

A szerb vidéki általános kórházak egészségügyi dolgozóinak helyzetét meghatározó tényezők elemzése



PhD értekezés tézisei

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.....	5
2.1. Kutatási kérdések és célok.....	5
2.2. Hipotézisek	7
3. Szakirodalmi áttekintés	9
3.1. Regionális különbségek Szerbiában	9
3.2. A szerbiai egészségügyi rendszer működése	12
3.2.1. Az egészségügyi rendszer szerkezete Szerbiában	12
3.2.2. A humánerőforrás az szerbiai egészségügyben.....	16
3.3. Az egészségügyi menedzsment.....	17
3.4. A humánerőforrás menedzsment általános jellemzői és szerepe az egészségügyi rendszerben.....	17
3.4.1. Az egészségügyi humánerőforrás menedzsment Szerbiában.....	18
3.5. A munkahelyi elégedettség	19
3.6. A munkahelyi etika és erkölcsi elvek	19
3.7. Az egészségügyi szolgáltatás minősége.....	20
3.8. Migrációs szándék az egészségügyi dolgozók körében	21
4. A kutatás módszertana	22
5. Kutatási eredmények.....	24
5.1. A munkahelyi humánerőforrás menedzsment értékelése.....	24
5.1.1. A humánerőforrás menedzsment szempontjainak értékelése és a beosztás közötti összefüggés vizsgálata	24
5.2. A munkahelyi etikára és erkölcsre vonatkozó eredmények	26
5.2.1. Az etikai kérdések értékelése és a válaszadók neme, életkora és szakmai beosztása közötti összefüggések	27
5.3. Az egészségügyi szolgáltatás minőségének az értékelése.....	29
5.3.1. A különböző beosztású alkalmazottak és az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó értékelései közötti összefüggés	30
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	30
5.4. A kutatásban résztvevő szerb általános kórházak egészségügyi alkalmazottjainak munkájukkal való elégedettsége	31
5.4.1. Az általános, munkahelyi elégedettség elemzése.....	31
5.4.2. A munkahelyi elégedettség egyes szempontjainak az elemzése.....	32

5.4.3. Az egészségügyi alkalmazottak beosztása, életkora és a különböző szempontokkal való elégedettség között összefüggés vizsgálata varianciaelemzéssel	32
5.4.4. A munkahelyi elégedettségi változók közötti korreláció.....	35
5.4.5. Faktorelemzés.....	35
5.4.6. A munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz, nyomás érzésének a kivizsgálása	36
5.4.7. A következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos tervek megvizsgálása	37
5.5. A vizsgált szerb általános kórházak egészségügyi dolgozóinak elvándorlási szándéka.....	37
5.5.1. Az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezők elemzése.....	38
5.5.2. Faktorelemzés az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozóan	39
5.5.3. Az elvándorlási célországok elemzése.....	40
5.6. Az egészségügyi munkaerő helyzetét meghatározó tényezők összehasonlítása nemzetközi szinten.....	40
5.7. A kutatás korlátai	41
6. Következtetések, javaslatok a szerbiai vidéki általános kórházak hatékony humánerőforrás menedzsmentjének kialakítására.....	41
Irodalomjegyzék.....	43
A szerző disszertációhoz kapcsolódó publikációi	49

1. Bevezetés

Az egészségügy a társadalom által megszervezett, komplex tevékenység, amelynek célja a polgárok egészségének megőrzése és javítása. Az egészségügyi ellátórendszerek működési körülményeinek fejlesztésével, beleértve az egészségügyi személyzettel kapcsolatos különböző kérdéseket is, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésben mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentéséhez vezet és döntő fontosságú a lakosság jobb egészségéért folytatott folyamatos harcban. Így megvalósítható lenne az egészségügyi esélyegyenlőség és a lakosságon belüli különbségek minimálisra csökkentése (Li, et al., 2018), beleértve a különböző régiók közötti eltéréseket is. Az egészségügyi ellátást befolyásoló tényezők koordinálása és irányítása rendkívül összetett tevékenység, így az egészségügyben is szükséges egy erős menedzsment (Mitrasevic, et al., 2020).

A disszertációmban négy szerbiai egészségügyi intézmény, állami általános kórház humánerőforrásának 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 régiócsoportjához tartozik, de ami ennél még inkább kiemelő, hogy mindkét régió különböző indikátorok alapján a belgrádi régióhoz képest fejlettebb régiókat reprezentál. Tulajdonképpen, ezek a kerületek kapcsán 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 (ágyszámmal) az általános kórházak rendelkeztek (összesen 15 618 ágy), ami az országos fekvőbeteg ellátás 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 alap és az empirikus kutatás eredménye mellett, hogy fontos információkat nyújt a megvizsgált intézmények humánerőforrásának helyzetéről, bizonyos konklúziókra utal a centrális régió kívüli kerületek egészségügyi munkaerőjének jellemzőiről, illetve annak hatásairól a populáció egészségére és a regionális gazdasági fejlődésre. A kutatásomban szintén az egészségügyi dolgozók etikai és erkölcsi elveivel is foglalkoztam, melyek akár elsődleges követelményként is szerepelnek az egészségügyi ellátás során.

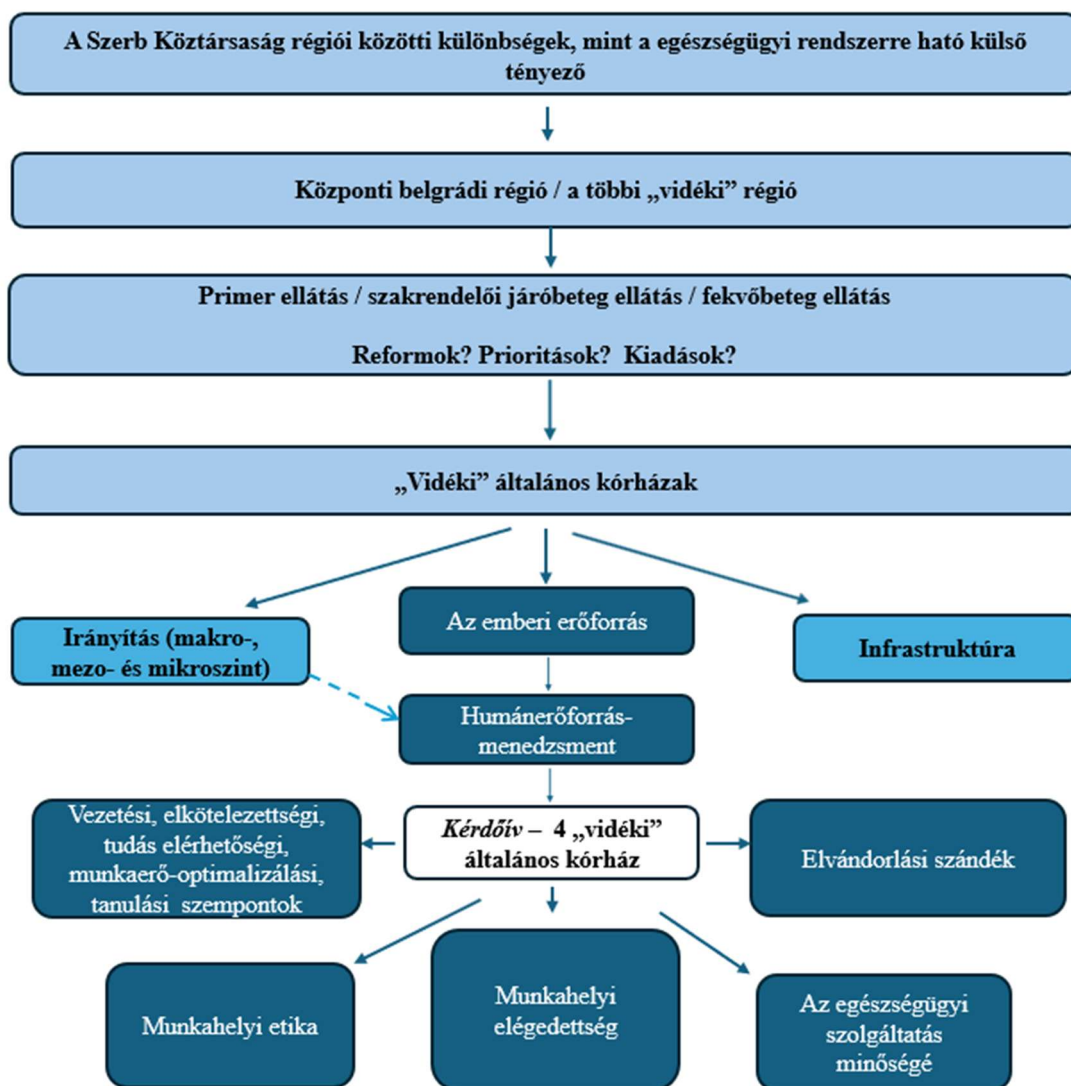
A szerb közegészségügyre vonatkozó jogszabályok csak részben vannak összhangban az uniós előírásokkal. Az Európai Bizottság jelentése (European Commission Directorate-General for Neighbourhood and Enlargement Negotiations, 2023) alapján Szerbiában az egészségügyi ágazat humánerőforrásaira vonatkozó nemzeti tervet még mindig nem sikerült teljes mértékben megvalósítani. Az említett 2023. évi jelentésében az Európai Bizottság különösen kiemeli az egészséget szolgáló tevékenységek és az egészségügyi ellátás területén az erős menedzsment hiányát Szerbiában.

Bevezetesként 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. A szerb vidéki általános kórházakban dolgozó egészségügyi alkalmazottak helyzetét meghatározó tényezők kutatása azért tűnik megoldatlan kérdésnek mivel korábban ebben a témakörben nem készült jelentősebb számú kutatás, mely többtényezős megközelítést biztosít (például az alkalmazottak menedzsmentre és az ellátás minőségére vonatkozó érzékeléseinek, az alkalmazotti elégedettség, az elvándorlási szándék és etikai magatartás egyidejű vizsgálata). Továbbá, kiemelő, hogy az eddigi kutatásokban nem figyelhető meg a vidéki egészségügyi intézményekre való fókuszálás, számos kihívás ellenére sem. 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 ismeretek bővítéséhez ezen a téren.

