

Miskolci Egyetem
Gazdaságtudományi Kar
Hantos Elemér Gazdálkodás- és Regionális Tudományi Doktori Iskola
Mihalik- Kucsma Daniella
Állami tulajdonú kórházak teljesítménymenedzsmentjének sajátosságai
Doktori (PhD) értekezés



Tudományos vezető:

Veresné Prof. Dr. Somosi Mariann Éva
egyetemi tanár

Doktori Iskola vezetője:

Prof. Dr. Tóth Géza
egyetemi tanár, az MTA doktora

Miskolc, 2024

TARTALOMJEGYZÉK

I.	BEVEZETÉS	3
I.1.	Kutatás aktualitása, kutatási rés bemutatása.....	3
I.2.	A kutatás logikája, a kutatás fókuszát kijelölő kérdések.....	4
1.2.1	<i>Kutatás előzménye</i>	5
II.	KUTATÁSI FILOZÓFIA, KUTATÁS FOLYAMATA	9
II.1.	Kutatási célkitűzések	9
II.1.1.	<i>Általános célkitűzés:</i>	10
II.1.2.	<i>Kutatási kérdéshez rendelt feladatok</i>	11
II.2.	Kutatás folyamata	12
II.3.	Kutatás során alkalmazott módszerek bemutatása	13
II.3.1.	<i>Kvantitatív módszerek</i>	13
II.3.2.	<i>Kvalitatív elemzés</i>	16
III.	SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS	18
III.1.	Szakirodalmi bevezetés	18
III.2.	Egészségügyi Rendszer	19
III.3.	Teljesítmény irányzatai.....	22
III.4.	Teljesítmény vizsgálati szintjei	25
III.4.1.	<i>A szervezeti teljesítménymenedzsment megközelítései</i>	26
III.5.	A stratégia tartalmi elemei.....	28
III.6.	A stratégia és teljesítménymenedzsment kapcsolata	34
III.7.	Közszolgáltató szervezetek teljesítménymenedzsmentje	35
III.8.1.	<i>A közszolgáltató szervezetek által alkalmazható teljesítménymérési módszerek</i>	37
III.8.2.	<i>Teljesítménymenedzsment modellek</i>	38
III.8.3.	<i>Modellek összehasonlítása, korlátok keresése</i>	41
III.8.	Mértékadó fogalmak meghatározása	50
IV.	EMPIRIKUS KUTATÁS	53
IV.1	Teljesítménymenedzsment és módszertan.....	53
IV.1.1.	<i>Teljesítmény modellek illesztése egy kórház adottságaihoz</i>	56
IV.1.2.	<i>Keretmodell és stratégia kapcsolata</i>	58
IV.1.3.	<i>K1, K2 kutatási kérdésre adott válasz</i>	61
IV.2	Radar Módszer.....	63
IV.2.1.	<i>Stratégia a RADAR módszertannal</i>	65

IV.2.2. K3, K4 kutatási kérdésre adott válasz	79
IV.3 Hatékonyságvizsgálat az állami kórházaknál	84
IV.3.1. K5, K6 kutatási kérdés adott válasz	97
IV.4 Keretmodell kialakítása	101
IV.4.1. Teljesítményértékelési modell illesztése és újragondolása	102
IV.4.2. K7 kutatási kérdésre adott válasz	111
V. KUTATÁS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA	112
V.1 Az eredmények felhasználhatósága, további kutatási irányok	117
VI. SUMMARY.....	118
VII. IRODALOMJEGYZÉK	120
VIII. ÁBRAJEGYZÉK	134
IX. TÁBLAJEGYZÉK	135
X. MELLÉKLETEK.....	136

I. BEVEZETÉS

„A kimagasló teljesítmény a kimagasló elkötelezettségből származik.”

Andrew Matthew

I.1. Kutatás aktualitása, kutatási rés bemutatása

A teljesítményértékelés és - menedzsment kulcsszerepét először a nagyvállalatok körében tudatosították (Bass, 1972), és az ehhez kapcsolható folyamatok működtetésével, mellyel jelentős sikereket, eredményességet és hatékonyságot értek el. Ez a jelenség látványosan megmutatkozik az ezzel foglalkozó hazai és nemzetközi szakirodalom, publikációk egyre növekvő számában is. A téma fontosságát az is mutatja, hogy több publikáció (Gaál, 2012, Gergely, 2011; Imreh 2002, Révész, 2015) a közszolgáltató szektor teljesítménymenedzsment rendszerét és eszközeit vizsgálta. Disszertációm témájaként a közszolgáltató szervezetek szervezeti szintű teljesítménymenedzsmentjét választottam, ezen belül pedig az állami finanszírozású egészségügyi intézményekre helyeztem a hangsúlyt. Témaválasztásomat és annak relevanciáját a szektor jelentősége indokolja. Mivel a szolgáltatások színvonala is egyre jobban előtérbe kerül, így nem csak az üzleti szférának kell ehhez alkalmazkodni, hanem a közszektornak is. Egy jól bevezetett és működtetett teljesítménymenedzsment rendszer nem csak egy vevői elégedettséget eredményez, hanem olyan versenyelőnyt jelenthet a társakkal szemben, ami a gazdálkodásra és a szervezet társadalomban elfoglalt pozíciójára is hatással van. Meglátásom szerint ennek a szektornak az elemzése során olyan információkhoz juthatunk, mely adatokból egy új teljesítménymérésre alkalmas keretmodell kerülhet kialakításra, illetve olyan ismereteket adhat, mely során a teljesítményértékelés vezetői filozófiává válhat a szervezeten belül (Kucsma, 2021).

A Csákvári (2012) és Dózsa (2010) munkáját és eredményeiket értekezésem mértékadó kiindulópontjaként tekintettem. Dolgozatomban az egészségügyi szektor változásaival és aktualitásaival, módszertani kérdéseivel foglalkozom. A teljesítménymenedzsment rendszerek kidolgozása az egészségügyben kialakítási fázisban van, több intézmény is ennek a bevezetésén gondolkodik (Bakacsi et al, 2022). Kutatásom fókuszában a teljesítményértékelő rendszerek előnyeinek bemutatása áll, amely feltérképezése a közszférában a hatékonyság javításában is fontos eredményekkel szolgálhat. Mindezek mellett kiindulási pontja lehet egy-egy kutatási kérdés meghatározásának, illetve azon elemek kijelölésének, amik egy új keretmodellbe való adaptálásra alkalmasak. Krasz (2008) a teljesítmény rendszerek vizsgálata során kiemelten az igazságosság meglétére fókuszált, és azt a megállapítást tette, hogy a bizalom és az elfogulatlanság szerepe fontos, így ezzel a tényezővel én is foglalkozni fogok.

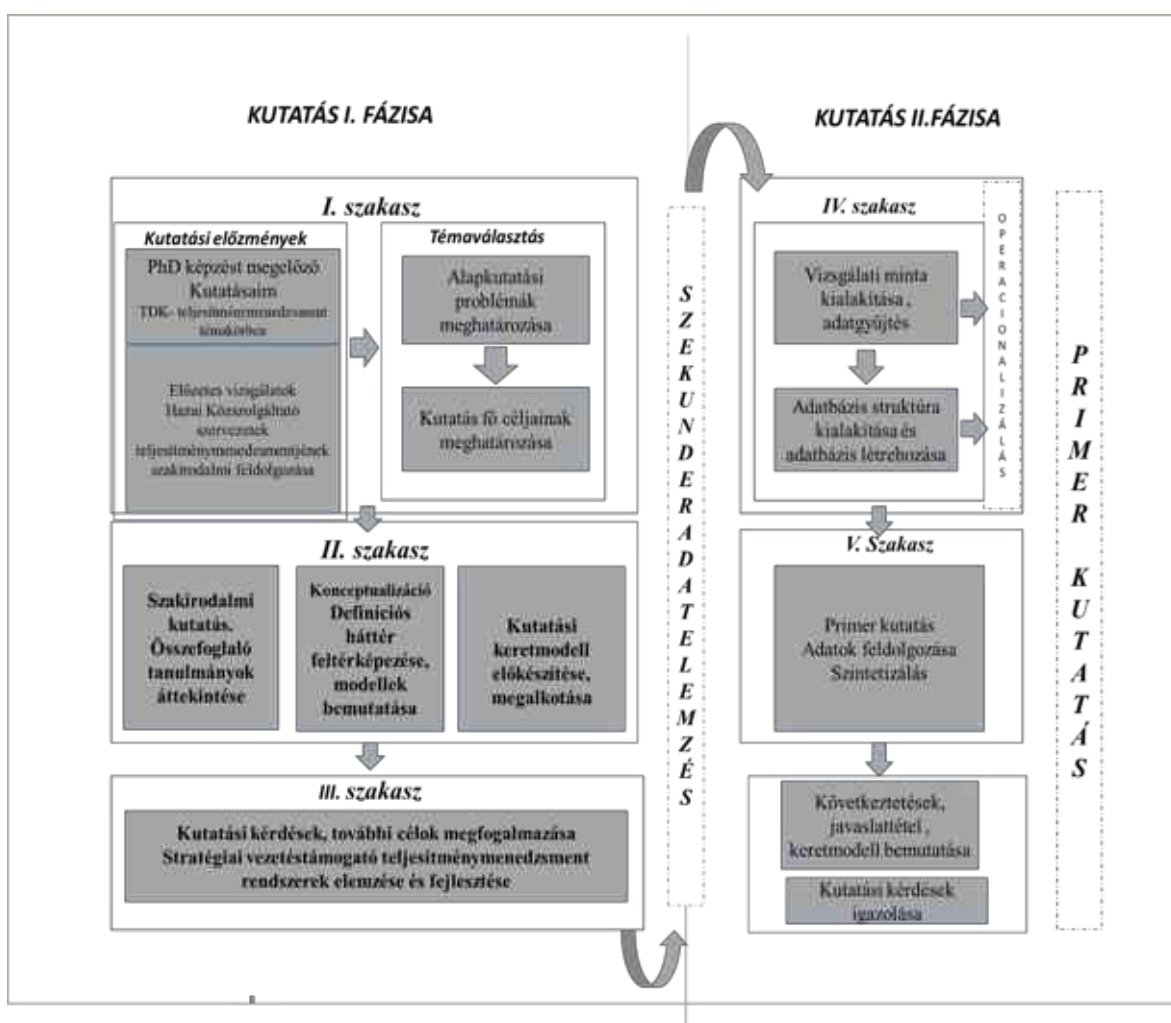
Az egészségügy elsősorban gyógyításról szól, ugyanakkor célszerű a gazdasági oldalával is foglalkozni, mert a gyógyítások kapcsán számos olyan akadály merül fel, amihez a közgazdaságtan maga eszközeivel hozzá tud járulni (Pulay, 2011).

Mindezek alapján megállapítható az a kutatási rés, mely az egészségügyi intézmények szervezeti teljesítmény menedzselésére specifikálódik. Szakirodalmi áttekintését követően megállapítható, hogy nem készült olyan teljeskörű összefoglaló tanulmány, ami a szervezetek teljesítményének összehasonlító elemzésére fókuszál. Természetesen vannak olyan tanulmányok, melyben leírásra kerül egy-egy lehetséges rendszer alapja, de a teljes vizsgálat bemutatására nem kerül sor. A kutatóm során kialakítandó keretmodell,

reményeim szerint, hozzájárul az egészségügyi szektor fejlesztéséhez és az erőforrások felhasználásának javításához.

I.2. A kutatás logikája, a kutatás fókuszát kijelölő kérdések

A kutatás megtervezése a dolgozat egyik legfontosabb lépése. Számos szakirodalom foglalkozik azzal, hogyan lehetséges egy kutatást megfelelően felépíteni. Kutatási folyamat bemutatásához Babbie (1986) művét vettem alapul, amely képes integrálni mind a primer, mind a szekunder kutatások eredményeit jól strukturálható módon. Ez egy olyan keretet adott a munkámnak, amely segített a logikus felépítést biztosítani, ezáltal meg tudtam jeleníteni a párhuzamos munkafolyamatokat is. Kutatásomat két fázisra osztottam, az egyik a kutatás megkezdése és a szekunder információk feldolgozása, a másik pedig a primer információk kutatása és annak felhasználása. Az adott fázisokon belül szakaszokat határoztam meg, amit az 1. ábra szemléltet.



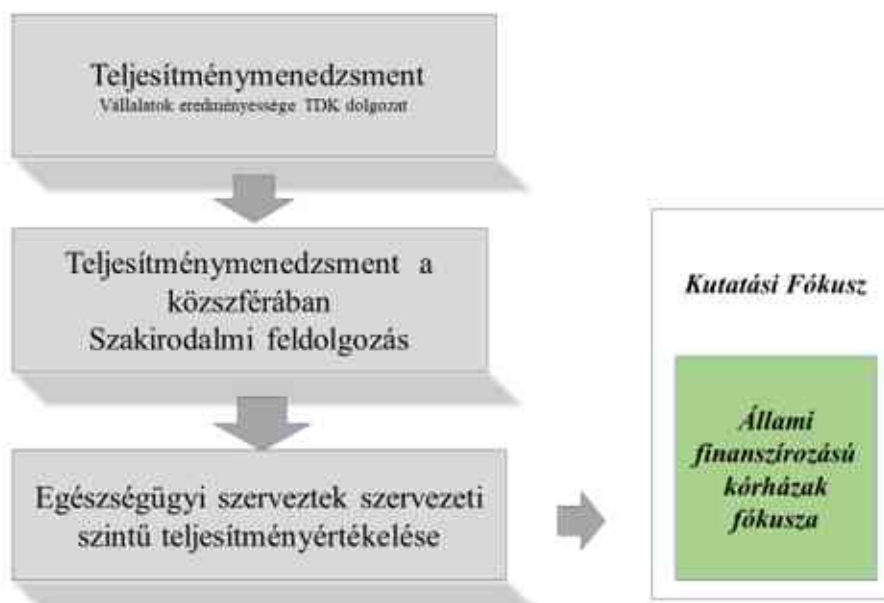
1. ábra Kutatási terv bemutatása

Forrás saját szerkesztés Babbie (1986, 2008) alapján

Kutatásom keretei között a magyarországi 600–1250 férőhelyes állami kórházak teljesítménymenedzsment rendszereit vizsgálom, valamint hatékonyság szempontjából értékelem működésüket.

1.2.1 Kutatás előzménye

Az egyetemi tanulmányaim alatt a szervezeti növekedés vizsgálatával foglalkoztam, és TDK dolgozatomban is ebből a témából állítottam össze. Az áttekintett szakirodalmak és vizsgálataim alapján azt a következtetést vontam le, hogy a szervezet jövője és a hosszútávú működés egyik kulcseleme a teljesítménymenedzsment. Doktori kutatásomat már ezen irány mentén kezdtem el a TDK dolgozatban kialakult motivációm alapján. A teljesítménymenedzsment sokszínű szakirodalmának megismerését követően, kutatásaim során körvonalazódott az a megállapítás, hogy a versenyszférában sikeresen működő és eredményes keretfeltételeinek kialakítását is támogathatja a teljesítménymenedzsment közszférában való alkalmazása. Dolgozatomban elsődleges kutatási irányát ez a kérdés indította el. További irányt jelölt ki Gajduschek 2011-ben közzétett cikke, melyek szerint a teljesítménymenedzsment alapvető gondja, hogy teljesen idegen a közszféra gyakorlatától. Meglátása szerint ez abban az esetben lehet sikeres a közszféra vonatkozásban, ha az adaptáció megfelelő módon lezajlik. Ez a gondolatmenet vezetett el a kutatási probléma felismeréséhez: miszerint hogyan lehet vezetői filozófia a teljesítménymenedzsment a közszférában, és **hogyan lehet a versenyszférában eredményesen alkalmazott modellek egyikét a szektor sajátosságaira illeszteni**. Szakirodalmi kutatásom alapján megállapítást nyert, hogy a közszféra vizsgálata komplex feladat (Burton et al, 2015), ezért egy ágazat kiválasztása szükséges. Ezen belül a vizsgálatom fókuszát is szűkíteni indokolt, melynek logikáját a 2. ábra jeleníti meg. Így jutottam el egy olyan kvázi homogén kutatási fókuszhoz, melynek módszertani vizsgálata jól értelmezhető.



2. ábra Kutatás fókuszának meghatározásának folyamata

Forrás: saját szerkesztés

Kutatásom relevanciáját az is igazolja, hogy a vizsgált Scopus adatbázisban megjelent publikációk közül 69 % a teljesítménymenedzsmenttel foglalkozó szakirodalom. Az egészségügyi szektor kiválasztását indokolja, hogy ezt az ágazatot mindenki igénybe veszi, aminek a folyamataiba belekerül a társadalom minden tagja, illetve minden tagja része a folyamatnak.

Az egészségügyi rendszerek adják – egyes szakirodalmi források szerint – a legösszetettebb közszolgáltatást, amely egy ország életében meghatározó, így a mindenkori kormány feladata az ezzel való foglalkozás (Kannapallil,et.al, 2011). Az igény vezérelt változások megvalósításában a kórházaknak is kiemelt szerepük van, mely a környezeti igényekhez kapcsolódó alkalmazkodási képességben testesül meg (Fehér, 2008).

A WHO (2000) szerint az egészségügyi rendszer négy alapvető funkciót lát el:

- felügyelet, ahol a végrehajtás mellett a tervezés is megjelenik;
- erőforrás termelés;
- egészségügyi szolgáltatás nyújtás, ami a betegek számára a legfontosabb;
- finanszírozás, ami a legnehezebb kérdés, hiszen a bevételek beszédéséből, majd újraelosztásán alapszik.

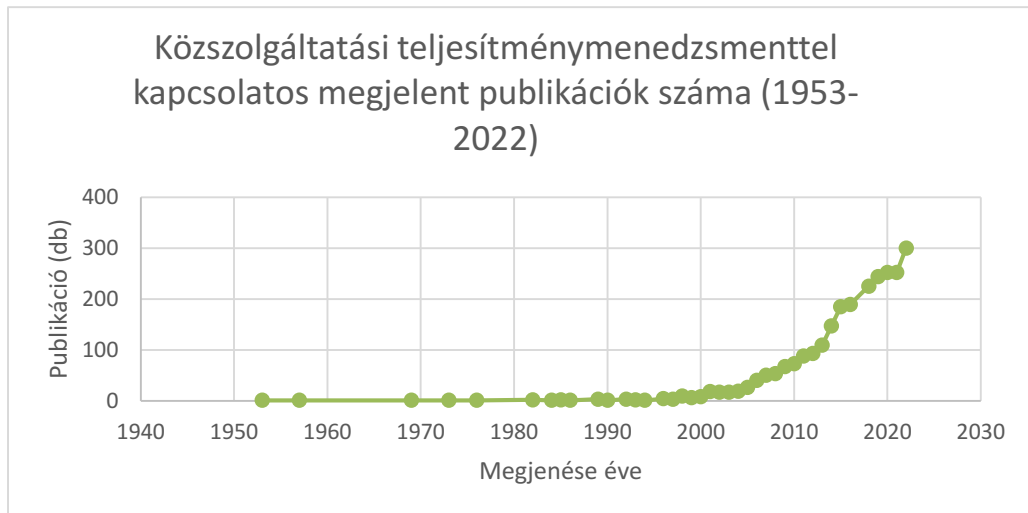
A szakirodalmi áttekintése után megállapítottam, hogy ennek a szektornak vannak hiátusai, így a terület vizsgálata új módszertani megközelítés mentén indokolt. A nemzetközi kitekintés során, a publikációk növekvő száma (3. ábra) is bizonyítja, hogy egyre fontosabb terület a közszolgáltató szervezet teljesítménymenedzsmentje, illetve azon belül az egészségügyi intézmények folyamatai (Nepomuceno et al, 2020).

Egységes állásfoglalás, illetve módszertani egyetértés hiányában érdemes részletesen vizsgálni ezt a területet. Így a doktori értekezésemben feldolgozott kérdéskör középpontjában is a kórház, mint összetett szervezet jelenik meg.

A szektor a teljesítménymenedzsment területen lévő komplexitása háttérét a tudomány és technológia fejlődése, illetve a szolgáltatások sokszínűsége is magyarázza. Az egyik legnagyobb kihívást ezzel a területtel kapcsolatban a pénzügyi oldala jelenti, hiszen ez a legdrágább közszolgáltatás, illetve nem feltétlenül előrelátható egy-egy időszak költségigénye (Brouwer et al, 2019). Ahhoz, hogy egy szervezet magas hatékonyságot érjen el, meg kell érteni a működését, hiszen ez eredményezi a szolgáltatások output szintjének javulását (Lipsitz, 2012). Az egészségügyi rendszert – Gajdusek és Hajnal 2010 publikációja alapján – három egység alkotja és a társadalom folyamatos kölcsönhatása jellemzi.

- Van egy input alrendszer, melyben a humán erőforrás és egyéb elvárások mellett az adók találhatók meg.
- Van egy átalakító alrendszer, ami önmaga a működtetés felügyelet, erőforrás előállítás, tehát az egészségügyi szervezet egésze (Karoliny, 2000).
- Vannak az output, outcome tényezők, melynek a célja a mindenkori egészségmegőrzés és a társadalmi elvárásoknak való megfelelés.

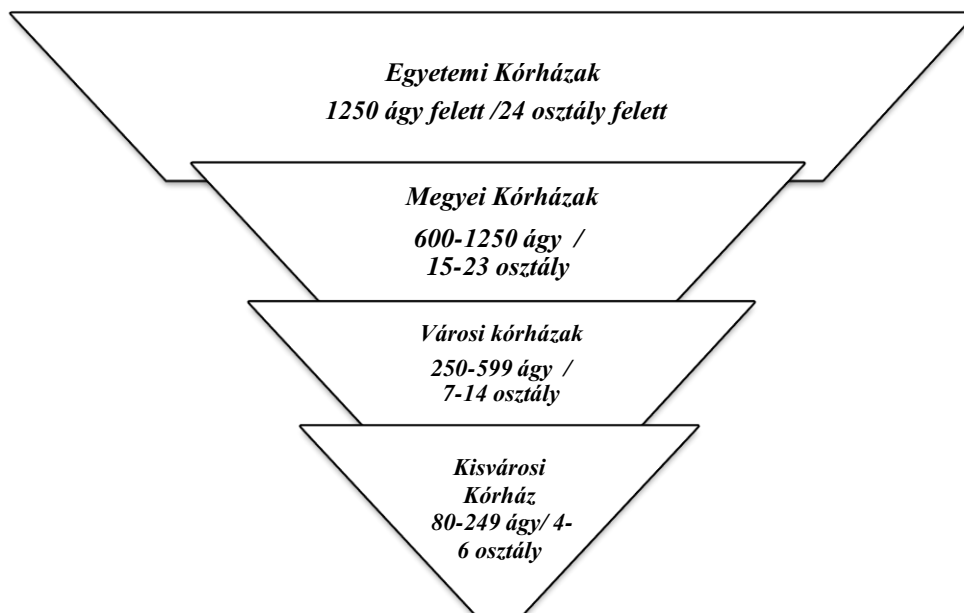
Ez egy körkörös folyamat, amit *a 1. melléklet* ismerteti.



3. ábra Közszolgálatási teljesítménymenedzsmenttel kapcsolatos megjelent publikációk száma (1953-2022)

Forrás: saját szerkesztés Scopus adatbázis alapján scopus.com

A Magyarországon működő kórházak és rendelőintézetek száma 100 darab feletti. A 2. ábra az állami finanszírozású kórházakat említi, azonban a vizsgálati minta meghatározásához még szűkebb kört kellett lehatárolni, hogy kutatásom egységesen strukturálható legyen. A 4. ábra mutatja a további szűkítés logikáját. Mivel a disszertáció egyik fő célja közé tartozik az intézmények működésének hatékonyságvizsgálata, így érdemes olyan keretet adni a kutatásnak, amelyben a teljesítmény volumeneket azonos feltételek mellett lehet vizsgálni, így az ágyszám mellett a kórházi osztályok száma is megjelenik a csoportosításban (Dózsa, 2011).



