközből származnak)
1.kérdéscsoport	A mintát leíró független változók (életkor, nem, munkavégzés helye, beosztás, iskolai végzettség, szakmai tapasztalat)	
2.kérdéscsoport	Humánerőforrás-menedzsment • vezetés • munkavállalói elkötelezettség • a tudás elérhetősége • munkaerő-optimalizálás • tanulási kapacitás	Bassi és McMurrer által kidolgozott emberierőforrás menedzsment eszközei - "Human Capital Drivers" („A humán erőforrások mozgatórugói”), mint a szervezetek teljesítményének elemzésére és javítására szolgáló eszközök (Bassi & McMurrer, 2007).
3.kérdéscsoport	Erkölc és munkahelyi etika	Haidt és Graham által kidolgozott "Moral Foundations Questionnaire", MFQ30 – az erkölcsi alapokra vonatkozó kérdőív (Moral Foundations, 2025).
4.kérdéscsoport	Az egészségügyi szolgáltatás minőség	A Szerb Köztársaság Korupcióellenes Ügynökségének az integritási tervekben származó kockázatok ellenőrzésére és a hatóságok/egészségügyi rendszerek önértékelési sikerességének elemzésére szolgáló kérdőív (Agencija za borbu protiv korupcije Republike Srbije, 2013)
5.kérdéscsoport	Munkával való elégedettség	A szerbiai Közegészségügyi Intézet „Dr. Milan Jovanovic Batut” által végzett, az állami egészségügyi intézmények dolgozóinak elégedettségére vonatkozó éves felmérések kérdőívei (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020)
6.kérdéscsoport	Elvándorlási szándék	2012-ben Szászországban végzett, az orvosok elvándorlására vonatkozó keresztmetszeti és átfogó felmérés kérdőíve (Pantenburg, et al., 2018)

8. melléklet: A kutatási kérdőív tételeinek, a kutatási változók és azok forrásainak összefoglaló táblázata

Forrás: saját szerkesztés, 2025

			Kommunikáció					Összes
			1	2	3	4	5	
Beosztás	Ápoló	Szám	14	30	27	112	44	227
		% Beosztás	6,2%	13,2%	11,9%	49,3%	19,4%	100,0%
		% Kommunikáció értékelése	50,0%	51,7%	58,7%	56,0%	69,8%	57,5%
		% Összes	3,5%	7,6%	6,8%	28,4%	11,1%	57,5%
	Egyéb	Szám	5	9	1	20	0	35
		% Beosztás	14,3%	25,7%	2,9%	57,1%	0,0%	100,0%
		% Kommunikáció értékelése	17,9%	15,5%	2,2%	10,0%	0,0%	8,9%
		% Összes	1,3%	2,3%	0,3%	5,1%	0,0%	8,9%
	Orvos	Szám	9	19	18	68	19	133
		% Beosztás	6,8%	14,3%	13,5%	51,1%	14,3%	100,0%
		% Kommunikáció értékelése	32,1%	32,8%	39,1%	34,0%	30,2%	33,7%
		% Összes	2,3%	4,8%	4,6%	17,2%	4,8%	33,7%
Összes		Szám	28	58	46	200	63	395
		% Beosztás	7,1%	14,7%	11,6%	50,6%	15,9%	100,0%
		% Kommunikáció értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	7,1%	14,7%	11,6%	50,6%	15,9%	100,0%
Khí-négyzet próba								
			Érték	df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)		
Pearson Khí-négyzet			16,703 ^a	8		0,033		
Valószínűségi arány			22,074	8		0,005		
N érvényes esetek száma			395					
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
			Érték	Approximate Significance				
Khí			0,206	0,033				
Cramer's V mutató			0,145	0,033				
Érvényes esetek száma N			395					

9. melléklet: A vezetői kommunikáció értékelése és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Felügyelet					Total
			1	2	3	4	5	
Beosztás	Ápoló	Szám	13	21	23	130	40	227
		% Beosztás	5,7%	9,3%	10,1%	57,3%	17,6%	100,0%
		% Felügyeleti készségek értékelése	40,6%	65,6%	52,3%	59,9%	57,1%	57,5%
		% Összes	3,3%	5,3%	5,8%	32,9%	10,1%	57,5%
	Egyéb	Szám	11	0	3	17	4	35
		% Beosztás	31,4%	0,0%	8,6%	48,6%	11,4%	100,0%
		% Felügyeleti készségek értékelése	34,4%	0,0%	6,8%	7,8%	5,7%	8,9%
		% Összes	2,8%	0,0%	0,8%	4,3%	1,0%	8,9%
	Orvos	Szám	8	11	18	70	26	133
		% Beosztás	6,0%	8,3%	13,5%	52,6%	19,5%	100,0%
		% Felügyeleti készségek értékelése	25,0%	34,4%	40,9%	32,3%	37,1%	33,7%
		% Összes	2,0%	2,8%	4,6%	17,7%	6,6%	33,7%
Összes		Szám	32	32	44	217	70	395
		% Beosztás	8,1%	8,1%	11,1%	54,9%	17,7%	100,0%
		% Felügyeleti készségek értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	8,1%	8,1%	11,1%	54,9%	17,7%	100,0%
KHI-négyzet próba								
		Érték	df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)			
Pearson KHI-négyzet		31,758 ^a	8		<0,001			
Valószínűségi arány		24,912	8		0,002			
N érvényes esetek száma		395						
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
		Érték	Approximate Significance					
KHI		0,284			<0,001			
Cramer's V mutató		0,201			<0,001			
Érvényes esetek száma N		395						

10. melléklet: A vezetői felügyeleti készségek értékelése és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Befogadás					Összes
			1	2	3	4	5	
Beosztás	Ápoló	Szám	18	24	11	135	39	227
		% Nem	7,9%	10,6%	4,8%	59,5%	17,2%	100,0%
		% A befogadás értékelése	47,4%	66,7%	52,4%	58,7%	55,7%	57,5%
		% Összes	4,6%	6,1%	2,8%	34,2%	9,9%	57,5%
	Egyéb	Szám	9	2	3	18	3	35
		% Nem	25,7%	5,7%	8,6%	51,4%	8,6%	100,0%
		% A befogadás értékelése	23,7%	5,6%	14,3%	7,8%	4,3%	8,9%
		% Összes	2,3%	0,5%	0,8%	4,6%	0,8%	8,9%
	Orvos	Szám	11	10	7	77	28	133
		% Nem	8,3%	7,5%	5,3%	57,9%	21,1%	100,0%
		% A befogadás értékelése	28,9%	27,8%	33,3%	33,5%	40,0%	33,7%
		% Összes	2,8%	2,5%	1,8%	19,5%	7,1%	33,7%
Összes		Szám	38	36	21	230	70	395
		% Nem	9,6%	9,1%	5,3%	58,2%	17,7%	100,0%
		% A befogadás értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	9,6%	9,1%	5,3%	58,2%	17,7%	100,0%
Khi-négyzet próba								
		Érték		df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)		
Pearson Khi-négyzet		15,352 ^a		8		0,053		
Valószínűségi arány		12,732		8		0,121		
N érvényes esetek száma		395						
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
		Érték		Approximate Significance				
Khi		0,197		0,053				
Cramer's V mutató		0,139		0,053				
Érvényes esetek száma N		395						

11. melléklet: A befogadási készségek és a válaszadók beosztása közötti összefüggést vizsgáló keresztábra elemzés (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Végrehajtás					Összes
			1	2	3	4	5	
Beosztás	Ápoló	Szám	17	26	40	112	32	227
		% Nem	7,5%	11,5%	17,6%	49,3%	14,1%	100,0%
		% A végrehajtás értékelése	47,2%	65,0%	54,1%	57,7%	62,7%	57,5%
		% Összes	4,3%	6,6%	10,1%	28,4%	8,1%	57,5%
	Egyéb	Szám	9	1	6	15	4	35
		% Nem	25,7%	2,9%	17,1%	42,9%	11,4%	100,0%
		% A végrehajtás értékelése	25,0%	2,5%	8,1%	7,7%	7,8%	8,9%
		% Összes	2,3%	0,3%	1,5%	3,8%	1,0%	8,9%
	Orvos	Szám	10	13	28	67	15	133
		% Nem	7,5%	9,8%	21,1%	50,4%	11,3%	100,0%
		% A végrehajtás értékelése	27,8%	32,5%	37,8%	34,5%	29,4%	33,7%
		% Összes	2,5%	3,3%	7,1%	17,0%	3,8%	33,7%
Összes		Szám	36	40	74	194	51	395
		% Nem	9,1%	10,1%	18,7%	49,1%	12,9%	100,0%
		% A végrehajtás értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	9,1%	10,1%	18,7%	49,1%	12,9%	100,0%
KHI-négyzet próba								
		Érték	df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)			
Pearson KHI-négyzet		15,334 ^a	8		0,053			
Valószínűségi arány		12,593	8		0,127			
N érvényes esetek száma		395						
a. 3 cella (20.0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 3,19.								
		Érték	Approximate Significance					
KHI		0,197	0,053					
Cramer's V mutató		0,139	0,053					
Érvényes esetek száma N		395						

12. melléklet: A végrehajtási készségek és a válaszadók beosztása közötti összefüggést vizsgáló keresztábra elemzés (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Elkötelezettség					Összes
			1	2	3	4	5	
Beosztás	Ápoló	Szám	22	32	30	122	21	227
		% Beosztás	9,7%	14,1%	13,2%	53,7%	9,3%	100,0%
		% Munkavállalók iránti elkötelezettség értékelése	46,8%	61,5%	51,7%	61,0%	55,3%	57,5%
		% Összes	5,6%	8,1%	7,6%	30,9%	5,3%	57,5%
	Egyéb	Szám	11	3	2	14	5	35
		% Beosztás	31,4%	8,6%	5,7%	40,0%	14,3%	100,0%
		% Munkavállalók iránti elkötelezettség értékelése	23,4%	5,8%	3,4%	7,0%	13,2%	8,9%
		% Összes	2,8%	0,8%	0,5%	3,5%	1,3%	8,9%
	Orvos	Szám	14	17	26	64	12	133
		% Beosztás	10,5%	12,8%	19,5%	48,1%	9,0%	100,0%
		% Munkavállalók iránti elkötelezettség értékelése	29,8%	32,7%	44,8%	32,0%	31,6%	33,7%
		% Összes	3,5%	4,3%	6,6%	16,2%	3,0%	33,7%
Összes		Szám	47	52	58	200	38	395
		% Beosztás	11,9%	13,2%	14,7%	50,6%	9,6%	100,0%
		% Munkavállalók iránti elkötelezettség értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	11,9%	13,2%	14,7%	50,6%	9,6%	100,0%
Khí-négyzet próba								
		Érték	df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)			
Pearson Khí-négyzet		19,734 ^a	8		0,011			
Valószínűségi arány		16,708	8		0,033			
N érvényes esetek száma		395						
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
		Érték	Approximate Significance					
Khí		0,224	0,011					
Cramer's V mutató		0,158	0,011					
Érvényes esetek száma N		395						