2. A disszertáció metodológiai keretei

2.1. Kutatási kérdések és célok

A disszertációm kutatási kérdései a szerbiai egészségügyi emberi erőforrás jellemzőinek a meghatározására vonatkoznak. A szakirodalom és a személyes tapasztalataim alapján jelentős regionális különbségeket feltételezve Szerbia területén belül, a vidéki általános kórházakban dolgozó személyzet sajátosságainak a kivizsgálása és feltérképezése a célom (1. ábra).

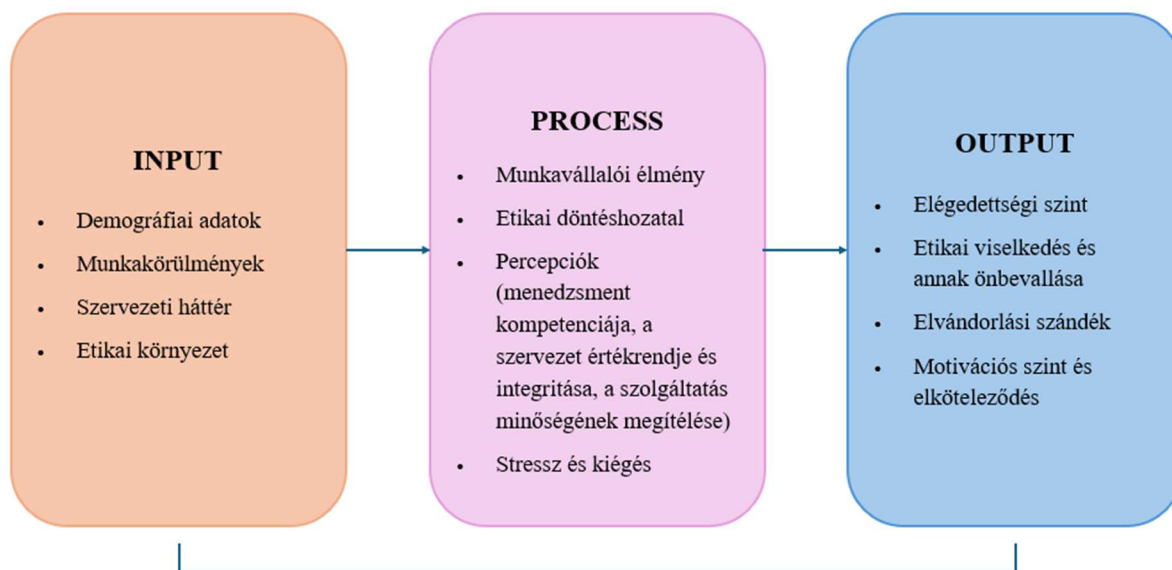


1. ábra: A disszertáció folyamatábrája

Forrás: saját szerkesztés, 2024

A kutatásomban 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). Ez a modell szolgál a kutatásom konceptuális keretmodelljeként, mivel jól felhasználható a humán erőforrás menedzsment és szervezeti

viselkedés vizsgálatában, valamint egyértelműen ábrázolja az egyes változók közötti kapcsolatokat és kiemeli az elemzés fókuszait (2. ábra).



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

Forrás: saját szerkesztés, 2025

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 humánerőforrás-gazdálkodás módszereinek meghatározása vezetési (kommunikáció, felügyeleti, vezetői készségek és rendszerek), alkalmazotti elkötelezettségi, tudás elérhetőségi (együttműködés és csapatmunka, információmegosztás és annak rendszerei), munkaerő-optimalizálási (folyamatok, feltételek, felelősségek, foglalkoztatási döntések) és tanulási kapacitási (innováció, képzés, fejlesztés, érték, támogatás) szempontból;
- az egészségügyi dolgozói populáció etikai magatartásának, 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 egészségügyi dolgozók munkával való elégedettségének, illetve azt befolyásoló tényezők feltérképezése és tanulmányozása;
- annak feltérképezése, hogy az alkalmazottak beosztása, egészségügyi szakmai tapasztalatuk, nemük és életkoruk mennyire befolyásolja a meglátásukat és állásfoglalásukat az egészségügyi ellátás és az egészségügyi alkalmazottak vezetése kapcsán;
- a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottainak az elvándorlási szándékának a felmérése, illetve azok okainak feltárása.

2. Társadalmi célok:

- a szerb vidéki általános kórházak emberi erőforrás szempontjából való gyenge pontjainak 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 szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjai 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 segítséget nyújthatnak a szerb vidéki általános kórházak alkalmazottjai elvándorlási szándékának csökkentésében.

2.2. Hipotézisek

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. 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, kereszttábla-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.

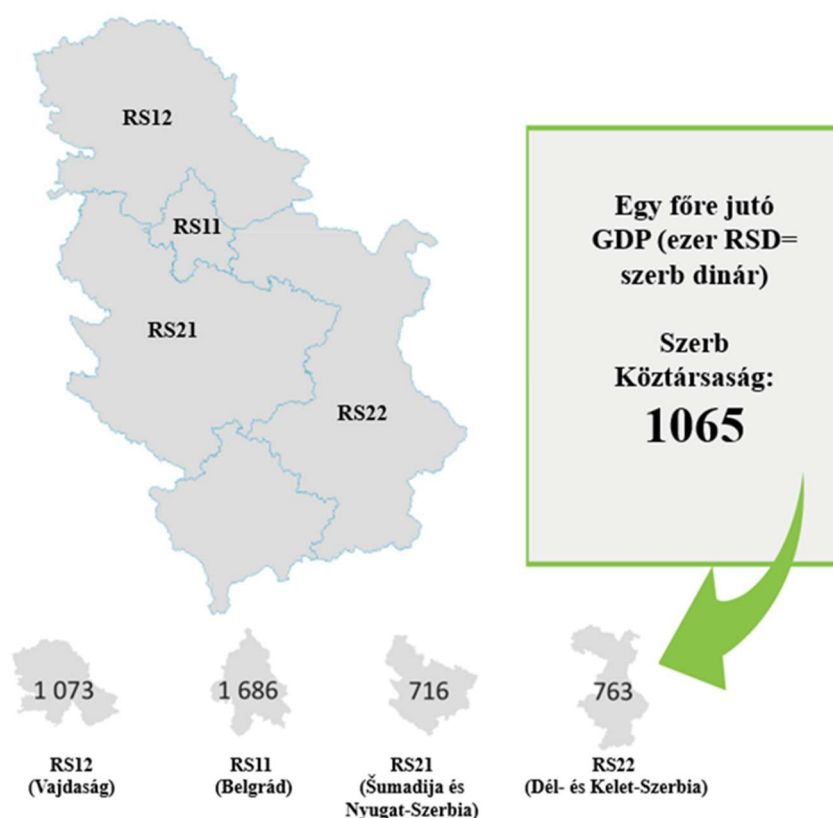
3. Szakirodalmi áttekintés

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).

Szerbia 2008 áprilisában aláírta az EU-val a stabilizációs és társulási megállapodást és ezt követően be kellett vezetnie a statisztikai régiókat (NUTS), hogy ezzel megkönnyítse az EU-nak való adatszolgáltatást a regionális szintű társadalmi-gazdasági fejlődésről (Uvalić & Bartlett, 2021).

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. 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). Ezek a kerületek (kivéve Belgrádot) nem rendelkeznek önálló hatósági jogkörrel és nincsenek önálló közigazgatási funkcióik (Golić & Joksimović, 2017).

A Köztársasági Statisztikai Intézet 2022.évre vonatkozó adatai alapján (Republički zavod za statistiku, 2024c) Szerbia 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. A vidéki területekre, még a Vajdaság fejlettebb régióiban is, jellemző az elnéptelenedés a helyi fejlődés és a munkalehetőségek hiánya miatt (Lović Obradović & Matović, 2018). 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 (Republički zavod za statistiku, 2024b).

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. Az 1. táblázatban láthatók az egyes szerbiai régiók bruttó hazai termékére (GDP) vonatkozó adatok.

1. táblázat: Szerbiai regionális GDP, a régiók részvétele a Szerb Köztársaság GDP-jének és szintindexeinek kialakításában

	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 alábbi táblázat (2. táblázat) pedig a regionális GDP-t mutatja be, vásárlóerő-standardban (PPS) kifejezve, illetve a szintindexet az EU27 szinthez viszonyítva.

2. 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	100,0
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

Belgrád (RS11) a leginnovatívabb szerbiai régiónak számít és a négy említett régió közül az egyetlen, amely mérsékelten innovatív régió kategóriába tartozik. A többi régió feltörekvő innovátorként értékelhető. 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) (European Commission: Directorate-General for Research and Innovation, et al., 2023). A vidéki területek számára az innováció megoldást jelenthet a meglévő problémák megoldására, beleértve a különböző társadalmi problémákat is (Lipták, 2023).

A Köztársasági Statisztikai Intézet adatai alapján 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%). Országos szinten a lakosság 0,4%-a esetén nincs adat az iskolai végzettségről (Republički zavod za statistiku, 2024c).

A foglalkoztatási ráta Belgrádban a legmagasabb, míg Dél- és Kelet-Szerbiában a legalacsonyabb. A 3. táblázatban megtekinthetők a 2023. évi szerbiai hivatalos statisztikai adatokban szereplő (Republički zavod za statistiku, 2024c), régiókra vonatkozó munkaerő-felmérési indikátorok.

3. 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
Aktivítási 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

Mindenképpen kiemелendő a 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). Itt fontos megemlíteni két elméletet, melyek egyben a disszertációm első hipotéziséhez is társulnak. Ezek az erőforrás-függőség elmélete, mely azt mutatja be, hogy az intézményen kívüli erőforrásoktól való függőség hogyan kapcsolódik a szervezeti cselekvésekhez és az eredményekhez (Pfeffer & Salancik, 1978). A felső vezetőknek olyan terveket és stratégiákat kell megszervezniük, melyekkel csökkentik a küldő 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 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 nézve 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 régiónak az ország többi részétől való „elszakadása”. 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

Szerbia közegészségügyi rendszere a múlt század elejétől kezdve nagy problémákkal küzd. Szerbia a „jóléti állam” modellel lépett be a gazdasági átmenet folyamatába. A 20. század kilencvenes éveinek elején Jugoszlávia szétesése, a polgárháborúk, a különböző nemzetközi politikai és gazdasági szankciók és a kapitalizmus helyreállítása miatt bekövetkezett a lakosság egészségi állapotának romlása (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).