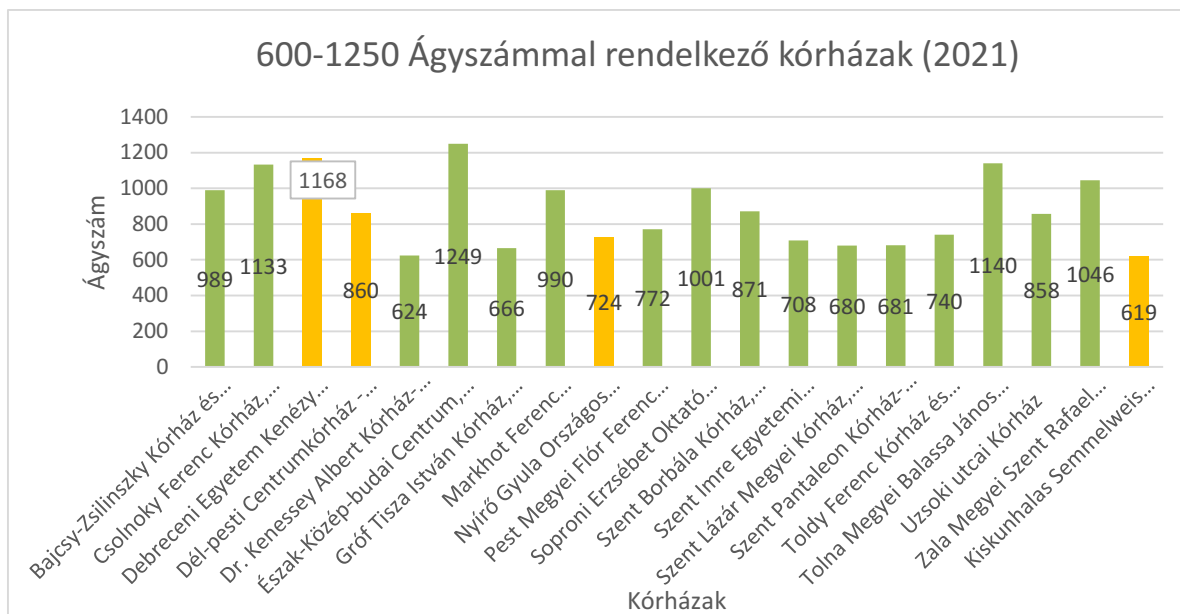
4. ábra Kórházak csoportosítása

Forrás: saját szerkesztés Dózsa, 2010 alapján

Fontos, hogy a kórházak méretét, mind hazai mind nemzetközi szinten a kórházi ágyak számához igazítják (GDB, 2019). Az általam vizsgált magyarországi intézményeket a Központi Statisztikai Hivatal és a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (www.ksh.hu, www.neak.gov.hu) forrásai alapján az összes ágyszám (aktív ágyszám és krónikus ágyszám összege) figyelembevételével csoportosítottam az összesített táblázatot a 2. mellékletben jelenítettem meg. Ezt a keretet a politikai döntéshozatal kapcsán is alkalmazzák a hatékonyság növelése érdekében (Evans, et al 2001).

Az általam választott intézmények a 600–1250 ágyszámmal rendelkező szervezetek, a kutatásomban ezen intézményeket a stratégiai és hatékonysági szempontból vizsgálom. A minta meghatározásánál az első számú prioritás az intézmény által végzett komplex tevékenység volt (2 progresszivitási szint) kiválasztásával. Nem kívántam az országon belüli területi lehatárolást végezni, mert ezen intézmények száma 16 darab, amit szükségesnek tartottam az érdemi vizsgálatok elvégezhetőségéhez. Az egyes vizsgált kórházaknál meghatározott teljesítmény volumen korlát (TVK) és (HBCS) alapú finanszírozást mozgástér meghatározó adottságként kezelem. Az azonos progresszivitási szintű, állami finanszírozású, intézmények területi ellátási kötelezettséggel bíró vizsgálni kívánt kórházak, azonos jogszabályi környezetben működnek, ezért számomra ez nem képez differenciát. A kiválasztási időpontjában megyei kórházként funkcionáltak, ezért a szóhasználatban ezt tartom meg az értekezés minden fejezetében

Érdemes jelezni kutatásom korlátait, ami okán az olyan intézményeket kizártam a vizsgálatból, amelyek valamilyen speciális ágazatban működnek, (például a Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézetet, ami mint a nevében is szerepel, kifejezetten a pszichiátria és addiktológiai eseteket lát el). Pontosítottam a mintát a változások eredményeivel: az Országos Mentális, és Idegsebészeti Intézet a Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet és az Országos Klinikai Idegtudományi Intézet összevonásából jött létre, és 2021. április 1-től működik. A Kiskunhalasi Kórház a Szegedi Egyetemi Oktató Kórház Tagintézménye lett. A Dél Pesti Kórház sem került be a vizsgálatba, hiszen összevont intézmény lett; illetve a Kenézy Gyula Kórház sem, hiszen a Debreceni Egyetemi Oktatói Kórház tagintézménye lett. A vizsgált intézmények ágyszám összetételét az 5. ábra mutatja be, amelyek közül a zöld színnel ellátott intézmények beletartoznak a mintába, még a narancssárga színnel jelölt intézményeket a fenti indokok alapján kizártam a vizsgálatomból.



5. ábra Kórházi ágyak megoszlása
Forrás: saját szerkesztés KSH adatbázis alapján (www.ksh.hu)

II. KUTATÁSI FILOZÓFIA, KUTATÁS FOLYAMATA, ALKALMAZOTT MÓDSZEREK

II.1. Kutatási célkitűzések

Értekezésem ebben a részében mutatom be, hogy milyen célkitűzéseket és kutatási kérdéseket határoztam meg a munka megkezdése előtt, illetve milyen feladatokat kapcsoltam az egyes részek mélyebb megismeréséhez.

Már ahogy azt a bevezetésben is említettem, számos kutatás zajlott a teljesítménymenedzsment témájához kapcsolhatóan. Ezek a kutatások elsősorban a teljesítménymenedzsment működését vizsgálják adott szervezetekben, illetve a hibákat és a hiányosságokat tárják fel, azaz a gyakorlati oldal vizsgálatára fókuszálnak.

Azt feltételezem, hogy egy jól működő rendszer létrehozása nem lehetetlen a közszférában sem (Bakacsi, 2003), de ahhoz tisztában kell lenni a terület specifikációival, az előző rendszer hibáival, továbbá ismerni kell a versenyszférában alkalmazott modelleket, illetve ezek adaptációs jellemzőit. Fontos feladat a versenyszférában alkalmazott modellek háttérvizsgálatának, továbbá a stratégia és a hatékonyság területének is részletes megismerése, valamint a módszertanok teljes körű elemzése.

II.1.1. Általános célkitűzés:

A közszféra, ezen belül a kórházak teljesítménymenedzsment rendszerének strukturált egységes vizsgálata.

Az ehhez kapcsolódó kutatási átfogó kérdéseimet a következőként fogalmaztam meg.

1. Hogyan jellemezhető a közszféra teljesítménymenedzsmentjének specifikációja?
2. Hogyan és milyen módszerekkel mérhető a közszférában a szervezeti teljesítmény, valamint hogyan jellemezhető az egyes ágazatokban a mérések a hatékonysága?

További kutatási kérdésem:

A további kutatási kérdéseket az elemzési területekkel összekapcsolva jeleníti meg a 6. ábra. Ezen területen a stratégia, a hatékonyság, a teljesítmény és az alkalmazási lehetőségek.

A 6. ábra azt mutatja be, hogy milyen logika mentén történt az értekezés felépítése, mely kérdésekre keresem a választ vizsgálataim során. Az ábrán összefoglaló jelleggel a vizsgálati területekhez kapcsolatosan megjelenítem azokat a módszertani elemeket, melyek a vizsgálatom gerincét alkotják.

Kutatási kérdés és elemzési terület	Teljesítmény	<ul style="list-style-type: none"> • K1: Kijelenthető-e a vizsgált kórházak esetében, hogy a teljesítménymenedzsment rendszernek szükséges és elégséges feltétele a stratégiából történő levezethetősége? • K2: A Vizsgált intézmények alkalmazzák-e a szakirodalom alapján rendszerezett módszertani ajánlásokat? 	Szakirodalmi kutatás Leíró statisztika	Elemzési módszerek
	Stratégia	<ul style="list-style-type: none"> • K3.: Mértékadóak voltak az intézmények stratégiai tervezése során az országos szintű irányelvek? • K4.: Milyen mértékben történt meg a bevezetése és az alkalmazása országos szintű stratégiai tervezési irányelveknek? 	Célon projekt vizsgálat PDCA-RADAR	
	Hatékonyság	<ul style="list-style-type: none"> • K5.: Hogyan jellemezhetők hatékonysági különbségek a 600-1250 ágysszámmal rendelkező magyarországi állami fenntartású kórházakban? • K6.: Milyen kapcsolat van a kutatásba bevont kórházak célorientált gondolkodása és a hatékonyság között? 	DEA	
	Alkalmazási lehetőség	<ul style="list-style-type: none"> • K7: Létezik, olyan módszertani kombináció, amely segítségével ki lehet alakítani kórházi teljesítménymenedzselési keretmodellt? 	Keretmodell kialakítása	

6. ábra Kutatási területek és kérdések bemutatása

Forrás: Saját szerkesztés

II.1.2. Kutatási kérdéshez rendelt feladatok

A kutatási célokból levezetett kutatási kérdések megválaszolásához az elemzési területenként vizsgálatot preferálok, ennek megfelelően az elemzési területekhez kapcsolt feladatokat külön jelölöm ki.

Az egyes elemzési területekhez önálló kérdéseket tettem fel, így az ehhez kapcsolható feladatokat is így jelenítem meg.

Teljesítményhez kapcsolható kutatási feladatok:

- Teljesítménymenedzsment modellek feltérképezése.
- Strukturált összehasonlítás a modellek vonatkozásában.
- Mutatók értékelése.
- Van Helden (2007) által kialakított teljesítmény életciklus alkalmazása.

Kiemelt fontosságúnak tartom a szervezeti szintű teljesítménymenedzsmentet hangsúlyozni, hiszen a kórházak egészét szeretném értékelni, és nem az egyéni teljesítményekre fókuszálni, így ehhez kapcsolódó szakirodalmak relevánsak a kutatásomban.

Stratégiahoz kapcsolható kutatási feladatok:

- Országos szintű irányelv elemzése.
- Stratégia nyilatkozatok elérhetőségének feltérképezése.
- Stratégiai nyilatkozatok vizsgálata és összehasonlítása (Tushman, 2004).
- Stratégia nyilatkozatban meghatározott teljesítmény célkitűzések összegyűjtése.
- Stratégia és teljesítmény célok összehasonlítása, kapcsolatvizsgálata.
- RADAR elemzés előkészítése és elkészítése.

Fontos megemlíteni, hogy a teljesítménymenedzsment szorosan kapcsolódik a stratégia megfogalmazásához és kialakításához, így a kutatásomban is helye van ezen két menedzsmentterület összeillesztésének, illetve ehhez kapcsolódóan azon kérdésfelvetésnek, miszerint *egy egészségügyi intézményben a megfogalmazott stratégiai célokhoz hogyan illeszthető a szervezeti szintű teljesítménymenedzselési rendszer.*

Hatékonysághoz kapcsolható kutatási feladatok:

- Kórházak kiválasztása, adatbázis készítés meghatározott kritérium (összkórházi ágyszám) szerinti csoportosítás alapján.
- Hatékonyság vizsgálati módszerek tanulmányozása, input és output mutatók meghatározása.
- DEA adatbázis előkészítése.
- Hatékonyság mérés, elemzés.

A vizsgálat során kiemelt figyelem fordítandó a vizsgált ágazatban/szektorban elérhető és értelmezhető mutatók meghatározására. Ezen kihívás megválaszolására alkalmas a relatív hatékonyságvizsgálat módszere (DEA), amely matematikai háttérrel a lineáris programozás alkotja (Dénes et al, 2017; Lapid, 1997).

*Alkalmazási lehetőségek*hez kapcsolódó kutatási feladatok:

- Kiválasztott alapmodell bemutatása.
- Mutatók strukturálása.
- Hatékonysághoz, stratégiához való illesztés.
- Esteleges új pillérek bemutatása, vizsgálati modell kialakítása.

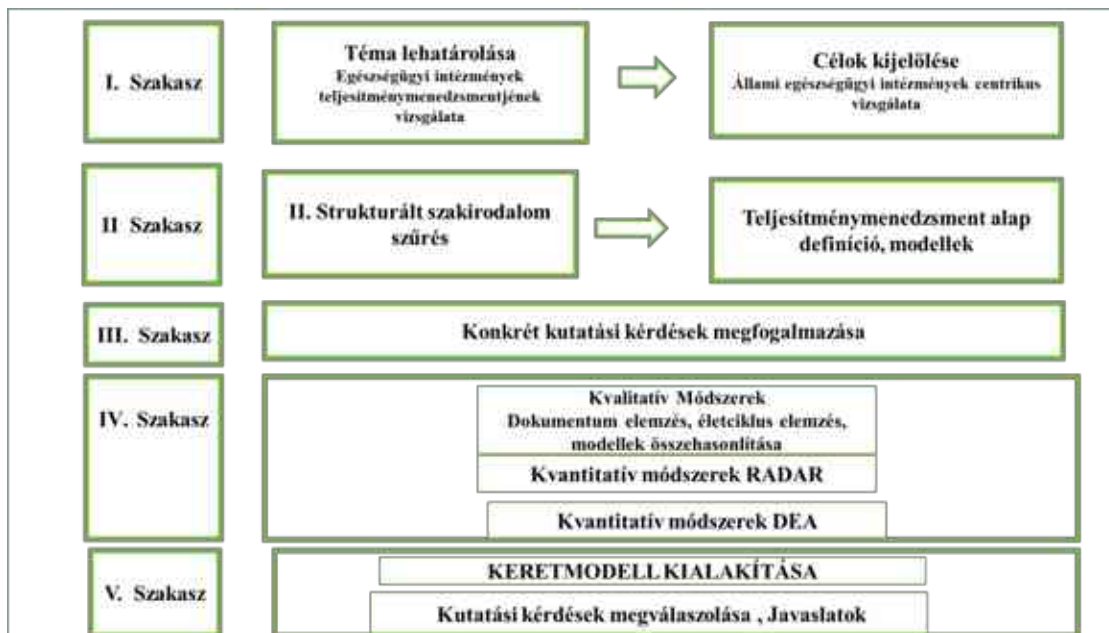
A negyedik terület azért jelentős, mert az első három terület eredményei itt kerülnek összegzésre, és a modellalkotás során így nyílik lehetőség a vezetés támogató logika érvényesítésére.

A kutatás céljához rendelt feladatok:

- Teljesítménymenedzsment alapfogalmainak feltérképezése, mértékadó fogalom választása. PRISMA módszer segítségével egy szakirodalmi szűrés létrehozás.
- Verseny- és közzféra rendszerezett teljesítménymenedzsmentjének összehasonlítása.
- Alkalmazott módszerek összehasonlítása.
- Teljesítménymenedzsment céljainak megismerése.
- A rendszerekben fellelhető gátak megismerése.

II.2. Kutatás folyamata

A vizsgált területek és módszerek megfogalmazása után ismertetem a kutatás folyamatát, amely az értekezés logikai értelmezését adja. A 7. ábra ezt a folyamatot szemlélteti.



7. ábra Kutatás folyamata, kapcsolódó kutatási kérdések és vizsgálati módszerek

Forrás: Saját szerkesztés

II.3. Kutatás során alkalmazott módszerek bemutatása

A kutatásom során az alábbi módszereket alkalmaztam:

- Strukturált szakirodalmi szűrés (PRISMA)
- Kvantitatív módszerek (DEA analízis, RADAR)
- Kvalitatív elemzések (Van Helden életciklus modellje)

A kvantitatív módszerek megfelelő pontosságú leírást adnak, ami mind statisztikailag, mind matematikailag alátámasztható információkat nyújtanak a kijelölt kutatási kérdések megválaszolásához. Mivel a téma sajátossága miatt kvalitatív vizsgálatokra is szükség van a kutatás során, így az életciklus modell alkalmazását is beépítettem kutatásomba.

Strukturált szakirodalmi szűrés (PRISMA)

A szisztematikus irodalom áttekintés már az első lépésektől nagyfokú tudományos figyelmet igényel, aprólékos kutatást feltételez. A módszertani részekre és elemzésekre érdemes figyelni, hiszen fontos a módszertanilag is rendszerezett elemzés. A rossz minőségű szisztematikus áttekintés félrevezet, így pontos behatárolás szükséges ennek a módszernek az alkalmazása során (Kamarási, Mogyorósy 2015;). Az általam választott vizsgálati módszerekre fókuszáló megoldás eredetileg is egy egészségügyi elemzésre használt módszertan, amit egy nemzetközi szakemberekből összeállított csapat hozott létre. A módszer neve egy mozaik szó (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*). A módszertan lényege, hogy egy 27 pontos csekklistát tartalmaz, aminek segítségével hatékony négyfázisú transzparens rendezett szakirodalmi áttekintést készíthetünk. Ez a dokumentumok számossága miatt kapott kiemelt szerepet kutatásomban, hiszen a teljesítménymenedzsment sokszínű szakirodalommal rendelkezik.

PRISMA lépései (Varga, 2021)

1. A kutatás első lépése az azonosítás, a kiinduló pontja a szakirodalmi források keresése és szisztematikus vizsgálata volt. Fontos volt a rendelkezésre álló adatbázisok rendszerezett áttekintése, hiszen a terület szakirodalmi háttere elég szerteágazó.
2. Második lépés a szakirodalmi szűrés feltételeinek meghatározása. A szakirodalmi szűrés során az alábbi feltételeket (évszám, szövegben definíció, magyar, angol nyelv) alkalmaztam a pontosabb eredmény elérése érdekében.
3. Harmadik lépés a megfelelőség vizsgálat, duplikációk eltávolítása és a beválogatott közlemények szűrése.
4. Negyedik lépés a beválasztás, azaz az értékelésbe bevont publikációk előkészítése az elemzésre.

II.3.1. Kvantitatív módszerek

DEA elemzési Módszer

A DEA-módszer (Data Envelopment Analysis) lineáris programozási feladatként határozza meg a hatékonysági értékeket (viszonyszám), valamint a hatékonysági határvonalat. A DEA előnye a nem paraméteres jelleg, mert nem alapfeltétel a termelési függvény ismerete (Dózsa, Ecseki, 2012).

Az elemzés során egymáshoz viszonyítjuk a döntéshozó egységek hatékonysági értékeit, amely vizsgálat során a legjobb hatékonysággal rendelkező egység hatékonysági értéke 1 (100%). Az eljárás segítségével hatékonysági határt (best practice) kalkulálunk, amely alapján határozható meg egy hatékonysági rangsor (az egyes egységek százalékos meghatározásban szerepelnek a rangsorban)(Banker et al, 1984).

A vizsgálat során az egyes szervezetek outputjai, valamint a felhasznált inputok súlyozott aránya alapján végezhető el az azonos tevékenységet végző szervezetek összehasonlítása. Input az az erőforrás-mennyiség, amely az értékelés szempontjából meghatározó. Output minden olyan hangsúlyos működési eredmény, amely érdekében a szervezet erőforrást használ fel (Gál, et al 2010). A felhasznált erőforrás mennyisége a szervezet önálló döntése, így a szervezet döntéshozatali egységként (Decision Making Unit = DMU) azonosítható. A DMU-k összehasonlítása az outputok súlyozott összegének, valamint az inputok súlyozott összegének az arányán alapul (Reynolds, 2007). A súlyozás objektív módon, matematikai eszközök segítségével, a szervezetek jellemzői alapján határozható meg (Kucsma, Varga, 2022). A súlyozott inputok és outputok arányának meghatározása kétféle célból valósítható meg:

- outputok jelenlegi értékének fenntartása kevesebb input felhasználásával (input orientált megközelítés, a relatív hatékonysági mutató értéke 0 és 1 között),
- inputok jelenlegi értéke mellett nagyobb mennyiségű output kibocsátása (output orientált megközelítés, a relatív hatékonysági mutató értéke 1 és végtelen között).

A hatékonysági függvény az outputok súlyozott összegének, valamint az inputok súlyozott összegének hányadosa (Ragsdale, 2007; Iberhalt, 2017).

$$E_i = \frac{\sum_{j=1}^{n_o} o_{ij}w_j}{\sum_{j=1}^{n_i} l_{ij}w_j}$$

ahol:

E_i : az i-edik egység hatékonysága

O_{ij} : az i-edik egység j-edik output tényezőjének súlyozott értéke

n_o : az outputok száma

w_j : a j-edik output egy egységének az értékelése

l_{ij} : az i-edik egység j-edik input tényezőjének súlyozott értéke

n_i : az inputok száma

v_j : a j-edik input egy egységének az értékelése

A képlet segítségével meghatározható az „i”-edik egység hatékonysága, az egység súlyozott output és input hányadosa alapján. Ez a függvény a DEA alapja, amelyet minden vizsgált kórházra vonatkozóan lefuttattam az elemzés során (Peixoto et al. 2020)

A lefuttatáshoz kapcsolódóan kerül sor a DEA elemzés mérlegfeltételeinek meghatározására (Ragsdale, 2007; Iberhalt, 2017). Az elemzés mérlegfeltételei olyan korlátozó feltételek, amelyek biztosítják a maximális hatékonyság azonosíthatóságát.

Mérlegfeltételek:

1. Egyetlen vizsgált egység hatékonysága sem lehet nagyobb, mint 100%. Az egyes kórházak hatékonysága így kisebb vagy egyenlő, mint 1.

$$\sum_{j=1}^{n_o} O_{kj}w_j \leq \sum_{j=1}^{n_i} I_{kj}v_j$$

($k=1, 2, \dots$, vizsgálatba vont egységek száma),

azaz

$$\sum_{j=1}^{n_o} O_{kj}w_j - \sum_{j=1}^{n_i} I_{kj}v_j \leq 0$$

2. Az output értékelések (w_1, w_2, w_3, w_4) és az input értékelések (v_1, v_2, v_3, v_4) segítségével maximalizálható a hatékonyság az „i”-edik egységénél (hatékonysági mutató értéke 1).
3. Szükséges annak biztosítása, hogy az input költségek és az output értékelések szigorúan pozitívak legyenek. Ugyanis, ha például $w_j = 0$, akkor a DEA nem tudja megtalálni azokat a nem hatékony megoldásokat, amelyek az „j”-edik outputot tartalmazzák; ha pedig $v_j = 0$, akkor a DEA nem képes megtalálni azokat a nem hatékony megoldásokat, melyek a „j”-edik inputot tartalmazzák (Iberhalt, 2017).

A hatékonyságmérő függvény és a mérlegfeltételek alapján minden vizsgált kórházra elvégezhető egy lineáris programozási feladat, amely célja – jelen vizsgálat keretei között – hogy minimalizáljuk az egyes egységek súlyozott inputjainak értékét. A modell célfüggvénye:

$$\sum_{j=1}^{n_i} I_{ij}w_j \rightarrow MI$$

DEA lépései:

1. Első lépés: minden esetben az adatgyűjtés.
2. Második lépés: a DMU, azaz a stratégiai célokhoz illeszthető input és output értéket meghatározása, mátrixba rendezése.
3. Harmadik lépés: modell specifikációk figyelembevétele.
4. Negyedik lépés: javítás és tökéletesítés.
5. Ötödik lépés: számítások elvégzése és értékelése.

RADAR Módszer

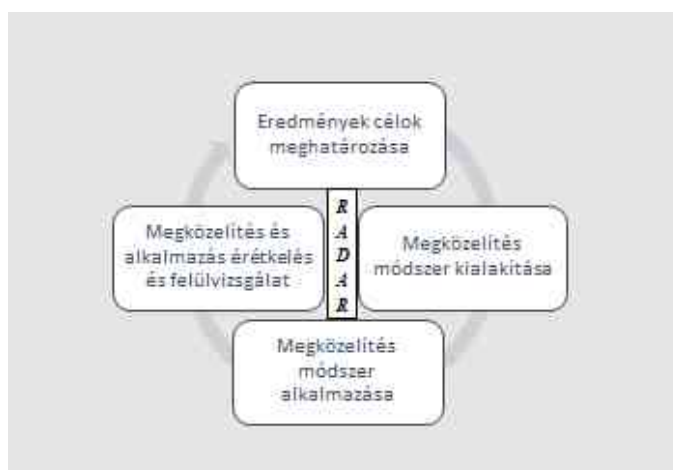
A szervezeti önértékelés során a szervezet kvantitatív értékelése a másokkal való összehasonlítást teszi lehetővé. Így alkalmas az általam megjelölt kórházak összehasonlításához. Számszerű pontozás az alapja a módszernek, erre az EFQM által kialakított PDCA ciklussal harmonizáló RADAR értékelési mátrixot alkalmazom (Turecsányi, 2014).

PDCA egy ismétlődő folyamat, amely egy néglépéses menedzsment módszer, mely a ciklikusságon alapszik, a folyamatok kontrollja a legfőbb ismérve, melyet egy folyamatos fejlesztésre is használnak az egyes szervezetek. A modell általános koncepciójának középpontjában a minőség áll (Berényi 2019)

RADAR lépései:

1. A módszer **első lépése**, hogy a stratégia kidolgozás során meg kell határozni a kívánt célt, és azokat az eredményeket, amelyeket a szervezet szeretne elérni; illetve azokat az irányokat, melyek fejlődési lehetőséget nyújtanak. Általában a pénzügyi és működési célok meghatározása az elsődleges, azonban itt érdemes az érintettek elégedettségére is kitérni, hiszen egy egészségügyi intézmény egyik alapfeladata a működési hatékonyság mellett az érintettek megfelelő ellátása.
2. **Második lépése** olyan módszerek kiválasztása, melyek az első lépésben megfogalmazott tervek megvalósításában segítenek. A módszerek, eszközök, illetve technikák illesztése is ebben a ciklusban előirányzott.
3. **Harmadik lépésként** ezeket irányelveket használni szükséges, kiterjeszteni ezeknek az alkalmazását.
4. **Negyedik lépés** az úgynevezett monitoring, tehát az elért eredmények nyomon követése, illetve a fejlesztési terület meghatározása, melyek alapján történik a rangsorolás.

Elmondható, hogy a módszer segítségével feltárható eredménykritériumok vonatkozásában az eredmények elérésének iránya, illetve az eredmények célokhoz való viszonya. Továbbá felhasználható a szervezeti menedzsment, a teljesítménymenedzsment rendszer tervezéséhez és kialakításához. A 8. ábra szemlélteti a RADAR logikát.