13. melléklet: A munkavállalók iránti elkötelezettség és a és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Együttműködés					Összes
			1	2	3	4	5	
Beosztás	Ápoló	Szám	11	16	15	144	41	227
		% Beosztás	4,8%	7,0%	6,6%	63,4%	18,1%	100,0%
		% Az együttműködés, csapatmunka értékelése	37,9%	66,7%	75,0%	59,8%	50,6%	57,5%
		% Összes	2,8%	4,1%	3,8%	36,5%	10,4%	57,5%
	Egyéb	Szám	11	0	0	19	5	35
		% Beosztás	31,4%	0,0%	0,0%	54,3%	14,3%	100,0%
		% Az együttműködés, csapatmunka értékelése	37,9%	0,0%	0,0%	7,9%	6,2%	8,9%
		% Összes	2,8%	0,0%	0,0%	4,8%	1,3%	8,9%
	Orvos	Szám	7	8	5	78	35	133
		% Beosztás	5,3%	6,0%	3,8%	58,6%	26,3%	100,0%
		% Az együttműködés, csapatmunka értékelése	24,1%	33,3%	25,0%	32,4%	43,2%	33,7%
		% Összes	1,8%	2,0%	1,3%	19,7%	8,9%	33,7%
Összes		Szám	29	24	20	241	81	395
		% Beosztás	7,3%	6,1%	5,1%	61,0%	20,5%	100,0%
		% Az együttműködés, csapatmunka értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	7,3%	6,1%	5,1%	61,0%	20,5%	100,0%
Khí-négyzet próba								
		Érték		df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)		
Pearson Khí-négyzet		40,247 ^a		8		<0,001		
Valószínűségi arány		31,836		8		<0,001		
N érvényes esetek száma		395						
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
		Érték		Approximate Significance				
Khí		0,319		<0,001				
Cramer's V mutató		0,226		<0,001				
Érvényes esetek száma N		395						

14. melléklet: Az együttműködés, csapatmunka és a beosztás közötti összefüggés (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Munkafeltételek					Összes
			1	2	3	4	5	
Beosztás	Ápoló	Szám	15	39	13	135	22	224
		% Beosztás	6,7%	17,4%	5,8%	60,3%	9,8%	100,0%
		% A munkafeltételek értékelése	41,7%	62,9%	50,0%	57,7%	64,7%	57,1%
		% Összes	3,8%	9,9%	3,3%	34,4%	5,6%	57,1%
	Egyéb	Szám	11	3	2	18	1	35
		% Beosztás	31,4%	8,6%	5,7%	51,4%	2,9%	100,0%
		% A munkafeltételek értékelése	30,6%	4,8%	7,7%	7,7%	2,9%	8,9%
		% Összes	2,8%	0,8%	0,5%	4,6%	0,3%	8,9%
	Orvos	Szám	10	20	11	81	11	133
		% Beosztás	7,5%	15,0%	8,3%	60,9%	8,3%	100,0%
		% A munkafeltételek értékelése	27,8%	32,3%	42,3%	34,6%	32,4%	33,9%
		% Összes	2,6%	5,1%	2,8%	20,7%	2,8%	33,9%
Összes		Szám	36	62	26	234	34	392
		% Beosztás	9,2%	15,8%	6,6%	59,7%	8,7%	100,0%
		% A munkafeltételek értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	9,2%	15,8%	6,6%	59,7%	8,7%	100,0%
Khí-négyzet próba								
		Érték		df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)		
Pearson Khí-négyzet		25,332 ^a		8		0,001		
Valószínűségi arány		18,841		8		0,016		
N érvényes esetek száma		392						
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
		Érték		Approximate Significance				
Khí		0,254		0,001				
Cramer's V mutató		0,180		0,001				
Érvényes esetek száma N		392						

15. melléklet: A munkafeltételek és a beosztás közötti összefüggés (N=392)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Kérdések	df	Pearson Chi-Square	P-value (Asymptotic Significance (2-sided))	Cramer féle V együttható
Előfordult-e valaha, hogy a munkavégzése során egyes betegekkel másképpen bánt, mint a többivel?	4	24,951	<0,001	0,251
Nyíltan kimutatta-e valaha is, hogy nem tiszteli a tekintélyt?	4	22,552	<0,001	0,239
Ön szokott-e törődni a gyengékkel és a kiszolgáltatottakkal?	4	17,703	0,001	0,212
Előfordult-e, hogy Ön valamilyen szempontból tisztességtelenül viselkedett a munkavégzés során?	5	13,073	0,023	0,182
Tett-e valaha is olyat, amivel elárulta a munkahelyi csoportját?	5	27,728	<0,001	0,265
Tiszteletben szokta tartani a társadalmi hagyományokat vagy sem?	5	12,580	0,028	0,178
Előfordult-e, hogy munkavégzése során elkövetett olyan cselekedetet, melyet förtelmesnek tart?	4	20,718	<0,001	0,229
Előfordult-e, hogy a munkahelyén kegyetlenül viselkedett valakivel szemben?	4	29,714	<0,001	0,274
Előfordult-e, hogy nem tartotta tiszteletben a páciens jogait?	2	21,374	<0,001	0,233
Hisz-e az Istenben és eszerint szokott cselekedni?	4	22,088	<0,001	0,236
Hisz-e abban, hogy a szenvedők iránti együttérzés a legfontosabb erény?	4	22,338	<0,001	0,238
Támogatja-e azt, hogy minden gyermeknek meg kell tanulnia az az engedelmisséget és a tekintélytisztelést?	4	17,347	0,002	0,210
Azt gondolja, hogy nem lenne szabad rosszul cselekedni, még akkor sem, ha azzal nem bántunk meg senkit?	4	14,936	0,005	0,194
Hisz abban, hogy jobb jót tenni, mint rosszat?	3	18,298	<0,001	0,215
Azt gondolja, hogy a lehető legrosszabb tett, ha megbánt egy tehetetlen állatot?	4	11,394	0,021	0,171
Úgy véli, hogy az igazságosság a legfontosabb társadalmi követelmény?	5	25,856	<0,001	0,256
Hisz abban, hogy lojális kell, hogy legyen a családjához, még akkor is, ha valamely családtagja valami rosszat tett?	5	20,787	<0,001	0,229
Úgy véli, hogy a férfiaknak és a nőknek különböző szerepük van a társadalomban?	5	19,464	0,002	0,222

Hisz abban, hogy semmilyen körülmények között sem lehet helyes embert ölni?	3	20,187	<0,001	0,226
Ön úgy véli, hogy erkölcsileg helytelen, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnék, a szegények meg nem?	4	5,674	0,225	0,120
Ön azt gondolja, hogy fontosabb jó csapatjátékosnak lenni, mint az önkifejezés?	4	15,763	0,003	0,200
Ha Ön katona lenne és nem értene egyet a felettese parancsával, akkor is engedelmeskedne, mert ez a kötelessége?	4	10,177	0,038	0,161
Hisz abban, hogy a lelki tisztaság fontos és értékes erény?	4	12,591	0,013	0,179

16. melléklet: Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a válaszadók neme közötti kapcsolat megállapítása Pearson-féle Khi négyzet próba segítségével (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Kérdések	df	Pearson Chi-Square	P-value (Asymptotic Significance (2-sided))	Cramer féle V együttható
Előfordult-e valaha, hogy a munkavégzése során egyes betegekkel másképpen bánt, mint a többivel?	8	13,297	0,102	0,183
Nyíltan kimutatta-e valaha is, hogy nem tiszteli a tekintélyt?	8	26,249	<0,001	0,182
Ön szokott-e törődni a gyengékkel és a kiszolgáltatottakkal?	8	24,077	0,002	0,175
Előfordult-e, hogy Ön valamilyen szempontból tisztességtelenül viselkedett a munkavégzés során?	10	12,802	0,235	0,127
Tett-e valaha is olyat, amivel elárulta a munkahelyi csoportját?	10	23,157	0,010	0,171
Tiszteletben szokta tartani a társadalmi hagyományokat vagy sem?	10	17,312	0,068	0,148
Előfordult-e, hogy munkavégzése során elkövetett olyan cselekedetet, melyet förtelmesnek tart?	8	17,995	0,021	0,151
Előfordult-e, hogy a munkahelyén kegyetlenül viselkedett valakivel szemben?	8	19,659	0,012	0,158
Előfordult-e, hogy nem tartotta tiszteletben a páciens jogait?	4	14,073	0,007	0,133
Hisz-e az Istenben és eszerint szokott cselekedni?	8	23,418	0,003	0,172

Hisz-e abban, hogy a szenvedők iránti együttérzés a legfontosabb erény?	8	40,440	<0,001	0,226
Támogatja-e azt, hogy minden gyermeknek meg kell tanulnia az az engedelmességet és a tekintélytisztelést?	8	21,082	0,007	0,163
Azt gondolja, hogy nem lenne szabad rosszul cselekedni, még akkor sem, ha azzal nem bántunk meg senkit?	8	25,975	0,001	0,181
Hisz abban, hogy jobb jót tenni, mint rosszat?	6	14,650	0,023	0,136
Azt gondolja, hogy a lehető legrosszabb tett, ha megbánt egy tehetetlen állatot?	8	10,672	0,221	0,116
Úgy véli, hogy az igazságosság a legfontosabb társadalmi követelmény?	10	40,994	<0,001	0,228
Hisz abban, hogy lojális kell, hogy legyen a családjához, még akkor is, ha valamely családtagja valami rosszat tett?	10	54,687	<0,001	0,263
Úgy véli, hogy a férfiaknak és a nőknek különböző szerepük van a társadalomban?	10	34,685	<0,001	0,210
Hisz abban, hogy semmilyen körülmények között sem lehet helyes embert ölni?	6	17,035	0,009	0,147
Őn úgy véli, hogy erkölcsileg helytelen, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnek, a szegények meg nem?	8	11,074	0,198	0,118
Őn azt gondolja, hogy fontosabb jó csapatjátékosnak lenni, mint az önkifejezés?	8	13,493	0,096	0,131
Ha Ön katona lenne és nem értene egyet a felettese parancsával, akkor is engedelmeskedne, mert ez a kötelessége?	8	13,766	0,88	0,132
Hisz abban, hogy a lelki tisztaság fontos és értékes erény?	8	9,961	0,268	0,112

17. melléklet: Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a válaszadók munkahelyi beosztása közötti kapcsolat megállapítása Pearson-féle Khi négyzet próba segítségével (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Kérdések	df	Pearson Chi-Square	P-value (Asymptotic Significance (2-sided))	Cramer féle V együttható
Előfordult-e valaha, hogy a munkavégzése során egyes betegekkel másképpen bánt, mint a többivel?	36	56,949	0,015	0,190
Nyíltan kimutatta-e valaha is, hogy nem tiszteli a tekintélyt?	36	59,885	0,007	0,195
Ön szokott-e törődni a gyengékkel és a kiszolgáltatottakkal?	36	66,439	0,001	0,205
Előfordult-e, hogy Ön valamilyen szempontból tisztességtelenül viselkedett a munkavégzés során?	45	48,665	0,328	0,157
Tett-e valaha is olyat, amivel elárulta a munkahelyi csoportját?	45	109,544	<0,001	0,236
Tiszteletben szokta tartani a társadalmi hagyományokat vagy sem?	45	75,121	0,003	0,195
Előfordult-e, hogy munkavégzése során elkövetett olyan cselekedetet, melyet förtelmesnek tart?	36	99,094	<0,001	0,250
Előfordult-e, hogy a munkahelyén kegyetlenül viselkedett valakivel szemben?	36	42,582	0,209	0,164
Előfordult-e, hogy nem tartotta tiszteletben a páciens jogait?	18	29,607	0,041	0,194
Hisz-e az Istenben és eszerint szokott cselekedni?	36	58,126	0,011	0,192
Hisz-e abban, hogy a szenvedők iránti együttérzés a legfontosabb erény?	36	56,858	0,015	0,190
Támogatja-e azt, hogy minden gyermeknek meg kell tanulnia az az engedelmisséget és a tekintélytiszteletet?	36	67,230	0,001	0,206
Azt gondolja, hogy nem lenne szabad rosszul cselekedni, még akkor sem, ha azzal nem bántunk meg senkit?	36	61,504	0,005	0,197
Hisz abban, hogy jobb jót tenni, mint rosszat?	27	52,994	0,002	0,211
Azt gondolja, hogy a lehető legrosszabb tett, ha megbánt egy tehetetlen állatot?	36	51,740	0,043	0,181
Úgy véli, hogy az igazságosság a legfontosabb társadalmi követelmény?	45	60,323	0,063	0,175
Hisz abban, hogy lojális kell, hogy legyen a családjához, még akkor is, ha valamely családtagja valami rosszat tett?	45	59,153	0,077	0,173
Úgy véli, hogy a férfiaknak és a nőknek különböző szerepük van a társadalomban?	45	60,160	0,065	0,175