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).

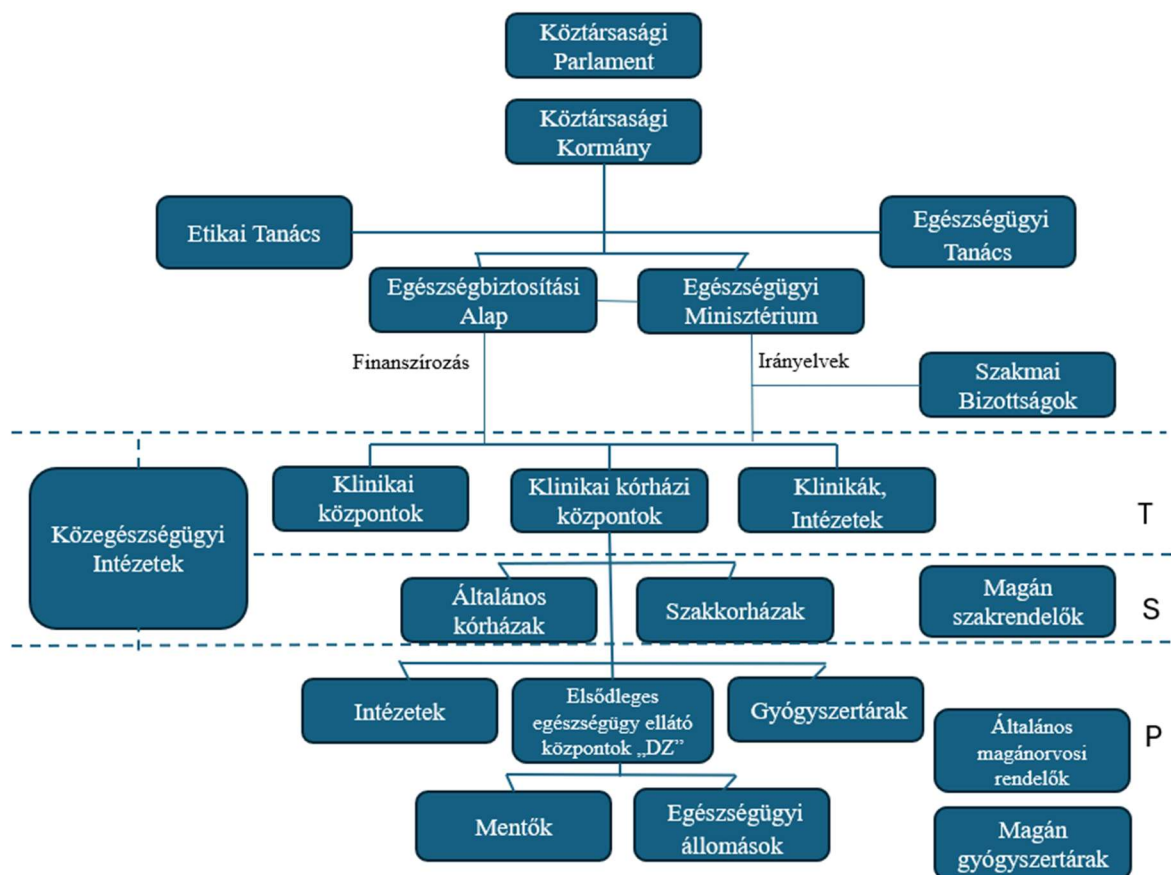
A Szerb Köztársaságban a kötelező egészségbiztosítási modell működik. A 2004 óta a szerbiai közegészségügy fő finanszírozója a Köztársasági Egészségbiztosítási Pénztár, 94%-os részesedéssel. Forrásait 67%-ban a munkavállalók és a munkaadók hozzájárulásaiból, 22%-ban a Nyugdíjalapból, 4%-ban az önálló vállalkozók hozzájárulásaiból, 7%-ban pedig a lakosság különlegesen kiszolgáltatott csoportjai számára biztosított állami transzferekből biztosítja (Gajic-Stevanovic & Stevanovic, 2023). A kötelező egészségbiztosítás által fedezett költségek aránya a szolgáltatás típusától függően 65% és 95% között mozog. Az egészségügyi kiadásoknak az „out-of-pocket” kifizetésekből származó aránya 2019-ben 37% volt. Az önkéntes (magán) egészségbiztosítás csak marginális szerepet tölt be, 2019-ben az egészségügyre fordított jelenlegi kiadások kevesebb mint 1%-át tette ki (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022). A szerbiai egészségügyi rendszer hatékonysága még jelentősen javítható. Jelenleg nincsenek rendszerek az egészségügyi rendszer teljesítményének nyomon követésére és allokációs hatékonyságának értékelésére (Bjegovic-Mikanovic, et al., 2019).

3.2.1. Az egészségügyi rendszer szerkezete Szerbiában

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. 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). 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 gyógyszertár (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024).

Szerbiában az egészségügyi ellátás primer, szekunder és tercier szinten valósul meg (4. ábra). Minden szintnek megvannak a maga sajátosságai, főleg a szolgáltatások jellegét tekintve (Mitrović & Gavrilović, 2013).



4. 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 egészségházakban az egészségügyi ellátását a választott orvos végzi el, mely lehet általános orvos, általános szakorvos, foglalkozásegészségügyi szakorvos, gyermekgyógyász, nőgyógyász, illetve fogorvos (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023). Ez a rendszer jelenleg erősen centralizált (European Observatory on Health Systems and Policies & World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022).

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 járobeteg-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 terciert szintű egészségügyi intézményeket (Zakon o zdravstvenoj zaštiti Službeni glasnik RS, br. 92/2023). 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).

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). 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).

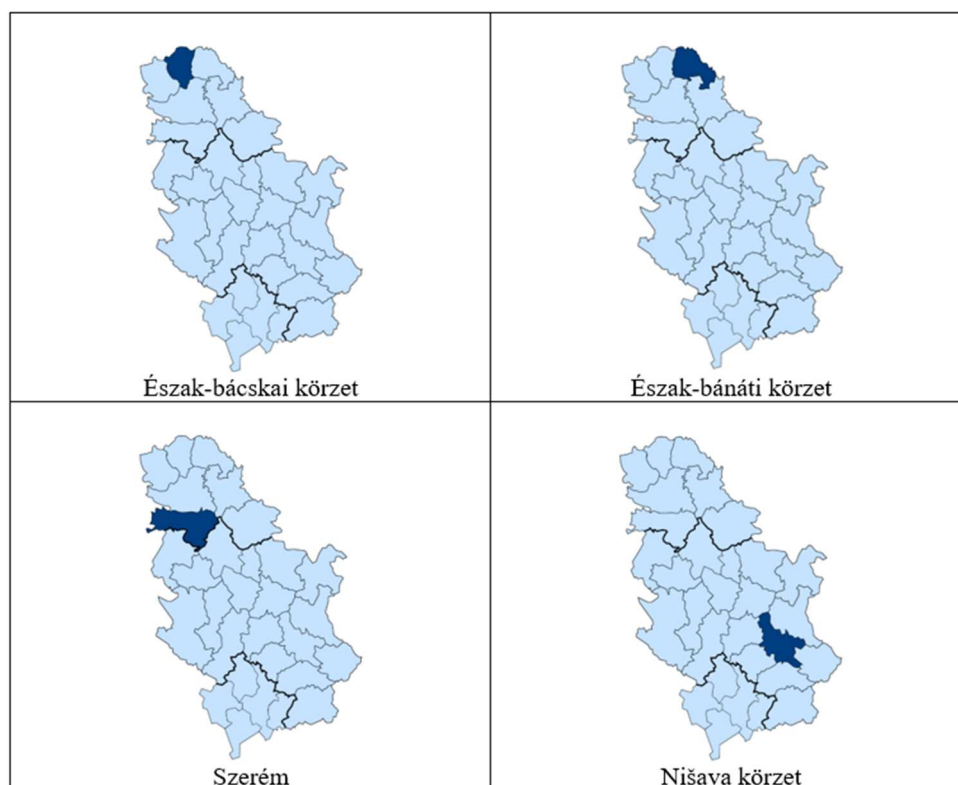
Szerbiában jelenleg 40 általános kórház üzemel (ebből 14 egészségügyi központokon belül működik). Minden szerbiai körzetben (NUTS3 régió) létezik legalább egy kórház, és a kisebb városok is leggyakrabban rendelkeznek saját kórházzal, ami jó földrajzi lefedettséget biztosít (Uredba o planu mreže zdravstvenih ustanova Službeni glasnik RS, br. 101/2024-32). A szairodalmi adatok alapján 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 legmagasabb beteg elbocsátási számokkal országos szinten, illetve a legalacsonyabb átlagos ápolási időtartammal. 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) (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024). 2023-ban az általános kórházakban volt a legalacsonyabb az ágykihasználtsági százalék, 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%) (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024).

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). Ezek alapján a szerbiai általános kórházak ágykihasználtsága a nemzetközileg optimálisnak tartandó szint alatt van. Emellett, a szerbiai általános kórházak majdnem fele (45%-a) az szakirodalmi adatok alapján (Medarević & Vuković, 2021) optimálisnak tartott 200-600 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

Röviden szeretném bemutatni azokat a szerbiai általános kórházakat, melyek részt vettek a kutatásomban. Az 5. ábrán látható a megvizsgált négy általános kórház földrajzi elhelyezkedése, pontosabban, azok körzetek, amelyekben a négy kórház található.