8. ábra RADAR Logika

Forrás : Saját szerkesztés (Turcsányi 2006) alapján

II.3.2. Kvalitatív elemzés

A teljesítménymenedzsment értelmezése, az egyes megközelítések sokszínűek. Van Helden és társai (2007) írásukban egy olyan modellt mutatnak be, mely életciklus megközelítést alkalmaz, és olyan elemeket emel ki, amelyek a szervezeti szintű teljesítménymenedzsmentben jelentősek (Révész, 2015). Más célokkal és kérdésekkel közelítették meg a teljesítménymenedzsmentet, így más és más módszertanokat is használtak, ami által egymáshoz nehezen közelíthető megállapításokra jutottak. Az életciklus modell azonban az egyes módszertanok lépéseinek keretet ad, ezért van relevanciája a bemutatásának. A modell szakaszait a 9. ábra ismerteti.



9. ábra Teljesítménymenedzsment rendszer életciklusa
Forrás: saját szerkesztés Van Helden at.al 2007)

Módszertan lépései

1. **Kialakítás:** A rendszer alapelemei és céljai meghatározásra kerülnek.
2. **Implementáció:** Az első fázisban kialakított rendszer bevezetésének módjának a bemutatása.
3. **Használat:** A már kialakított rendszer, gyakorlati működésének ismertetése, az ágazat sajátosságaihoz való illesztése.
4. **Hatások:** A bevezetett teljesítménymenedzselés kifejtett hatásának vizsgálata.
5. **Értékelés:** Kettős irányú vizsgálat a szervezeti értékelésre és a szervezet teljesítménymenedzsment rendszerének a megfelelőségének vonatkozásában.

Minden szakaszhoz társítható egy olyan terület, ami segíti a kutatási kérdésekhez való kapcsolódást. Az 1. számú táblázat kérdései a vizsgált szervezetekre vonatkoznak.

1. táblázat: Teljesítménymenedzsment életciklushoz kapcsolható kérdései

Teljesítménymenedzsment életciklusaihoz kapcsolódó kutatási kérdések	
Szakaszok	Kérdések
Kialakítás	Mely tényezők befolyásolják a kialakítást? Milyen célok kerülnek kijelölésre? Hogyan illeszkedik a szervezet stratégiai céljaihoz?
Implementáció	Milyen változásvezetési kérdések, feladatok társíthatók ehhez a szakaszhoz?
Használat	A bevezetett rendszer funkcionálisan megfelel-e a követelményeknek?
Hatás(ok)	Milyen hatással van a szervezeti teljesítményrendszerre?
Értékelés	Milyen előnyei, hátrányai vannak a bevezetett rendszernek? Hogyan fejleszthető tovább a rendszer?

Forrás: Saját szerkesztés (Révész 2015, Van Helden 2007) alapján

Az 1. táblázat kérdései hozzájárulnak a kiválasztott állami finanszírozású kórházak által alkalmazott teljesítménymenedzsment rendszer értékeléséhez. A fent bemutatott kérdések jól ábrázolják a folyamatorientációt, ami a kutatásom szerves részét képezi. A folyamat orientált megközelítés, valamennyi vizsgálati módszertanom alapvető ismérve, ezért az 1. számú táblázatban megjelenített megközelítés támogatja az összefüggések megkeresését.

III. SZAKIRODALMI ÁTTEKINTÉS

III.1. Szakirodalmi bevezetés

Ebben a fejezetben a közszféra teljesítmény és teljesítménymenedzsment értelmezését és megközelítéseit rendszerezem. A kutatásomhoz kapcsolódóan a szakirodalom-feldolgozás során arra törekedtem, hogy a teljesítménymenedzsmentről adjak átfogó képet, ami segíti a részletekben való elmélyülést is. Fontosnak tartom a teljesítménymenedzsment általános és a közszféra specifikus jellegzetességeit is bemutatni. A hazai és nemzetközi szakirodalmi áttekintés során elméleti és gyakorlati kérdéseket veszek sorra, amelyek hozzájárulnak a kutatásom logikai felépítéséhez, illetve megértéséhez. A fenntartható versenyelőny forrása nem csupán pénzügyi mutatókban vagy az újszerű technológiában rejlik, hanem az emberekben (Veresné Somosi, et al. 2024), így e gondolatok alapján érdemes a minőségi tényezőket is integrálni a vizsgálatomba. Kutatásomnak ezen részében kitérek az egészségügyi rendszerekre is.

Közszolgáltatás jogi megközelítése

Az emberek által igénybe vett szolgáltatásokat vállalkozások, magánszemélyek vagy az állam nyújtja.

Az állam által nyújtott *közszolgáltatások* körét az egyes tudományágak különböző aspektusok szerint vizsgálják, illetve értelmezik. Éppen ezért egységes közszolgáltatás-fogalomról nem beszélhetünk, azonban a különböző megközelítések közös eleme, hogy a közszolgáltatások területén a piaci szabályok csak szűkebb körben alkalmazhatók (Hofmann, 2007).

Horváth megközelítése szerint a közszolgáltatások azok a szolgáltatások, melyek közösségi szervezést igényelnek és társadalmi közös szükségletek kielégítését szolgálják, ezért az állam olyannyira alapvetőnek ítéli őket, hogy a lakosság számára maga biztosítja (Horváth, 2007).

Az SNA (System of National Accounts) valamint az ESA (European System of National and Regional Accounts) definíciója szerint a közszolgáltatások jellemzője, hogy

- 1.) a közösség minden tagja vagy a közösség egy-egy adott csoportja egyformán igénybe veheti;
- 2.) igénybevétele általában passzív, és nincs szükség meghatározott megállapodásra vagy az érintettek aktív részvételére;
- 3.) a fogyasztók között nincs verseny a szolgáltatás megszerzéséért (Domokos, 2015, 2019; Pukli 2002).

Az Alaptörvény Szabadság és Felelősség című szakaszának XX. cikke szól a testi és lelki egészséghez való jogról, mint alapvető jogról, amely kitételrel kifejezi az állam elköteleződését polgárai egészsége iránt. A feladatellátás tartalmát és feltételeit az ágazati szaktörvények tartalmazzák. (Pukli, 2002, Zakariás, 2023)

Az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény 3.§ e) pontja szerint egészségügyi szolgáltatás az egészségügyi államigazgatási szerv által kiadott működési engedély birtokában vagy – törvényben meghatározott esetben – az egészségügyi államigazgatási

szerv által történő nyilvántartásba vétel alapján végezhető egészségügyi tevékenységek összessége.¹

Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény 1.§ (2) b) pontja szerint egészségügyi közszolgáltatás a részben vagy egészben a központi költségvetés és az Egészségbiztosítási Alap terhére finanszírozott egészségügyi szolgáltatás (Szakács, 2014).

Mindezek alapján elmondható, hogy a magánkórházakkal szemben a közszolgáltató kórházak részben vagy egészben állami költségvetésből közösségi szervezést igénylő és társadalmi közös egészségügyi szükségletek kielégítését szolgáló olyan tevékenységet végeznek, amely „megszerzése” iránt a fogyasztók között nincs verseny (Domokos, et al 2020).

A következő fejezet részben a kutatásomhoz kapcsolhatóan az egészségügyi rendszer szintjeit fogom bemutatni, hiszen a kutatás fókuszában ez a terület áll, így érdemes az egészségügyi rendszer részletes bemutatása, az egyes szintek értelmezése.

III.2. Egészségügyi Rendszer

Az egészségügy azért kap egy ország mindenkori kormányának munkájában kiemelt szerepet, mert az egyik legösszetettebb rendszer, hiszen mind a szolgáltatások sokszínűségéhez, mind a technológiafejlődéshez igazodnia szükséges (Dinesh et al 2024)

Progresszivitás szintek

Egészsügyi ellátás szintjeit progresszivitási szintek jelölik, így ezeknek a szinteknek a magyarázatára kell kitérnem. Mind a minta kiválasztásában szerepet kapott ez a tipologizálás, mind az egészségügyi rendszer szintjeit is ez képi. A definíciós háttere a következő a Honvéd Kórház elérhető anyagai alapján.

- „Általános járóbeteg szakellátás: a járóbetegek eseti szakellátása és a krónikus betegek folyamatos gondozása a járóbeteg-ellátás alapszintjén.
- Speciális járóbeteg-szakellátás: a járóbeteg ellátás speciális szaktudást és/vagy eszközöket igénylő emelt szintű szakellátása.
- Szakambulancia: a legalább a progresszivitás II. szintén működő fekvőbeteg-ellátást nyújtó egészségügyi szolgáltató speciális személyi, illetve tárgyi feltételei igénybe”

¹... amely az egyén egészségének megőrzése, továbbá a megbetegedések megelőzése, korai felismerése, megállapítása, gyógykezelése, életveszély elhárítása, a megbetegedés következtében kialakult állapot javítása vagy a további állapotromlás megelőzése céljából a beteg vizsgálatára és kezelésére, gondozására, ápolására, egészségügyi rehabilitációjára, a fájdalom és a szenvedés csökkentésére, továbbá a fentiek érdekében a beteg vizsgálati anyagainak feldolgozására irányul, ideértve a gyógyszerekkel, a gyógyászati segédeszközökkel, a gyógyászati ellátásokkal kapcsolatos külön jogszabály szerinti tevékenységet, valamint mentést és a betegszállítást, a szülészeti ellátást, az emberi reprodukcióra irányuló különleges eljárásokat, a művi meddőtételt, az emberen végzett orvostudományi kutatásokat, továbbá a halottvizsgálattal, a halottakkal kapcsolatos orvosi eljárásokkal, - ideértve az ehhez kapcsolódó - a halottak szállításával összefüggő külön jogszabály szerinti tevékenységeket is.

Szintjei

- I. Ellátási szint : progresszív ellátás alapszintje, amelyet adott ellátást nyújtó valamennyi egészségügyi szolgáltatónál biztosítani szükséges a beteg számára. Például a háziorvosi ellátás ebbe a progresszívitási szintben tartozik bele.
- II. Ellátási szint: a progresszív ellátás egy középszintjeként is nevezhetjük, amely legalább egy megye vagy főváros lakosságának adott ellátását végző egészségügyi szolgáltatónál biztosítani kell. Például idesorolhatók az átlagosan vizsgált 600-1250 ágyszámmal rendelkező egészségügyi intézmények.
- III. Ellátási szint: a progresszív ellátás felső szintje, a legmagasabb szint, amely egy adott ellátás országos vagy regionális szinten végző egészségügyi szolgáltatónál biztosítani kell. Például a megyei, egyetemi kórházak vagy a speciális intézmények.

Minden progresszívitási szinteknek helye van az egészségügyi rendszerben, hiszen ez egy folyamatszempléletet mutat, így ha egy rendszer bemutatása történik, el kell végezni a progresszívitási szintekbe való besorolást is.

Az egészségügyi rendszert öt önálló szint alkotja (Kincses, 2004):

1. Prevenció
2. Alapellátás
3. Járóbeteg-ellátás
4. Fekvőbeteg-ellátás
5. Rehabilitáció

Prevenció

Döntő szerepe van ennek a szintnek az egészségügyi rendszer felépítésében, mivel ezen a szinten történik meg a különböző betegségek megelőzése. Bár klasszikus értelemben nem tartozik a gyógyítás hagyományos elemei közé, azonban ennek a szintnek azért van jelentősége, mert a rendszer túlterheltségének a csökkentésére képes. A dolgozatom empirikus kutatást bemutató részében a Covid 19 járványnak adatait is elemeztem, de itt is meg kell említenem, hiszen az egyes országokban preventív célokkal hoztak döntéseket, határoztak meg úgy nevezett oltási stratégiákat (Tomczyk, et al, 2022). Egyes kutatások szerint a krónikus betegségek fele akár megelőzhető a preventív alkalmazott stratégiákkal (Barcs, Forrai, 2020). Az egészségügyi rendszer, ezen szintje kétoldalú, azaz nem csak a kormány intézkedési stratégiai fontosak, hanem az állampolgárok magatartása is lényeges. Az egyes akciók és stratégiák végrehajtásával a társadalom egészségügyi színvonalának a növelése a fő cél.

Alapellátás

Ha alapellátásról beszélünk, elsődlegesen a háziorvosi szolgálatot kell megemlíteni. Ez a szint három fő funkciót lát el (National Centre for Public Health, 2020):

- Elsődlegesen az egészségügyi problémák kezelését;
- másodlagosan a betegnyilvántartás kezelését és vezetését;
- harmadik funkció pedig az orvos szakértői szerep betöltése.

A háziorvosok a betegek számára az alapellátást nyújtják, így a betegségek korai szakaszait ismerik fel, és intézkednek a további ellátásokról. Azonban a koordináció hiánya ezen a területen jelenik meg, hiszen gyakran a további beutalókkal vagy a kezelésekkal kapcsolatban bizonytalanok a betegek, hiszen ebben az esetben több helyen összpontosul az egészséggel kapcsolatos információ (Tanjung et al, 2011).

Járóbeteg-ellátás

A szakellátás az egészségügyi rendszeren belül magába foglalja a járó- és fekvőbeteg-ellátást egyaránt, így általában egészségügyi gazdaságtan szempontból együttes vizsgálat ajánlott, bár érdemes ezeket a területeket bizonyos esetben különválasztani. Egy betegút sok esetben mindkét ellátást is tartalmazza (Török; Kovács 1997).

A járóbeteg-ellátás az alapellátás kiegészítéseként szolgál, általában egyszeri kezelést biztosít, de vannak olyan esetek is, melyek többszöri ellátást igényelnek, így segítenek elkerülni a fekvőbeteg-ellátásra való bekerülést (Barcs, Forrai 2020).

Fekvőbeteg-ellátás

Értekezésemben az állami finanszírozású kórházak vannak a fókuszban, így a fekvőbeteg-ellátás területének van jelentősége dolgozatomban.

Ez a legmeghatározóbb terület a rendszeren belül, nem csak technológia, hanem költség szinten is. Ez a szint az egyénre szabott kórházi kezelések összeségét foglalja magába. (Török, Kovács 1997).

Rehabilitáció

Az egészségügyi körforgást a rehabilitáció zárja, ami ugyancsak fontos szereppel bír a felépülési idő és az újabb kórházi kezelések számának csökkentése érdekében. Wade szerint a rehabilitációnak az egészségügyi rendszer szerves részét kellene képeznie, mivel jelentősen javítja annak működőképességét és csökkenti a gazdasági terhet (Wade, 2015). A rehabilitáció személyre szabott; számos beteg esetén megteremti az esélyt a fizikai felépülésre és az önálló képesség visszanyerésére (Berkő, 2020). A kívánt eredmények kizárólag abban az esetben érhetők el, ha a beteg aktívan részt vesz és folyamatosan tanul a rehabilitációs út során (Burton et al 2015).

III.3. Teljesítmény irányzatai

Első lépésként a teljesítmény különböző megközelítésének vizsgálatát tartottam jelentősnek, amely során három elemet határoztam meg, és ezek mentén elvégeztem el a fogalmak összehasonlítását. Ezek a következők:

- A főbb dimenziókon belül vizsgálom, hogy a szerző által megfogalmazott definíciók milyen szempontokat tartanak fontosnak, és **mely elemekből tevődik össze a jó teljesítmény.**
- A **korlátok** vizsgálata azért fontos, mert a későbbiekben egy speciális ágazati vizsgálatot fogok végig vezetni, ami az egyes korlátok mentén határozható meg, így számomra ennek az elemnek van a legnagyobb relevanciája.
- elvégezni, ami az egyes korlátok mentén határozható meg, így számomra ennek az elemnek van a legnagyobb relevanciája.
- Az **újdonság tartalom** is jelentős, mert egy összehasonlítás során ez az az elem, ami a leginkább különbséget tesz a definíciók tartalma és felhasználhatósága között.

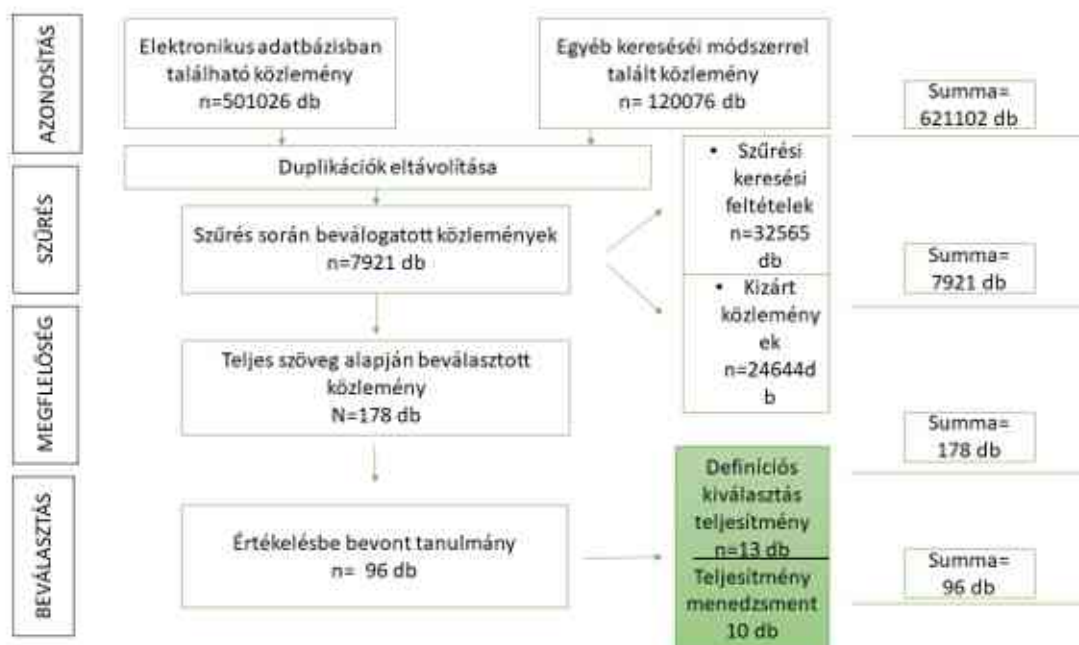
Elsődlegesen a definíciók vizsgálata volt meghatározó, így a PRISMA módszertana segítségével szűkítettem a szakirodalmi háttérrel.

A részletes vizsgálat az alábbi lépéseken keresztül zajlott:

Szűrési feltételek meghatározása:

- tanulmányok 1953- 2022 között;
- magyar és angol nyelvű tanulmányok;
- a teljesítménymenedzsment „performance management” kifejezés a címben, illetve absztraktban és kulcs szavakban.
- mivel a „performance management” nagyon sok találatot hozott, így szűkítést alkalmaztam, mely elsődlegesen a „public performance management” kulcs szóval bővül, majd másodlagosan az egészségügyi „medicine” területen szűkítettem a szakirodalmakat;
- saját definíció a szövegben;
- kutatásaimban, mind a teljesítmény, mind a teljesítménymenedzsment definíciójával is foglalkozok, így kettős eredményt kaptam, mindezek a bemutatására a dolgozatom későbbi részében kerül sor.

10. ábra PRISMA szűrés folyamatábrája



Forrás: Saját szerkesztés (Moher et al 2009, Kamarási Mogyorósy 2015, Varga 2020, Page et al 2020) alapján

Az elvégzett szakirodalmi szűrés alapján a Szűts (1983) által meghatározott definícióban olvashatjuk azt, hogy a teljesítmény nem más, mint a célok elérése és az, hogy mennyi ráfordítással sikerült elérni a kitűzött elvárásainkat. Ebben a fogalomban nem csak az jelenik meg, hogy szeretnénk elérni valamit, hanem a gazdasági mutatók számbavétele is előtérbe kerül, hogy ez mekkora ráfordítással érhető el. Minden további vizsgálat, a Szűts által használt megközelítést kiegészítette, ami a 2. táblázatban jól látható.

A definíciókat 3 szempont szerint tipologizáltam, dimenziók, korlátok és újdonság tartalom alapján.

Ezek közül most csak azokat a fogalmakat emelem ki, amelyek a kutatásom szempontjából meghatározók, illetve illeszkednek ahhoz. Anthony (1997) által megfogalmazott definíció számomra azért bír jelentőséggel, mert először ismerte fel azt, hogy nem csak a versenyszféra számára fontos a teljesítménymérés, hanem a nonprofit szektorban is jelentőséggel bír ez a terület. Két tényezőt emel ki, a hatékonyságot és az eredményességet, ezen tényezőket pedig mutatókkal kívánja alátámasztani. Ebben a fogalomban korlátként fogalmaztam meg azt, hogy vannak olyan tényezők, ahol nem minden elem mérhető és mutatóval támasztható alá. Például az egészségügyi szektorban a soft elemekkel is számolni kell, ha az Anthony által megfogalmazott fő célokat el szeretnénk érni. Kaplan és Atkinson meghatározásai alapul szolgáltak a Balanced Scorecard modellnek, amely értelmez minőségi és mennyiségi paramétereket, a mutatótípusok értelmezései szerint kiemelkedő a munkásságuk (Kaplan –Atkinson, 2002). A definíciójuk főbb területei, a szolgáltatás szint, a minőség és a költségek ismerete, illetve ezen elemek kialakítása. Amennyiben az egészségügyi szektort választom vizsgálatom tárgyává, ahol a szolgáltatásnyújtás kiemelten jelentős, akkor ez a definíció az értékítéletem alapján a legjobban illeszthető a munkámhoz.

Wimmer meghatározása megerősíti a célok elérésének és az erőforrásokat biztosításának relevanciáját. Újszerű elemként jelenik meg megközelítésében az összefüggések vizsgálata, mely szerint nem csak a mutatókkal kifejezhető elemeket, hanem az olyan tényezőket is számba veszi, ami mutatókkal nem kifejezhető és jelentős egy szervezet értékelése során (Wimmer, 2000). Fogalmi megközelítésében korlátként az eredményességhez való kapcsolódást emeltem ki, számomra ez azért akadályozó tényező, mert az egyes elemek eltérő mértékű eredményességét nem értelmezi.

2. táblázat: Teljesítmény definíció fejlődése

Szerző(K)	Főbb dimenziói	Korlátok	Újdonság tartalma
Szűts (1983)	<ul style="list-style-type: none"> • célok megvalósulása • eredmény- ráfordítás viszonyértéke 	A hatékonyság csak abban az esetben érvényes, ha megtörtént a célok elérése és az gazdaságosság mellett valósul meg.	Gazdaságosság és a célok elérése szoros kapcsolatban áll egymással.
Sink (1985) <i>Sink és Tuttle (1989)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • eredményesség • gazdaságosság • minőség • termelékenyég • munkaerő minősége • innováció • nyereség 	Számos olyan tényező lép be ebbe a megközelítésbe, ami nem teszi lehetővé a közsférába való adaptálást.	Új elemek megjelenése. Fontos tényező az innováció és a munkaerő minősége is.
Neely Gregory Platt (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • eredményesség • gazdaságosság 	Szoros kapcsolatban állnak a dimenziók. Nem mindig ezen tényezők kapcsolata hozza a minőségi teljesítményt.	Minőségi és mennyiségi ismérveket is számba vesz.
Rolstadls (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • eredményesség • gazdaságosság • időtényező 	Időtényező megjelenése korlát is lehet, hiszen egy operacionalizálás esetében nehézkes.	Megjelenik az időtényező, ami egy adott időszak teljesítmény mérésére utal.
Lebas (1995)	<ul style="list-style-type: none"> • céloknak való megfelelés • szükséges erőforrások meghatározása 	Nem elegendő ez a két dimenzió, a célok meghatározása nem mindig egyértelmű.	A teljesítmény-menedzsment pozitív értelmezése, hiszen a szervezet fejlődése a cél.
<i>Dobák (1996)</i>	<ul style="list-style-type: none"> • szervezet helyes célkitűzése • rendelkezésre álló erőforrások hatékony felhasználása 	Az eredményesség és gazdaságosság szétválaszthatatlan ebben a megközelítésben.	Megjelenik a kiszolgálás színvonalának fogalma.
Jacot és Micaelli (1996)	<ul style="list-style-type: none"> • felhasznált eszközök hatékonysága • felhasznált eszközök és elért eredmények viszonya • kítűzött célok, felhasznált eszközök és elért eredmények kapcsolata 	Nem a teljes eszközállományra koncentrált, csak a felhasznált tényezők a meghatározóak.	Kapcsolatokat fed fel. Megnézi az összefüggéseket, így egy esetleges hiba vagy olyan tényező, ami gyengébb hamarabb korrigálható.

Lorino (1997)	<ul style="list-style-type: none"> • olyan tényező, ami hozzájárul az érték/költség arány javításához • hozzájárul a stratégia célokhoz 	A kiszolgálási színvonal minőségére helyezi a hangsúlyt, a gazdaságosság csak másodlagos.	Sokkal komplexebb megközelítés, hiszen a vállalat egészére koncentrálnak.
Anthony (1997)	<ul style="list-style-type: none"> • eredményesség • hatékonyság (kontroll folyamatok) 	Az értékekre és mutatókra helyezi a hangsúlyt, azonban vannak olyan tényezők, amelyek mutatókkal nem mérhetők.	Kontroll folyamatok: erőforrások eredményes és hatékony felhasználásnak biztosítása – a nonprofit szektor felismerése.
Kaplan-Atkinson (2000)	<ul style="list-style-type: none"> • szolgáltatás szint • minőség • költség 	Nem pénzügyi és pénzügyi mutatók használata, csoportosítása.	4 alappillér (BSC) meghatározása, egy új rendszer felépítése.
Wimmer (2002)	<ul style="list-style-type: none"> • célok elérése • eléréshez szükséges erőforrások 	Minden tényező az eredményességhez kapcsolódik és ennek az eléréséhez.	A kapcsolatok, összefüggések vizsgálata.
Gyökér –Finna (2008)	<ul style="list-style-type: none"> • célok meghatározása • ezen célok eléréséhez szükséges képesség 	Annak a mérése az adott területen, hogy mekkora az erőfeszítés.	Ok- okozati rendszerhez kapcsolódik.