Hisz abban, hogy semmilyen körülmények között sem lehet helyes embert ölni?	27	54,540	0,001	0,215
Ön úgy véli, hogy erkölcsileg helytelen, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnék, a szegények meg nem?	36	51,500	0,045	0,181
Ön azt gondolja, hogy fontosabb jó csapatjátékosnak lenni, mint az önkifejezés?	36	56,749	0,015	0,190
Ha Ön katona lenne és nem értene egyet a felettese parancsával, akkor is engedelmeskedne, mert ez a kötelessége?	36	71,066	<0,001	0,212
Hisz abban, hogy a lelki tisztaság fontos és értékes erény?	36	51,307	0,047	0,180

18. melléklet: Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a válaszadók életkora közötti kapcsolat megállapítása Pearson-féle Khi négyzet próba segítségével (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Ön úgy gondolja, hogy az intézményünkbe érkező betegek számára érthető a felvételi eljárás					Összes
			1	2	3	4	5	
Beosztás	Ápoló	Szám	16	18	64	80	49	227
		% Beosztás	7,0%	7,9%	28,2%	35,2%	21,6%	100,0%
		% A kérdés értékelése	76,2%	56,3%	58,7%	57,1%	52,7%	57,5%
		% Összes	4,1%	4,6%	16,2%	20,3%	12,4%	57,5%
	Egyéb	Szám	2	4	9	5	15	35
		% Beosztás	5,7%	11,4%	25,7%	14,3%	42,9%	100,0%
		% A kérdés értékelése	9,5%	12,5%	8,3%	3,6%	16,1%	8,9%
		% Összes	0,5%	1,0%	2,3%	1,3%	3,8%	8,9%
	Orvos	Szám	3	10	36	55	29	133
		% Beosztás	2,3%	7,5%	27,1%	41,4%	21,8%	100,0%
		% A kérdés értékelése	14,3%	31,3%	33,0%	39,3%	31,2%	33,7%
		% Összes	0,8%	2,5%	9,1%	13,9%	7,3%	33,7%
Összes	Szám	21	32	109	140	93	395	
	% Beosztás	5,3%	8,1%	27,6%	35,4%	23,5%	100,0%	
	% A kérdés értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Összes	5,3%	8,1%	27,6%	35,4%	23,5%	100,0%	
KHI-négyzet próba								
		Érték		df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)		
Pearson KHI-négyzet		16,084 ^a		8		0,041		
Valószínűségi arány		16,722		8		0,033		
N érvényes esetek száma		395						
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
		Érték		Approximate Significance				
KHI		0,202		0,041				
Cramer's V mutató		0,143		0,041				

Érvényes esetek száma N	395
-------------------------	-----

19. melléklet: A felvételi eljárás érthetőségére vonatkozó értékelés a beosztás közötti összefüggés (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján 2024

			Munkahelyi elégedettség					Összes
			Nagyon elégedetlen	Elégedetlen	Se nem elégedett, se nem elégedetlen	Elégedett	Nagyon elégedett	
Beosztás	Ápoló	Szám	12	13	62	111	28	226
		% Beosztás	5,3%	5,8%	27,4%	49,1%	12,4%	100,0%
		% A munkahelyi elégedettség	46,2%	65,0%	57,9%	55,0%	71,8%	57,4%
		% Összes	3,0%	3,3%	15,7%	28,2%	7,1%	57,4%
	Egyéb	Szám	10	2	8	15	0	35
		% Beosztás	28,6%	5,7%	22,9%	42,9%	0,0%	100,0%
		% A munkahelyi elégedettség	38,5%	10,0%	7,5%	7,4%	0,0%	8,9%
		% Összes	2,5%	0,5%	2,0%	3,8%	0,0%	8,9%
	Orvos	Szám	4	5	37	76	11	133
		% Beosztás	3,0%	3,8%	27,8%	57,1%	8,3%	100,0%
		% A munkahelyi elégedettség	15,4%	25,0%	34,6%	37,6%	28,2%	33,8%
		% Összes	1,0%	1,3%	9,4%	19,3%	2,8%	33,8%
Összes		Szám	26	20	107	202	39	394
		% Beosztás	6,6%	5,1%	27,2%	51,3%	9,9%	100,0%
		% A munkahelyi elégedettség	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	6,6%	5,1%	27,2%	51,3%	9,9%	100,0%
Khí-négyzet próba								
			Érték	df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)		
Pearson Khí-négyzet			36,547 ^a	8		<0,001		
Valószínűségi arány			29,007	8		<0,001		
N érvényes esetek száma			394					
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
			Érték	Approximate Significance				
Khí			0,305	<0,001				
Cramer's V mutató			0,215	<0,001				
Érvényes esetek száma N			394					

20. melléklet: A munkahelyi elégedettség és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=394)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Munkahelyi elégedettség					Összes
			Nagyon elégedetlen	Elégedetlen	Se nem elégedett, se nem elégedetlen	Elégedett	Nagyon elégedett	
Nem	Férfi	Szám	21	10	38	81	11	161
		% Nem	13,0%	6,2%	23,6%	50,3%	6,8%	100,0%
		% A munkahelyi elégedettség	80,8%	50,0%	35,5%	40,1%	28,2%	40,9%
		% Összes	5,3%	2,5%	9,6%	20,6%	2,8%	40,9%
	Nő	Szám	5	10	69	121	28	233
		% Nem	2,1%	4,3%	29,6%	51,9%	12,0%	100,0%
		% A munkahelyi elégedettség	19,2%	50,0%	64,5%	59,9%	71,8%	59,1%
		% Összes	1,3%	2,5%	17,5%	30,7%	7,1%	59,1%
Összes		Szám	26	20	107	202	39	394
		% Nem	6,6%	5,1%	27,2%	51,3%	9,9%	100,0%
		% A munkahelyi elégedettség	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	6,6%	5,1%	27,2%	51,3%	9,9%	100,0%
Khí-négyzet próba								
			Érték	df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)		
Pearson Khí-négyzet			21,727 ^a	4		<0,001		
Valószínűségi arány			22,105	4		<0,001		
N érvényes esetek száma			394					
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
			Érték	Approximate Significance				
Khí			0,235	<0,001				
Cramer's V mutató			0,235	<0,001				
Érvényes esetek száma N			394					

21. melléklet: A munkahelyi elégedettség és a válaszadók neme közötti összefüggések (N=394)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Kérdés	Munkahelyi beosztás	Átlagos értékelés
Az intézményében elérhető felszerelés megfelelősége az egészségügyi ellátás elvégzéséhez	Orvos	3,22
	Ápoló	3,13
	Egyéb	2,91
	Összesen	3,14
Az intézményében a munka elvégzésére és a beteg ellátásra jutó idő mennyisége	Orvos	3,39
	Ápoló	3,35
	Egyéb	3,40
	Összesen	3,37
Önállóság a munkavégzésben és döntéshozatali képesség	Orvos	4,01
	Ápoló	3,74
	Egyéb	3,91
	Összesen	3,84
Az Ön szakmai tudása, képességei és készségei felhasználására való lehetőség a munkavégzés során	Orvos	3,88
	Ápoló	3,72
	Egyéb	3,82
	Összesen	3,78
Munkájának tisztelete és megbecsülése	Orvos	3,81
	Ápoló	3,66
	Egyéb	3,91
	Összesen	3,73
Közvetlen együttműködés a kollégákkal és a vezetőkkel	Orvos	4,18
	Ápoló	4,12
	Egyéb	4,51
	Összesen	4,17
A betegek viszonya Önhöz és kollégáihoz	Orvos	3,70
	Ápoló	3,67
	Egyéb	3,80
	Összesen	3,69
Szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőségek	Orvos	3,65
	Ápoló	3,55
	Egyéb	3,43
	Összesen	3,57
Munkájának anyagi jutalmazása	Orvos	3,03
	Ápoló	2,86
	Egyéb	2,86
	Összesen	2,92
A munka irányítása és szervezése az egészségügyi intézményében	Orvos	3,52
	Ápoló	3,40
	Egyéb	3,51
	Összesen	3,45
Felettesek által nyújtott világos útmutatás, hogy mit várnak el Öntől a munkájának végzése során	Orvos	3,79
	Ápoló	3,57
	Egyéb	3,80
	Összesen	3,67
Lehetősége arra, hogy az ötleteit be tudja mutatni a feletteseinek	Orvos	3,70
	Ápoló	3,44
	Egyéb	3,51
	Összesen	3,53

22. melléklet: A munkahelyi elégedettségi szempontok értékelése a munkahelyi beosztás szerinti csoportokban (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Kérdés	Szakmai tapasztalat	Átlagos értékelés
Az intézményében elérhető felszerelés megfelelősége az egészségügyi ellátás elvégzéséhez	<1 év	3,00
	1-5 év	3,21
	6-10 év	3,11
	11-15 év	2,95
	16-20 év	3,02
	21-25 év	3,21
	26+ év	3,25
	Összesen	3,14
Az intézményében a munka elvégzésére és a beteg ellátásra jutó idő mennyisége	<1 év	500
	1-5 év	3,49
	6-10 év	3,43
	11-15 év	3,25
	16-20 év	3,25
	21-25 év	3,48
	26+ év	3,31
	Összesen	3,37
Önállóság a munkavégzésben és döntéshozatali képesség	<1 év	5,00
	1-5 év	3,82
	6-10 év	3,93
	11-15 év	3,76
	16-20 év	3,63
	21-25 év	3,98
	26+ év	3,90
	Összesen	3,84
Az Ön szakmai tudása, képességei és készségei felhasználására való lehetőség a munkavégzés során	<1 év	5,00
	1-5 év	3,90
	6-10 év	3,81
	11-15 év	3,60
	16-20 év	3,57
	21-25 év	3,94
	26+ év	3,80
	Összesen	3,78
Munkájának tisztelete és megbecsülése	<1 év	4,00
	1-5 év	3,82
	6-10 év	3,89
	11-15 év	3,53
	16-20 év	3,57
	21-25 év	3,85
	26+ év	3,71
	Összesen	3,73
Közvetlen együttműködés a kollégákkal és a vezetőkkel	<1 év	5,00
	1-5 év	4,17
	6-10 év	4,15
	11-15 év	4,10
	16-20 év	3,96
	21-25 év	4,35
	26+ év	4,24
	Összesen	4,17
A betegek viszonya Önhöz és kollégáihoz	<1 év	3,00
	1-5 év	3,77
	6-10 év	3,72
	11-15 év	3,60
	16-20 év	3,69