A szabadkai általános kórház (Subotica, Vajdaság) 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). A zentai általános kórház (Senta, Vajdaság) Észak-bánáti körzetben található és ebben a körzetben szintén működő nagyikindai általános kórházzal együtt a körzet lakosságának szekunder szintű 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). A szávaszentdemeteri (Sremska Mitrovicán, Vajdaság) általános kórház a szerémi körzetben található. 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 aleksinaci általános kórház (Aleksinac, Dél- és Kelet-Szerbia) a Nišava körzetben (Dél-és Kelet-Szerbia) található és a körzet egyetlen kórházaként a lakosság szekunder szintű 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).



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

Forrás: Wikipedia.org, 2024 alapján saját szerkesztés

3.2.2. A humánerőforrás az szerbiai egészségügyben

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 állami egészségügyi intézmények 23 043 fő nem egészségügyi végzettségű dolgozót foglalkoztattak (21% az összes alkalmazottból), ebből 5484 fő (24%) adminisztratív és 17 559 fő (76%) műszaki tevékenységet folytatott (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2024).

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 Eurostat 2020. évre vonatkozó adatai szerint (Eurostat, 2024b) 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). Az Eurostat 2022. évre vonatkozó adatai alapján (Eurostat, 2024b) Szerbiában a 100 000 lakosra jutó praktizáló ápolók száma (659) alacsonyabb volt a működési engedéllyel rendelkező ápolók számánál (1 179), viszont magasabb, mint számos európai országban, mivel például Magyarországon 2022-ben a praktizáló ápolók száma 441 vagy Horvátországban 236 volt. Ezen túlmenően az országon belül is jelentős eltérések vannak az egészségügyi munkaerő tekintetében. A kihívások ellenére Szerbia jelenleg nem rendelkezik hivatalos egészségügyi munkaerő-stratégiával (Bjegovic-Mikanovic, et al., 2019).

A 4. táblázatban szereplő adatok alapján látszik, hogy az összes típusú fekvőbeteg-gyógyintézet közül Szerbiában a legtöbb orvost, valamint ápoló személyzetet az általános kórházak foglalkoztatnak.

4. 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	Montenegró*	Szlovénia**	Szerbia	Montenegró*	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

Emellett, a fenti táblázatban megtekinthetők két környező országban, Montenegróban és Szlovéniában, az orvosi és ápolói személyzetre vonatkozó viszonyok.

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

Az egészségügyi menedzsment alapvetően az orvosszakmai gyakorlat, a szervezeti adminisztráció és az etikai döntéshozatal összefonódásaként írható le (Ilori, et al., 2024). Számos feladatot foglal magában, az erőforrások elosztásától és a szakpolitikák kidolgozásától a magas színvonalú betegellátás biztosításáig. 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. Kanadai akadémikus és vezetéselméletíró Henry Mintzberg ötven évvel ezelőtt tíz menedzseri szerepet azonosított, amelyeket három kategóriába sorolt. Ezek a kategóriák a személyközi, információs és döntési szerepeket jelentik (Mintzberg, 1973). Ezek a szerepek jól alkalmazhatók az egészségügyi menedzsmentben, mivel segítenek rendszerezni és megérteni a vezetők komplex és sokrétű feladatait.

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, ami feszültséget és konfliktusokat okoznak különböző csoportok között (B. Nagy, 2008). A konfliktusok csökkentése és az egészségügyi személyzet motiválása pozitívan befolyásolja a hatékonyságot és a teljesítményt.

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

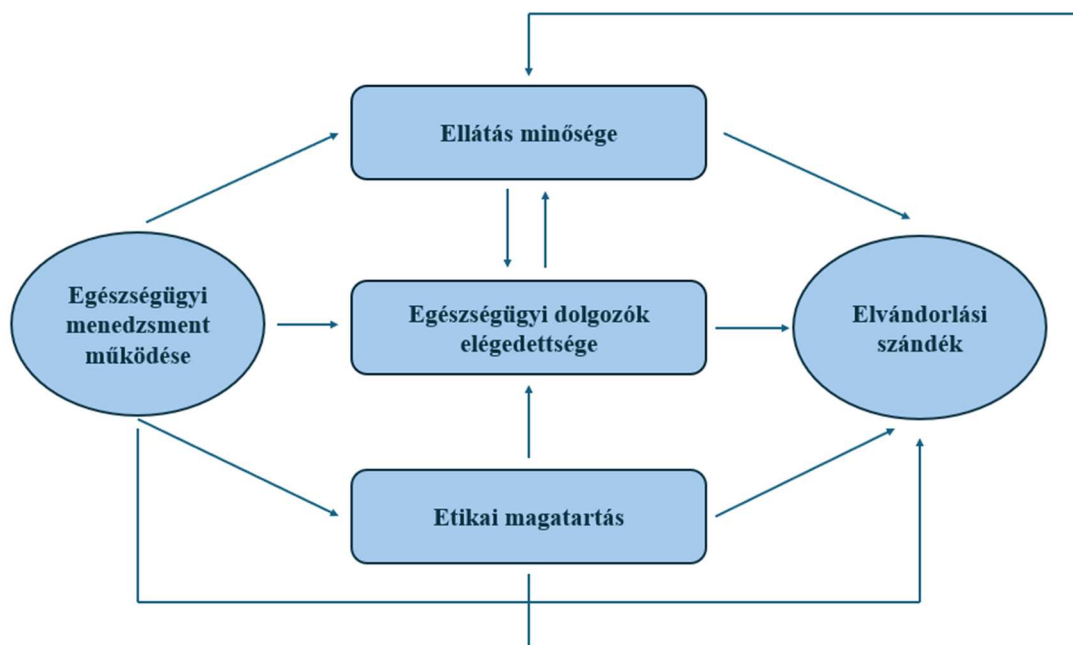
Egyre elterjedtebb az a vélemény, hogy a hatékony humánerőforrás menedzsment kulcsfontosságú elem egy szervezet sikerének elérésében (Cayrat & Boxall, 2023). A humánerőforrás menedzsment a munkavállalók összes kategóriájával foglalkozik és támogatja őket, illetve a vezetők számára is lehetővé teszi az új készségek, új kompetenciák megszerzését (Trifu & Croitoru, 2013).

A humánerőforrás menedzsment fejlődésének egyik elméleti alapját Dave Ulrich humánerőforrás-szerepmodellje jelenti, mely egy strukturált megközelítést kínál a humánerőforrás funkciók szerepeinek és feladataik hatékony szétválasztására, amit az egészségügyi szektorban is hasznosítani lehet. Az Ulrich-modell négy szerepet határozott meg a vezetők számára: a változás ügynöke (change agent), a munkavállalói bajnok (employee champion), a stratégiai partner (strategic partner) és az adminisztratív szakértő (administrative

expert) (Ulrich, 1997). A humánerőforrás menedzsmenthez tartozik és a disszertációm második hipotéziséhez társul még a Hackman és Oldham munkamotivációs modellje (Hackman & Oldman, 1975), az Adams-féle méltányossági elmélete (Bauer & Mitev, 2016), illetve a szociális identitás elmélete társul (Tajfel & Turner, 2004).

A humánerőforrás menedzsment kapcsán mindenképpen kiemelném Laurie Bassi and Daniel McMurre „Az emberek hozamának maximalizálása” című tanulmányát, mely új eszközöket javasol az alkalmazottak készségeinek megfigyelésére (Bassi & McMurre, 2007). A szerzők azt állítják, hogy a szervezetek erősségei és gyengeségei a humánerőforrás-gazdálkodás terén az öt tágabb kategóriába (vezetés, munkavállalói elkötelezettség, a tudás elérhetősége, munkaerő-optimalizálás, tanulási kapacitás) tartozó gyakorlatok teljesítményének nyomon követésével értékelhetők. Ezek a humánerőforrás menedzsment mozgatórugóit jelentik.

Az emberi erőforrás menedzsment a magas színvonalú és hatékony egészségügyi ellátás fontos összetevője. Az egészségügyi menedzsment működése, a dolgozók elégedettsége, az ellátás minősége, az etikai magatartás és az elvándorlási szándék mind szorosan összefonódnak (6. ábra).



6. 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

3.4.1. Az egészségügyi humánerőforrás menedzsment Szerbiában

Szerbia szisztematikusan újjáépíti a gazdasági helyzet által megviselt és súlyosan alulfinanszírozott egészségügyi rendszerét. 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 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.

Szerbia jelenleg nem rendelkezik hivatalos stratégiával az egészségügyi munkaerőre vonatkozóan. Emellett, eddig teljesen központosított volt az egészségügyi munkaerő tervezése. A külföldi munkavállalás szándéka magas, bár a munkaerő-migráció tendenciáira vonatkozó információk hiányoznak, hivatalos statisztikák nem léteznek (Pillars of Health, 2022). Szintén 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). 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).

3.5. A munkahelyi elégedettség

A munkával való elégedettség az egyik legösszetettebb terület vezetési szempontból. A munkával való elégedettség nagymértékben függ a munkavállaló személyiségétől, a szervezet jellemzőitől és a szervezeti siker alapját képezi (Sahin, et al., 2014).

A munkavállalók elégedettsége nagyon fontos ahhoz, hogy munkájuk hatékony legyen és a kívánt eredményt hozza meg. Abraham Maslow és Douglas McGregor 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), feltételezve egymás utáni kielégítésüket (Maslow, 1954; Rojas, et al., 2023). 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.

A munkahelyi elégedettség kapcsán fontos kiemelni a Herzberg kéttényezős elméletét (más néven motiváció-higiénia elmélet), amelynek kidolgozására hatással volt Maslow szükséglet-hierarchiája (Galanakis & Peramatzis, 2022). A munkával való elégedettségre ható tényezők két csoportját a higiéniai tényezők a motivációs tényezők jelentik (Dajnoki, et al., 2021). Az alkalmazotti elégedettség kapcsán még megemlítenéd, 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. A munkahelyi megterhelés alacsonyabb, míg a motiváció magasabb munkateljesítményhez vezet (Tummers & Bakker, 2021).

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 szembeűnő (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, 2020).