Forrás: Saját szerkesztés

Ahogy a nemzetközi és hazai szakirodalmi javaslatokat áttekintettem, megállapítom, hogy valamennyi irányzat magába foglalja a hatékonyság és az eredményesség elemeit. Ezekkel a fogalmakkal a későbbiekben fogok részletesen foglalkozni. Összegzésként megfogalmazható, hogy általánosan elfogadott definíció nem létezik, sőt azok a szerzők, akik a szakirodalmi forrásokban a teljesítményméréssel vagy teljesítménymenedzsmenttel foglalkoznak, nem is definiálják a fogalmat, jelentését közismertnek feltételezve (Wimmer, 2001). A disszertáció témája miatt azonban szükséges beszélnem a teljesítmény fogalmáról a közsférában is. A teljesítmény definíciók szakirodalmi áttekintése után kijelenthető, hogy kétféle szemlélet létezik a közszektor teljesítménye vonatkozásában (Van Dooren, 2006). Az egyik alapján a **teljesítmény**, mint **érték** jelenik meg, illetve a másik megközelítés szerint **szándékolt magatartásról van szó**.

Munkámban a teljesítmény értelmezéséhez az érték megközelítés illeszthető jobban, így a teljesítménymenedzsment áttekintése a következő lépés.

III.4. Teljesítmény vizsgálati szintjei

Fontos kitérnem a teljesítmény fogalmi meghatározást követően a vizsgálati szintekre is. Kiss (2014) tanulmánya segítségével szolgál, ezeknek a szinteknek az ismertetéséhez. Alapvetően három szintet különböztet meg, mely a makro, mezo és mikro szint.

1. Makro szint: kormányzati és állami szint teljes egészében, ez a szint a legnagyobb és a legkomplexebb szint.
2. Mezo szint:
 - a. tárgyi elvű megkülönböztetés: azonos termékek szolgáltatásával vagy előállításával foglalkozó szervezetek, vállalatok.

- b. terület: itt a legjobb szemléltetés az önkormányzatok, hiszen regionális megkülönböztetést mutat be.
 - c. funkcionális: azonos ágazathoz tartozó szervezetek, vállalatok.
3. Mikro szintű: adott szervezet egésze.

Ezen túlmenően a legáltalánosabb csoportosítás szervezeti vonatkozásban a szervezeti, szervezeti egység és az egyéni szinten megjelenő teljesítménymenedzselés.

III.4.1. A szervezeti teljesítménymenedzsment megközelítései

A teljesítmény szintjei részletes vizsgálata után, ki kell térnem a teljesítménymenedzsment meghatározó fogalmaira, melyet a 3. táblázat mutat be. Az összehasonlíthatóság miatt törekedtem ugyanazon tényezők szerint bemutatni az egyes megközelítéseket, azonban itt a dimenziók és az újszerűség nem volt egyértelmű, úgy mint a teljesítmény megközelítéseinél, ezért csak a definíciókat és a korlátokat tüntettem fel. Ez a fogalmi bemutatás a teljesítménymenedzsment és teljesítményértékelés fogalmi tipologizálása is, amelyet a PRISMA módszer segítségével készítettem el. Továbbá azon módszertan kereséseit részletezi, ahol számomra az is lényeges volt, hogy a külföldi kutatók mellett a magyar teljesítménymenedzsment témakörének magyar képviselőit is bevonjam a kutatásomba.

3. táblázat: Teljesítménymenedzsment definíciói

Szerző(K)	Definíció legfontosabb tartalmi elemei	Korlátok
Cleveland (1989)	Négy szempontnak kell megfelelni egy teljesítménymenedzsment rendszernek. <ul style="list-style-type: none"> • Egyének összehasonlíthatósága, • egyéni információval való ellátottsága. • Emberi erőforrás rendszer karbantartása • és az adminisztrációnak való megfelelés. 	A kompetencia alapú értékelést nem tartja szem előtt. Nehézkes mindenkit ugyanazon elemek alapján összehasonlíteni.
Randell (1994)	A teljesítménymérés és értékelés olyan eszköz, ami a bérezés alapját képezi, illetve a jövőbeli potenciálok felmérésére is szolgál. Olyan folyamat, melynek során a munkavállaló által elvégzett munkát megfigyelik, felméri, rögzítik és jelentést készítenek róla.	Folyamatok vizsgálata áll a fókuszban; nem biztos, hogy a teljesítmény egyenletes egy munkavállalónál.
Neely, Gregory és Platts (1995)	A teljesítménymérés, valamely tevékenység eredményességének és gazdaságosságának a mérési folyamata.	-
Statterfield 2003	Stratégiai pozíciót foglal el, és az üzleti vagy szervezeti stratégiához való illeszkedést tartja elsődleges feladatnak. A kultúra formálást is ehhez illeszti.	Megfelelően kialakított modell hozzájárul a szervezet céljainak eléréséhez, de nem egyénre szabott módon.
Szakály (2005)	Teljesítménytervezésen alapuló komplex soktényezős folyamat, amely során a vezető visszajelzést kap az értékelt munkatársról, szervezeti egységről és a szervezetről. Másrészt pedig egy visszacsatolás a fejlődés érdekében.	Jövőbeli lehetőségek ábrázolása az esetleges jelenlegi hibákat nem veszi figyelembe.

Szerző(K)	Definíció legfontosabb tartalmi elemei	Korlátok
Bokodi (2007)	Megegyezett keretek között a szervezet kitűzött céljain és szintjein alapul.	Alkalmazottat a kompetenciájukat maximális kihasználására ösztönzik, és nem a szervezeti teljesítményre optimalizál.
Gyökér, Finna (2008)	Szervezet teljesítményéhez történő hozzájárulás mértékének és módjának a mérése.	A szervezeti célok jelennek meg főcélként.
Juhász (2013)	Három fontos célja van: <ul style="list-style-type: none"> • visszajelzés, • kiválasztás hatékonysága, • relatív érdem értékelése. 	A legmeghatározóbbnak az emberi kapcsolatokat tartja.
Gulyás (2012)	Egy szervezetben dolgozó munkatárs az adott időszakra vonatkozó teljesítményének és megítélésének a felmérése, ami a szervezet eredményességének az egyik alapelemét képezi.	Nem jelenít meg folytonosságot, egy adott időszakra fókuszál.
10/2013. (I.23) kormányrendelet	A teljesítmény megállapítására vonatkozó folyamat, ami konkrét mérőszámokon, eredményeken és indikátorokon alapul.	Közszolgáltatások területén nem csak a konkrét mérőszám a hangsúlyos.

Forrás: Saját szerkesztés (Kucsma 2018) alapján

Amennyiben összefüggéseket keresek a teljesítmény és a teljesítménymenedzsment között, beazonosítható két fontos elem, az az eredményesség és a hatékonyság. Az egészségügyi ágazatban a gazdaságosság nem kiemelt prioritás, hanem a közpénzekkel való hatékony gazdálkodás van a működés fókuszában.

A teljesítménymenedzsment három alkotóeleme a következő:

- a teljesítmény,
- a teljesítménymenedzsment,
- teljesítményértékelés.

A 4. táblázatban összefoglalom a teljesítménymenedzsment és a teljesítményértékelés jellemzőit az összehasonlíthatóság érdekében.

Az egyes szempontok szerinti jellemzés jól illusztrálja, hogy a teljesítménymenedzsment egy összetettebb kategória, amelyben prioritást kap az egyén céljainak a szervezeti célokhoz és ezen keresztül a szervezeti stratégiájához történő kapcsolása.

4. táblázat: A teljesítményértékelés és menedzsment összehasonlítása

Teljesítményértékelés	Teljesítménymenedzsment
Általában testreszabható	Testreszabott rendszer
Minden munkatárs alkalmazható	Minden munkatársra alkalmazható
Az egyéni célok részét képezi	Hangsúly a szervezeti célok és az egyéni célok integrációján van
Éves értékelés	Folyamatos értékelés
Erőteljesen szabályozott rendszer	A szabályozottság erőssége általában nem éri el az egyéni teljesítmény értékelő rendszer szabályozottságát
Terjedelmes dokumentáció	Minimális dokumentáció
Közvetlenül kapcsolódik a javadalmazási, képzési és motivációs rendszerhez	Nem elsődleges prioritás az egyéni javadalmazási rendszerhez történő hozzákapcsolás

Forrás: Saját szerkesztés(Veresné Somosi 2005alapján)

Vizsgálataim során tárgyalom, hogy a szervezet milyen teljesítmény-mutatókat alkalmaz, illetve azt, hogy milyen teljesítményértékelő- és teljesítménymenedzsment-rendszert alkalmaz, amelyek beazonosítását segíti a 4. táblázat.

Továbbá, ha teljesítményértékelést vizsgálunk, a teljesítménymenedzsment és a menedzsment kontroll területe is fontos, azonban a jelenlegi munkámban nem foglal el jelentősebb helyet, így az általam készített összefoglaló a 19 számú mellékletben megtekinthető.

III.5. A stratégia tartalmi elemei

Kutatásom során alkalmazott komplex megközelítés okán a teljesítmény menedzsment alapjain túl szükséges a stratégiai irányzatok, iskolák vizsgálata is. A gondolatmenet relevanciáját az adja, hogy a stratégiai vezetésből átvezetett teljesítménymenedzsment képes kiküszöbölni az öncélúságot.

Ahhoz, hogy egy szervezet, megfelelően illeszkedjen, mind a gazdasági, mind a jogi környezetébe ésszerű startégiát kell alkalmaznia. Legáltalánosabban tehát a stratégia az előre jelzett változásokhoz való alkalmazkodás irányait és az elérendő hosszú távú célokat definiálja. *”Stratégia alatt a vállalat által megfogalmazott hosszú távú célokat, valamint elérésük lehetséges módjait és eszközeit értjük. A stratégiai menedzsment pedig a stratégia kialakítására, megvalósítására és a visszacsatolásra építő vállalatvezetést jelenti”* (Bartek-Lesi, et al. 2007 54p.).

Ha az egészségügyről beszélünk, mindenképpen fontos megemlíteni azt, hogy a stratégia rögzíti, mivel kívánunk hozzájárulni a felhasználói és társadalmi igények kielégítéséhez a szervezeti tevékenység egyes egységeiben.

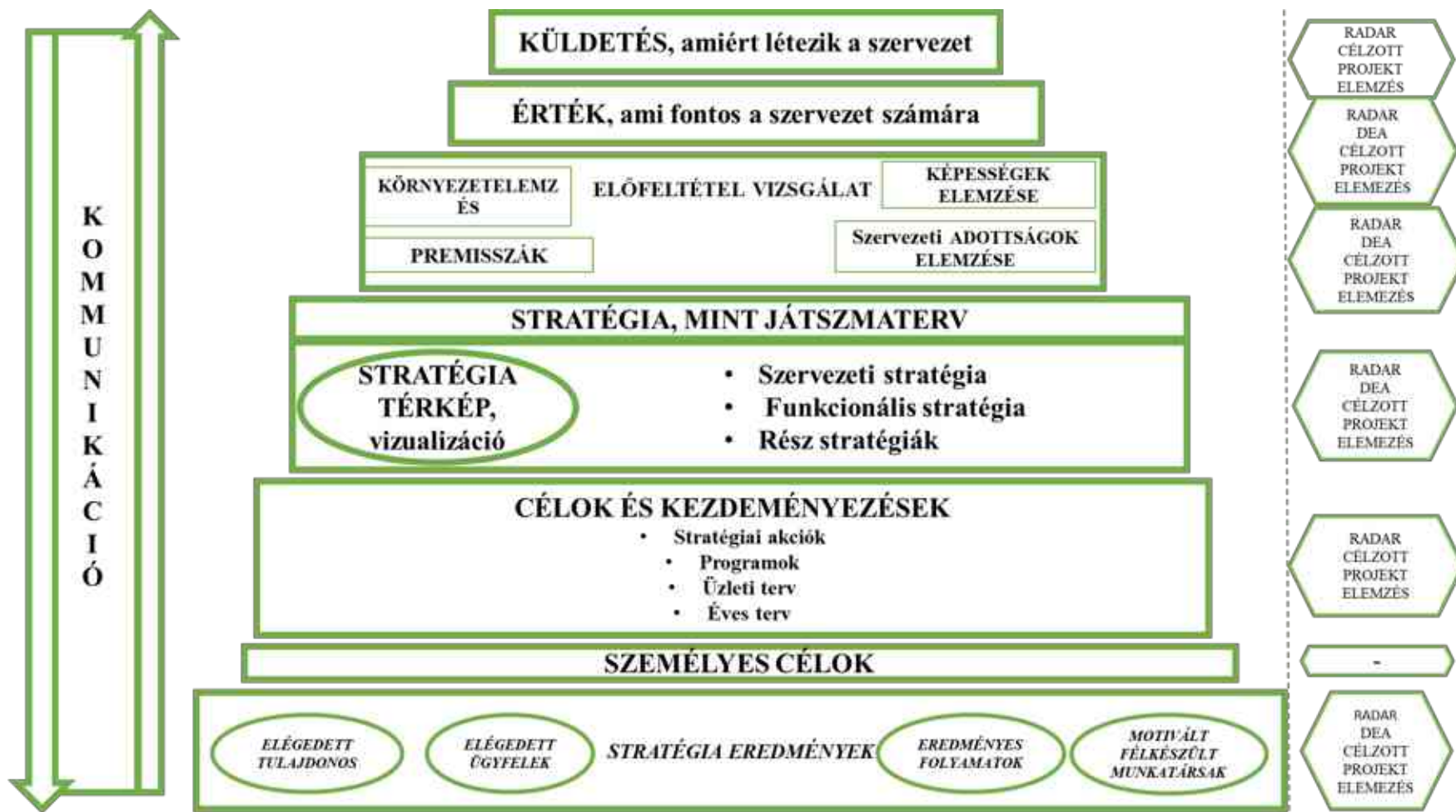
A hosszú távú stratégiát annak megfogalmazása és elfogadása után a továbbiakban rövid távú operatív feladatokká kell lebontani. A vállalati stratégia keretében történik azoknak a

döntéseknek a kidolgozása, amelyek determinálják a szervezet tevékenységének irányát és módját. A stratégia jelöli tehát ki azt, hogy a szervezet a jövőben milyen fejlődési utat kíván követni. A fejlődési út részletei már az operatív tevékenységi politikára tartoznak. Természetesen a következő tevékenységi ágakra (pl. marketing, termelés, kutatás és fejlesztés) kidolgozott akcióknak, programoknak, projekteknek összhangban kell állniuk a kiválasztott stratégiával. A stratégia négy fő komponense (Bayer,1991):

- a vállalat és környezete jövőbeni helyzetének felvázolása;
- a kívánatos technológiák, rendszerek megválasztása a rendelkezésre álló erőforrások és vállalati képességek legjobb kihasználására;
- a konkurensokkal szemben fennálló piaci versenyben meglévő vállalati előnyök lehetséges érvényesítési módszerei;
- azoknak a kritériumoknak és követelményeknek az előírása, amelyeknek alapján a stratégiai célok elérése lemérhető.

A stratégiaalkotás egy olyan vezetési funkció, amely logikai sorrendben felépített eljárást jelent. A küldetés és jövőkép kialakításától indul és az éves tervek sarokszámainak kialakításáig terjed (Balaton, Hortoványi, 2017). A stratégia iránytűként szolgál a szervezet számára, illetve felméri és irányítja azokat az erőforrásokat, amelyek a stratégia megvalósításához szükségesek. Fontos megjegyezni, hogy a stratégiaalkotás nem csak egy tervezési feladat a vezetőség számára, hanem egy olyan feladat is, amely a napi döntéshozatalban is érvényesíthető a célok elérése érdekében (Dobák,2010.).

A stratégia kialakításánál több szempont is érvényesülhet. Léteznek olyan stratégiák, amelyek a jövőben kitűzött célok mentén kerülnek kialakításra, de léteznek a versenytársak megtévesztésére, megelőzésére irányuló, valamint versenytársakhoz és piaci részesedéshez pozícionált stratégiák is. A stratégiai tervezés komplex folyamatát a 11. ábra szemlélteti.



11. ábra Stratégia felépítése (Forrás: Balaton, 2018, Laáb 2007, Veresné Somosi, 2013)

A stratégiai folyamat felépítését törekedtem úgy ábrázolni, hogy az általam kijelölt célokhoz megfelelően igazodjon, illetve a kutatásom egyes fázisaiban megjelenítettem, hogy mely módszertani kombinációkat használtam azok vizsgálatára.

Mint a 11. ábrán is jól látható, a stratégiaalkotás az alapoktól indul, azaz tisztázni szükséges, hogy mi a szervezet küldetése (missziója) és jövőképe (víziója). A misszió kialakítása során azt kell vizsgálni, hogy mi a szervezet rendeltetése, társadalmi szerepvállalása, milyen értékekkel rendelkezik, és milyen viselkedési normát kíván követni. A jövőkép megfogalmazásánál tisztázni szükséges, hogy milyen állapot elérése kívánatos, milyen képességekkel rendelkezik ehhez, és milyen tevékenységekkel kíván foglalkozni. A küldetés és jövőkép kialakítása gyakran nem vezetői, hanem tulajdonosi feladat.

A környezet elemzését célszerű ketté bontani külső és belső környezetre. A külső környezet általában olyan feltételeket, adottságokat jelent, amelyre az adott szervezetnek nincs ráhatása. Ilyenek például az ágazati kilátások, kereslet alakulása, GDP, életszínvonal, infláció, politikai helyzet, jogi környezet. A belső környezet, adottság vizsgálata a szervezeti erőforrásokra, képességekre, versenyelőny forrásaira, szervezeti struktúra és kultúra elemzésére fókuszál (Mészáros,2003).

A küldetés és jövőkép, valamint a környezeti elemzés segít tisztán látni, amely mentén a stratégiai célok már meghatározhatók (EC, 2006). A stratégiai célok kialakítása során a vezetésnek feltételezéssel kell élni azoknál a területeknél, ahol a külső környezeti tényezők befolyásolása a szervezeten kívül esik. Éppen ennek okán a stratégiai célokat időnként felül kell vizsgálni, hogy a feltételezett és megvalósult külső környezeti tényezők mennyire fedik egymást.

A stratégiai célok megfogalmazása alapján lehet meghatározni a stratégiát, azaz annak módját, ahogyan a vezetők ezekhez a célokhoz kívánnak eljutni. Ezt követően a stratégiai célokhoz akciókat/programokat kell rendelni. Az akciókhoz és programokhoz ütemtervet kell készíteni, amit az üzleti tervezés alatt véglegesítenek. Az üzleti terv általában több évre szóló cselekvési program, amely a stratégiai célok eléréséhez megfogalmazott akciók alapján kerül levezetésre. Az operatív terv az üzleti terv alapján lebontott éves, konkrét számokat tartalmazó célkitűzések és kritériumok összessége, ahol megjelennek a végrehajtásért felelős személyek is (Dobák,2010.). Az eredménykövetelmények meghatározását követően azokat mérni kell, majd értékelni, visszacsatolni és korrigálni.

Az utóbbi években a gazdasági és piaci környezet, a vevőkkel és partnerekkel való kapcsolattartás módja jelentősen megváltozott. A gyors technológiai változások a szervezeten belüli működési folyamatokat, a termékek gyártásának és a szolgáltatások nyújtásának folyamatait is megváltoztathatják. Ezért fontos, hogy stratégiánk képes legyen a gyors változásokat rugalmasan lekezelni. A hosszú távú stratégiai célokat érthetően és világosan kell megfogalmazni, hogy az operatív feladatokat végrehajtó személyek is átlássák a folyamatokat, megértve ez által a *miért?* és *minek?* kérdéseket (Matis, Volkán, 2008). A stratégia megvalósításához össze kell hangolni a szervezeti kultúrát, hatalmi viszonyokat, erőforrásokat, vezetői készségeket és a szervezeti struktúrát.

Léteznek még üzletági (versenyelőny, piaci részesedés, növekedés, profit) és funkcionális (K+F, szolgáltatási, pénzügyi, marketing, beszerzés, HR) stratégiák is, ezekkel azonban most nem kívánok részletesen foglalkozni.

A stratégiaalkotás három jellemzője

A stratégiaalkotást *rendszerszemlélet* jellemzi, ami azt jelenti, hogy a szervezetet, mint működő rendszert a környezettel kölcsönhatásban működő rendszernek kell tekinteni. A második jellemző a *fókuszpontok képzése*. A stratégiaalkotás arra keres választ, hogy milyen prioritásokra van szükség a közeljövőben ahhoz, hogy a szervezet fenntartható, jövedelmező működését megőrizhesse a környezeti változások közepette. Ebből következően a stratégiaalkotás egyes tevékenységi területekkel, szervezeti egységekkel, üzletágakkal, termékcsoportokkal és piacokkal foglalkozik kiemelten, fenntartva, hogy a ki nem emelt területeken nincsen szükség jelentős változásokra, azok működése a korábbiaknak megfelelően irányítható. A harmadik jellemzője a stratégiaalkotásnak a *jövő orientáltság*. A szervezet múltbeli eredményeire, a versenytársak addigi lépéseire és a környezet jelenlegi állapotára, saját és külső előrejelzésekre építve a vállalatnak fel kell vázolnia a saját változatát a jövő alakulására, és arra, hogy milyen irányú változásokhoz milyen jövőbeli lépéseket és eredményeket társít (Bartek-Lesi, et al, 2007).

Henry Mintzberg stratégiái

Mintzberg alapvetően 10 iskolatípust különböztet meg, és az egyes iskoláknak megvannak a fókuszba állított definíciói, mint például a terv fogalma a koncepció alkotási iskolánál, a szemlélet mód a vállalkozási iskolánál, mint a tanulási iskolánál (Mintzberg, et al. 2005). Kutatásomban kiegészítettem plusz egy iskolával, így felsorolásaimban 11 iskola szerepel.

Bár lehet, hogy a stratégia definíciója is nagyon sokszínű, hiszen más-más szerzők tollából másképpen kerültek leírásra, azonban mára már néhány általános elemek tekintetében egyetértés alakult ki a stratégia mibenlétéről. Ezekben a meghatározásokban hangsúlyos területek láthatók az 5. táblázatban röviden felsorolva.

5. táblázat: Stratégia definíciók közös elemei

TÉNYEZŐK
Szervezet és a környezet egyensúlya
Lényege az összetettség
Hatással van a szervezet életére és a sikerességére is
Folyamatorientáció.
Különböző szinteket különböztettünk meg
Különböző nézőpontokra van szükség.

Forrás: Saját szerkesztés (Mintzberg et al, 2005) alapján

Amennyiben a táblázatban felsorolt elemeket összecsatoljuk, akkor látszik a stratégia fogalmának komplexitása. Megjelenik a stratégia helye a folyamatokban, a szervezet sikerességében, a hierarchiában és a vezetői nézőpontokban is, így elmondható, hogy a szervezet minden működési folyamatában meghatározó szerepe van.

Stratégiai iskolák előszobája

A stratégiai menedzsment területén különböző koncepciók és nézőpontok jelentek meg az utóbbi évtizedek során. A diverzifikálódás a tudományfejlődés természetes jelenségének tekinthető. Számos más tudományterületen az figyelhető meg, hogy más feltételezésekre építő, újabb megközelítések jelennek meg. Ez jellemző a vezetés és szervezéstudomány egészére is. A klasszikus iskola racionalitásra és hatékonyságra formáló koncepciójának elterjedése után az emberi viszonyok irányzata jelent meg, amely a formalizáltság helyett a csoporton belüli, valamint a vezető és a beosztott közötti kapcsolatokra helyezte a hangsúlyt, s ezáltal próbált eredményes szervezeti megoldásokat megvalósítani. A különböző felfogások integrációja a rendszerelmélet alapján történt meg, majd ezt követően ismét a tudományági belső diverzifikáció irányába haladt a fejlődés: a kontingencia elmélet a különféle külső és belső tényezők függvényében javasolta kialakítani a vezetési és szervezeti struktúrákat (Balaton, et al, 2017).

Fontos tisztázni azt, hogy Mintzberg és szerzőtársai a stratégiai menedzsmenten belül a hasonló nézeteket tükröző megközelítéseket nevezték iskoláknak Mintzberg és társai összesen kilenc különböző iskolát mutatnak be, amelyeket kétféleképpen csoportosítottak: normatív (preskriptív, előíró) és leíró megközelítések. A normatív megközelítések azzal foglalkoznak, hogy miképpen lehet kialakítani a szervezeti stratégiákat, majd a szervezeti stratégia kidolgozására szempontokat, metódusokat javasolnak. A leíró megközelítések pedig azt tanulmányozzák, hogy ténylegesen milyen folyamatok eredményeként alakulnak ki a vállalati stratégiák. Ezek a normatív, illetve leíró megközelítések nagymértékben építenek a vezetés- és szervezetelmélet különböző aspektusaira, s tulajdonképpen azokat felhasználva magyarázzák a stratégiák kialakulását (Horváthné, 2010). A tizedik iskoláról elmondható, hogy a többi iskola kombinációja, vagyis valójában egy Mintzberg által kidolgozott szintetizáló irányzat, amely megkísérli egy átfogó koncepcióba foglalni a megelőző irányzatokat (Balaton et al., 2017). Az 6. táblázatban gyűjtöttem össze az egyes iskolák jellemzőit, majd mellérendeltem azokat a szerzőket, akik az adott iskolát ismertették. Azokat az iskolákat, melyek a kutatásomban vizsgált szervezetekhez a legjobban illeszthetők, más színnel jelöltem a táblázatban. Ennek fontossága a stratégia kialakítása és vizsgálata terén jelenik meg, hiszen a különböző szervezettípusoknak specifikációi vannak, így ezen iskolákhoz való illeszkedés egy jobb stratégiai terv kialakítására ad lehetőséget.