	21-25 év	3,75
	26+ év	3,65
	Összesen	3,69
Szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőségek	<1 év	5,00
	1-5 év	3,72
	6-10 év	3,59
	11-15 év	3,33
	16-20 év	3,45
	21-25 év	3,75
	26+ év	3,55
	Összesen	3,57
Munkájának anyagi jutalmazása	<1 év	2,00
	1-5 év	3,05
	6-10 év	3,09
	11-15 év	2,78
	16-20 év	2,73
	21-25 év	2,92
	26+ év	2,90
	Összesen	2,92
A munka irányítása és szervezése az egészségügyi intézményében	<1 év	3,00
	1-5 év	3,48
	6-10 év	3,46
	11-15 év	3,26
	16-20 év	3,39
	21-25 év	3,56
	26+ év	3,51
	Összesen	3,45
Felettesek által nyújtott világos útmutatás, hogy mit várnak el Öntől a munkájának végzése során	<1 év	4,00
	1-5 év	3,79
	6-10 év	3,80
	11-15 év	3,53
	16-20 év	3,47
	21-25 év	3,81
	26+ év	3,60
	Összesen	3,67
Lehetősége arra, hogy az ötleteit be tudja mutatni a feletteseinek	<1 év	5,00
	1-5 év	3,63
	6-10 év	3,72
	11-15 év	3,33
	16-20 év	3,39
	21-25 év	3,67
	26+ év	3,47
	Összesen	3,53

23. melléklet: A munkahelyi elégedettségi szempontok értékelése a szakmai tapasztalat (egészségügyben töltött évek száma) szerinti csoportokban (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Kérdés	Levene teszt	F	df1	df2	Szignifikancia
Az intézményében elérhető felszerelés megfelelősége az egészségügyi ellátás elvégzéséhez	Az átlag alapján	3,678	2	391	0,03
Az intézményében a munka elvégzésére és a beteg ellátásra jutó idő mennyisége	Az átlag alapján	3,187	2	391	0,042
Önállóság a munkavégzésben és döntéshozatali képesség	Az átlag alapján	4,047	2	390	0,018
Az Ön szakmai tudása, képességei és készségei felhasználására való lehetőség a munkavégzés során	Az átlag alapján	2,035	2	390	0,132
Munkájának tisztelete és megbecsülése	Az átlag alapján	2,504	2	391	0,083
Közvetlen együttműködés a kollégákkal és a vezetőkkel	Az átlag alapján	0,336	2	391	0,715
A betegek viszonya Önhöz és kollégáihoz	Az átlag alapján	2,071	2	392	0,127
Szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőségek	Az átlag alapján	3,755	2	392	0,024
Munkájának anyagi jutalmazása	Az átlag alapján	2,565	2	392	0,078
A munka irányítása és szervezése az egészségügyi intézményében	Az átlag alapján	3,459	2	391	0,032
Felettesek által nyújtott világos útmutatás, hogy mit várnak el Öntől a munkájának végzése során	Az átlag alapján	3,487	2	392	0,032
Lehetősége arra, hogy az ötleteit be tudja mutatni a feletteseinek	Az átlag alapján	4,917	2	392	0,008

24. melléklet: Variancia homogenitási teszt munkahelyi beosztás alapú csoportok esetén

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Kérdés	Levene teszt	F	df1	df2	Szignifikancia
Az intézményében elérhető felszerelés megfelelősége az egészségügyi ellátás elvégzéséhez	Az átlag alapján	0,237	5	387	0,946
Az intézményében a munka elvégzésére és a beteg ellátásra jutó idő mennyisége	Az átlag alapján	0,759	5	387	0,580
Önállóság a munkavégzés során és döntéshozatali képesség	Az átlag alapján	1,847	5	386	0,103
Az Ön szakmai tudása, képességei és készségei felhasználására való lehetőség a munkavégzés során	Az átlag alapján	3,454	5	386	0,005
Munkájának tisztelete és megbecsülése	Az átlag alapján	1,720	5	387	0,129
Közvetlen együttműködés a kollégákkal és a vezetőkkel	Az átlag alapján	0,491	5	387	0,783
A betegek viszonya Önhöz és kollégáihoz	Az átlag alapján	0,353	5	388	0,880
Szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőségek	Az átlag alapján	1,401	5	388	0,223
Munkájának anyagi jutalmazása	Az átlag alapján	0,187	5	388	0,967
A munka irányítása és szervezése az egészségügyi intézményében	Az átlag alapján	1,504	5	387	0,187
Felettesek által nyújtott világos útmutatás, hogy mit várnak el Öntől a munkájának végzése során	Az átlag alapján	1,574	5	388	0,166
Lehetősége arra, hogy az ötleteit be tudja mutatni a feletteseinek	Az átlag alapján	0,949	5	388	0,449

25. melléklet: Variancia homogenitási teszt szakmai tapasztalat alapú csoportok esetén

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Kérdés	Variancia analízis	A hibaforrás négyzeteinek összege	df	A hibaforrá s átlag	F	Szignifikanci a
Az intézményében elérhető felszerelés megfelelősége az egészségügyi ellátás elvégzéséhez	Csoportok között	4,730	6	0,788	0,731	0,625
Az intézményében a munka elvégzésére és a beteg ellátásra jutó idő mennyisége	Csoportok között	6,352	6	1,059	0,895	0,498
Önállóság a munkavégzés során és döntéshozatali képesség	Csoportok között	5,790	6	0,965	0,780	0,586
Munkájának tisztelete és megbecsülése	Csoportok között	6,346	6	1,058	0,872	0,515
Közvetlen együttműködés a kollégákkal és a vezetőkkel	Csoportok között	5,345	6	0,891	1,396	0,215
A betegek viszonya Önhöz és kollégáihoz	Csoportok között	1,818	6	0,303	0,371	0,897
Szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőségek	Csoportok között	9,497	6	1,583	1,032	0,404
Munkájának anyagi jutalmazása	Csoportok között	6,954	6	1,159	0,743	0,615
A munka irányítása és szervezése az egészségügyi intézményében	Csoportok között	3,618	6	0,603	0,486	0,819
Felettesek által nyújtott világos útmutatás, hogy mit várnak el Öntől a munkájának végzése során	Csoportok között	6,762	6	1,127	0,873	0,515
Lehetősége arra, hogy az ötleteit be tudja mutatni a feletteseinek	Csoportok között	9,570	6	1,595	0,886	0,505

**26. melléklet: A munkával való elégedettség szempontok esetén a szakmai tapasztalaton
alapuló csoportok átlagai közötti szignifikáns különbségek vizsgálata (varianciaanalízis)**

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Beosztás	Tapasztalat	Átlag	Szórás	N
Orvos	1-5 év	4,08	0,862	37
	6-10 év	4,05	0,970	19
	11-15 év	4,16	0,602	19
	16-20 év	4,00	0,730	16
	21-15 év	4,41	0,618	17
	26+ év	4,40	0,577	25
	Összesen	4,18	0,757	133
Ápoló	<1 év	5,00	0,0	1
	1-5 év	4,12	1,023	33
	6-10 év	4,04	0,793	28
	11-15 év	4,10	0,944	31
	16-20 év	3,91	0,856	32
	21-25 év	4,29	0,600	28
	26+ év	4,16	0,746	73
	Összesen	4,12	0,825	226
Egyéb	1-5 év	4,75	0,707	8
	6-10 év	4,86	0,378	7
	11-15 év	4,00	0,926	8
	16-20 év	4,33	0,577	3
	21-15 év	4,67	0,577	3
	26+ év	4,50	0,837	6
	Összesen	4,51	0,742	35

27. melléklet: Az egyes beosztási kategóriákhoz tartozó különböző szakmai tapasztalattal rendelkező csoportok értékelése a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködésre vonatkozó elégedettséget vonatkozóan (N=394)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Beosztás	Tapasztalat	Átlagos elégedettség	Szórás	N
Orvos	1-5 év	2,86	1,273	37
	6-10 év	3,21	1,228	19
	11-15 év	3,32	1,157	19
	16-20 év	2,50	1,265	16
	21-15 év	3,18	1,286	17
	26+ év	3,16	0,943	25
	Total	3,03	1,199	133
Ápoló	<1 év	2,00	0,000	1
	1-5 év	3,24	1,275	33
	6-10 év	2,93	1,184	28
	11-15 év	2,52	1,208	31
	16-20 év	2,78	1,313	32
	21-15 év	2,89	1,166	28
	26+ év	2,84	1,314	74
	Total	2,86	1,261	227
Egyéb	1-5 év	3,13	1,246	8
	6-10 év	3,43	1,134	7
	11-15 év	2,50	1,414	8
	16-20 év	3,33	1,528	3
	21-15 év	1,67	1,155	3
	26+ év	2,67	1,506	6
	Total	2,86	1,332	35

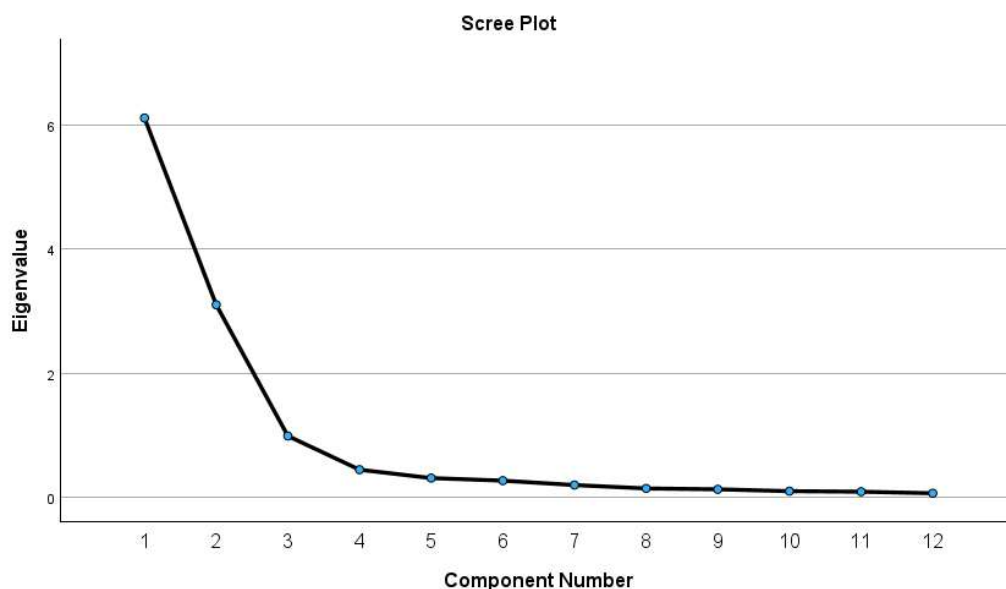
28. melléklet: A munka anyagi jutalmazására vonatkozó átlagos elégedettség az egyes, munkahelyi beosztáson és szakmai tapasztalaton alapuló csoportokon belül (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

	Kezdeti (Initial)	Faktorkiválasztás (extraction)
Kollégák	1,000	0,459
Fejlődés	1,000	0,844
Jutalmazás	1,000	0,727
Tisztelet	1,000	0,898
Tudásfelhasználás	1,000	0,801
Ötletek	1,000	0,822
Betegek	1,000	0,735
Önállóság	1,000	0,807
Felszerelés	1,000	0,697
Idő	1,000	0,780
Irányítás	1,000	0,868
Útmutatás	1,000	0,783
A faktorkivonás módszere: főkomponens módszer (a legtöbb variációt magyarázó faktorokat választjuk ki)		

29. melléklet: A kommunalitási tábla, a faktorokra (munkával való elégedettség szempontok) vonatkozó bemenő és kijövő kommunalitás értékek

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024



30. melléklet: A munkával való elégedettség szempontokra vonatkozó Scree plot ábra (a sajátértékek ábrázolása a faktorok sorrendjében)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján (SPSS program alkalmazásával készült el ez az ábra), 2024