3.6. A munkahelyi etika és erkölcsi elvek

A nyugati filozófia etikai iskolái nagyjából háromféle etikai irányzathoz tartoznak. Az első Arisztotelész munkásságára (erényetikára) támaszkodik, és azt állítja, hogy az erények predisponálják az erények birtoklóját és a társadalmat arra, hogy miként cselekedjen

(Aristotle, 1983). A második álláspontot leginkább Kant képviseli, aki úgy vélte, hogy a praktikus érvelés elegendő lehet az erkölcsi elvek levezetéséhez, és így alkotta meg a kategorikus imperatívuszt (K.I.) (Kant, 1998). 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” (Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2025b).

Az etikával, moralitással és pszichológiával foglalkozó kortárs kutatások közül kiemelném az amerikai Jonathan Haidt professzor munkását, aki azt állítja, hogy az erkölcsi érvelés korrigálhatja és felülírhatja az erkölcsi intuíciót (Haidt, 2007). Jonathan Haidt és Jesse Graham kidolgozták 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 felvázolja, hogyan halad át az egyén az erkölcsi érvelés hat szakaszán (Snarey & Green, 2011).

Az egészségügyi etika egyik megközelítése négy döntéshozatali alapelvre épül: a jótékonyosság elve, Primum nil nocere!- „Ne árts” elve, az autonómia tisztelete és az igazságosság elve (Dobos, et al., 2020). 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 Ápolási és Egészségügyi Technikai 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.

3.7. Az egészségügyi szolgáltatás minősége

A gyenge színvonalú egészségügyi rendszer az 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).

Az egészségügyi ellátás minősége kapcsán két modellt szeretnék megemlíteni, melyek egyben a disszertációm negyedik hipotéziséhez is társulnak. Ezek a munkahelyi szerepek és szervezeti perspektívák modellje, mely a társadalmi résztvevők által felvett szerepekkel és a viselkedésformákkal foglalkozik (Jackson, 1998), valamint Schein által kidolgozott, kultúra háromszintű modelljét (Role Theory). Edgar Schein elmélete szerint, a felszínes rétegek némileg jelezhetik, hogy milyen is valójában egy kultúra, míg a mélyebb rétegek sokkal nagyobb betekintést nyújtanak (Málovics & Behrends, 2004). Ezek az elméletek alapján az a következtetés vonható le, 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 humánerőforrásra vonatkozó cselekvési keretét (WHO HRH Framework) (Fort, et al, 2015), melynek célja, hogy támogassa a kormányokat és az egészségügyi vezetőket a hatékony és fenntartható egészségügyi munkaerő elérését célzó stratégiák kidolgozásában és végrehajtásában.

3.8. Migrációs szándék az egészségügyi dolgozók körében

Az egészségügyi dolgozók nemzetközi migrációja jelentős problémát jelent globális szinten. 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 munkaerő kiáramlás tovább súlyosbítja a meglévő egészségügyi munkaerőhiányt.

A push-pull elmélet szerint a migrációt két szemszögből vizsgáljuk. Ez a két erő („push” és „pull”) szükséges ahhoz, hogy a migráció bekövetkezzen (Kline, 2003). A push-tényezők a származási országra (például alacsony jövedelem, a korlátozott karrierfejlődési lehetőségek, a hiányos infrastruktúra), míg a pull-tényezők a befogadó országra jellemzőek (például jobb életminőség, magasabb jövedelem, több karrierfejlődési lehetőség) (Ogujiuba, et al., 2019). Ez a modell jól alkalmazható a szerbiai egészségügyi dolgozókra vonatkozóan, mivel a szerbiai egészségügyi szakemberek elvándorlása aggasztó méreteket ölt. Emellett, az „agyelszívás” a humánerőforrás-fejlesztésbe befektetett pénz visszafordíthatatlan elvesztését jelenti (Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut”, 2015).

Szerbiában a munkaerő elvándorlásának tendenciáiról 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; Tripković, et al., 2021). Szerbiában nincs olyan szakmai hatóság, amely megszervezne és nyilvántartana az egészségügyi dolgozók mobilitását (Pillars of Health, 2022).

Szintén aggasztó a munkaerő kereslete és kínálata közötti jelentős szakadék a szerb egészségügyi szektorban, mivel a munkanélküli egészségügyi dolgozók száma meghaladja a közszféra felvevőképességét (Pillars of Health, 2022). 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).

4. A kutatás módszertana

Az általános kórházak a vidéki fekvőbeteg ellátás és járóbeteg-szakkellátás „gerincét” jelentik. Ez igaz Szerbia északi és déli régióira, illetve összes körzetére is. 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. 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. A négy kórház dolgozói populációnak (összesen 2933 fő) a 20%-át (586 fő) állt szándékomban megvizsgálni és ennek a kivitelezése email kiküldéssel történt meg, véletlenszerűen kiválasztva a kutatás alanyait. 420 alkalmazott töltötte ki a kérdőívet (71,67% válaszolt, 28,33% nem válaszolt/megtagadta a válaszadást). A kérdőív kitöltése anonim és önkéntes módon történt. A bevonási kritériumokat illetően kiemelendő, 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 vonatkozott.
- A hatodik kérdéscsoport az egészségügyi dolgozók elvándorlási szándékát érinti.

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 második kérdéscsoport Bassi és McMurrer által kidolgozott emberierőforrás menedzsment eszközei („A humán erőforrások mozgatórugói”) alapján került megfogalmazásra (Bassi & McMurrer, 2007). A harmadik kérdéscsoport létrehozásában a Haidt és Graham által kidolgozott, az erkölcsi alapokra vonatkozó kérdőív (Moral Foundations, 2025) szolgált alapul. A negyedik kérdéscsoport a Szerb Köztársaság Korrupcióellenes Ügynökségének a kockázatok ellenőrzésére és a hatóságok/egészségügyi rendszerek önértékelési sikerességének elemzésére szolgáló kérdőíve alapján készült el (Agencija za borbu protiv korupcije Republike Srbije, 2013). Az ötödik kérdéscsoport 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) alapján került megfogalmazásra, illetve a hatodik kérdéscsoport a 2012-ben Szászországban végzett, az orvosok elvándorlására vonatkozó keresztmetszeti és átfogó felmérés kérdései alapján (Pantenburg, et al., 2018).

A kutatás során alkalmazott kérdőív érvényességének és megbízhatóságának biztosítása érdekében többlépcsős validálási folyamatot alkalmaztam (tartalmi validálás és pilot vizsgálat). Az volt a célom, hogy olyan mérőeszközt hozzak létre, mely valóban a vizsgált konstrukciók mérésére szolgál, illetve értelmezhető és megbízható eredményeket nyújt. A kérdőívben alkalmazott skálák megbízhatóságát (belső konzisztencia) Cronbach-alfa mutató segítségével vizsgáltam meg. Az egyes alskálák alfa értékei 0,84 és 0,98 között mozogtak, ami megfelelő belső konzisztenciára utal.

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 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 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.

5.1. *A munkahelyi humánerőforrás menedzsment értékelése*

A kutatási 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).

A válaszadók a legkevésbé elégedettek a munkaeszközökkel. Ezek alapján korszerűsítést, módosítást és fejlesztést igényelnek a kutatásban résztvevő általános kórházak felszerelései (orvosi, műszaki, irodai, pihenő és higiéniai helyiségek). 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 és a szolgáltatás hatékonyságának és a felhasználók elégedettségének a növelését szolgáló szükséges adatokat. Ez egy olyan tevékenység, mely az alkalmazottak véleménye szerint feltétlenül további fejlesztése 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), ami alapján ez a vizsgálat megbízható eredményt mutatott.

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

A munkahelyi emberi erőforrás menedzsmenthez tartozó vezetési szempontok értékelése és a beosztás (orvos, ápoló, egyéb kategória) közötti összefüggéseket keresztábra elemzés segítségével vizsgáltam meg. A válaszadók 50,6%-a „Inkább egyetértek” válasszal (4-es érték a skálán) értékelte a vezetői kommunikációt (az ápolók 49,3%-a, az orvosok 51,1%-a és az egyéb beosztásúak 57,1%-a). A Khí-négyzet próba alapján a $p=0,033$, ami statisztikailag szignifikáns tesztre utal. 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. 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 (az ápolók 57,3%-a, az orvosok 52,6%-a és ez egyéb alkalmazottak 48,6%-a). Az egyéb alkalmazottak 31,4%-a „Egyáltalán nem értek egyet” (1) válasszal értékelte a felügyeleti készségeket. 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.

A munkavállalói elkötelezettségi szempontokhoz tartozó munkaköri leírás, időmenedzsment és 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 megfelelősége tekintetében az egyéb alkalmazottak 31,4%-a, az ápolók 9,7%-a és az orvosok 10,5%-a „Egyáltalán nem ért egyet”.

A munkahelyi emberi erőforrás menedzsmenthez tartozó tudás elérhetőségi szempontok értékelése és a beosztás közötti összefüggések vizsgálva, a munkahelyi tudás és tapasztalat elérhetősége esetén a keresztábra elemzés nem végezhető el, mivel nem teljesül az elemzés feltétele. 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 együttműködés és a munkahelyen alkalmazott adminisztratív rendszerek esetén mérsékelt kapcsolatra utal (5. táblázat). Az együttműködés, csapatmunka és a beosztás közötti összefüggést vizsgáló keresztábra elemzés alapján látható, hogy mind a három beosztási csoportban (ápoló, orvos, egyéb) a válaszadók legnagyobb arányban „Inkább egyetértek” (4) válasszal értékelték az együttműködést és csapatmunkát (ápolók 63,4%-a, orvosok 58,6%-a, egyéb munkavállalók 54,3%-a).

5. 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

A munkaerő-optimalizálási szempontok és a beosztás közötti összefüggést vizsgálva, látható, hogy a munkafolyamatok, a felelősség, a toborzás és a munkaeszközök esetén a keresztábra elemzés nem végezhető el, mivel nem teljesül az elemzés feltétele. 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%). 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 tanulási kapacitási szempontok esetén a keresztábra elemzés nem végezhető el, mivel nem teljesül az elemzés feltétele.

Összefoglalóan, a munkahelyi humánerőforrás menedzsmenthez tartozó, keresztábra 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.