6. táblázat: Stratégia iskolák jellemzői

<i>Stratégia alkotási iskolák</i>	<i>Képviselői; Évszám</i>	<i>Jellemzői</i>
Koncepció-alkotási Iskola	Selznick 1957, Andrews 1965	Egyéni kompetenciához való illesztés, SWOT módszertan használata és alkalmazása.
Tervezési Iskola	Ansoff 1991	Költségtervezés fókusza, ütemtervek kialakítása.
Pozicionáló Iskola	Purdue Egyetem 1975, Porter 1980, 1985	Általánosan működő stratégia kialakítása, stratégia csoportok tervezése, portfólió, tapasztalati görbe.
Vállalkozói Iskola	Schumpeter 1939, Cole 1959, 1969	Vízió kialakítása. Vállalkozói szemlélet mód kialakítása.
Kognitív Iskola	Simon 1939, 1957, March és Simon 1958	Stratégia térképek kialakítása és alkalmazása, keret koncepció alkalmazása tervezése.

<i>Stratégia alkotási iskolák</i>	<i>Képviselői; Évszám</i>	<i>Jellemzői</i>
Tanulási Iskola	Lindblom 1959, Cyert és March 1963, Weick 1969, Quinn 1980, Prahalad és Hamel 1990-es évek	Fokozatosság menetközben való finomítása, változtatás. Vállalkozói szemléletmód megjelenése, kockázat vállalás.
Hatalmi Iskola	Allison 1971, Pfeffer és Salancik, 1978, Astley 1984	Stakeholderek, hálózatok, szövetségek kialakítása. Kollektív stratégia.
Kulturális Iskola	Rhenman és Normann 1960-as évek vége	Értékek központjában a kultúra, hiedelmek, értékek kialakítása.
Környezeti Iskola	Hannan és Freeman 1977, kontingencia elmélet (1960-as évek vége)	Adaptáció, kontingencia és piaci rés figyelembevétele.
Konfigurációs Iskola	Chandler 1962, McGill csoport (Mintzberg, Miller) 1970-es évek vége, Miles és Snow 1978	Életciklus kialakítása, konfiguráció és periodusok kialakítása.
Magatartás Orientál stratégiai iskola	Balaton, 2022; Charvalho, 2021; Corley, Gioia, 2011	Szervezeti magatartás kialakítás fókuszú működés.

Forrás: Saját szerkesztés (Mintzberg 2005 és Scopus adatbázis) alapján

III.6. A stratégia és teljesítménymenedzsment kapcsolata

A stratégiai célokra adott definíciók fontos eleme, hogy pontosan, lehetőleg mérhető, számszerűsíthető formában írják le a vállalat által stratégiaileg elérni kívánt célállapotot. A versenystratégiahoz kötődő mérhető célok többnyire a szervezet és a környezet viszonyára vonatkoznak, mint például a szervezet elfogadottsága, imázsa, piaci részaránya (Könczöl, 2007). A mérhető célok másik csoportja a szervezet belső tényezőire vonatkozik: növekedési ütem, jövedelmezőség, hatékonysági mutatók, befektetések hozama stb. Ezek a stratégiai célok, azok kiválasztása, a mértékek megállapítása mindig az adott szervezet specifikumaihoz illeszkedik (Bakacsi et al 2000). A mérhető stratégiai célok ugyanakkor megkönnyítik, hogy a szervezet, a vezetők és dolgozók teljesítményértékelési rendszere is a stratégiai célokkal összhangba hozható legyen. A stratégiai célok és a teljesítménymérés kapcsolatának igen kiterjedt szakirodalma és sokrétű gyakorlata van. Az alkalmazható eszköztárból három elemet említve: a Balanced Scorecard, a stratégiai térkép és az EVA alapú teljesítménymutatók (Bartek-Lesi, et al.2007).

A stratégiaalkotás és a stratégiai menedzsment elméleti irodalmában és a gyakorlati problémák kezelésében az 1980-as évek végéig a versenyelőnyhöz kapcsolódó megfontolások, s így a fogyasztói érték álltak középpontban. Az 1990-es évek vállalati gyakorlata és elméleti irodalma fordul a tulajdonosi érték felé, melyet jól példáz Rappaport munkája (Rappaport, 2002). Amit meg kell említeni, hogy a szervezeti stratégiát alapulvéve sok szerző igyekszik a munkájába integrálni és kapcsolatot teremteni a stratégia és a teljesítménymenedzsment között. Erről árulkodnak Kaplan – Norton szerzőpáros könyvei is, ahol a Balanced Scorecard integrált mutatószám rendszer alapjait képi a szervezeti stratégia. (Kaplan, Norton 1998, 2002). Továbbá ide sorolható Nelly és társai *Teljesítményprizma* című műve is (Bartek-Lesi et al, 2007).

Az utóbbi években örömdetesesen megnövekedett a szervezeti stratégia és a teljesítmény kapcsolatát tanulmányozó kutatások, publikációk és gyakorlati alkalmazások száma.

A két terület bemutatását követően a következő részben a közszolgáltató szervezetek specifikációjára térek ki, illetve a teljesítménymenedzsment modellek bemutatását végzem el, mert ez szorosan kapcsolódik az értekezésemben célba vett keretmodell felépítéséhez.

III.7. Közszolgáltató szervezetek teljesítménymenedzsmentje

A teljesítménymenedzsmentet alapvetően szakirodalmi leírások alapján kétféleképpen tudjuk értelmezni. Egyik oldalról az egyéni teljesítménymenedzsmenthez köthetően, mikor a középpontban az egyén áll (Bounfour, 2003). A másik oldal, ami a dolgozatomban nagyobb jelentőséggel bír, a komplex szervezeti menedzsment oldal, amelyben az egyén értékelése mellett a közszolgáltató szervezetek és azok szervezeti egységeinek a teljesítményét, – stratégiai és operatív tervekhez, illetve célokhoz kötődő – tervezését, nyomon követését, mérését, a tevékenységről készülő beszámolók, jelentések elkészítését, végül a fejlesztés, a fejlődés érdekében hozott intézkedéseket is egységes, integrált rendszerként működtetik. A teljesítménymenedzsment ilyen értelmezésében szorosan kapcsolódik a szervezetfejlesztéshez, valamint ennek részeként a folyamatmenedzsmenthez, a tudásmenedzsmenthez, a minőségmenedzsmenthez és a változásmenedzsmenthez is.

A teljesítménymenedzsment komplex formában történő alkalmazása a közszolgáltatón belül kezdeti stádiumban van. Ezért a Magyary Zoltán Közigazgatás-fejlesztési Program (www.kormany.hu) konkrét, intézményrendszer szintű teljesítményelvárásokat fogalmazott meg, amelyek az alábbiak:

- eredményesség,
- gazdaságosság,
- hatásosság,
- rugalmasság,
- átláthatóság,
- fejlődésnek vagy alkalmazkodó képességnek való megfelelés.

A közszolgáltató szervezetek teljesítménymenedzsmentjének folyamatát a 12. ábra mutatja be.

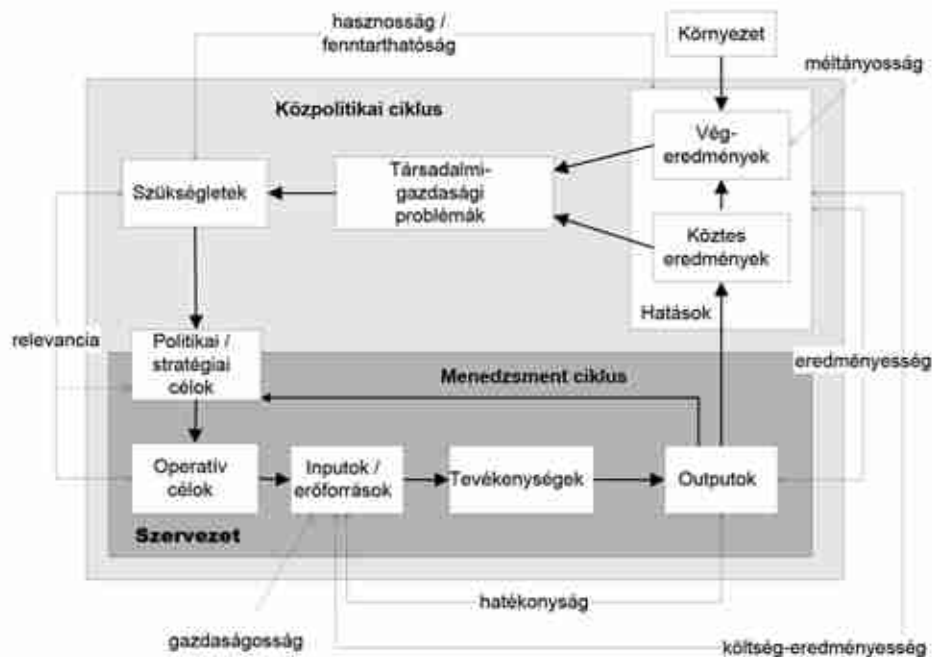


12. ábra Közszolgáltató szervezetek teljesítménymenedzsment folyamata

Forrás: Kociszky-Veresné Somosi 2019

Mint az a 12. ábrán is látható, egy 5 lépésből álló folyamatként azonosítható mutat be, ami a küldetés megfogalmazásával kezdődik, azaz a stratégia alapfolyamatának a lépéseivel egyezőséget mutat. Elsődlegesen a jelen helyzet felmérésére kerül sor, illetve az elvárások megfogalmazására, végül a tervezés és beavatkozás szakasza, ami a folyamat – azt gondolom – lényegi része, hiszen a kivitelezés is ebben a szakaszban zajlik (Nyikos, et al, 2018). Végül egy visszacsatolási hurok, ami szükséges, hiszen ez egy korrigálási lehetőséget is biztosít a szervezet számára.

A 13. ábra egy szervezet teljesítményét mutatja be, ami társadalmi és gazdasági környezetbe ágyazottan jelenik meg. A teljesítménymenedzsment újszerűen irányítási ciklusként jelenik meg, azaz más logikai sémát követ, mint a korábban bemutatott teljesítménymenedzsment versus életciklus. Ha összevetem a két ábrát, kijelenthető, hogy mindkettő folyamatorientált és ciklikusságot feltételez.



13. ábra Teljesítménymenedzsment koncepció a közszektorban
 Forrás: Révész 2015 b, c

A modellben a közpolitikai irányítási ciklus részeként szerepel a szervezetek irányítása, az úgynevezett menedzsmentciklus. Ez a koncepció a teljesítménymenedzsment közszektorban való működését modellezi, ami értelmezhető a helyi közszoigálató szervezetekre is.

A helyi közpolitikai irányítási ciklus (helyi önkormányzat képviselő-testületi ciklus) kiindulópontja a helyi társadalmi-gazdasági környezet, amelyben különböző ügyek és problémák hatásaként a helyi közszektorral szemben cselekvési szükségletek jelentkeznek. Ideális esetben a helyi önkormányzatok képviselő-testületei e szükségletekből kiindulva tervezik meg a közpolitikai cselekvéseket, vagyis az önkormányzat gazdasági programjában, valamint a településfejlesztési programban célokat határoznak meg, ezekhez eszközöket rendelnek, döntéseket hoznak ezekről, majd sor kerül a megvalósításra.

A helyi közösségi szükségletekből származtatott közpolitikai vagy stratégiai célok a végső és alapvető céljait jelölik ki egy szervezet vagy intézményrendszer működésének. A modell alapján a hosszútávra vonatkozó célkitűzések végig gondolása és értelmezése egyrészt a közpolitikai irányítási ciklus, másrészt a menedzsmentciklus feladata. A közpolitikai céljelölés ugyanis csak ritkán jelent az egyes szervezetek számára kellően testreszabott iránymutatást, ezért szükséges (lenne) a szervezetek részéről is ezek értelmezése, hosszú távú stratégiai célkitűzésekre való lefordítása. Az irányítás következő, lényeges lépése az, hogy az általános stratégiai irányvonalakat sokkal konkrétabb és így mérhető célkitűzéseké fordítsák le; ezek az ún. operatív célok, amelyek az egyes közszoigálati szervezetek számára már lényegesen specifikusabb, rövidtávú és a mindennapi működésre vonatkozó iránymutatásul szolgálnak.

Az egyes szervezetek belső működését írja le az input-tevékenység-output modell. A felhasznált erőforrások (inputok), a belső szervezeti folyamatok és tevékenységek eredményeképp konkrét szolgáltatásokká, termékekké (outputokká) válnak.

A modell alapján egy-egy intézmény menedzsmentje tehát elsősorban azzal foglalkozik, hogy a céljai eléréséhez milyen jellegű és mekkora mennyiségű erőforrás szükséges, és miképpen szervezhető meg hatékonyan a belső folyamatok ahhoz, hogy megfelelő mennyiségű és minőségű outputot hozzon létre a szervezet. A létrejött termék vagy szolgáltatás a szervezetet elhagyva valamilyen hatást gyakorol a környezetében, a társadalomban.

A szervezeti szintű teljesítménymenedzsment „*érett formájában*” a 4E (economy, efficiency, effectiveness, equity, gazdaságosság, hatékonyság, eredményesség és méltányosság) modellben a menedzsment ciklust jelenti, azaz a ciklikusan ismétlődő tervezési-mérési-visszacsatolási tevékenységeket támogató és koordináló, a legfontosabb érintettek számára releváns információkkal szolgáló, a szervezet minden szintjén a hatékonyság, eredményesség és minőség javítását célzó rendszert. A szervezetekben nem önálló alrendszerként jelenik meg, hanem inkább olyan folyamatként értelmezhető, amely több funkcionális terület együttműködéseként jön létre, és amelyek között közvetlen és szoros kapcsolat teremthető. Ide tartozik (tartozhat) a célok kijelölését végző tervezési rendszer, a pénzügyi-számviteli rendszer, a kontrolling, a minőségügyi terület, az emberierőforrás-menedzsment rendszere, valamint az információk előállításában szerepet játszó információs rendszer.

III.8.1. A közszolgáltató szervezetek által alkalmazható teljesítménymérési módszerek

A közpénzügyi gazdálkodás (menedzsment) teljesítményének értékelésére nemzetközi szervezetek több módszertant, keretrendszert is kidolgoztak (Pulay, Simon, 2020).

A szervezet cél kijelölését követően elengedhetetlenül fontos a teljesítmény nyomon követése, illetve olyan mutatószám-rendszer kiválasztása és annak a figyelése, mely a kívánt cél eléréséhez hozzájárul. A teljesítményt nem csak egyéni, hanem szervezeti szinten is nyomon kell követni. Hiszen a mérések és értékelések során olyan hibákra derülhet fény, amelyeknek korrekciója során a folyamatok tökéletesedhetnek, illetve a hibák elhárításra kerülnek vagy javításra. Ezt tanulási folyamatnak nevezik, ami hozzájárul egy-egy szervezet teljesítményének a növeléséhez. Azonban meg kell találni a megfelelő módszert, és nem utolsósorban meg kell határozni azt, hogy mit, mikor, hogyan és milyen mutatószámok segítségével mér. A teljesítménymérés célja, hogy tájékoztatást adjon a szervezet céljainak eléréséről, a menedzsment tevékenységének eredményéről. Eszköz a hatékonyság növeléséhez, a kommunikáció javításához, az ösztönzéshez, a munkavállalók jobb megértéséhez (Gál, 2004).

A hagyományos módszerek leginkább pénzügyi mutatókat használnak, amik a múltbeli eseményekhez kapcsolódnak, és ezek a vezetők számára olyan információkat nyújtanak, melyből következtetéseket lehet levonni. Az integrált teljesítménymérő- és értékelő módszerek sokkal inkább jövő orientáltak, így a vezetők a szervezet jövőbeli teljesítményét is befolyásolhatják. Az integrált teljesítménymérő metodikák pénzügyi és nem pénzügyi mutatókat egyaránt alkalmaznak (Lerner, 2007). A nem pénzügyi mutatók már alkalmasak lehetnek a szervezetek „láthatatlan” vagyonelemeinek (például szellemi tőke, ügyfélkör) megragadására és mérésére is, így nemcsak a tulajdonosok elvárásai felől közelítik meg a szervezet teljesítményét. Lerner (2007) munkája alapján a következő elvárások fogalmazhatók meg a teljesítménymérőrendszerekkel kapcsolatban.

1. A szervezeti teljesítményt több szempont alapján kell értékelni, megragadni.
2. Az ok- okozati viszonyok vizsgálata és feltárása elengedhetetlen.
3. Nem csak a múltbeli teljesítmény meghatározó, hanem ezt össze kell kapcsolni a jövőbeli célokkal.
4. Alapja az egyéni teljesítményértékelésnek, így az esetleges specifikációkra, illetve a mérhetőségre kiemelten figyelmet kell fordítani.

Kutatásom fő céljához kapcsolódva ahhoz, hogy egy kórház vizsgálatához a megfelelő teljesítményértékelési rendszer kerüljön kiválasztásra, mindenképpen érdemes megvizsgálni, hogy milyen lehetőségek vannak, azaz milyen módszerek állnak rendelkezésre, amik alkalmazhatók.

III.8.2. Teljesítménymenedzsment modellek

A teljesítménymenedzsment kialakításához keretmodellek alkalmazására van szükség, ezért fontos összehasonlíthatósági kritérium a közsférában való alkalmazhatóság, mely hozzájárul a későbbi módszertan kialakításához. Az összehasonlításom alapgondolata az volt, hogy olyan összerendezést mutassak, ami a korábbi szakirodalmi összefoglalókban ilyen formában még nem történt meg. Az elemzés keretei között 11 féle modellt hasonlítottam össze, melyek differenciált és eltérő prioritást alkalmazó modellek.

Az egyes modellek összehasonlíthatósága 5 kritérium alapján történt meg. A fő vonalat számomra egy modell vizsgálata során a közsférabeli adaptálás jelenti, így az általam elkészített szempontrendszerben ez is megjelenik. Mint korábban említettem, a közsféra esetében széles ágazati skála mutatható fel, így meglehetősen nehéz pontosan meghatározni, hogy mi az, ami az egyes ágazatokban kiemelt fontosságú, és melyek azok az elemek, amelyek egy szervezet teljesítményére hatással vannak. Azonban a társadalmi szintű célkövetkeztetés megvalósítása a fókuszban kell hogy álljon.

A fent bemutatott modellek estében nevesíthetőek hasonlóságok, melyek a következők:

- minden modell jövőorientált,
- integráltmutató-számrendszer használata és kialakítása,
- vevők kiemelt szerepe,
- kulcsfolyamatok alkalmazása és ennek a kiemelése,
- a minőségi mutatók fontossága, illetve ezeknek az elemeknek a mérhetővé tétele,
- minden modell célja a hatékonyság és eredményesség,
- a teljesítménymenedzsment a stratégia egyik fő eleme,
- szervezet és az egyén kapcsolatának fontossága,
- ok-okozati összefüggések feltárása,
- kvalitatív és kvantitatív indikátorok használata.

A mérhetőség kérdése és ezen belül a hatékonyság minden közszolgáltató szervezet életében kiemelt jelentőségű. Hatékonyság számtalan megközelítéssel bír. Ahhoz, hogy egy hatékonysági fokot ki tudjak mutatni, a meghatározása az elsődleges, hogy mit is jelent az adott specifikációs ágazatnál és ez hogyan jelenik meg. Ha általánosságban szeretnénk vizsgálni, három olyan tényezőt tudok felsorolni, ami meghatározza a hatékonyságot, így mindenképpen érdemes ezeket bemutatni (Fodor, 2016).

- **A szolgáltatás hatékonysága**, ami azt jelenti, hogy az adott szolgáltatás a szükséges, de egyben a legkevesebb erőforrás felhasználásával kerüljön előállításra.
- **Technikai hatékonyság**: különböző normákat alkalmazva, újszerű, technológiai megoldásokkal kifejezni.
- **Allokáció hatékonysága**, amit az egyén vagy a társadalom a legtöbbre értékel. Ez önmagában nem elegendő, hanem hozzákapcsolódik az is, hogy az értékeléssel összefüggésben a szervezet hatékonyságot mutat (Pulay, 2012, Pulay et al. 2020).

Már ahogy ezt korábban említettem, a specifikáció határozza meg, hogy adott szervezetben mi nevezhető hatékonyságnak. Azért, hogy jobban megértsük ennek a fogalomnak a jelentését, egy egészségügyi példát szeretnék felhozni, ami a következő:

- A szolgáltatás hatékonyságánál a cél, hogy az intézményben egy szolgáltatás a szükséges, de erőforrások alkalmazásával legalacsonyabb szinten kerüljön felhasználásra. Például egy műtét elvégzésénél ügyelni kell arra, hogy milyen erőforrásokat használunk fel, mind humán tőke, mind pénzügyi tekintetben.
- Technikai hatékonyság, ahol elsődlegesen olyan mutató számokra van szükségünk, hogy az adott osztályokon milyen gépek, hány órát üzemelnek, illetve hogy ne csak a technológiai értelemben vizsgáljuk ezen elemet, fontos az ápolói létszám mutatókkal kifejezve egy adott osztályon (Gaál, 2012).
- Allokáció hatékonysága azt jelenti, hogy a kórház olyan szolgáltatásokat nyújt, amit a közösség, társadalom a legjobban értékel. Például egy gyors ellátás vagy egy jól elvégzett beavatkozás. Mindenképpen fontos, ha a tizenegy modell összehasonlíthatóságát fogom vizsgálni, hogy melyik modell tudja a legjobban ezen tényezőket mérni, és melyik modellt alkalmas ezen tényezőnek, mutatóknak a meghatározására.

Első elemként a **hatékonyság kezelését** határozom meg (Horváth, 2016). A hatékonyság mellett fontos egy módszer **relevanciája** és az, hogy milyen elemek kerülnek előtérbe; melyek a folyamat kulcselemei, és ezek közül mi hangsúlyos, így a másodlagos tényezőként ez, ami kiemelhető a módszertanok összehasonlításában a korlátok meghatározásánál. Fontos továbbá a **módszer alkalmazhatóságának** lehetőségei, ez talán az egyik legfontosabbnak emelném ki a kritériumok között, hiszen nem minden módszertan alkalmas arra, hogy speciális ágazatokban alkalmazni tudjuk.

Továbbá fontosnak tartom, hogy egy rendszer mindenki számára legyen egyértelmű és következetes, így erre az elemre is időt kell szánni. Fontos, hogy az alkalmazottak számára mennyire értelmezhetőek az adott munkafolyamatok és célkitűzések, illetve az értékelés mennyire következetes és tartható. **Egyértelműség és következetesség** a következő összehasonlíthatósági szempontom. A következetesség kérdésből adódik a modell korlátainak a megléte, így mindenképpen ez a szempontot is fontos bevonni. Például milyen kijátszhatósága van a modellnek, illetve milyen olyan elemekkel rendelkezik, amik a mérhetőséget eltorzítják. Azt gondolom, számos olyan elemet felsorolhatnék, amik kapcsolódnak a kutatásomhoz, de a fő értékelési szempontjaim tükrözik az egyes modellek használhatóságának a kihívásait, elsősorban a közmenedzsmentbe való adaptálhatóság területén (Veresné Somosi, et al 2016).

Összehasonlíthatósági kritériumként az alábbi elemeket fogalmaztam meg:

- hatékonyság
- modellek relevanciája és központi elemei
- modellek alkalmazhatósága
- egyértelműség és következetesség

Ezen elemek a vizsgálataim alapján kerültek megfogalmazásra, azonban kiegészítésre szorulnak, a jobb összehasonlíthatóság miatt. Ha a korlát szó fogalmával találkozunk, azt feltételezzük, hogy valami megvalósulásának útjában valamilyen elem, tényező áll. Mivel az általam használt teljesítményértékelési modellek inkább az üzleti menedzsment területről származnak, így ez már egy korlátot eredményez és átalakítást feltételez. A következőkben arra keresem a választ, ha egy modell-összehasonlíthatóságot szeretnék vizsgálni, illetve korlátot szeretnék meghatározni, akkor milyen elemekkel kell kiegészítenem a már fent összefoglalt elemeim. Ha modell alkalmazást vizsgálunk, azt gondolom, az egyik alapvető elem a **kijátszhatóság** kérdése, hogy az bevezetéssel és használattal párhuzamosan ezen tényező hogyan jelenik meg, mi az, amire figyelni szükséges. Tehát ezen elemmel bővíttem az összehasonlítási tényezőimet, és a következőkben megvizsgálom, hogy az általam már korábban vizsgált modelleknél hogyan jelennek meg ezen szempont. Az összehasonlíthatósági tényezőket a 14. ábra mutatja be számunkra.