Varianciahányad-módszer									
A kiinduló változók a száma	Kezdeti sajátérték			Faktoranalízis utáni érték			Rotáció utáni érték		
	Sajátérték	Variancia hányad (%)	Összesített (kumulatív) variancia hányad (%)	Sajátérték	Variancia hányad (%)	Összesített (kumulatív) variancia hányad (%)	Sajátérték	Variancia hányad (%)	Összesített (kumulatív) variancia hányad (%)
1	6,115	50,961	50,961	6,115	50,961	50,961	4,524	37,698	37,698
2	3,107	25,888	76,848	3,107	25,888	76,848	3,130	26,084	63,783
3	0,992	8,270	85,119	0,992	8,270	85,119	2,560	21,336	85,119
4	0,449	3,745	88,863						
5	0,314	2,617	91,480						
6	0,273	2,273	93,753						
7	0,202	1,681	95,434						
8	0,147	1,225	96,659						
9	0,133	1,110	97,769						
10	0,103	0,862	98,631						
11	0,094	0,787	99,417						
12	0,070	0,583	100,000						
A faktorkivonás módszere: főkomponens módszer (a legtöbb varianciát magyarázó faktorokat választjuk ki)									

31. melléklet: A faktorok számának meghatározása a munkával való elégedettség szempontokra vonatkozóan - három faktoros megoldás

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A kiinduló változók (munkával való elégedettség szempontok)	Komponensek		
	1	2	3
Ötletek	0,927	0,032	0,243
Jutalmazás	0,919	0,047	0,156
Fejlődés	0,900	0,016	0,305
Betegek	0,871	-0,016	0,238
Tisztelet	0,704	0,035	0,651
Irányítás	0,024	0,931	0,029
Idő	-0,020	0,884	-0,023
Útmutatás	-0,007	0,882	0,093
Felszerelés	0,073	0,834	0,004
Kollégák	0,197	0,058	0,920
Önállóság	0,577	0,020	0,754
Tudásfelhasználás	0,614	0,020	0,691
A faktorkivonás módszere: főkomponens módszer (a legtöbb varianciát magyarázó faktorokat választjuk ki)			
A rotációs módszer: Varimax Kaiser normalizálással			
A rotáció 4 iteráció alatt konvergált			

32. melléklet: A rotációs eljárással átalakított mátrix (3 faktoros megoldás)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

	N	Minimum	Maximum	Sum	Átlag	Szórás
Faktor 1	389	-1,97260	1,42086	0,00000	0,0000000	1,00000000
Faktor 2	389	-2,53974	1,68945	0,00000	0,0000000	1,00000000
Faktor 3	389	-3,38285	2,22576	0,00000	0,0000000	1,00000000
Érvényes N (a lista szerint)	389					

33. melléklet: A kutatásban résztvevő, szerbiai általános korhízi alkalmazottak munkával való elégedettségére vonatkozó faktorok átlaga és szórása

Forrás: saját szerkesztés (2024), saját kutatás eredményei alapján

Ward módszer		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1	Átlag	0,5823667	-1,5174715	0,0666593
	N	67	67	67
	Szórás	0,41391543	0,79590238	0,44612890
2	Átlag	0,6186087	0,4729064	0,8225734
	N	60	60	60
	Szórás	0,49577368	0,26796538	0,33933304
3	Átlag	0,6503840	0,5028521	-0,3292889
	N	139	139	139
	Szórás	0,37616821	0,28341546	0,23843540
4	Átlag	-1,3372175	0,7263494	-1,6378879
	N	39	39	39
	Szórás	0,45080486	0,37891771	0,69006786
5	Átlag	-1,3653803	0,1454331	1,3062029
	N	65	65	65
	Szórás	0,22340365	0,67880190	0,56495051
6	Átlag	-1,3493299	-1,8095268	-1,5302626
	N	19	19	19
	Szórás	0,31251205	0,70367268	0,56360856
Összesen	Átlag	0,0000000	0,0000000	0,0000000
	N	389	389	389
	Szórás	1,00000000	1,00000000	1,00000000

34. melléklet: A válaszadók klaszterekbe való besorolása a munkával való elégedettségükre vonatkozó faktorok alapján (N=389)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Stressz					Összes
			1	2	3	4	5	
Nem	Férfi	Szám	8	18	88	25	23	162
		% Nem	4,9%	11,1%	54,3%	15,4%	14,2%	100,0 %
		% Stressz értékelése	32,0%	30,5%	41,5%	46,3%	51,1%	41,0%
		% Összes	2,0%	4,6%	22,3%	6,3%	5,8%	41,0%
	Nő	Szám	17	41	124	29	22	233
		% Nem	7,3%	17,6%	53,2%	12,4%	9,4%	100,0 %
		% Stressz értékelése	68,0%	69,5%	58,5%	53,7%	48,9%	59,0%
		% Összes	4,3%	10,4%	31,4%	7,3%	5,6%	59,0%
Összes	Szám		25	59	212	54	45	395
	% Nem		6,3%	14,9%	53,7%	13,7%	11,4%	100,0 %
	% Stressz értékelése		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

	% Összes	6,3%	14,9%	53,7%	13,7%	11,4%	100,0 %
Khí-négyzet próba							
		Érték	df	Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)			
Pearson Khí-négyzet		6,072 ^a	4	0,194			
Valószínűségi arány		6,152	4	0,188			
N érvényes esetek száma		395					
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.							
		Érték	Approximate Significance				
Khí		0,124	0,194				
Cramer's V mutató		0,124	0,194				
Érvényes esetek száma N		395					

35. melléklet: A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz és nyomás érzése és a válaszadók neme közötti összefüggések (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Stressz					Összes
			1	2	3	4	5	
Beosztás	Ápoló	Szám	19	38	112	30	28	227
		% Beosztás	84%	16,7%	49,3%	13,2%	12,3%	100,0%
		% Stressz értékelése	76,0%	64,4%	52,8%	55,6%	62,2%	57,5%
		% Összes	4,8%	9,6%	28,4%	7,6%	7,1%	57,5%
	Egyéb	Szám	1	4	23	3	4	35
		% Beosztás	2,9%	11,4%	65,7%	8,6%	11,4%	100,0%
		% Stressz értékelése	4,0%	6,8%	10,8%	5,6%	8,9%	8,9%
		% Összes	0,3%	1,0%	5,8%	0,8%	1,0%	8,9%
	Orvos	Szám	5	17	77	21	13	133
		% Beosztás	3,8%	12,8%	57,9%	15,8%	9,8%	100,0%
		% Stressz értékelése	20,0%	28,8%	36,3%	38,9%	28,9%	33,7%
		% Összes	1,3%	4,3%	19,5%	5,3%	3,3%	33,7%
Összes		Szám	25	59	212	54	45	395
		% Beosztás	6,3%	14,9%	53,7%	13,7%	11,4%	100,0%
		% Stressz értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	6,3%	14,9%	53,7%	13,7%	11,4%	100,0%
KHI-négyzet próba								
		Érték	df		Sznignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)			
Pearson KHI-négyzet		8545 ^a	8		0,382			
Valószínűségi arány		8,887	8		0,352			
N érvényes esetek száma		395						
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
		Érték	Approximate Significance					
KHI		0,147	0,382					
Cramer's V mutató		0,104	0,382					
Érvényes esetek száma N		395						

36. melléklet: A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz és nyomás érzése és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggések (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Stressz					Összes
			1	2	3	4	5	
Végzettség	Egyetem	Szám	6	21	90	23	15	155
		% Végzettség	39%	13,5%	58,1%	14,8%	9,7%	100,0%
		% Stressz értékelése	24,0%	35,6%	42,5%	42,6%	33,3%	39,2%
		% Összes	1,5%	5,3%	22,8%	5,8%	3,8%	39,2%
	Főiskola	Szám	4	13	32	9	7	65
		% Végzettség	6,2%	20,0%	49,2%	13,8%	10,8%	100,0%
		% Stressz értékelése	16,0%	22,0%	15,1%	16,7%	15,6%	16,5%
		% Összes	1,0%	3,3%	8,1%	2,3%	1,8%	16,5%
	Középiskola /Érettségi	Szám	15	25	90	22	23	175
		% Végzettség	8,6%	14,3%	51,4%	12,6%	13,1%	100,0%
		% Stressz értékelése	60,0%	42,4%	42,5%	40,7%	51,1%	44,3%
		% Összes	3,8%	6,3%	22,8%	5,6%	5,8%	44,3%
Összes	Szám	25	59	212	54	45	395	
	% Végzettség	6,3%	14,9%	53,7%	13,7%	11,4%	100,0%	
	% Stressz értékelése	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Összes	6,3%	14,9%	53,7%	13,7%	11,4%	100,0%	
Khi-négyzet próba								
		Érték	df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)			
Pearson Khi-négyzet		6,403 ^a	8		0,602			
Valószínűségi arány		6,396	8		0,603			
N érvényes esetek száma		395						
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
		Érték	Approximate Significance					
Khi		0,127	0,602					
Cramer's V mutató		0,090	0,602					
Érvényes esetek száma N		395						

37. melléklet: A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz és nyomás érzése és az iskolai végzettség (egyetem, főiskola, középiskola/érettségi) közötti összefüggések (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Tervek					Összes
			Az állami szektorban marad	Magánegés zégügyben fog elhelyezked ni	Egészségüg yön kívüli munkát, a szakma elhagyását tervezi	Külföldre szeretne elvándorol ni	Egyáltalán nem gondolkozik a munkahelyv áltáson	
Beosz tás	Ápoló	Szám	107	13	10	15	82	227
		% Beosztás	47,1%	5,7%	4,4%	6,6%	36,1%	100,0%
		% Munkahelyi tervek	54,3%	50,0%	50,0%	65,2%	63,6%	57,5%
		% Összes	27,1%	3,3%	2,5%	3,8%	20,8%	57,5%
	Egyéb	Szám	16	5	4	3	7	35
		% Beosztás	45,7%	14,3%	11,4%	8,6%	20,0%	100,0%
		% Munkahelyi tervek	8,1%	19,2%	20,0%	13,0%	5,4%	8,9%
		% Összes	4,1%	1,3%	1,0%	0,8%	1,8%	8,9%
	Orvos	Szám	74	8	6	5	40	133
		% Beosztás	55,6%	6,0%	4,5%	3,8%	30,1%	100,0%
		% Munkahelyi tervek	37,6%	30,8%	30,0%	21,7%	31,0%	33,7%
		% Összes	18,7%	2,0%	1,5%	1,3%	10,1%	33,7%
Összes		Szám	197	26	20	23	129	39
		% Beosztás	49,9%	6,6%	5,1%	5,8%	32,7%	100,0%
		% Munkahelyi tervek	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	49,9%	6,6%	5,1%	5,8%	32,7%	100,0%
Khi-négyzet próba								
			Érték		df	Sznifkancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)		
Pearson Khi-négyzet			12,387 ^a		8	0,135		
Valószínűségi arány			11,178		8	0,192		
N érvényes esetek száma			395					
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
			Érték		Approximate Significance			
Khi			0,177		0,135			
Cramer's V mutató			0,125		0,135			
Érvényes esetek száma N			395					