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

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 (6. táblázat).

6. 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 tekintélytisztelést? (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%)
Őn úgy véli, hogy erkölcsileg helytelen, hogy a gazdagok gyerekei sok pénzt örökölnek, a szegények meg nem? (395)	109 (27,6%)	147 (37,2%)	70 (17,7%)	63 (15,9%)	6 (1,5%)
Őn 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

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.

Nemi tekintetében 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 kutatási eredmények alapján kiderült, 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 Khí-négyzet próba statisztikailag szignifikáns tesztre utal, illetve arra, hogy a változók kapcsolatban állnak egymással.

Az erkölcsre és a munkahelyi etikára vonatkozó kérdésekre adott válaszok és a válaszadók munkahelyi beosztása közötti kapcsolatot vizsgálva látható, hogy 8 szempont esetén nincs szignifikáns összefüggés a változók között. Az összes többi kérdés (15 szempont) esetén a Khí-négyzet próba statisztikailag szignifikáns tesztre utal. 5 szempont esetén nincs szignifikáns összefüggés a válaszadók válaszaik és életkoruk között. Az összes többi kérdés (18 szempont) esetén a Khí-négyzet próba statisztikailag szignifikáns tesztre utal.

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 között (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 szempontnál az összefüggés mérsékelt, mg 11 szempont esetén gyenge összefüggésről beszélhetünk (7. táblázat).

7. táblázat: Szignifikáns összefüggések száma a változók között 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. 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 válaszaik 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 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. A válaszadók 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 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.

5.3. Az egészségügyi szolgáltatás minőségének az értékelése

A kutatásban résztvevők válaszolhattak az egészségügyi szolgáltatás minőségére vonatkozó kérdésekre is. Az értékelése 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 különböző beosztású alkalmazottak válaszait, a szakmai tapasztalatuk szerinti alcsoportok alapján vizsgáltam meg.

Azt, hogy az egészségügyi intézményük alkalmazottjai kellő tudással és tapasztalattal rendelkeznek, illetve, hogy szakszerűen végzik el a munkájukat 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 válaszadóból 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.

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), míg az egyéb alkalmazottak közül a 1-5 év tapasztalattal rendelkezők (2,50) értékelték. Ezt a szempontot az összes válaszadó közül a 21-25 év tapasztalattal rendelkező egyéb alkalmazottak értékelték a legalacsonyabb értékkel (2,33)

Továbbá, megvizsgáltam az kutatásban résztvevő alkalmazottak véleményét azt illetően, hogy az intézményükben minden páciens azonos minőségű szolgáltatásban részesítik a betegfelvétel és az ellátás során. 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), 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 értékelték a legalacsonyabb értékkel (2,33).

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), illetve szintén 1-5 év tapasztalattal rendelkező egyéb alkalmazottak (4,25). 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 értékelte ez a szempontot.

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

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 intézményük 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 intézményükbe érkező betegek számára érthető a felvételi eljárás”) adott válaszok mutattak összefüggést a beosztással. Azzal való egyetértés, hogy az intézményükbe 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 intézményükben 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 eljárást érthetőségét.

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

Pearson-féle korrelációs együttható ($r=0,425$) közepesen erős pozitív kapcsolatot jelezett az egészségügyi dolgozók arra vonatkozó véleménye (értékelése) között, hogy a felettesük elégedett-e a munkájukkal, illetve, hogy pácienseik elégedettek-e a nyújtott egészségügyi ellátással. 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 $<0,001$.

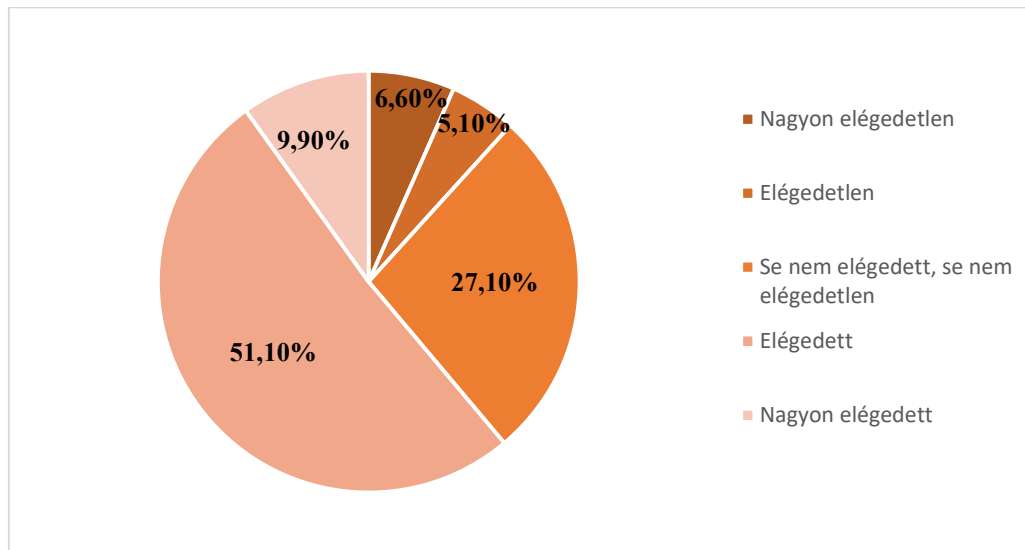
4. tézis: Az egészségügyi ellátás minőségére vonatkozó tényezők közül az intézményükbe érkező betegek számára a felvételi eljárás érhetőségére adott válaszok összefüggést mutattak az egészségügyi dolgozók beosztásával (a Cramer-féle V együttható gyenge kapcsolatra utalt).

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*

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. 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 (7. ábra). Ebből az eredményből az a következtetés vonható le, hogy a kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházak dolgozóinak több, mint fele elégedett a munkájával.



7. 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 Khi-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 Khi-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.

Az elégedettségre és a munkahelyi beosztásra vonatkozó keresztábla elemzéssel 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 keresztábla elemzés 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. A kutatásban alkalmazott 1-től 5-ig terjedő skála belső konzisztenciájának megállapítására szolgáló Cronbach-alfa mutató 0,964 volt (összesen 395 résztvevőből, illetve ebből 386 valid válaszból álló minta esetén). Ez alapján arra tudunk következtetni, hogy a vizsgálat megbízható eredményt mutatott.

A munkával való elégedettség különböző szempontjai részletesebb értékelés céljából a kutatásban résztvevő alkalmazottak válaszait munkahelyi beosztás és szakmai tapasztalat szerint csoportokban kerültek elemzésre. 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 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 dolgozókhöz 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).

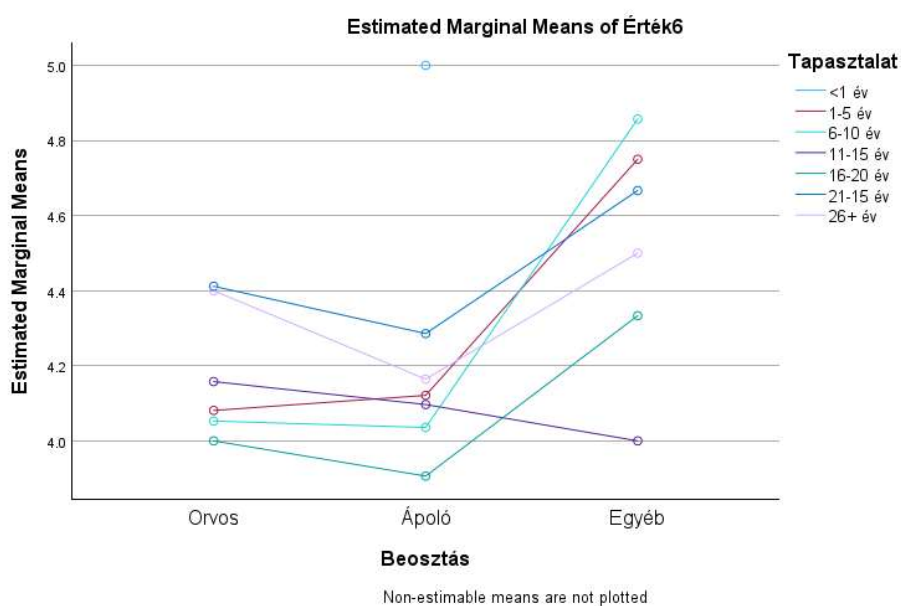
A kutatásban résztvevő szerbiai általános kórházak alkalmazottjai az összes elégedettségi szempont közül a legalacsonyabb pontszámmal értékelték a munkájuk anyagi ellentételezését/jutalmazását, átlagosan 2,92 értékkel. Ezt a szempontot az orvosok 3,03 értékkel, míg az ápolók és az egyéb alkalmazottak 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, varianciaanalízis (az egyirányú ANOVA) módszer segítségével. Az elemezhető ANOVA eredmények alapján kiderült, hogy csak a kollégákkal és vezetőkkal való közvetlen együttműködési szempont esetén a csoportok között különbségek vannak, az átlagok nem egyeznek meg (szignifikancia 0,023).

Az varianciaanalízis eredményekből látszik, 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 becsült határértékek (Estimated marginal means) ábra (8. ábra) megmutatja a munkahelyi beosztáson és szakmai tapasztalaton alapuló egyes csoportok a kollégákkal és vezetőkkal való közvetlen együttműködéssel való átlagos elégedettségét. Az egyes alcsoportok közötti legnagyobb eltérések az egyéb alkalmazottak csoportjában figyelhetők meg.