Összehasonlíthatósági tényezők elemei	Hatékonyság
	Modellek relevanciája
	Modell alkalmazhatósága
	Egyértelműség és következetesség
	Kijátszhatóság

14. ábra Összehasonlíthatósági tényezők elemei
Forrás: Saját szerkesztés kutatásaim alapján

III.8.3. Modellek összehasonlítása, korlátok keresése

7. táblázat : Teljesítményértékelő modellek összehasonlítása meghatározott szempontok alapján

	<i>Hatékonyág</i>	<i>Modell relevanciája, központi elemei</i>	<i>Modell alkalmazhatósága</i>	<i>Egyértelműség és következetesség</i>	<i>Kijátszhatósága</i>
<i>Balanced Scorecard Modell</i>	Egyre nagyobb hangsúlyt kap a jól strukturált szervezet. Sok elemet, folyamatot képes kezelni, így a hatékonyság kérdése is kiemelkedő.	A szervezet látja folyamatait, látja milyen vevő vagy ügyfélköre van. Tisztában van a humántőke értékével, illetve pénzügyi helyzetét is reálisan látja, kezeli. Perspektívák alkalmazása, mint pénzügyi, vevői, működési és tanulási perspektívák.	Az „egyensúlyi dimenziókon” keresztül a vállalat fontos területeinek teljesítménymutatói nem tarthatók egyensúlyban.	Mivel a teljesítmény értékelés hierarchia szintekhez kapcsolódik, és ezen szintekhez tartoznak a teljesítmény elvárások is, így ez egy bizonytalanságot mutat. Illetve az eredmények rossz értékelése is befolyásolja a következetesség kérdését. A stratégia lefordítása mutatószámokká. A mutatószámok közötti hatásbeli összefüggések feltárása	A mérőszámok tökéletességének kényszere átláthatatlanná teheti a rendszert.
<i>Teljesítmény prizma</i>	Érintettek elégettségén van a hangsúly, így a hatékonyság fókuszában is ez helyezkedik el.	Az érintetteket bevonja a szervezeti teljesítményértékelésbe. Központi elemként jelenik meg az érintettek elégedettsége, folyamatok, stratégiák és képességek.	Az érintettek által, illetve a velük szemben támasztott igények és elvárások nem kielégítő kezelése.	A teljesítménymutatók nincsenek összhangban az érintettek igényeivel, de a folyamatokkal és stratégiákkal szemben sincs összhang. A teljesítménymutatók véletlenszerű választása	Olyan mutatók alkalmazása, mely nem követi nyomon a kiválasztott stratégiát, nem tudja azt nyomon követni. A mutatók felhasználása így a stratégián belül egy torz képet jelenít meg.

	<i>Hatékonyág</i>	<i>Modell relevanciája, központi elemei</i>	<i>Modell alkalmazhatósága</i>	<i>Egyértelműség és következetesség</i>	<i>Kijátszhatósága</i>
				a belső folyamatokhoz kapcsolódóan.	
Hoshin	Gyorsan tud reagálni új helyzetekre, környezeti változásokra.	Vállalati munkatársak tevékenysége, rövid reakcióidő a környezeti változásokra. Fontos a reakcióidő tervezése és az eszközfelhasználás is.	Mindig a vállalat kritikus problémáira vonatkozik a Hoshin menedzsment.	Önértékelés ciklikussága nem folyamatos teljesítési szintet feltételez. Periodikusan változó rendszer miatt nehezen nyomon követhető.	A célok/célértékek lebontásának nem megfelelősége a belső vertikális és horizontális hierarchia mentén.
EFQM	Központban a hatékonyság, és ennek érdekében próbálnak minden meglévő erőforrást optimálisan felhasználni.	Leghatékonyabb felhasználása a fő cél, érdekelt felek elérése, hatásosság növelése érdekében az erőforrások összerendelése. Központban az adottságok és az eredmények állnak.	Az elkötelezettség nem kialakult, így a hiánya meglehetősen rontja a modell alkalmazásának hatékonyságát.	Önértékelés ciklikus, ebből adódóan időszakosan vannak kimagasló teljesítmények.	Kérdőív összeállításánál nagyon szubjektív tényezők vesznek részt és a szöveges értékelésben is.
CAF	Minőség kiemelt szerepe. TQM bevezetése és használata. Önértékelés fontossága és elősegítése.	Egyéni igényeikhez, szervezeti sajátosságaihoz szabhatják a modell alapjául szolgáló kérdőívet (9 kritérium és 28 alkritérium).	Közszféra minden területén, a közszolgáltatásban és a közszolgálati szervezeteknél egyaránt alkalmazható legyen európai, állami, regionális és helyi szinten is.	Több szempontból kell értékelni: a szervezet teljesítménye (kitűzött céljai) alapján, az állampolgárok/ügyfelek szempontjából, a munkatársak nézőpontjából, valamint a társadalmi hatások alapján.	Bár a hibák az önértékelés kapcsán azonosíthatók, de nem minden esetben adnak valós képet, így az akadályok leküzdése nehézkes.
RADAR	Stratégia folyamat mentén elemzi a szervezetet. 3 fő elem játszik szerepet.	Üzleti teljesítmény helyett kulcsfontosságú teljesítménymutatók megnevezés szerepel.	Szervezet irányítási (menedzsment-) rendszerének megtervezésére.	Stratégiát megadott szempontok alapján értékeli, így egyes intézmények ugyanazon	A szervezet által meghatározott kritérium lista alapján történik az értékelés.

	<i>Hatékonyág</i>	<i>Modell relevanciája, központi elemei</i>	<i>Modell alkalmazhatósága</i>	<i>Egyértelműség és következetesség</i>	<i>Kijátszhatósága</i>
	Megközelítés, alkalmazás és az értékelés.			kritérium mentén összehasonlíthatók.	
DEA	Minél alacsonyabb input felhasználással a lehető legmagasabb output érték elérése.	Szervezeti összehasonlíthatóság tekintetében használható. Szervezet specifikált elemekkel.	Vállalati működés eredményességének és gazdaságosságának folyamatos nyomon követése, ami információt szolgáltat a különböző vállalati döntésekhez.	Stratégiai irányelvekhez igazított input és output kritérium jellemzik, mely alapjaként szolgálnak egy összehasonlíthatóságnak.	Input és output kritériumok összehasonlíthatósága miatt egy keretet kell adni az elemzésnek.
Virginia Performance	Konszenzus kialakítása. Megterezett startégiához való alkalmazkodás.	Adaptív rendszer, amely figyelembe veszi az egyes mutatóknál az állam jelentős vagy korlátozott befolyásolási képességét.	Helyi szintek számára is elérhetőek legyenek, a lakosság és a jogalkotók is megfelelően tájékozódhassanak, és a szükséges információk birtokában dönthessenek a helyi ügyekben.	Rendszer automatikusan beemeli a szükséges adatokat a Performance Budgeting rendszerből és más adatbázisokból.	Az eredményalapú megközelítés alapvető szemléletváltással jár együtt, ez a mindenkori irányítás feladata.
Scotland Performance	Folyamatosan fejlődő, mégis áttekinthető forrása legyen a kormányzati teljesítmény értékelésének.	Csúcán egy átfogó jövőkép, vízió helyezkedik el, amely szerint a kormányzati intézkedéseknek és az állam erőforrásainak azt a célt kell szolgálniuk, hogy még sikeresebb országgá lehessen válni.	Módszertani tekintetben fontos megemlíteni, hogy mind az egyes célkitűzések (pl. gazdasági növekedés), mind a nemzeti indikátorok (pl. az export növelése) egységes szerkezetben épülnek fel.	Az indikátorokhoz rendelt értéktényező (pozitív vagy negatív) a változás irányának értékelését fejezi ki.	Az indikátorok validálását egy vezető köztisztviselőkből és elemzőkből álló értékelő csoport végzi.

	<i>Hatékonyág</i>	<i>Modell relevanciája, központi elemei</i>	<i>Modell alkalmazhatósága</i>	<i>Egyértelműség és következetesség</i>	<i>Kijátszhatósága</i>
SZTÉR	Szervezeti alapértékekhez való, alkalmazkodás , mutatószámok.	Szervezet alap folyamataihoz kapcsolható mutatók alkalmazása.	Közsféra és versenyszféra bevált értékelési technikái közé tartozik.	Szervezeti teljesítményértékelésre használják, így a szervezet által leírt mutatókkal számol és elemez.	Hierarchia szintek számát nem minden esetben tudja megfelelően kezelni.
Célkitűz-és Mátrix	A célok lebontása és az azokkal kapcsolatos tevékenységek végzése során egy teljes teljesítményt tükröző pillanatnyi értékek meghatározása.	Mutatókra megkapott értékek súlyozott összeadása után kapott végeredmény reprezentálja az adott csoport vagy egyén a vizsgálat időszakára (pl. hónap, év) vonatkozó, teljes teljesítményét.	Szervezet stratégia céljai mérésére alkalmas eszköz rendszer.	A mátrix oszlopai egy-egy csoport jellegű vagy egyéni céllal vannak kapcsolatban és minden egyes célhoz tartozik egy, a cél elérésének fontosságát reprezentáló súlyfaktor.	Stratégiai cél központú, az operatív tevékenységeket nem méri.

Forrás: Saját szerkesztés (Kucsma, 2017;Kucsma,2018;Kucsma,2019; Veresné Somosi,2006;Veresné Somosi,2013;Gaál,2012;Gyököér, Finna, 2008; Gary, 2001;Kaplan, Norton, 1998)

Alapkutatásom fókuszában az áll, hogy egy olyan teljesítménymenedzsment modellt dolgozzak ki, aminek alkalmazása hatékony rendszert eredményez a közszolgáltató szerveknél. Az összefoglaló táblázat bemutatásával kettős célt tűztem ki, egyrészt a modellek tulajdonságainak és korlátainak megismertetése, másrészt pedig egy még részletesebb kép alakuljon ki az általam kiválasztott modellekről. A hatékonyság, a relevancia és az alkalmazhatóság kérdése inkább a másodlagos célt szolgálja, még ezzel ellentétben a korlátok keresésében a következetesség, valamint a kijátszhatóság kapott fókuszot. A hatékonyság kérdésével kiemelten foglalkozom, mert ez a közszolgáltató szervezet működésének fő mércéje.

Valamennyi bemutatott modell alkalmazása általános, és a korlátok kiküszöbölése után sem tudom azt mondani egyik modellre sem, hogy a szervezet számára a legnagyobb hatékonyságot nyújtja. Tehát mindenképpen szervezeti adaptációt kell végezni, azaz úgy kell összeállítani egy keretmodellt, hogy ezen modellek elemeit keverten tartalmazza és használja (Veresné Somosi, 2017).

Egy olyan módszertani összehasonlítás volt a célom, ami újszerű, hiszen a szakirodalmi források általában a legnépszerűbb modellek összehasonlításával foglalkoznak. Szeretnék egy olyan komplex módszertani összehasonlítást kiválasztani és bemutatni, ami kifejezetten közszférában és egészségügyben is alkalmazható. A továbbiakban az összehasonlítás alapján kiemelem az egyes módszertanokból az egyedi, illetve a céljából releváns elemeket.

A *Balanced Scorecard* módszer előnye, hogy ez a modell egy nagyon jól kidolgozott koncepció, ami hierarchia szintekhez kötött, ezáltal ennél a módszertannál a legkönnyebb a szervezeti elvárások lebontása egyéni szintre. A költségkontroll alkalmazása jól támogatja a módszer alkalmazását, ami kiemelten fontos az egészségügyi terület finanszírozása szempontjából.

Hátrányként sorolható, hogy a kidolgozott stratégiát lebontja mennyiségi és minőségi mutatószámokra, ami a gyakorlatban sokszor erőltetettnek bizonyul. A kijátszhatóság kérdése is releváns, mert a mérőszámok kialakítása eredményezhet torz adatokat, ami nem az aktuális teljesítményt fogja mérni és mutatni számunkra.

Következő választásom a ***Teljesítményprizmára*** esett, ami vevőelégedettség szempontjából kiemelkedő számunkra, tehát megpróbál olyan elemekre fókuszálni, ami a vevő, vásárló, ügyfél igényeit egyidejűleg a lehető legmagasabb szinten elégíti ki. A korlát kialakulása kutatásnak való megfelelésből adódik, így a mutatók nincsenek összhangban az érintettek igényeivel, a mutatók véletlenszerű kiválasztásán van a hangsúly, így sok esetben nem illeszkedik az elfogadott és kialakított stratégiához. Ez nem csak a közszolgáltató szervezeteknél jelent korlátot. A vevőknek való megfelelés itt a legfőbb cél, vagyis az hogy olyan szolgáltatást nyújtson a szervezet, ami az érintettek igényeit kielégíti.

A ***Hoshin mendzsment*** alkalmazása is nagyon elterjedt módszertan, hiszen a gazdaság és a környezet gyorsan változik, így a modell alkalmazásával a vállalat nagyon gyorsan tud reagálni. Ez az üzleti modell talán a legkevésbé elterjedt közszférában, hiszen ebben a szektorban nem jellemzők az olyan gyors változtatások, mint egy versenyszférában. Korlátként kell megemlíteni, hogy a gyors reakcióidő miatt a vállalat kritikus problémáival foglalkozik, így a teljesítési szint nem folyamatos. A közmenedzsment elvárása alapvetően a teljesítési szintek megtartása és az alapvető igények kielégítése, így ez a modell alkalmazása nehézségeket von magával a közszféra területén.

Az **EFQM** és **CAF** módszerek központjában a hatásosság áll, és próbálnak minden meglévő erőforrást a lehető leghatékonyabban felhasználni. A hatásosság vizsgálata nem egyszerű dolog, azonban a közszféra esetében is szokásos ezen elemzéseket elvégezni és használni. Ami a közmenedzsmentben korlátot jelent, hogy a modellt ciklikusság jellemzi az önértékelés során, így vannak kiugró teljesítmények, és vannak nagyon alacsony mutatók is. Egy közszolgáltató vállalat esetében, például egy kórházban nem megengedett, hogy egy munkatárs kampányszerűen dolgozzon jól, mindennap ugyanazt az ellátást kell biztosítani a betegek részére. A modell alkalmazása során egy kérdőívet is használ, ami növeli a szubjektív értékelés mértékét. Egy olyan összetett szervezetnél, mint a kórház, nehéz a kulcsfolyamatok eredményének egyenszilárdságú meghatározása.

A **RADAR módszer** előnye, hogy a szervezetet a stratégia folyamata mentén elemzi, és ehhez kapcsolja a teljesítménymutatókat. Fő célja a szervezet irányítási rendszerének megtervezése, a hatékony működés eléréséhez. Ugyanazon mutatók kialakítása több szervezet összehasonlítását teszi lehetővé, azonban ez meghatározott kritériumlista alapján történik, mellyel nem minden szervezet ugyanúgy mérhető vissza, ez függ a szervezet adottságaitól.

A **DEA** modell meghatároz egy olyan szinten, ahol az egyes szervezetek relatív hatékonyságot mutatnak. Ugyancsak egy szervezeti összehasonlíthatóság a koncepció alapja, hiszen az egyes intézmények méréséhez input és output mutatókat rendel, és ez alapján definiálható a hatékonyság. Segít a szervezetek eredményeinek nyomon követésében, és hozzájárul a vállalati döntésekhez. Hátránya, hogy az összehasonlíthatóság miatt egy keretet kell adni a használatának, azonban a vizsgált intézmények nem minden esetben azonosan felelnek meg e keretfeltételeknek.

A **VIRGINIA Performance** módszer elsődlegesen a megtervezett stratégiához való alkalmazkodásra törekszik, ami egy célorientált vezetéshez vezet. Aktuális mutatók, időszakos felülvizsgálat és frissítés alkalmazása az egyik nagy előnye a módszertannak. Fontos az elégedettség, így a lakosság és a helyi szervezet tájékoztatása elsődleges feladatként jelenik meg. Hátránya, hogy alapvető szemléletváltással jár, ami a menedzsment számára jelentős többlet feladattal bír.

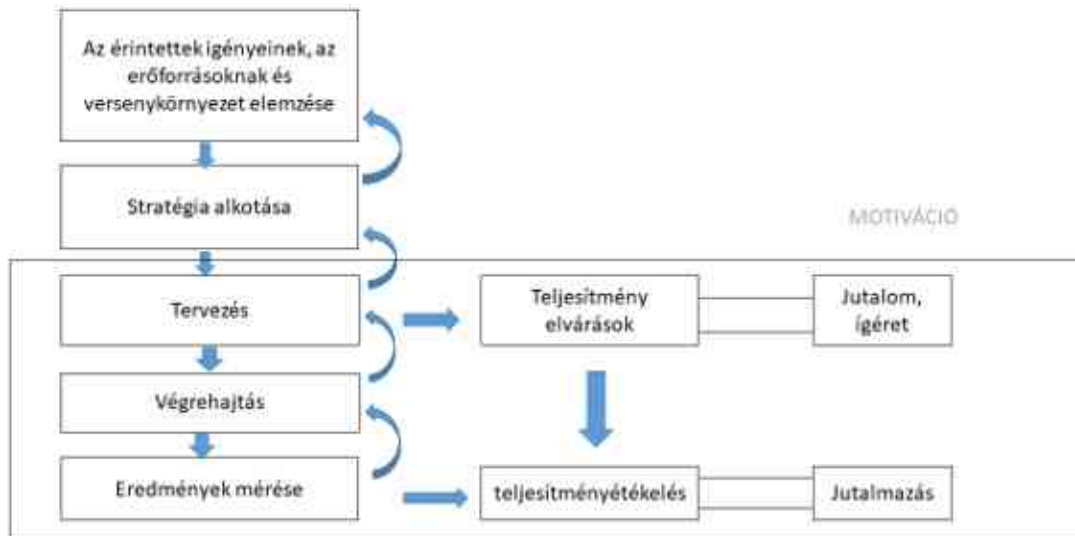
A **SCOTLAND Performance Módszer** makroszintű sikerességhez való alkalmazkodás az elsődleges célja, illetve a magas szolgáltatási színvonal elérése. Mind mikro, mind a makroszintű mutatók használata hozzájárulnak a jövőorientált stratégiához. Hátránya, hogy a validálását köztisztviselőkből álló csoport készíti, ez az elemzésekben is megjelenik mint egyoldalúság.

A **SZTÉR** szervezeti alapértékekhez való alkalmazkodás az elsődleges, specifikáltan szervezetekre szabható és az alapfolyamatokhoz illeszthető. Hátránya, hogy az szervezeti szintek számát nem tudja megfelelően alkalmazni a modellbe.

A **Célkítűzés mátrix** a célok lebontását követően egy pillanatnyi teljesítmény meghatározása az elsődleges feladata. Illetve ezt követően egyes fázisok súlyértékének összeadása után kapott értékeket rangsorolja. Ugyancsak egy stratégiai eszköz. Hátránya, hogy a stratégiai és az operatív tevékenyégeket nem tudja különválasztani, így az eredmények jövőbeni adaptálása nehézkes.

Mérési alapok egy teljesítménymenedzsment rendszerben

Az általam bemutatott és összehasonlított modelleknél látható, hogy mindegyikben vannak olyan elemek, melyek egy integrált teljesítménymenedzsment rendszerbe adaptálhatóak. Szakirodalmi kutatásaim alátámasztják és bemutatják, milyen lehet egy ilyen rendszer. Veresegyházy modelljét a 15. ábrában ismertetem, mely jó alapot teremt annak a megítélésére, hogy minek kell megfelelni egy ilyen integrált rendszernek. Egy olyan folyamatot mutat be, ami adalékul szolgál egy integrált rendszer kialakításához.



15. ábra Integrált teljesítménymenedzsment rendszer
 Forrás: Saját szerkesztés (Veresegyházy 2005) alapján

Ennek a rendszernek a működési feltételei

- Érdeemes arra figyelni, hogy a szervezet tagjai, mind a munkavállalói, mind a vezető szinten a célokat azonosan értelmezzék.
- Fontos, hogy ne csak értelmezzék ezeket a célokat, hanem azonosulni is tudjanak ezekkel.
- Az elvárások részletes ismertetése kiemelt, hiszen ekkor tudnak megfelelő teljesítmény nyújtani az érdekeltek.
- A támogatás a cél eléréséhez elengedhetetlen.
- Képességek és készségek párosítása az adott munkához szükséges.
- Erőforrás biztosított legyen, megfelelő számú és minőségű.
- A belső folyamatok tervezése és optimalizálása elengedhetetlen.

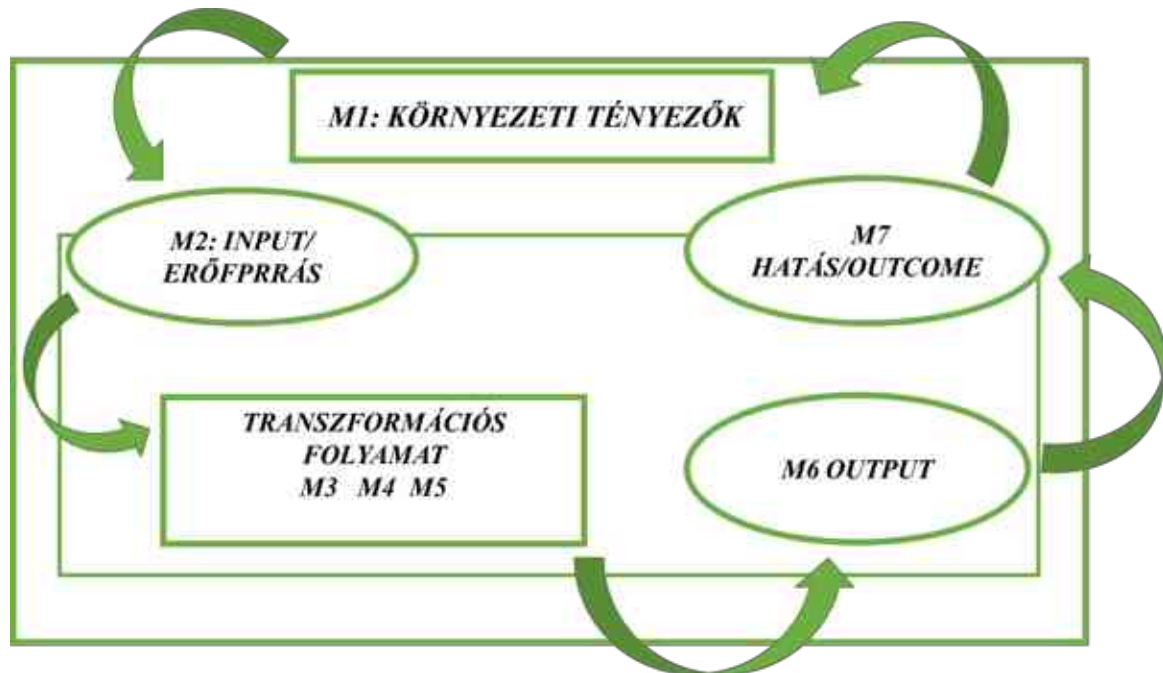
Ha a fent említett elemek kialakításra kerülnek, elkerülhetetlen az integritás tartalmi megközelítését is bemutatni. Fő célom annak a bemutatása, hogy az integritás és egy közszolgáltató szervezetnél milyen formában jelenik meg.

Közpénzeket felhasználó szervezeteknek a küldetés megfogalmazásával egyidejűleg meg kell fogalmazni normákat, amik segítenek a működésüket behatárolni. A társadalmi közgondolkodás, a társadalom által elvárt értékek közül az etikai elvárásoknak kiemelt jelentősége van a közszolgáltató szervezetek küldetésének megfogalmazásakor (Domokos 2019). A kiszolgáltató szervezetek fenntarthatósága sok mindentől függ, például az etikus magatartás is az egyik lényeges tényező, ami az jelenti, hogy úgy használja fel a szervezet a közpénzt, amire szolgál az a forrás, tehát nem él vissza az intézményrendszer jogosultságaival (Szendi, 2023). Az értékrend az a biztos tájékozódási pont, amely alapján kijelölhető a küldetés és célrendszer.

Ahhoz, hogy a teljesítmény mérhető legyen, szükséges, hogy információk álljanak rendelkezésre az adott vizsgált szervezet teljesítményéről. Ezért fontos a 15. számú folyamatábrán összekapcsolt hármas egység, a tervezés, a végrehajtás és az eredmények mérése. Az információ megszerzése pedig a mérés és a mért adatok értékelése. Érdeemes azonban megemlíteni, hogy a teljesítmény több dimenzió mentén történő mérése értelmezhető,

így kijelenthető, hogy mind a teljesítménynek, mind egy integrált rendszer kialakításának fontos előzménye a mérés.

Lázár 2002 megközelítése alapján „a mérés egy adott tapasztalati viszonyrendszer leképezése egy számszerű viszonyrendszerben”. Révész (2015) ezen az információk alapján egy olyan modellt ábrázolt, mely normatív módon modellezi a teljesítménymenedzsment közsférabeli működését, körforgását, amit a 16. ábra mutat be számunkra.