38. melléklet: A munkavállalók beosztása és a következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos terveik közötti összefüggések (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Tervek					Összes
			Az állami szektorban marad	Magánegés zégügyben fog elhelyezked ni	Egészségügyö n kívüli munkát, a szakma elhagyását tervezi	Külföldre szeretne elvándorol ni	Egyáltalán nem gondolkozi k a munkahely váltáson	
Nem	Férfi	Szám	80	16	13	15	38	162
		% Nem	49,4%	9,9%	8,0%	9,3%	23,5%	100,0%
		% Munkahelyi tervek	40,6%	61,5%	65,0%	65,2%	29,5%	41,0%
		% Összes	20,3%	4,1%	3,3%	3,8%	9,6%	41,0%
	Nő	Szám	117	10	7	8	91	233
		% Nem	50,2%	4,3%	3,0%	3,4%	39,1%	100,0%
		% Munkahelyi tervek	59,4%	38,5%	35,0%	34,8%	70,5%	59,0%
		% Összes	29,6%	2,5%	1,8%	2,0%	23,0%	59,0%
Összes	Szám	197	26	20	23	129	395	
	% Nem	49,9%	6,6%	5,1%	5,8%	32,7%	100,0%	
	% Munkahelyi tervek	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% Összes	49,9%	6,6%	5,1%	5,8%	32,7%	100,0%	
Khí-négyzet próba								
			Érték	df		Sznignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)		
Pearson Khí-négyzet			21,988 ^a	4		<0,001		
Valószínűségi arány			21,982	4		<0,001		
N érvényes esetek száma			395					
a. 3 cella (20,0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1,86.								
			Érték	Approximate Significance				
Khí			0,236	<0,001				
Cramer's V mutató			0,236	<0,001				
Érvényes esetek száma N			395					

39. melléklet: A munkavállalók neme és a következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos terveik közötti összefüggések (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Nem		Összes
			Férfi	Nő	
Elvándorlás	Abszolút	Szám	10	9	19
		% Elvándorlási szándék értékelése	52,6%	47,4%	100,0%
		% Nem	6,2%	3,9%	4,8%
		% Összes	2,5%	2,3%	4,8%
	Igen	Szám	60	64	124
		% Elvándorlási szándék értékelése	48,4%	51,6%	100,0%
		% Nem	37,0%	27,5%	31,4%
		% Összes	15,2%	16,2%	31,4%
	Nem	Szám	56	107	163
		% Elvándorlási szándék értékelése	34,4%	65,6%	100,0%
		% Nem	34,6%	45,9%	41,3%
		% Összes	14,2%	27,1%	41,3%
	Nem tudom	Szám	12	20	32
		% Elvándorlási szándék értékelése	37,5%	62,5%	100,0%
		% Nem	7,4%	8,6%	8,1%
		% Összes	3,0%	5,1%	8,1%
	Részben igaz	Szám	24	33	57
		% Elvándorlási szándék értékelése	42,1%	57,9%	100,0%
		% Nem	14,8%	14,2%	14,4%
		% Összes	6,1%	8,4%	14,4%
Összes		Szám	162	233	395
		% Elvándorlási szándék értékelése	41,0%	59,0%	100,0%
		% Nem	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	41,0%	59,0%	100,0%
Khí-négyzet próba					
		Érték	df	Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)	
Pearson Khí-négyzet		7,025 ^a	4	0,135	
Valószínűségi arány		7,027	4	0,134	
N érvényes esetek száma		395			
a. 0 cella (0.0%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 7.79.					
		Érték	Approximate Significance		
Khí		0,133	0,135		
Cramer's V mutató		0,133	0,135		
Érvényes esetek száma N		395			

40. melléklet: Az elvándorlási szándék és az alkalmazottak neme közötti vizsgálat elemzése keresztábra elemzéssel (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

			Beosztás			Összes
			Ápoló	Egyéb	Orvos	
Elvándorlás	Abszolút	Szám	13	1	5	19
		% Elvándorlási szándék értékelése	68,4%	5,3%	26,3%	100,0%
		% Beosztás	5,7%	2,9%	3,8%	4,8%
		% Összes	3,3%	0,3%	1,3%	4,8%
	Igen	Szám	61	15	48	124
		% Elvándorlási szándék értékelése	49,2%	12,1%	38,7%	100,0%
		% Beosztás	26,9%	42,9%	36,1%	31,4%
		% Összes	15,4%	3,8%	12,2%	31,4%
	Nem	Szám	102	8	53	163
		% Elvándorlási szándék értékelése	62,6%	4,9%	32,5%	100,0%
		% Beosztás	44,9%	22,9%	39,8%	41,3%
		% Összes	25,8%	2,0%	13,4%	41,3%
	Nem tudom	Szám	15	8	9	32
		% Elvándorlási szándék értékelése	46,9%	25,0%	28,1%	100,0%
		% Beosztás	6,6%	22,9%	6,8%	8,1%
		% Összes	3,8%	2,0%	2,3%	8,1%
	Részben iga	Szám	36	3	18	57
		% Elvándorlási szándék értékelése	63,2%	5,3%	31,6%	100,0%
		% Beosztás	15,9%	8,6%	13,5%	14,4%
		% Összes	9,1%	0,8%	4,6%	14,4%
Összes		Szám	227	35	133	395
		% Elvándorlási szándék értékelése	57,5%	8,9%	33,7%	100,0%
		% Beosztás	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% Összes	57,5%	8,9%	33,7%	100,0%
Khí-négyzet próba						
		Érték	df		Szignifikancia („Asymptotic Significance (2-sided)”)	
Pearson Khí-négyzet		20,088 ^a	8		0,010	
Valószínűségi arány		17,613	8		0,024	
N érvényes esetek száma		395				
a. 2 cella (13.3%) várható esetszáma kevesebb, mint 5. A minimális várható szám 1.68.						
		Érték	Approximate Significance			
Khí		0,226	0,010			
Cramer's V mutató		0,159	0,010			
Érvényes esetek száma N		395				

41. melléklet: Az elvándorlási szándék és az alkalmazottak beosztása közötti vizsgálat elemzése keresztábra elemzéssel (N=395)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezők értékelése százalékokban kifejezve	1 (%)	2 (%)	3 (%)	4 (%)	5 (%)
Általános munkahelyi helyzet	8,9	11,2	40,1	28,3	11,5
A munka mennyisége, illetve a családra, barátokra, szabadidős tevékenységekre maradó idő	13,7	12,9	32,7	28,4	12,2
A felettesekkel való viszony	15,4	7,1	35,2	25,8	16,5
A munkaetika	10,9	9,4	28,1	30,4	21,3
A szakmai fejlődés lehetősége	6,3	11,4	29,2	31,5	21,6
A munkabér	8,9	13,2	20,8	30,9	26,3
Lehetőség arra, hogy a betegeket az Ön által optimálisnak ítélt módon kezelje	3,8	8,9	23,4	41,1	22,8
A munkahelyi stressz mértéke	19,6	10,9	36,4	20,4	12,7
A nők és a férfiak egyenlősége a munkahelyén	13,9	11,1	37,5	25,6	11,9
Az adminisztratív feladatok elvégzésére rendelkezésre álló idő	10,7	8,9	24,6	40,6	15,2
Társadalmi státus	4,6	5,3	37,1	28,7	24,4
Szellemi ösztönzés a munkahelyén	6,3	10,6	28,1	35,4	19,5
A munka biztonsága	8,6	11,9	40,0	22,3	17,2
Kapcsolat a nem egészségügyi személyzettel	11,3	6,9	35,5	31,7	14,6
Az orvosi ellátás minősége	6,9	7,7	39,3	29,3	16,8
A betegekkel való kapcsolat	8,9	9,6	15,7	40,5	25,3

**42. melléklet: Az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezők értékelése - az 1-től 5-ig
terjedő skála szerinti értékek százalékában (N=395)**

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

A mintavételi megfelelésre vonatkozó Kaiser-Meyer-Olkin-mérés (kritérium)		0,918
Bartlett-próba	Approx. Chi-Square	6021,923
	df	120
	Sig.	<0,001

43. melléklet: KMO and Bartlett-próba az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozóan

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

	Kezdeti (Initial)	Faktorkiválasztás (Extraction)
K1	1,000	0,469
K2	1,000	0,752
K3	1,000	0,836
K4	1,000	0,815
K5	1,000	0,875
K6	1,000	0,842
K7	1,000	0,774
K8	1,000	0,794
K9	1,000	0,696
K10	1,000	0,823
K11	1,000	0,737
K12	1,000	0,849
K13	1,000	0,794
K14	1,000	0,802
K15	1,000	0,742
K16	1,000	0,735

A faktorkivonás módszere: főkomponens módszer (a legtöbb variációt magyarázó faktorokat választjuk ki)

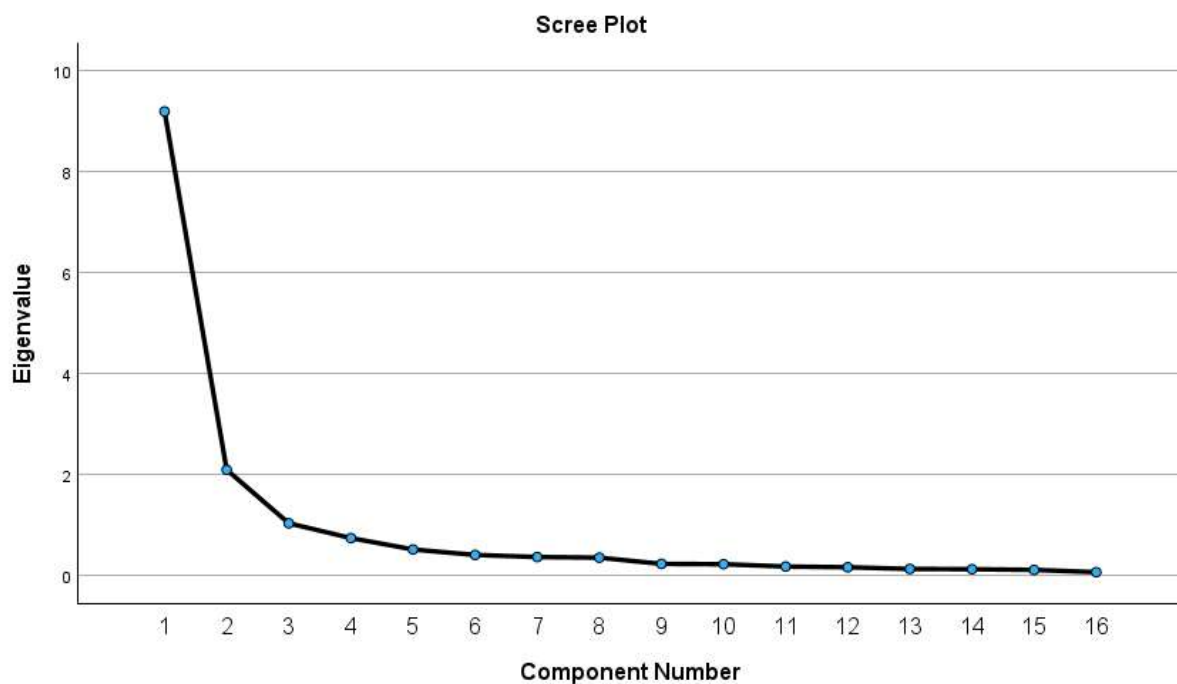
44. melléklet: A kommunalitási tábla, a faktorokra (az elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezők) vonatkozó bemenő és kijövő kommunalitás értékek

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Varianciahányad-módszer									
A kiinduló változónak a száma	Kezdeti sajátérték			Faktoranalízis utáni érték			Rotáció utáni érték		
	Sajátérték	Varianciahányad (%)	Összesített (kumulatív) varianciahányad (%)	Sajátérték	Varianciahányad (%)	Összesített (kumulatív) varianciahányad (%)	Sajátérték	Varianciahányad (%)	Összesített (kumulatív) varianciahányad (%)
1	9,197	57,483	57,483	9,197	57,483	57,483	6,491	40,568	40,568
2	2,099	13,117	70,600	2,099	13,117	70,600	3,785	23,654	64,223
3	1,038	6,489	77,089	1,038	6,489	77,089	2,059	12,866	77,089
4	0,746	4,662	81,751						
5	0,520	3,249	85,000						
6	0,411	2,571	87,572						
7	0,370	2,315	89,887						
8	0,358	2,234	92,121						
9	0,234	1,464	93,585						
10	0,228	1,425	95,011						
11	0,182	1,136	96,147						
12	0,168	1,048	97,195						