8. ábra: Becsült határértékek a kollégákkal és vezetőkkal való közvetlen együttműködéssel való elégedettségre vonatkozóan

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

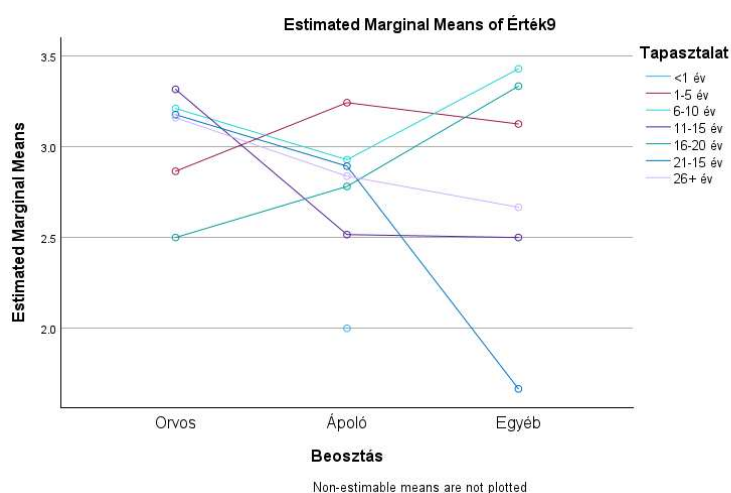
A 8. táblázat alapján látszik, a szignifikanciát nézve, hogy a beosztás befolyásolja a vizsgált szemponttal való elégedettséget, míg a szakmai tapasztalat, illetve a beosztás és a tapasztalat együttesen nem.

8. táblázat: A kollégákkal és vezetőkkal 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 becsült határértékek (Estimated marginal means) ábra (9. 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.



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

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

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

Első körben a munka tisztelete, megbecsülése és a munka anyagi jutalmazása közötti kapcsolat lett megvizsgálva a kétváltozós korrelációs számítással. 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 Pearson-féle korrelációs együttható, az r érték 0,715, ami a közepesnél erősebb pozitív előjelű korrelációt, pontosabban, mérsékelt erős korrelációt és egyenes arányosságot mutat a munka tisztelete és jutalmazása között. A leírtak 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.

Elemeztem a munka tisztelete és megbecsülése és a kollégákkal, vezetőkkel való közvetlen együttműködés közötti korrelációt is. 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 ($p < 0,001$).

5.4.5. Faktorelemzés

Az egészségügyi dolgozók munkahelyi elégedettségére vonatkozó 12 szempont értékelése lehetőséget ad a faktorelemzés elvégzésére, illetve mivel a mátrix táblázatban szerepelnek magas korrelációs együtthatók (r) és nullához közeli szignifikanciák, ebből látszik, hogy az adatok alkalmasak faktorelemzésre.

A Kaiser kritérium alapján a 3 faktoros megoldást lett kiválasztva. A három faktor együtt a variancia 85,119%-át magyarázza. A rotált faktor mátrix alapján meghatározott faktorok a következőképpen kerültek elnevezésre (zárójelben szerepelnek az egyes faktorokhoz tartozó szempontok):

- Faktor 1: Megbecsülés (lehetősége arra, hogy az ötleteit be tudja mutatni a feletteseinek; Munkájának anyagi jutalmazása; szakmai fejlődési és továbbképzési lehetőségek; a betegek viszonya Önhöz és kollégáihoz; munkájának tisztelete és megbecsülése)
- Faktor 2: Munka szervezése (a munka irányítása és szervezése az egészségügyi intézményében; az intézményében a munka elvégzésére és a beteg ellátásra jutó idő mennyisége; felettesek által nyújtott világos útmutatás, hogy mit várnak el Öntől a munkájának végzése során; az intézményében elérhető felszerelés megfelelősége az egészségügyi ellátás elvégzéséhez)
- Faktor 3: Együttműködés (közvetlen együttműködés a kollégákkal és a vezetőkkel; önállóság a munkavégzésben és döntéshozatali képesség; az Ön szakmai tudása, képességei és készségei felhasználására való lehetőség a munkavégzés során)

A klaszterelemzés során a válaszadók homogén csoportokba kerültek besorolásra a faktorelemzéssel előállított változók segítségével (9. táblázat)

9. 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 faktorról elégedett dolgozók	Megbecsüléssel és szervezéssel egyaránt elégedett dolgozók	Munka megszervezéssel elégedett dolgozók	Együttműködéssel elégedett dolgozók	Az összes faktorról elégedetlen dolgozók

Forrás: saját szerkesztés saját kutatás eredményei alapján, 2024

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 faktorról 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 erős 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 kutatásban résztvevők válaszolhattak arra a kérdésre, hogy mennyire érzik magukat stresszesnek vagy nyomás alatt a munkavégzés során. A válaszadók 6,30%-a egyáltalán nem érzi magát feszültnek, stresszesnek vagy nyomás alatt a munkavégzés során, 14,90%-a kicsit, 53,70%-a mérsékelt, 13,70%-a jelentősen és 11,40%-a nagyon jelentősen.

Khi-négyzet próba alapján megállapítható, hogy a munkavégzés során jelentkező feszültség, stressz, nyomás érzet és a válaszadók neme ($p=0,194$), beosztása ($p=0,382$), iskolai végzettsége ($p=0,602$), illetve munkahelyi tapasztalata ($p=0,053$) között nincs szignifikáns különbség. Viszont, a kereszttábla elemzés eredményei 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%). Emellett, a 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.

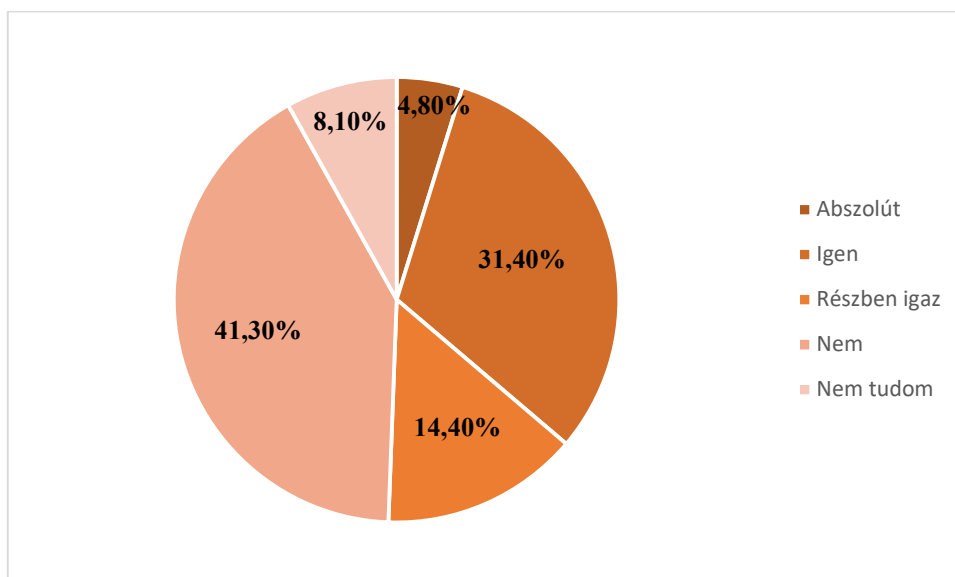
5.4.7. A következő öt évre vonatkozó munkával kapcsolatos tervek megvizsgálása

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 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.

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. 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

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) (10.ábra). Ebből látható, hogy a határozottan igen és az abszolút válasz az összes válasz 36,20%-át jelentette.



10. 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 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. Az elvándorlási szándék és a nem közötti összefüggést vizsgálva Khí-négyzet próba alapján (Pearson Khí-négyzet értéke 7,025; szignifikancia $p=0,135$) 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 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 10. 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.

10. 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 tevékenységre 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

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.

5.5.2. Faktorelemzés az elvándorlási szándékhoz hozzájáruló tényezőkre vonatkozóan

A 16 tényező értékelése lehetőséget adott az elemzés elvégzésére, illetve a Kaiser-Meyer-Olkin kritérium értéke 0,918 (ami nagyobb, mint 0,6), így a változók alkalmasak a faktoranalízisre.

A Kaiser kritériumot használva három darab faktor került kiválasztásra, melyek együtt a variancia 77,089%-át magyarázzák. A rotált faktor mátrix alapján meghatározott faktorok a következőképpen kerültek elnevezésre (zárójelben szerepelnek az egyes faktorokhoz tartozó szempontok):

- Faktor 1: A munkavégzéshez közvetlenül kapcsolódó tényezők (a munkabér; a szakmai fejlődés lehetősége; a munkahelyen való szellemi ösztönzés; az adminisztratív feladatok elvégzésére rendelkezésre álló idő; lehetőség arra, hogy a betegeket az Ön által optimálisnak ítélt módon kezelje; a munkahelyi stressz mértéke; a betegekkel való kapcsolat; a felettesekkel való viszony; a munka mennyisége, illetve a családra, barátokra, szabadidős tevékenységekre maradó idő)
- Faktor 2: Az általános biztonsági, etikai és társadalmi tényezők (a munkaetika; kapcsolat a nem egészségügyi személyzettel; társadalmi status; a munka biztonsága; általános munkahelyi helyzet)
- Faktor 3: A minőségügyi és munkahelyi egyenlőségi tényezők (az orvosi ellátás minősége; a nők és a férfiak egyenlősége a munkahelyén)

A klaszterelemzés segítségével a válaszadók homogén csoportokba kerültek besorolásra, a faktorelemzés során előállított változók segítségével (összesen 380 eset került bevonásra, 7 klaszteres megoldás lett elemezve) (11. táblázat).

11. ábra: 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 11. 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.

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 legfejlettebb országai.

5.6. Az egészségügyi munkaerő helyzetét meghatározó tényezők összehasonlítása nemzetközi szinten

A közép- és délkelet-európai posztoszocialista országokban (Szerbia, Románia, Magyarország, Szlovénia, Horvátország, Montenegró) készült, az egészségügyi dolgozók helyzetét meghatározó tényezőkre vonatkozó tanulmányok és kutatások összehasonlítását végeztem el. Az eredményei alapján arra lehet következtetni, hogy közös kihívások jellemzik ezeket az országokat, mint például a pénzügyi korlátok és a strukturált vezetői képzések hiánya. A reformok középpontjában a vezetői kompetenciák fejlesztése, az átláthatóság és a minőségbiztosítás szerepel (Dubas-Jakóbczyk, et al., 2020).