16. ábra Teljesítménymenedzsment közsférabeli körforgása
Forrás Saját szerkesztés (Révész 2015) alapján

Ennek a modellnek relevanciája és újdonság tartalma a különböző mérési pontokban található. Mérési pontként jeleníti meg:

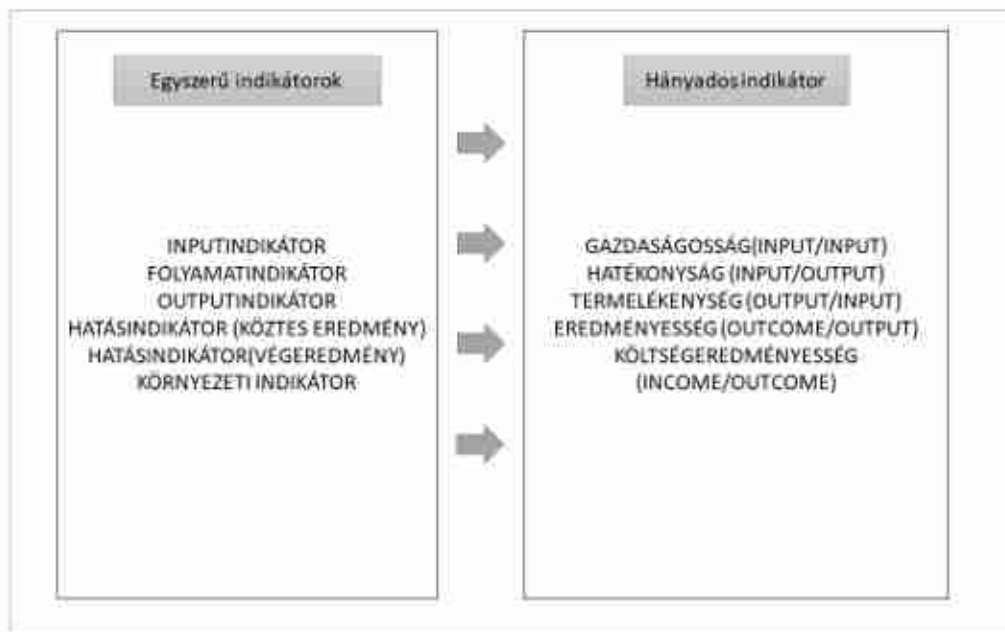
- az erőforrás mennyiséget,
- a transzformációs folyamatot,
- az outputot,
- a hatást,
- a környezeti tényezőket.

A modellben lényeges elemként jelenik meg a gazdaságosság és a hatékonyság, ami kiemelt szerepet játszik kutatásaim során, és amihez természetesen az indikátorok is szükségesek, illetve a bementi és kimeneti tényezők, amelyek alapként szolgálnak egy közszervezet hatékonyságának megítélésében. A szakirodalomban a szervezeti szintű teljesítménymenedzsmentről szóló publikációkban is a teljesítmény leírásakor a gazdaságosság, a hatékonyság és az eredményesség nézőpontja szerepel. (economy, efficiency, effectiveness)

A modell fontos üzenete leginkább az eredményesség, azaz a szervezeti output és ennek hatására létrejövő eredmények. Nem csak az elért hatások vannak kiemelt szerepben, hanem ezt kiegészíti a méltányosság vizsgálata a közszektorban. Révész példáját bemutatva az egészségügy területén nagyon jól szemléletes ennek a tényezőnek is a kiemelt szerepét. Egészségügyi ellátások esetén ez azt jelenti, hogy ugyanazon betegség esetén a biztosítottak egyforma esélyt kapnak arra, hogyan ugyanazon ellátást kapjanak a betegségük kezelésére,

minden speciális tényezőt (jövedelem, lakóhely stb.) félretéve. Ez a tényező inkább makro és mezo szinteken jelenik meg.

Mérhetőséghez kapcsolódóan érdemes az indikátor típusokra is kitérni, amik lehetővé teszik a hibák kiszűrését és az elvárt mutatók elérését. Bouckaert és Van Dooren (2006) eredményeinek kiindulási alapjai az egyszerű indikátorok és az ezekből levezethető hányados indikátorok, melyet a 17. ábra mutat be. Ezen mutatók a DEA elemzés során a gyakorlatban is megjelenítésre fognak kerülni. Érdemes megemlíteni, hogy mind az egyszerű, mind a hatáshányados indikátorok szerepe nagy, hiszen az elsőként az egyszerű mutatók felvázolása elengedhetetlen ahhoz, hogy a későbbiekben a komplexitás felé haladjunk, és a hányados indikátorok kerüljenek definiálásra, illetve gyakorlati alkalmazásra.



17. ábra Indikátor típusok bemutatása

Forrás : Saját szerkesztés(Van Dooren 2006)alapján

A teljesítménymenedzsment közszolgáltatón belüli alkalmazása még nem tekinthető általánosnak. Ezért vált szükségessé annak a közszolgáltat valamennyi területénél használható módszerkombinációnak a kialakítása, amely alapjául szolgálhat a szervezeti szintű, komplex teljesítménymenedzsment elvek széles körű elterjesztéséhez. A szervezetek teljesítménymenedzsment rendszerét a közszolgáltatón belül is, fentről lefelé haladva, a stratégiai céloktól az operatív célokig és az egyén szintjén érvényesülő teljesítménykövetelményekig eljutva kell kialakítani. Fontos a vizsgálat megkezdése előtt egy néhány alapfogalmat tisztázni, amelyeket az értékelés empirikus vizsgálataiban is alkalmaznak.

Az *Input teljesítményt*, mind indikátor típust az határozza meg, hogy a szervezet erőforrásai milyen mélységben állnak rendelkezésre a működéshez. Ennek a hatékonyságvizsgálatnál lesz jelentősége, hiszen az input tényezők azon tényezőket mutatják a kórházak vizsgálata során, amelyeket a jelenlegi erőforrásokból képesek teljesíteni. Egy hatékonyságvizsgálat során pedig az a feladat, hogy kiszámítsuk ezen képesség kihasználtsága mekkora. Második fogalom, ami bemutatásra kerül az az *output teljesítmény*, ami pedig azt mutatja meg, hogy a szervezet által előállított termék milyen mennyiségben és nem utolsósorban minőségben kerül előállításra.

Azaz a DEA vizsgálat során azt mutatja, hogy mekkora a kapacitáskihasználás, és mennyi az ellátott betegek száma. A fogalmi magyarázat a minőségi jellemzőire is kitér, ez is mérhető, hiszen a betegek visszacsatolása mutatja, azonban erre a kutatásom nem tér ki. Az *outcome teljesítmény* pedig nem jelent más, mint a szervezet által kialakított és teljesített munka végeredményét vagy eredményét. Továbbá érdemes részletezni a költségvetési mutatókat vagy másnéven gazdasági mutatókat, hiszen olyan költségeket jelenítenek meg az elemzés során, ami megmutatja az igénybe vett külső és belső erőforrásokhoz mekkora nagyságú költségeket használnak fel. Már korábban is említettem, hatékonyság, eredményesség és hatásosság fogalma is meghatározó. A hatásosság fogalmára térnék ki részletesen. Az a tényező mutatja meg a szervezet számára mi a hatásosság, melynek változása az eredmények teljesítésének mértékével megmutatja a kívánt közép- és hosszútávú célok elérését. Tehát leegyszerűsítve azokat a tényezőket kell mérni, amik hatással vannak az előirányzott célokra, aminek a mértéke leírja a hatásosságot a szervezetben.

Egy teljesítménymenedzsment-rendszer teljesítménymutatóiról a kialakítás szempontjából kétféle különböztetünk meg: a *stratégiai és az operatív* időhorizontot. Ha közép- és hosszútávú célokról beszélünk, akkor nyomon követés szempontjából a közép- és hosszútávú stratégiai célok a legjelentősebbek a felsővezetés számára. Fontos a visszajelzés, így félévente, évente egy felülvizsgálatot kell elvégezni, így téve lehetővé a jövőbeli beavatkozások előkészítését.

A rövidtávú, egy költségvetési cikluson belüli célok, teljesítménymutatók széleskörű, elemi információkat tartalmaznak, mindenekelőtt az operatív vezetést ellátó döntéshozók számára. Ez esetben is kettős funkció teljesítéséről beszélünk, mégpedig az „azonnalos” akciók, feladatok, részfeladatok meghatározásáról, illetve ezek folyamatos nyomon követéséről. Ez esetben olyan évközi, rendszeres visszacsatolást célravezető kialakítani, amellyel a sürgős, halaszthatatlan beavatkozások megtételére lehetőség nyílik.

A közszolgáltató szerveknél nem a pénzügyi nézőpont áll a hierarchia tetején, hiszen itt nem a pénzügyi siker az elsődleges, hanem sokkal inkább a küldetésnek való megfelelés és az elégedettség elérése kerül fókuszba. Például az ügyfél és a bizalmi nézőpont érvényre juttatása, az itt meghatározott teljesítményelvárások és célok teljesítése. Kutatásomban elsődlegesen ezt szeretném igazolni, illetve azt, hogy egy közszolgáltató vállalatnál is van jelentősége a teljesítménymérésnek, és ehhez kapcsolódóan a stratégiai kialakításnak is.

III.8. Mértékadó fogalmak meghatározása

A szakirodalom strukturált áttekintése után összefoglalom azokat a megközelítéseket, irányzatokat, melyeket a különböző módszertani feldolgozások során alapnak tekintek.

A teljesítmény irányzatainak vizsgálata során számtalan fogalom és dimenzió jelent meg, amelyek közül – értékítéletem szerint – a közszolgáltató szervezetek vizsgálatához legjobban illeszkedő megközelítésre esett a választásom.

„A **teljesítmény**, olyan kétdimenziós elmélet, ahol az egyik dimenzió a **célok eléréséhez, valamilyen outputhoz, eredményhez kapcsolódik**, míg a másik az **outputok eléréséhez szükséges erőforrás felhasználását elemzi**. Tehát fontos az erőforrásokat és az outputokat meghatározni és ezekre összpontosítani, így ezt tekintem mértékadónak a későbbiekben” (Wimmer, 2000. 24 pp.).

Bármilyen közszolgáltató szervezetről beszélünk, fontos a különböző időhorizontú célmeghatározás a hozzákapcsolt felhasznált erőforrások és az ezekhez kapcsolható outputok

meghatározása. Kutatásomban ez kiegészítem a Kaplan és Atkinson (2000) által meghatározott szolgáltatási szinttel. Vizsgálataim során egészségügyi intézményekkel foglalkozom, ezért mértékadó a Kaplan Atkinson megközelítésével történő kiegészítés alkalmazása, hiszen a szakellátás, illetve az ellátás színvonala az egyik legjelentősebb output a kórházi szervezet számára (Orosz, 2018).

A teljesítményirányzatok dimenzióinak vizsgálata során két olyan elem került előtérbe, ami egy teljesítménymenedzsment rendszer kialakításához és működtetéséhez nélkülözhetetlen.

Ez az eredményesség és a hatékonyság. Természetesen ez a két fogalom is komplex áttekintést igényel, illetve érdemes ehhez kapcsolódóan meghatározni, hogy a vizsgált szektor milyen specifikációkat hordoz.

Az eredményesség egy széles körben alkalmazott fogalom, ami összefüggésben van a következő kérdésekkel:

- Mit mérünk és milyen eszközökkel?
- Az eredményeknek milyen felhasználhatósága van?

Sok esetben az eredményesség kimeneteket mér, ebben az esetben mindig két állapot rögzítése szükséges. Elsődlegesen, hogy milyen a kiinduló állapot, illetve ehhez kapcsolódóan a kitűzött célok, másik állapot pedig egy lezárt időszak, ahol megvizsgálható, hogy a lezajlott fejlődések során mennyire sikeres a kitűzött cél teljesítése. A szakirodalmakban való kutatás során egy komplex fogalmat találtam, amit eredményesség tekintetében mértékadónak tartok. Ez a következőképpen hangzik:

Eredményesség: a kitűzött célokat **milyen mértékben sikerült elérnie** a vizsgált szervezetnek (Gajduszek, 2011b).

Itt kiegészítésként megfogalmazható, leírható, hogy természetesen a fent említett állapot rögzítések szükségesek a fogalomban leírt mértékek meghatározása során. A másik tényező, ami ugyancsak kutatásom fókuszában van az a **hatékonyság**.

Hatékonyság: az eredményeket **milyen ráfordítással érik el**. Hatékonyabb egy tevékenység, szervezet, ha **azonos ráfordítással nagyobb eredményt ér el**, vagy **kisebb ráfordítással ér el másokkal azonos eredményt**. A ráfordításokat és az eredményeket (inputokkal és outputokkal) határozzuk meg a közsféra esetében. Vannak olyan esetek, ahol fizikai mennyiségben is meghatározhatjuk (ellátott betegek száma - ráfordított munkaórák száma) (Gajduszek, 2011b).

Választásom azért erre a fogalomra esett, mert körülírja, hogy a hatékonyságot több oldalról lehet figyelembe venni. A ráfordítás szó **nem feltétlenül a pénzbeli mutatókon** alapszik, lehet egy befektetett tudás vagy akár a munkavállalók száma is, illetve vannak olyan esetek is, ami az általam vizsgált ágazathoz is illeszthető, ahol fizikai mennyiségben is meghatározhatóak az egységek, például az ellátott betegek száma.

Tehát összegezve: fontos az, hogy **milyen eredményeket tűz ki a szervezet célul**, milyen **erőforrásokat** használ fel ehhez. Végül a kimenet is lényeges, hogy milyen eredményességet és hatékonyságot mérhet a szervezet. Természetesen ehhez kapcsolódnia kell egy teljesítménymenedzsmentnek is, amennyiben szervezeti hatékonyságot és eredményességet szeretnénk meghatározni.

Minden szerző definíciójában benne van a **folytonosság**, így a teljesítménymenedzsmentre én is egy **folyamatként** tekintek, ami mérőszámokon, eredményeken és indikátorokon alapszik. (354/2017 XI. 29 kormányrendelet) Lehet, hogy ez a fogalom nagyon általános, azonban a fenti információkkal való kiegészítés után mégis csak egy komplex meghatározást kapunk.

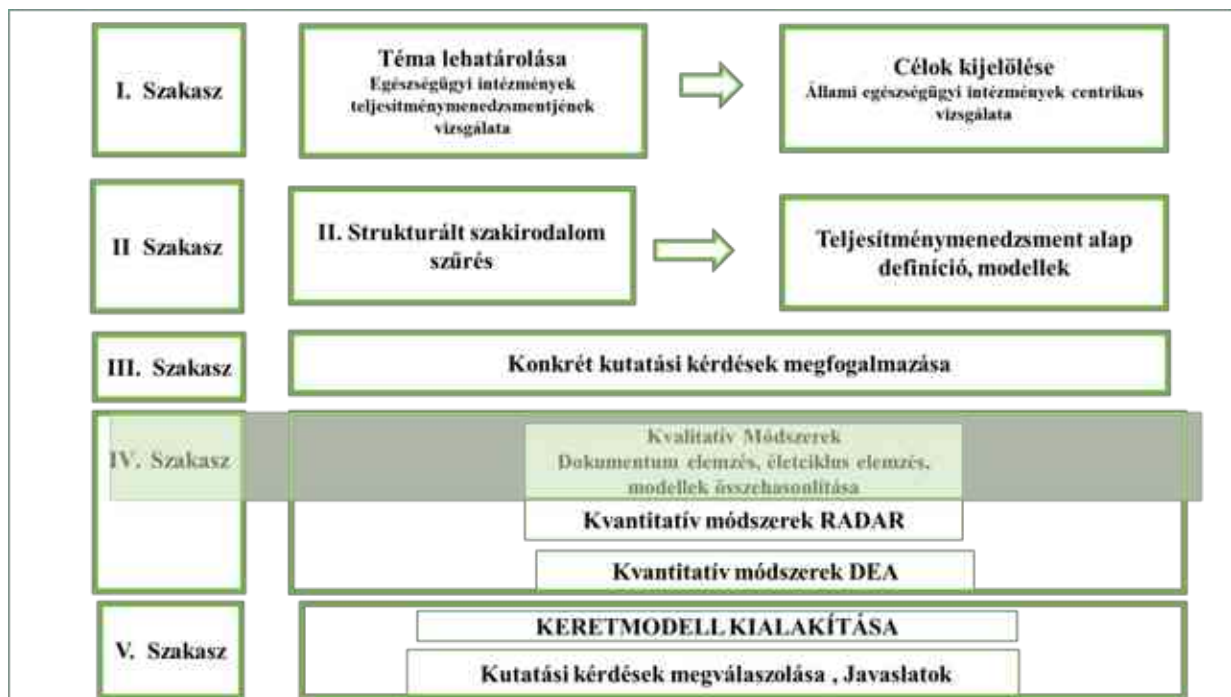
Már csak egy olyan alapfogalom van, amit nem említettem a teljesítménymérési és értékelőrendszer, aminek jelentése számomra egy eszköz, amivel a fent említett célokat, eredményességet és hatékonyságot mérni tudjuk, illetve hozzájárul ahhoz a folyamathoz, ami a teljesítmény számszerűsítésére szolgál.

A közgazdaságtanban a hatékonyság fogalmának két oldalról történő vizsgálata értelmezhető. Az egészségügyi szektorban a hatékonyság vizsgálható makro szinten, melynek végrehajtása nem célja az értekezésnek, és mikro szinten, például konkrét betegek, konkrét szolgáltatók vonatkozásában, mely tartalmi eleme az értekezésnek. Fontosnak tartom hangsúlyozni, hogy a hatékonyság fogalma nem azonos a hatásosság fogalmával. Míg a **hatásosság az eredmények mérésén alapul**, addig a **hatékonyság során az eredmények és ráfordítások mérése együttesen történik meg**. Az egészséggazdaságtanban különböző hatékonysági fogalomhasználat valósul meg, technikai- és a költséghatékonyság általában egészségügyi technológiákhoz köthető, míg az allokatív és a makrogazdasági hatékonyság kizárólagosan rendszer szinten értelmezhető.

- **Technikai hatékonyság:** tartalma egy konkrét eljárás során a cél lehető legkisebb költséggel történő realizálása. Akkor indokolt e terület vizsgálata, ha prioritást kell meghatározni az azonos egészség nyereségességű eljárások **között**.
- **Költséghatékonyság:** az egységnyi eredmény elérése mely megoldással kerül kevesebb költségbe.
- **Az allokatív hatékonyságot** javító intézkedések célja, hogy a változások során a nyereségek nagysága rendszerszinten kompenzálja a veszteségeket úgy, hogy minél nagyobb lakossági szintű egészségnyereség termelődjön.
- A **makrogazdasági hatékonyság** egy adott gazdálkodási év teherbíró képességét jellemzi.

IV. EMPRIKUS KUTATÁS

IV.1 Teljesítménymenedzsment és módszertan



18. ábra Kutatás folyamatának nyomkövetése

Forrás: Saját szerkesztés

A kutatás logikáját, felépítését már a disszertáció elején a 7. ábrában (12. oldal) bemutattam, azonban a nyomon követhetőség érdekében a 18 ábrával mutatom be, hogy az adott fejezet keretei között mely fázisát ismerttettem. A vizsgálatom kezdete előtt a kutatásba beillesztett szervezetek bemutatása az elsődleges, ami a 600–1250 ágyszámmal rendelkező kórházak, az I.2.1 fejezetben bemutatott szűrésekkel (speciális ágazat, kevés osztállyal rendelkező) kiegészítve névszerint a következők:

- Csolnoky Ferenc Kórház
- Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet
- Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő
- Gróf Tisza István Kórház
- Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet
- Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
- Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet
- Szent Borbála Kórház
- Szent Imre Egyetemi Oktatókórház
- Szent Lázár Megyei Kórház
- Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
- Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet
- Tolna Megyei Balassa János Kórház
- Uzsoki utcai Kórház
- Zala Megyei Szent Rafael Kórház
- Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet

Az intézmények bemutatását követően alábbi logikát követve mutatom be a kutatási kérdéseimet.

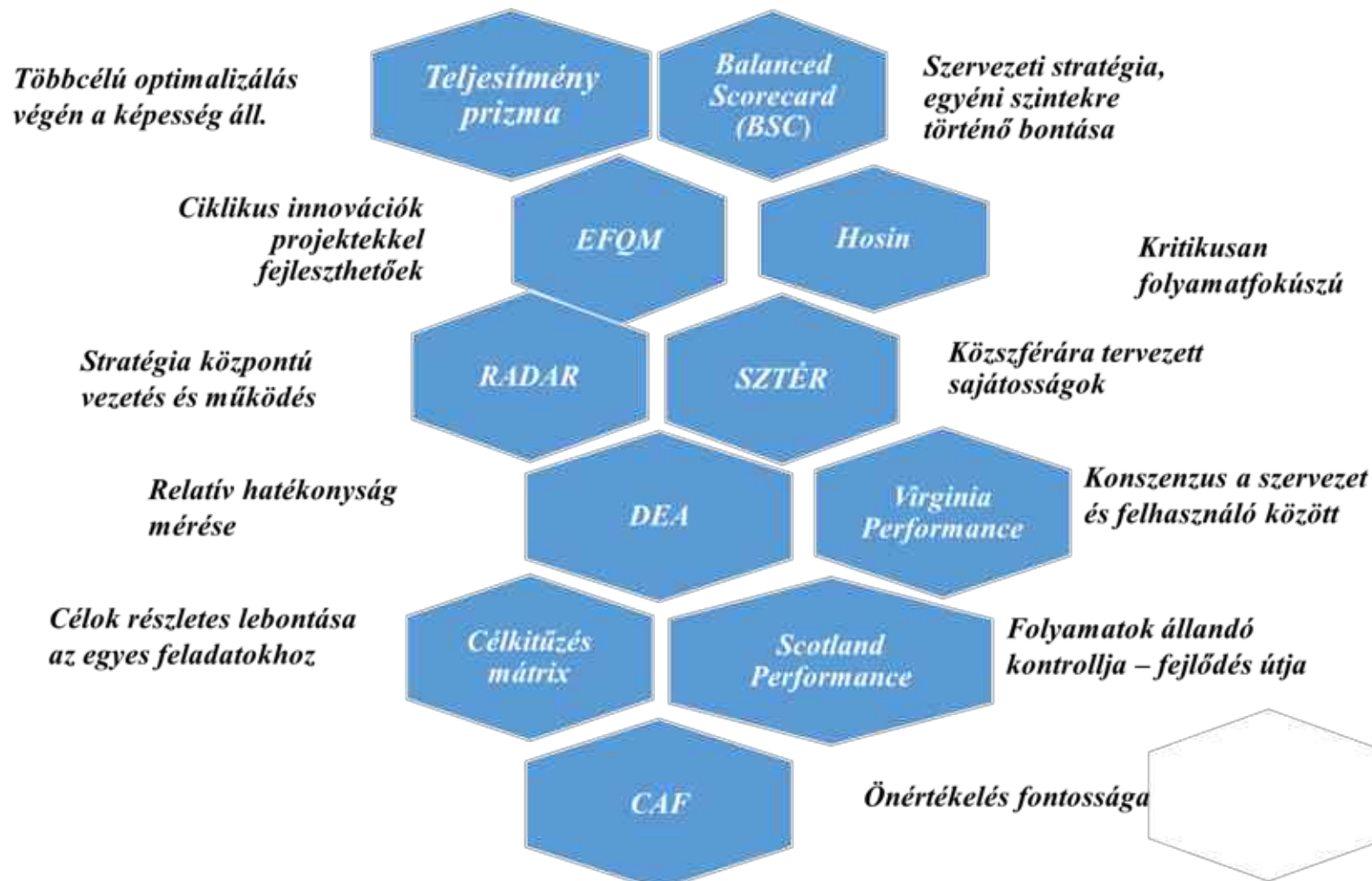
K1: Kijelenthető-e a vizsgált kórházak esetében, hogy a teljesítménymenedzsment rendszernek szükséges és elégséges feltétele a stratégiából történő levezethetősége?

K2: A vizsgált intézmények alkalmazzák-e a szakirodalom alapján rendszerezett módszertani ajánlásokat?

Egy jól bevezetett teljesítménymenedzsment rendszer nem csak vevői elégedettséget eredményez, hanem olyan versenyelőnyt jelent a társakkal szemben, ami a gazdálkodásra és a szervezet piacon elfoglalt pozíciójára is hatással van. A teljesítménymenedzsment kulcsszerepét először a nagyvállalatok körében tudatosították, és az ehhez kapcsolható folyamatok működtetésével, valamint megfelelő rendszerek bevezetésével jelentős sikereket, eredményességet és hatékonyságot értek el. Ez a jelenség látványosan megmutatkozik az ezzel foglalkozó hazai és nemzetközi szakirodalom, publikációk egyre növekvő számában is (szakirodalmi áttekintés 10. ábra, 22 oldal).

A közszolgáltató szervezetek körében azonban ezek a menedzsmentrendszerek hatékony használata kevésbé jellemző. Ennek a hátterében számos tényező áll, például a jogszabályokban leírtaknak való megfelelés, a közszolgáltató szervek speciális tulajdonságai, és nem utolsósorban a gazdálkodása is. Számos olyan kérdés merül fel ezzel a témával kapcsolatban, ami ennek a fejezetnek alapjaként is szolgál. Mi lehet a siker kulcsa? Mely tényezők azok, amik hozzájárulnak a közszolgáltató szervezetek hatékony teljesítménymenedzsment bevezetéséhez és használatához? Egy teljesítménymenedzsment rendszer válhat vezetési filozófiává? Ezekre a kérdésekre gondolkodva merült fel bennem a kérdés, hogy mekkora szerepe van egy egészségügyi szervezet életében a teljesítménymenedzsmentnek, illetve hogyan kapcsolható össze a vevőigényekkel ez a terület. Megvizsgáltam, hogy mely keretmodellek alkalmazhatóak az egészségügyi szektorban, mely modelleknek milyen újszerű elemei vannak, illetve milyen előnyei és hátrányai. Ezt a 7. táblázatban részletes bemutatásra kerül a szakirodalmi kutatások alapjaként, azonban egy összefoglaló ábrában érdemes áttekinteni a már általam elemzett és összehasonlított modelleket.

Olyan elemeket foglal össze a 19. ábra, amik elősegítették a választást, és egy olyan rendszer lehetőségeit mutatták be számomra, ami a célterülethez a legjobban illeszthető. Kiemelt jelentőségű volt számomra a rugalmasság, a szervezeti és egyéni értékek párhuzamos kezelése, illetve a bevezethetőség.