13	0,134	0,839	98,034						
14	0,129	0,807	98,841						
15	0,115	0,721	99,561						
16	0,070	0,439	100,000						
A faktorkivonás módszere: főkomponens módszer (a legtöbb variációt magyarázó faktorokat választjuk ki)									

45. melléklet: A faktorok számának meghatározása az elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezőkre vonatkozóan – három faktoros megoldás
Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024



46. melléklet: Az elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezőkre vonatkozó Scree plot ábra (a sajátértékek ábrázolása a faktorok sorrendjében)
Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján (SPSS program alkalmazásával készült el ez az ábra), 2024

A kiinduló változók (az elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezők)	Komponensek		
	1	2	3
K6: A munkabér	0,899	0,127	0,133
K5: A szakmai fejlődés lehetősége	0,894	0,122	0,247
K12: Szellemi ösztönzés a munkahelyén	0,875	0,134	0,254
K10: Az adminisztratív feladatok elvégzésére rendelkezésre álló idő	0,860	0,195	0,215
K7: Lehetőség arra, hogy a betegeket az Ön által optimálisnak ítélt módon kezelje	0,815	0,323	0,080
K8: A munkahelyi stressz mértéke	0,768	0,415	-0,180

K16: A betegekkel való kapcsolat	0,733	0,426	0,125
K3: A felettesekkel való viszony	0,674	0,615	0,068
K2: A munka mennyisége, illetve a családra, barátokra, szabadidős tevékenységekre maradó idő	0,623	0,599	-0,064
K4: A munkaetika	0,424	0,773	0,193
K14: Kapcsolat a nem egészségügyi személyzettel	0,285	0,736	0,423
K11: Társadalmi status	-0,106	0,730	0,439
K13: A munka biztonsága	0,597	0,647	0,140
K1: Általános munkahelyi helyzet	0,265	0,549	0,311
K15: Az orvosi ellátás minősége	0,105	0,274	0,810
K9: A nők és a férfiak egyenlősége a munkahelyén	0,189	0,188	0,790
A faktorkivonás módszere: főkomponens módszer (a legtöbb variációt magyarázó faktorokat választjuk ki)			
A rotációs módszer: Varimax Kaiser normalizálással			
A rotáció 6 iteráció alatt konvergált			

47. melléklet: A rotációs eljárással átalakított mátrix (3 faktoros megoldás)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

	N	Minimum	Maximum	Átlag	Szórás
Faktor 1	380	-1,93402	1,48847	0,0000000	1,00000000
Faktor 2	380	-1,72253	2,37409	0,0000000	1,00000000
Faktor 3	380	-2,78105	2,46278	0,0000000	1,00000000
Érvényes N (a lista szerint)	380				

48. melléklet: A kutatásban résztvevő, szerbiai általános korházi alkalmazottak külföldre való elvándorlás gondolatához hozzájáruló tényezőkre vonatkozó faktorok átlaga és szórása

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Ward módszer		Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3
1	Átlag	0,5253678	-0,4833945	-0,0788989
	N	78	78	78
	Szórás	0,32939558	0,30836758	0,39349584
2	Átlag	-0,8164841	0,9509311	1,2459923
	N	64	64	64
	Szórás	0,66904752	0,71429843	0,78733450
3	Átlag	-1,5872458	-0,1502396	0,0951140
	N	29	29	29
	Szórás	0,26315935	0,35271385	0,57864664
4	Átlag	-0,1071544	1,4441531	-1,0813670
	N	44	44	44
	Szórás	0,40778754	0,52583620	0,40043640
5	Átlag	0,5089589	-0,9396437	0,7849465
	N	71	71	71
	Szórás	0,21451363	0,18426709	0,12327708
6	Átlag	-1,5168517	-1,4255109	-1,6409961
	N	33	33	33
	Szórás	0,20760893	0,17852258	0,54037336
7	Átlag	1,2449384	0,5150157	-0,4974735
	N	61	61	61
	Szórás	0,18854145	0,32450681	0,18616765
Összesen	Átlag	0,0000000	0,0000000	0,0000000
	N	380	380	380
	Szórás	1,00000000	1,00000000	1,00000000

49. melléklet: A válaszadók klaszterekbe való besorolása a külföldre való elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozó faktorok alapján (N=380)

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

Ország	Kutatás címe és forrása	Kutatás témája és főbb megállapítások
Szerbia	Dinić, M. & Šantrić Milićević, M. & Mandić-Rajčević, S. & Tripković K., 2021. Health workforce management in the context of the COVID-19 pandemic: A survey of physicians in Serbia. International Journal of Health Planning and Management, 36(S1), pp. 92-111. https://doi.org/10.1002/hpm.3141	Egészségügyi humánerőforrás menedzsmentje a COVID-19 alatt; a közegészségügyi vészhelyzetek során egy belső eseménykezelő csoport és egy külső szakértőkből álló testület biztosíthatja a szükséges eszközöket és iránymutatásokat az egészségügyi munkaerő tervezéséhez.
Szlovénia	Dubas-Jakóbczyk, K. & Albreht, T. & Behmane, D. & Bryndova, L. & Dimova, A. & Džakula, A. & Habicht, T. & Murauskiene, L., & Scintee, S.G. & Smatana, M. & Velkey, Z. & Quentin, W., 2020. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative	Kórházi menedzsment és reformok; a kórházi reformok fő céljai az ambuláns ellátás erősítése és a kórházhálózat átszervezése a minőség és a hatékonyság javítása érdekében, valamint a kórházak irányításának és pénzügyi életképességének

Magyarország	analysis. <i>Health Policy</i> , 2124(4), pp368-379. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003	javítása. A reformok kormányzás és finanszírozás szintjén megtörténtek, de még számos kihívás áll fenn.
	Cseh, B. & Balogh, Z. & Takács, J. & Túri, G. & Dózsa, CL., 2024. Organizational development and management factors involved in the prevention and effective therapy of pressure ulcers: The results of the national survey conducted among Hungarian public hospitals. <i>International Wound Journal</i> , 221(1), e14655. https://doi.org/10.1111/iwj.14655	Szervezeti és irányítási gyakorlatok és tényezők; jó gyakorlatok izoláltan léteznek, a jelentési rendszer inhomogén, és az intézményi dokumentáció nem egységes, emiatt szükséges a szakemberek tudásának és gyakorlatának rendszeres képzése és speciális csoportok működtetése és megfelelő stratégia létrehozása a hatékony megelőzési és kezelési tevékenység elérése érdekében.
Románia	Ivanković, D. & Fonseca, V..R. & Katsapi, A. & Karaïskou, A. & Angelopoulos, G. & Garofil, D. & Rogobete, A. & Klazinga, N. & Azzopardi-Muscat, N. & Breda, J., 2024. Developing and piloting a set of quality-of-care indicators for Romanian public hospitals as part of a national programme to fund quality. <i>BMC Health Services Research</i> , 24, 1242. https://doi.org/10.1186/s12913-024-11462-6	Kórházi minőségindikátorok kifejlesztése; Minőségindikátorok bevezetés javíthat az ellátás minőségén és finanszírozásán.
Horvátország	Orešković, S. & Benković, V. 2024. Healthcare professionals' perspective on managing the healthcare system in Croatia: a cross-sectional study. <i>Croatian Medical Journal</i> , 65(4), pp. 339-348. https://doi.org/10.3325/cmj.2024.65.339	Az egészségügyi dolgozók az egészségügyi menedzsment különböző aspektusaira (az irányításra, az elszámoltathatóságra, a finanszírozásra, a fejlesztési lehetőségekre) vonatkozó nézőpontjainak kivizsgálása; a résztvevők többsége támogatta az adatvezérelt döntéshozatalt és a jobb képzést és a vezetői készségek fejlesztését.

50. melléklet: Az egészségügyi menedzsmentre vonatkozó kutatások nemzetközi összehasonlítása

Forrás: saját szerkesztés, 2025

Ország	Kutatás címe és forrása	Kutatás témája és főbb megállapítások
Szlovénia	Lorber, M. & Treven, S. & Mumel D., 2020. Well-Being and Satisfaction of Nurses in Slovenian Hospitals: A Cross-Sectional Study. Slovenian Journal of Public Health, 59(3), pp. 180-188. https://doi.org/10.2478/sjph-2020-0023	Keresztmetszeti vizsgálat, amely a szlovéniai kórházakban dolgozó 640 ápolót vizsgált meg; Az ápolók elégedettségét közepesnek értékelték, illetve a pszichológiai és szubjektív jóllétük közepes szintjét jelezte a kutatás.
Szlovénia Horvátország	Spevan, M. & Kvas, A. & Bošković, S., 2020. Job satisfaction of nurses in Croatia, Slovenia and Serbia: a cross-sectional study. Central European Journal of Nursing and Midwifery, 11(4):154-162. https://doi.org/10.15452/cejnm.2020.11.0027	A vizsgálatba összesen 1850, horvátországi, szlovéniai és szerbiai klinikai kórházi központokban dolgozó ápolót vontak be; A válaszadók „jónak” ítélték meg a munkával való elégedettségüket. A férfiak átlagosan elégedettebbek, mint a nők. A horvátországi ápolók legelégedettebbek az oktatással, de a szlovéniai és a szerbiai ápolókhoz képest nagyobb mértékben érezték magukat hátrányos megkülönböztetésnek kitéve a munkahelyükön.
Horvátország	Puhanić, P. & Erić, S. & Talapko, J., & Škrlec, I., 2022. Job Satisfaction and Burnout in Croatian Physiotherapists. Healthcare, 10(5), 905. https://doi.org/10.3390/healthcare10050905	Keresztmetszeti vizsgálat a horvátországi gyógytornászok körében a 2021-2022-es időszakban; Az életkor, a nem, a munkatapasztalat és a családi állapot voltak a munkahelyi elégedettség fő meghatározói. A fizetés a munkahelyi elégedettség egyik jelentős mutatója. A kiégés gyakorisága a gyógytornászok körében magasabb az egyedülállóknál, mint a házasoknál vagy az élettársi kapcsolatban élőknel. A kimerültség a munkahelyi kiégés legnyilvánvalóbb megnyilvánulása, amely pozitívan korrelál a munkaterheléssel.
Szerbia	Grujičić, M. & Jovičić-Bata, J. & Rađen, S. & Novaković, B. & Šipetić-Grujičić, S., 2016. Work motivation and job satisfaction of health workers in urban and rural areas. Vojnosanitetski pregled, 73(8), pp.735-743. https://doi.org/10.2298/VSP140715062G	396 egészségügyi szakember városi környezetből és 436 vidéki területről, melyek négy véletlenszerűen kiválasztott egészségügyi intézményben dolgoztak; A városi egészségügyi szakemberek szignifikánsan motiváltabbak és elégedettebbek voltak a munkájukkal, mint a vidéki válaszadók. A vidéki egészségügyi dolgozók munkamotivációjának és munkával való elégedettségének növelése érdekében a következő tényezőkön kell javítani: munkahelyi felettesek támogatása, jó munkavégzésért járó díjak, interperszonális kapcsolatokat javítása, az előléptetési és előmeneteli lehetőségek, munkahelyi együttműködést, foglalkoztatás biztonsága, valamint nagyobb munkahelyi függetlenség.