Az egészségügyi etika kapcsán országonként különböző témák kerültek fókuszba. Például, Magyarországon (Novák, 2024), Romániában (Poroach & Agheorghiesei, 2018), Szlovéniában (Grošek, et al., 2020) és Horvátországban a kutatások inkább a betegjogok érvényesítésére és a dolgozók és betegek közötti kommunikációra, illetve az etikai dilemmák kezelésére irányulnak, míg Szerbiában (Vasiljevic-Prodanovic, 2015) és Montenegróban (Radević, et al., 2022) különös figyelmet kapnak a nem etikus magatartás, valamint az egészségügyi rendszerben előforduló korrupció. Az összes tanulmány közös következtetése, hogy az egészségügyi dolgozóknak több képzésre van szükségük az etikai kérdések megközelítése és kezelése terén. Az egészségügyi minőség terén Szlovénia a legjobban teljesítő ország a felsoroltak országok közül. A kelet-közép-európai országokban általánosan nézve az elégedetlenség fő okai az alacsony bérezés és a nagy munkaterhelés (Spevan, et al., 2020). Emellett, az említett országokban szintén komoly és aktuális problémát jelent az egészségügyi dolgozók elvándorlása (Vizjak, et al., 2023.; Botezat & Moraru, 2020).

5.7. A kutatás korlátai

Az 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 e-mail-ben való elérése). Ezenkívül, fel kell sorolni a legfontosabb módszertani korlátokat is. A strukturált kérdőív formája korlátozza a válaszadók szabad véleménynyilvánítását. Valamint, a kérdőív kitöltése online formában történt meg, ami csökkentheti a válaszadási arányt és növelheti a lemorzsolódási arányt és feltétele az internethozzáférés (Rencz, 2022). Az általánosíthatóság korlátai közé tartozik az, hogy 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 érvényesek egyformán minden csoportra (orvosok, ápolók, egyéb csoport). Az időbeli korlát is megemlítené. Mivel az alkalmazottak magatartása, elégedettsége időben változhat, a kapott eredmények a kutatás végzésének időpontjára érvényesek. A torzító tényezők közül kiemelném a szubjektív válaszadást, a kérdések értelmezését, illetve a válaszadók fizikai és érzelmi kimerültségét a kérdőív kitöltésekor. A fent felsorolt tényezők alapján kijelenthető, hogy a kutatásom eredményeit megbízhatónak tartok, újszerűek és fontosak a szerb vidéki általános kórházi alkalmazottjai helyzetének feltárása céljából, viszont az eredmények értelmezése során bizonyos korlátokat kell figyelembe venni.

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

A szerbiai „vidéki” általános kórházak dolgozóinak helyzetét meghatározó tényezőkre vonatkozó kutatásom, az elméleti szempontból való hozzájárulásai mellett, konkrét gyakorlati alkalmazási lehetőségek (javaslatok) megfogalmazását is lehetővé teszi.

A kutatásom elméleti hozzájárulása:

- *Adatokkal, következtetésekkel hozzájárulhat a szerbiai és a kelet-közép-európai, egészségügyi munkaerőre vonatkozó szakirodalomhoz, illetve a posztoszocialista egészségügyi rendszerekre vonatkozó kontextushoz;*
- *Komplex gondolkodásmódot nyújt az egészségügyi alkalmazottak helyzetét meghatározó tényezők közötti összefüggésekről;*
- *Hozzájárulhat a különböző szervezetelméleti és szervezetpszichológiai modellek (például szervezeti kultúra modellek, motivációs elméletek) alkalmazásához a szerbiai egészségügyi rendszerben.*

Gyakorlati javaslatok:

- *Javaslatok a dolgozói elégedettség növelésére (például a 360 fokos vezetői értékelés, megfelelő motivációs rendszer kifejlesztése, rendszeres és kötelező felmérések a munkahelyi stressz, illetve a burnout rizikójának a meghatározására);*
- *Javaslatok a kórházi menedzsment készségeinek javítására (például kötelező egészségügyi menedzsment képzés, soft skillre vonatkozó tréningek, változáskezelés oktatása);*
- *Javaslatok az ellátási minőség javítására (például minőségi kultúra bevezetése az egészségügyi ellátásba, olyan minőségmenedzsment, melynek működésébe bevonásra kerülne az összes érdekcsoport, a digitális transzformáció megvalósítása);*
- *Javaslatok az etikai magatartás fejlesztésére (például kórházi etikai kódexek rendszeres frissítése, kötelező etikai tréningek, oktatás bevezetése);*

- *Javaslatok az elvándorlás csökkentésére* (például rendszeres felmérések, anonim módon, az alkalmazottak öt éves terveire vonatkozóan, szakmai fejlődési lehetőségek biztosítása minden alkalmazott számára, belső karrier utak kidolgozása).

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;*
- *Kötelező vezetőképzési programok és továbbképzések a vidéki kórházak menedzsment tagjai számára.*

A disszertációm fő kérdésére – a kutatásomba bevont négy szerbiai általános kórházak emberi erőforrás jellemzőinek a meghatározása – az elvégzett statisztikai számításokra és szakirodalmi elemzésre alapozva, válaszként kijelenthetem, hogy általános tekintetben a munkájukkal elégedett dolgozókról beszélhetünk, melyek eléggé magasra értékelték a jelenlegi kórházi menedzsmenti tevékenység legtöbb aspektusát, a munkahelyi interperszonális viszonyokat, a munkavégzésben való önállóságot, a szakmai tudásuk alkalmazására való lehetőséget, a szakmai fejlődést és továbbképzést, a munkájuk iránti tiszteletet és a betegekkel való viszonyt, viszont kevésbé elégedettek a munkájuk anyagi jutalmazásával. Többségük mérsékelt stresszesnek érzi munkáját, beosztásukra, nemükre, iskolai végzettségükre és szakmai tapasztalatukra való tekintet nélkül. Jelentős százalékuknál már megfogalmazódott a külföldre való elvándorlási szándék (több, mint egy harmadánál) és ehhez elsősorban az járult hozzá, hogy megfelelőbbnek érzik külföldön az egészségügyi munkabért, a társadalmi státuszt, illetve a betegek optimális módon való kezelésének lehetőségét.

A kutatásom folytatása a jövőben több irányban is elképzelhető:

- több szerbiai általános kórház bevonása a vizsgálatba (összes szerbiai körzet általános kórházai) a jelenlegi kutatásomban alkalmazott kérdőív használatával;
- a kvantitatív módszerek mellett a kvalitatív kutatási módszerek (félíg strukturált interjúk vagy strukturálatlan interjúk) alkalmazása, ami részletesebb adatgyűjtést biztosítana;
- a szerbiai általános kórházak különböző beosztású alkalmazottainak a menedzsment edukáció és képzés iránti igényének felmérése és milyen formájú képzésben szeretnének részt venni (a képzés hossza, módja, helyszíne);
- részletesebb kivizsgálása (az összes szerbiai általános kórház bevonásával) az eltérő beosztású és eltérő szakmai tapasztalattal rendelkező dolgozói csoportok eltérő elégedettségének az egészségügyi (és nem egészségügyi) végzettségű személyzet jelenlegi számára, mennyiségére vonatkozóan;
- részletesebb kivizsgálása annak, hogy melyek az elvándorlási célország kiválasztásához hozzájáruló tényezők az általános kórházi dolgozók esetében, illetve mik azok a konkrét tényezők, melyekkel csökkenteni lehetnek az elvándorlási szándékot?

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.
- Aristotle, 1983. *Aristotle's Physics, books III and IV*. Oxford: Clarendon Press.
- B. Nagy, S., 2008. *Szervezetfejlesztés, változásmenedzsment*. Budapest: L'Harmattan Kiadó.
- Bassi, L. & McMurrer, D., 2007. Maximizing your return on people. *Harvard business review*, 85 (3), pp. 115-123.
- Bauer, A. & Mitev A. Z., 2016. *Eladásmenedzsment. A személyes értékesítés folyamata és irányítása*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- 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.].
- 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.].
- 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>
- 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>
- Dobos, A. & Feith, H. J. & Némethné Gradwohl, E. & Marácz, F. & Sztrilich, A. 2020. *Társadalmi normák az egészségügyben I*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Dubas-Jakóbczyk, K. & Albrecht, T. & Behmane, D. & Bryndova, L. & Dimova, A. & Džakula, A. & Habicht, T. & Murauskiene, L., & Scîntee, 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*, 212(4), pp.368-379. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003>
- 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.].
- 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.]

- 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>
- 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. & Grošel, J. & Oražem, M. & Grošel, 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*, 14;15(7), e0235509. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235509>
- Györi, 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>
- 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>
- 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>
- 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>
- Kant, I., 1998. *Groundwork of the Metaphysics of Morals* (Cambridge Texts in the History of Philosophy). Cambridge: Cambridge University Press.
- 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>
- Laudon, K. C., & Laudon, J. P. 2022. *Management Information Systems: Managing the Digital Firm*. Seventeenth edition. London: Pearson Education.
- 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., 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
- 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>
- 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.].
- 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>
- Mintzberg, H., 1973. *The Nature of Managerial Work*. New York: Harper & Row.
- Mitrasevic, M. & Radovanovic, S. & Radevic, S. & Maricic, M. & Macuzic, I.Z. & 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>
- 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.].
- 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>
- 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>
- Radević, I. & Alfirević, 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>
- 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>
- 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>
- 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>

- 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.
- 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>
- 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.
- 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>
- 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>
- 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>
- 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, 2024b. *Health personnel*. Elérhető: https://doi.org/10.2908/hlth_rs_prs2 [Hozzáférés dátuma: 2024.08.22.].
- Eurostat, 2024d. *Population density*. Elérhető: <https://doi.org/10.2908/tps00003> [Hozzáférés dátuma: 2024.08.22.].

- 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.].
- 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.].
- 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.].
- 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.].
- 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 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.].
- 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.].
- 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.].
- Stanford Encyclopedia of Philosophy, 2025b. *The History of Utilitarianism*. Elérhető: <https://plato.stanford.edu/entries/utilitarianism-history/> [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.].

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.].
- 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.].

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 orvoselváncorlás Magyarországán – 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 Magyarországán 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 Közfzolgálati 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.*