51. melléklet: Az egészségügyi dolgozók munkahelyi elégedettségére vonatkozó kutatások nemzetközi összehasonlítása

Forrás: saját szerkesztés, 2025

Ország	Kutatás címe és forrása	Elvándorlási szándék	Fő célországok	Elvándorlás fő okai
Magyarország	Boros, L. & Dudás, G. & Ilcsikné Makra, Zs. & Morar, C. & Pál, V., 2022. The migration of health care professionals from Hungary - global flows and local responses. DETUROPE - The Central European Journal of Tourism and Regional Development. 14 (1), pp. 164-188. https://doi.org/10.32725/det.2022.009	Az orvosok és ápolók nagy számban hagyják el az országot, ami veszélyezteti az egészségügyi ellátást.	Fejlett nyugat-európai országok (Németország, Egyesült Királyság, Svájc, Ausztria, Svédország, Írország)	Alacsony bérek, rossz orvosi felszerelés, irodák és kórházak állapota
Románia	Botezat, A. & Moraru, A, 2020. Brain drain from Romania: what do we know so far about the Romanian medical diaspora? Eastern Journal of European Studies, Centre for European Studies, Alexandru Ioan Cuza University, 11(1), pp. 309-334. Elérhető: https://ejes.uaic.ro/articles/EJES2020_11_01_BOT.pdf [Hozzáférés dátuma: 2025.05.12.].	A kelet-európai országok közül az elmúlt két évtizedben Románia regisztrálta az egyik legnagyobb számú kivándorló orvost. A kutatásból kiderül, hogy a jelenlegi orvostanhallgatók több mint 80%-a kifejezi a kivándorlási szándékát a diploma megszerzése után.	Egyesült Királyság, Németország, Franciaország, Belgium	A romániai korrupció szintje, az általános életszínvonal, a romániai orvosok bérezése, csökkentett lehetőségek a szakmai fejlődésre.
Szlovénia	Albrecht, T. & Polin, K. & Pribakovic Brinovec, R. & Kuhar, M. & Poldrugovac, M. & Ogrin Rehberger, P. & Prevolnik Rupel, V. & Vracko, P., 2021. Slovenia: health system review 2021, Health Systems in Transition, 23 (1) Elérhető: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/slovenia-health-system-review-2021 [Hozzáférés dátuma: 2025.05.12.].	Alacsonyabb mértékű; nem készültek nemrégiben közzétett jelentések az egészségügyi dolgozók Szlovéniából történő kivándorlásának tendenciáiról.	Fejlett nyugat-európai országok.	A hazai humán erőforráshiányt és a kihívásokat egyre jobb kezelik; 2012-2016-os megszorító intézkedések révén a fizetések befagyasztása növelte az egészségügyi szakemberek elvándorlásának kockázatát.
Horvátország	Vizjak, M. & Peric Kaselj, M., 2023. Management of migration of personnel in healthcare with an emphasis on nurses and technicians in the Republic of Croatia. Balkans Journal of Emerging Trends in	Főként a 25-45 év közötti korcsoport, kevesebb mint 5 éves	Írország, Egyesült Királyság	Nem megfelelő munkakörülmények, túlterheltség, bürokratikus és adminisztratív

	Social Sciences. 6 (2), pp. 103-118. https://doi.org/10.31410/Balkans.JETSS.2023.6.2.103-118	munkatapasztalattal és középiskolai végzettséggel.		problémák, korlátozott előrelépési lehetőség a munkában, más foglalkozásokhoz képest alacsony jövedelem, az egészségügyi dolgozók motivátlansága és a határozott idejű szerződések.
Szerbia	Pillars of Health, 2022. Country report on health worker migration and mobility in Serbia. Elérhető: https://pillars-of-health.eu/resource/country-report-on-health-worker-migration-and-mobility-in-serbia/ [Hozzáférés dátuma: 2024.09.22.].	A külföldi munkavállalási szándék nagymértékű; Az egészségügyi munkaerő mobilitását és migrációját Szerbiában nem követik nyomon oly módon, hogy az egészségügyi szakemberek éves nettó be- és kiáramlására vonatkozóan pontos mutatókkal rendelkezünk.	Fejlett nyugat-európai országok (pl. Németország, Norvégia, Egyesült Királyság)	Rossz irányítás és munkakörülmények

52. melléklet: Az egészségügyi dolgozók elvándorlási szándékára vonatkozó kutatások nemzetközi összehasonlítása

Forrás: saját szerkesztés, 2025

Hipotézisek	Tesztelés, statisztikai bizonyítás módja	Tézisek
1. A vidéki általános kórházak szemben a fővárosi fekvőbeteg-ellátás nyújtó egészségügyi intézményekkel, kapacitásuk és működtetésük szempontjából a szerb egészségügyi rendszer legsebezhetőbb intézményei közé tartoznak, melynek oka a fennálló regionális különbségek.	<i>Szakirodalom szintetizálással</i>	1. Az általános kórházak az ellátás volumenét tekintve, a szerbiai vidéki fekvőbeteg ellátás, illetve járóbeteg-szakkellátás „gerincét” képezik. Ugyanakkor, a szerbiai egészségügyi rendszer egyik legérzékenyebb pontját is jelentik. Az ágykapacitást, valamint az alacsony ágykihasználási százalékot nézve, jelentős hatékonysági problémák feltételezhetők. Emellett, országos szinten a legtöbb orvost és ápoló személyzetet foglalkoztatják, ami a hivatalos egészségügyi munkaerő-stratégia, a teljesítmény követésére és a hatékonyság értékelésére szolgáló rendszerek, illetve a minőség javítását ösztönző fizetési struktúrák hiányában igen sebezhetővé teszi az általános kórházak működését, melynek oka a fennálló regionális különbségek.
2. Erős összefüggés mutatható ki a kutatásban részvevő szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjainak beosztása (orvos, ápoló, egyéb alkalmazottak) és a munkahelyi emberi erőforrás menedzsmenthez tartozó szempontok (vezetési, munkavállalói elkötelezettségi, a munkahelyi tudás elérhetőségi, munkaerő-optimalizálási és tanulási kapacitási) értékelése között.	<i>Leíró statisztikával, keresztábla-elemzéssel</i>	2. Erős összefüggés feltételezhető a kutatásban részvevő szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjainak beosztása (orvos, ápoló, egyéb alkalmazottak) és a munkahelyi emberi erőforrás menedzsmenthez tartozó szempontok (vezetési, munkavállalói elkötelezettségi, a munkahelyi tudás elérhetőségi, munkaerő-optimalizálási és tanulási kapacitási) értékelése között.
3. Feltételezhető, hogy a válaszadók neme és életkora nem befolyásolja az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó szempontok értékelését, mivel ezek vélhetően általános érvényűek.	<i>Leíró statisztikával, Pearson-féle khi-négyzet próbával</i>	3. Az erkölcsre és munkahelyi etikára vonatkozó kérdések többségében (22 szempont) mérsékelt, illetve gyenge kapcsolatra utaló statisztikailag szignifikáns kapcsolat fedezhető fel az alkalmazottak neme és a válaszaik között. Csak egy szempont esetén („erkölcsileg helytelen-e, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnek a szegények meg nem”) nincs szignifikáns összefüggés a változók között. A válaszadó egészségügyi dolgozók életkora és az erkölcsre és munkahelyi etikára vonatkozó kérdések közötti összefüggést vizsgálva, látható, hogy csak 5 szempont esetén nincs szignifikáns összefüggés a változók között, míg a legtöbb szempont esetén (18 szempont) gyenge, illetve mérsékelt kapcsolatra utaló szignifikáns összefüggés áll fenn.
4. A különböző beosztású (orvos, ápoló, egyéb alkalmazott) egészségügyi dolgozók eltérően értékelik az egészségügyi ellátás minőségét a saját munkahelyükön de az összes válaszadó esetében pozitív korreláció fedezhető fel aközött, hogy a felettesük elégedett-e a munkájukkal, illetve, hogy	<i>Leíró statisztikával, Pearson-féle khi-négyzet próbával</i>	4. A különböző beosztású egészségügyi dolgozók (orvos, ápoló, egyéb alkalmazott) eltérően értékelik az egészségügyi ellátás minőségét a saját munkahelyükön de az összes válaszadó esetében pozitív korreláció fedezhető fel aközött, hogy a felettesük elégedett-e a

pácienseik elégedettek-e a nyújtott egészségügyi ellátással.		munkájukkal, illetve, hogy pácienseik elégedettek-e a nyújtott egészségügyi ellátással.
5. A kutatásban résztvevők többsége összességében inkább elégedetlen, mint elégedett a munkájával és munkahelyi körülményekkel a. a munkájuk anyagi ellentételezése/jutalmazása az egyik olyan szempont, mellyel a legkevésbé elégedettek; b. a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködés az egyik olyan szempont, melyet a legmagasabbra értékelik; pozitív korreláció fedezhető fel a munka tisztelete és a munka jutalmazása, a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködés, illetve a betegek az egészségügyi dolgozókhoz való viszonya között.	<i>Leíró statisztikával, Pearson-féle khi-négyzet próbával, keresztábra-elemzéssel, variancia homogenitási teszttel, korrelációs kapcsolatok elemzésével, faktorelemzéssel, klaszterelemzéssel</i>	5. A válaszadók többsége (több, mint fele) elégedett a munkájával és munkahelyi körülményekkel, közel egy harmada se nem elégedett, se nem elégedetlen, míg az elégedetlenek aránya csak 5,1% volt, illetve a nagyon elégedetlenek aránya 6,6%. Az összes elégedettségi szempont közül a legalacsonyabb pontszámmal értékelték a munkájuk anyagi ellentételezését/jutalmazását, átlagosan 2,92 értékkel. A 12 értékelt, elégedettségi szempont közül a kollégákkal és a vezetőkkel való közvetlen együttműködés az a szempont, melyet a legmagasabbra értékelik (átlagosan 4,17 értékkel értékelték), ami ezen a téren jelentős elégedettségre utal. Emellett, mérsékelt erősségű korreláció fedezhető fel a munka tisztelete, megbecsülése és a munka anyagi ellentételezése/jutalmazása, a kollégákkal és vezetőkkel való közvetlen együttműködés, illetve a betegek az egészségügyi dolgozókhoz való viszonya között.
6. A kutatásban résztvevő szerb vidéki általános kórházi dolgozók többségében (a válaszadók nemétől, beosztásától, illetve életkorától függetlenül) már felmerült az a gondolat, hogy egy másik országba szeretnének dolgozni az egészségügyi szektorban.	<i>Leíró statisztikával, Pearson-féle khi-négyzet próbával, variancia homogenitási teszttel, faktorelemzéssel, klaszterelemzéssel</i>	6. A válaszadók többsége (41,3%-a) egyáltalán nem gondolt még arra, hogy egy másik országba vállalna el munkát egészségügyi szakmán belül, míg 36,2%-a már gondolkodott, illetve 14,4%-a részben gondolkodott ezen a kérdésen. A válaszadók 8,1%-a nem tudott határozott választ adni. Az elvándorlási szándékhoz leginkább hozzájáruló tényezőként a betegek optimális módon való kezelését, a társadalmi státust, a munkabért, a szakmai fejlődés lehetőségét és a munka biztonságát jelölték meg. Az átlagosan legkevésbé hozzájáruló tényezőként a munkahelyi stressz mértékét jelölték meg.

53. melléklet: A kutatásom téziseinek, azokhoz kapcsolódó hipotézisek és a hipotézisek bizonyítására szolgáló statisztikai módszerek összefoglaló táblázata

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2025