19. ábra Teljesítménymenedzsment modellek összehasonlítása
 Forrás: Saját szerkesztés (Veresné- Hoga 2011, Czeglédi 2011, Wimmer 2000) alapján

Kitűnik az, hogy minden modell olyan újdonságtartalmakkal bír, amelyek szerint bármely modell alkalmazható lenne egy kórház teljesítménymenedzsment rendszerében. Azonban ez a választás több vizsgálatot igényelt, hiszen nem csak az előnyök, hátrányok és újdonságtartalom vizsgálata határozta meg a választást, hanem a jó gyakorlatok is. Egy rendszer bevezetése, mind időben, mind gazdaságilag magasszámú mutatókat eredményez, így nemzetközi és hazai kitekintést is végeztem, hiszen a már bevezetett rendszerek és az ezekkel szemben megfogalmazott kritikák segítettek a végleges választásban.

IV.1.1.1. Teljesítmény modellek illesztése egy kórház adottságaihoz

Az általam vizsgált teljesítménymenedzsment modellek és módszertanoknak relevanciája van egy állami finanszírozású kórház teljesítménymenedzsment rendszerének adaptációjához. Elsődleges cél számomra egy olyan modell kiválasztása, ami a későbbiekben egy módszertani kombináció alapja lehet, mellyel az adott kórház olyan teljesítménymutatókat választhat, ami az intézmény jellegéhez illeszkedik. Így elsődlegesen a Balanced Scorecard kiegyensúlyozott mutatószám rendszere került kiválasztásra, mely egy jövőbeli „mutatószám bank” alapjaként szolgál. Egy keretmodell kidolgozása komplexitást is eredményez, így a későbbiekben további módszertanokat is illeszttek a keretmodellbe.

A BSC rendszer a célok és mutatószámok megfelelő kiválasztása esetén világos és egyidejűleg mérhetővé is teszi a szervezet stratégiai csapásirányait (Lipták, Musinszki 2022). Ezzel párhuzamosan hasznosítja a motivációs elméletek által alátámasztott összefüggéseket, hogy a célok befolyásolják a szervezet viselkedését (Horváth, Partners, 2007.). A stratégiai célok két fontos elemből tevődnek össze, ez a jövőkép és alapvető stratégiai célok, így ezek a szervezetben kulcsfontosságú és siker szempontjából kritikus elemnek számítanak. Ahhoz, hogy ezek a célok teljesüljenek, és nyomon követhetők legyen, így pénzügyi és nem pénzügyi mutatókat rendelnek hozzá, valamint a mutatók tervezett és tényleges értékeit szembeállítják egymással. A Kaplan – Norton szerzőpáros által kialakított modell neve is sokat árul el, hiszen egy olyan kiegyensúlyozott mutatószám-rendszert feltételez, ami egyértelműen arra vállalkozik, hogy bemutassa egy szervezet eredményességét. A módszer négy nézőpontja:

- pénzügyi nézőpont,
- vevői nézőpont,
- működési folyamatok nézőpont,
- tanulási és fejlődési nézőpont.

Alapvető kérdés, hogy mit várnak el a tulajdonosok a szervezettől, tehát mit kell tenni annak érdekében, hogy a vállalat a tulajdonosok megítélése szerint sikeres legyen. Illetve a másik kérdés, hogy a vevők milyen teljesítményt várnak el a szervezettől, itt a vevők szemszögéből kell vizsgálni a sikerességet (Szívós, 2007). Tanulási és fejlődési nézőpont sem elhanyagolható, hiszen fontos arra is hangsúlyt fektetnünk, hogy a vevői elégedettséget, hogyan tudjuk elérni, melyek azok a kulcsfolyamatok, amikben kiemelkedő teljesítményt kell nyújtania a szervezetnek, melyek azok a területek, ahol optimalizálásra van szüksége a szervezetnek. Illetve ezen nézőpont alatt értjük azt is, hogy a jövőben a fejlődés, hogyan tartható fent, tehát miben kell fejlődnie a vállalatnak, a szervezetnek mit kell tanulnia. A teljesítményjavulás és menedzselés hangsúlyos szerepet kap, hiszen ezen nézőpont segíti a szervezetet abban, hogy a többi szegmensben is kiváló eredményeket érjen el (Jarjabka, et al 2010). Ezáltal nemcsak a szervezet szerepe kiemelt, hanem az egyén is hangsúlyt kap, valamint a motiváció szerepe is kiemeltté válik, hiszen a szervezeti hatékonyságot ez növeli. Mind a négy nézőpontnak jelentősége van, hiszen, ha egy eredményes szervezetet szeretnék definiálni, akkor minden elem hozzájárul ennek az eléréséhez, azonban, ha megnézzük, milyen területeket fed le és milyen

mutatószámokat tudunk az egyes pillérek alá helyezni, akkor a modell kiegészítésre szorul. Az egészségügyben a legnagyobb szerepe a társadalmi megfelelésnek van, így a 20. ábra ezt a társadalmi innováció definíciós háttérét mutatja be, hiszen egy egészségügyben értékvezérelt proaktív tevékenységként integrálandó.

<i>Mumford D.</i>	Új ötletek, közös cél
<i>Hazel C.</i>	Társadalmi problémák megoldása az érintettek bevonásával
<i>Pol. E.- Ville S.</i>	Életminőség javításának eszköze

20. ábra Társadalmi Innováció fogalmi háttérének bemutatása

Forrás: Saját szerkesztés (Mumford, (2002)- Hazel, (2003)- Pol, (2009)- URBACT, (2015)- Anthony, (2008), Kucsma, (2020)) alapján

Az OECD 2010-ben fogalmazott nyilatkozata alapján meghatározó szerepe van a társadalmi innovációnak a közsféra eredményességének javításában. (OECD, 2010) Illetve a 2018-as évben egy olyan mutatószámrendszer kidolgozását vette feladatnak, ami segít a szolgáltatások és a szervezet teljesítményének értékelésében, ugyanakkor ez a mutatószám-rendszer még jelenleg is kialakítás alatt, azaz pilot szakaszban van. Számos cikk és tanulmány megemlíti számunkra, hogy a közsféra folyamatai nem azonosak a versenyszféra folyamataival. Érdemes megemlíteni a teljesítmény, mind az egyén fejlődéséhez, mind a szervezeti célokhoz hozzájárul, mind a verseny mind a közszférában (Dajnoki, 2007). A közszférában zajló innovációs vizsgálatok során sok esetben felmerül a New Public Management fogalma, és ezen a területen is előkellő helyet kaptak a következő elemek: eredményesség, minőség, gazdaságosság és a versenyképesség is (Halász, 2016). A megfogalmazott elemek alapján azt is elmondhatnánk, hogy egyszerű dolgunk van, hiszen ezen elemek alapján egyszerű a mérőszámokat meghatározni, azonban ez még sem annyira triviális.

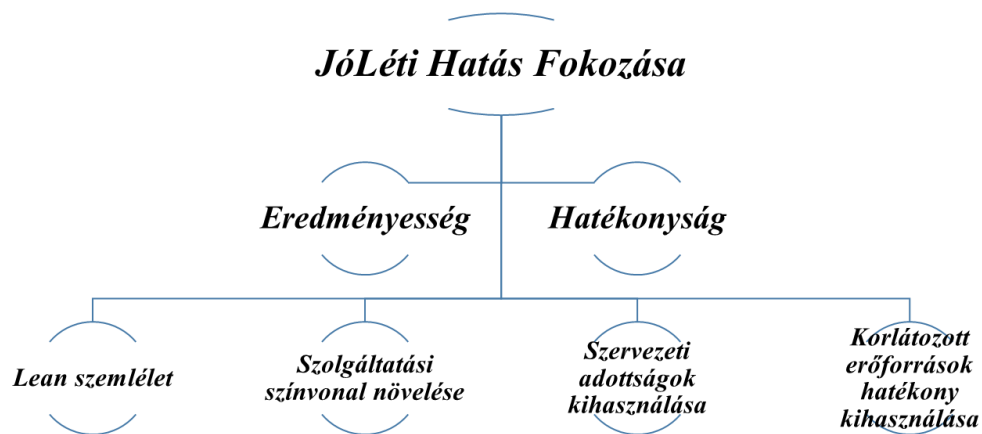
A legfőbb cél a JóLéti Hatás, hiszen jó minőségű szolgáltatást szükséges biztosítani a társadalom számára, de ez mit is jelenthet. A kutatásom során célul tűztem ki, felmérem ez mit jelenthet egy felhasználói vagy beteg oldalról, azonban többszöri próba sem volt eredményes, hiszen mindenki máshogyan definiálta ezt az elem(ek)et. Véleményem szerint a legfontosabbak a színvonalas egészségmegőrző és egészséghelyreállító szolgáltatások (Kocziszky et al. 2015). Ezen kívül az eredményesség és a hatékonyság kapott helyet, bár ezek a fogalmak nagyon általánosak, Gajduscek (2011) megfogalmazása alapján az eredményesség egy olyan mérték fogalma, ami azt mutatja, mennyire sikerült a szervezetnek a célokat elérni. A hatékonyság pedig nem más, mint hogy mekkora erőforrást tesznek a célokba, azaz milyen ráfordítással jár ezen célok megvalósítása. Így a kutatásomban is ezek a fogalmak a meghatározóak (Gajduscek, 2011).

A harmadik szint a puha és kemény tényezőket is tartalmazza, mely társítható egy mutatószám-rendszer kidolgozásához, így ezen tényezők is fontosak a cél hierarchiában.

- Korlátozott erőforrások kihasználása: a közszolgáltató szervek lehetősége korlátozottak, hiszen közpénzből gazdálkodnak, de érdemes megemlíteni, hogy ebben a szektorban nem a profit maximalizálás a végső cél, de mivel közpénzzel gazdálkodnak, így a hatékony és gazdaságos működésre kell koncentrálniuk (Csath, 2016).
- Lean gondolkodás és szemlélet nagyon fontos, hiszen az egyes ellátások sorozatának optimalizálása, a betegellátási utak vizsgálata fontos és nélkülözhetetlen egy-egy intézmény számára.

- Szolgáltatási színvonal emelése: bár közszolgáltató szervezetről beszélünk, de ennek az egyik ismérve, hogy a vevőköre a teljes lakosság, így a szolgáltatásokkal nemcsak egy bizonyos réteget kell kiszolgálni, hanem valamilyen módon az élete során majdnem mindenki kapcsolatba kerül a szervezeteknek ezzel a típusával (Lannert, 2004).
- Szervezeti adottságok kihasználása, mivel a teljesítménymenedzsment rendszerek ezen elemekre fókuszálnak elsősorban, így ezt is kiemelten kell kezelni, hiszen fontos a jövőkép meghatározásában és az első két szinten meghatározott elemek elérése érdekében is.

Megkísértem egy olyan célhierarchiát felrajzolni, ami egy állami finanszírozású kórházban egy lehetséges megoldás lehet, amit a 21. ábra szemlélteti.



21. ábra Közszolgáltató vállalatok lehetséges célhierarchiája
 Forrás: Saját szerkesztés(Kocziszky-Veresné Somosi 2015) alapján

IV.1.2. Keretmodell és stratégia kapcsolata

Egy keretrendszernek objektív lehetőséget kell teremtenie a kórház vezetői számára a kórház teljesítményének méréséhez. Komplex feladat, amely tartalmi, mennyiségi és minőségi mutatószámok egyaránt. Ennek megvalósításához a keretrendszernek lehetővé kell tenni, hogy a kórház küldetését és stratégiáját különféle szempontok szerint konkrét mutatókká lehessen lebontani, a mutatók kiértékelésével pedig biztosítható a visszacsatolás a kórház vezetői számára az egyes szervezeti egységek működéséről. Ennek a hasznosulása abban rejlik, hogy a stratégia célok és mutatók segítenek abban, hogy a célokhoz számszerűsíthető eredmények tartozzanak (Bakó, 2021).

Mit kell biztosítani a keretrendszernek?

Az adófizetők és a betegek szervezettel szemben támasztott igényeinek különböző mértékű kielégítését mindenképpen tartalmaznia kell (Hollósy, 2017). Ebben a pontban is megjelenik a már korábban említett hatékonyság és eredményesség kérdése, azaz milyen erőforrásokkal, milyen eredményt érnek el. Minden adófizető tudni szeretné, hogyan hasznosul az általa befizetett adó, amihez még társul az átláthatóság fogalma, a már fent említett hierarchia második szintjén lévő két kulcsdefiníció mellé. Tágabb társadalmi követelményként jelenhet meg a fenntartható fejlődés, melynek elválaszthatatlan részét képezi a környezettudatos, a természeti környezetet a lehetőségekhez képest kímélő működés.

A betegek alapvető elvárása egy kórházzal szemben, hogy az ott elérhető magasszintű, korszerű ellátásban részesüljenek. Az esélyegyenlőség biztosítása, a betegjogok érvényesítése és védelme nem csak szakmai, de jogi kötelezettség is az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény előírásai értelmében. A betegek lehetőség szerint minél kevesebb időt szeretnének a kórházban tölteni, ott tartózkodásuk alatt pedig biztosítani kell számukra az alapvető kényelmi szükségleteik kielégítését.

A kérdés az, hogy miben segít a teljesítménymenedzsment, és hogyan tud ehhez hozzájárulni. Az alkalmazott keretrendszernek választ kell adnia arra, hogy mely folyamatokat kell középpontba helyezni, és milyen téren kell kiemelkedő teljesítményt nyújtania egy intézménynek. A keretrendszernek figyelembe kell vennie a fejlődési lehetőségeket. Például a kórház által a saját dolgozói részére szervezett képzések, illetőleg különféle konferenciák lebonyolítása, amely során az orvosi szakma képviselői oszthatják meg egymással szaktudásukat, tapasztalataikat (Takács, 2014). Ide sorolható még a kórházban folytatható klinikai kutatások lehetősége, a digitalizáció előtérbe kerülésével a folyamatos informatikai fejlesztések szükségessége, és a dolgozói motiváció növelésének szempontjai is.

A stratégiai célrendszer meghatározásához a napjainkban gyakran alkalmazott stratégiai térkép alkalmazását célszerűnek tartom, amit a 22. ábra mutat be. Természetesen a vizualizáció előnyein túl, itt az általam összehasonlítandó térkép megmarad az általánosság szintjén, ugyanakkor releváns abból a szempontból, hogy az áttekintett stratégiai dokumentumok felhasználásával készítettem el.



22. ábra Egészségügyi intézmények stratégiai térképe
Forrás: saját szerkesztés vizsgált stratégiák alapján

Alapvetően Van Helden (2007) leírásai alapján, amit a szakirodalmi részben tüntettem fel, 5 dimenzió mentén fogalmaztam meg a stratégiai célokat, amelyeket:

- Kialakítás
- Implementáció
- Használat
- Hatás(ok)
- Értékelés

Összeállítottam a teljesítménymenedzsment életciklus lépéseit és a BSC nézőpontjait tartalmazó kapcsolati mátrixot, mely a vizsgált kórházakat hivatott támogatni stratégiai céljaik meghatározásában.

8. táblázat: BSC nézőpontok és életciklus kapcsolat mátrixa

Nézőpontok Szakaszok	Ellátási és működési folyamatok	Gazdálkodás	Szolgáltatás igénybe vevők / szolgáltatás színvonala	Képesség és szervezetfejlesztés
Kialakítás	Új eljárások fejlesztése, protokollfejlesztés.	Jelenlegi helyzet feltérképezése.	Intézmény szerkezetének és az ellátandó terület egészségügyi állapotának felmérése.	Motiváció és humán erőforrás feltárása.
Implementáció	Korszerű ellátási formák, újszerű ellátások kialakítása.	Az éves tervezés előkészítése, felülvizsgálata.	Kommunikáció és információsrendszer javítása.	Intézményen belüli munkakoordináció fejlesztése.
Használat	A tervszerinti működés megvalósulása.	A tervszerinti működés megvalósulása.	A tervszerinti működés megvalósulása.	A tervszerinti működés megvalósulása.
Hatás (ok)	Betegelégedettség a nyújtott egészségügyi ellátások összefüggő betegellátás.	Adósságok szint vizsgálata. Tartozások csökkentése. Eredményes gazdálkodás.	Megfelelő minőségi és megfelelő számú szakellátás.	Rendszerezett belső képzési rendszer. Megfelelő szakmai háttér a szakellátásokhoz.
Értékelés	Fejlődés vizsgálat, beteg visszajelzések.	Éves felülvizsgálat, esetleges időközbeni újra tervezés.	Várakozási idő csökkenése. Előjegyzések racionalizálása.	Eredményes szakképesítések, új technológia alkalmazása.

Forrás: Saját készítés (Van Helden, 2007, Kaplan-Northon, 2002 stratégiai dokumentumok alapján Kucsma 2020) alapján

A kapcsolat mátrix segít a vizsgált kórházaknak a fejlesztések beazonosítására abban a vonatkozásban, hogy mely ciklusban kell beavatkozni és konkrét intézkedési terveket kidolgozni (Iványos, et al 2016). Hozzájárul egy olyan teljesítménymenedzsment rendszer megteremtéséhez, ami az adott intézményekről valós képet mutat, illetve felfedi azt, mely folyamatokat szükséges fejleszteni, illetve kontrollálni. Nehéz feladat egyetlen mátrix segítségével egy teljes képet összeállítani. A következő fejezetekben ismertetem majd a jelen fejezetben részletesen bemutatásra kerülő RADAR és DEA módszer megfelelő kiegészítését, amely egy olyan teljesítménymenedzsment modell alapjainak megteremtésére ad lehetőséget, ami egy állami finanszírozású kórházban használható, és nem csak ott használható, hanem egy vezetési filozófia alapeleme is lehet.

IV.1.3. K1, K2 kutatási kérdésre adott válasz

K1 Kijelenthető-e a vizsgált kórházak esetében, hogy a teljesítménymenedzsment rendszernek szükséges és elégséges feltétele a stratégiából történő levezethetősége?

A stratégia tervezése nagyon fontos, hiszen fókuszáltabban lehet az erőforrásokat tervezni. A stratégia kidolgozásához elengedhetetlen egy teljesítménymenedzsment-rendszer megtervezése és kialakítása, amely egy komplex folyamat. A versenyszektorban is alapmodellek használata az elsődleges, azonban minden szervezet specifikus, így ezeknél a szervezeteknél is fontos a teszteszabás, az állami finanszírozású kórházak esetében pedig szintén sincs másképpen, így erre a kutatási kérdésre a válasz, hogy természetesen fontosak a stratégia kidolgozás során felmerült kérdések, ugyanakkor egy keretmodell kialakításához, vagy csak egy teljesítménymenedzsment-rendszer alkalmazásához nem elegendők. Az általam felvázolt célhierarchia (22. ábra) is hozzájárul a teljesítménymenedzsment keretmodell kialakításához, illetve használatához, hiszen nem csak az lényeges, hogy egy intézmény hatékonyan működjön, hanem a társadalmi igények kielégítése is elsődleges. A **K1 kutatási kérdést** ebben a formában **nem teljes**, hiszen még számos tényező létezik, ami a teljesítménymenedzsmentet befolyásolja. Érdemes a következő kutatási kérdésre is rátérnünk, ami a következő.

K2: A Vizsgált intézmények alkalmazzák- e a szakirodalom alapján rendszerezett módszertani ajánlásokat?

A módszertani ajánlásokat, a keretmodellekbe való illeszthetőség szempontjából vizsgáltam, és a szakirodalom bemutatása során megfelelően alátámasztást jelent a kutatásomban. A 7. táblázat részletesen bemutatta, hogy mely teljesítménymenedzsment modellnek milyen előnyei és hátrányai vannak. Az egyes keretmodellek megismerése nagyon hasznos, és jó ajánlásnak tekinthető. Ezek általános teljesítménymenedzsment modellek, így a szervezet specifikusságát nem mindig veszik figyelembe, így a használata során egy alapos teszteszabás minden esetben szükséges. Azonban módszertani kombinációkkal kiváló alapot teremtenek egy keretmodell elkészítéséhez, így a **K2 kutatási kérdésemre adott válasz támogatja a módszertani elemek beépítését a modellbe.**

9. táblázat: K1, K2 kutatási kérdések összefoglalása

Kutatási Kérdés	Indoklás
K1.Kijelenthető-e a vizsgált kórházak esetében, hogy a teljesítménymenedzsment rendszernek szükséges és elégséges feltétele a stratégiából történő levezethetősége?	Nem csak a stratégia kidolgozása során megjelent tényező, az, ami befolyásolja a teljesítménymenedzsmentet, hanem más típusú tényezők is fontosak, mint a felsorolt célhierarchia és az ahhoz kapcsolódó tényezők.
K2 A Vizsgált intézmények alkalmazzák- e a szakirodalom alapján rendszerezett módszertani ajánlásokat?	Igen érvényesülnek, hiszen a szakirodalomban használt modellek kiváló alapokat teremtenek egy-egy keretmodell elkészítésének, így a K2 kutatási kérdésem elfogadom.

Forrás: Saját szerkesztés

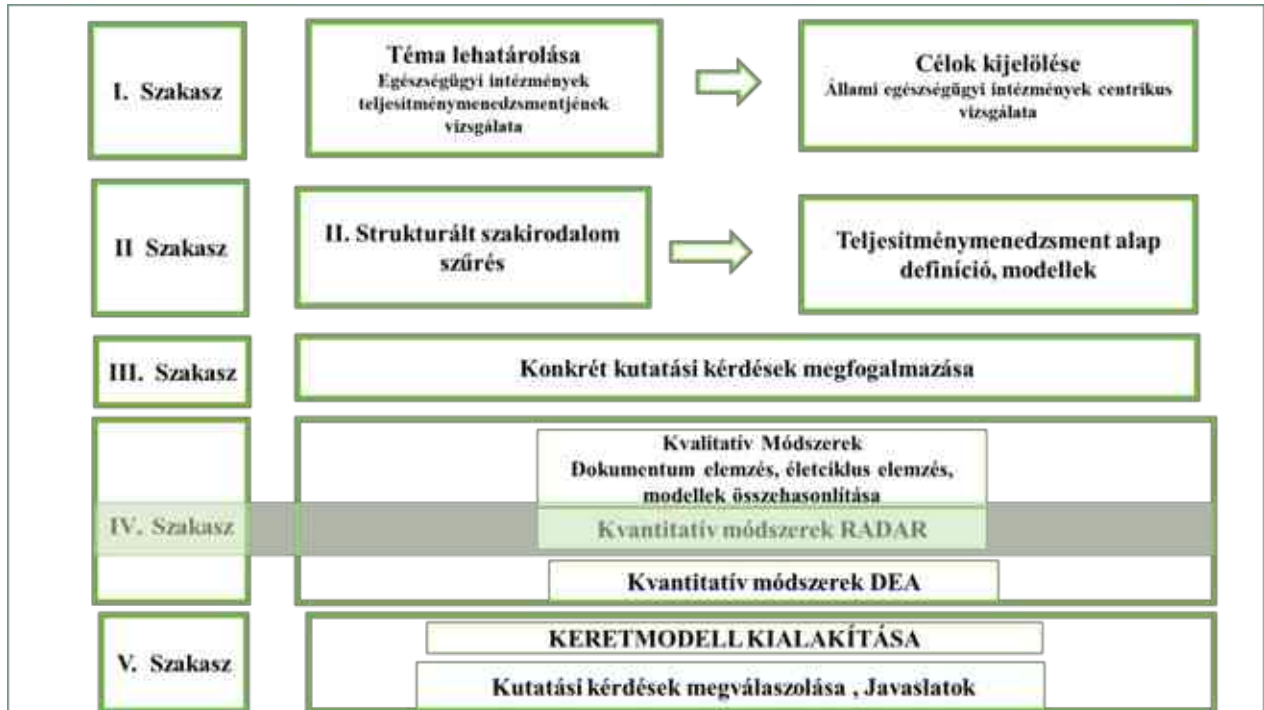
A szakirodalmi vizsgálat mindig egy jó alapot ad arra vonatkozóan, hogy egy témában részletesebben elmélyedjünk, és szerteágazóbb ismeretet szerezzünk. A strukturált szakirodalom feldolgozásának eredményeként megállapítom, hogy a teljesítménymenedzsment-rendszerek kialakítása bizonyítottan szükséges, de nem elégséges feltétele a startégia megléte. A szakirodalomban szereplő modellek adekvált módon képesek kezelni az alkalmazás során felmerült kérdéseket. Újszerű következtetésként levonható, hogy a sikerességhez elengedhetetlen az öncélúság elkerülését támogató stratégiai vezetés mellett a rendszerek hatékonyságával történő foglalkozás. A T1 és T2 tézisék ehhez kapcsolhatóan a következők:

T1: Egy állami finanszírozású kórház teljesítménymenedzsment keretrendszer felépítésének szükséges eleme a cél vezérelt stratégia irányelvek és az ehhez kapcsolható hatékonysági mutatók kombinációja.

T2: A szakirodalom kutatásban feltárt valamennyi módszer – a mintában szereplő szervezetek sajátosságait figyelembe véve – alapot képezhet egy teljesítménymenedzselési rendszer kidolgozásához. Az irányelvekbe foglalt mutatószámok megfelelő mennyiségi, minőségi kiválasztását az alkalmazott módszertan(ok) segítségével determinálható.

IV.2 Radar Módszer

Az empirikus kutatási folyamatban a stratégia témakörét tekintem át elsődlegesen, melyhez a módszer kombinációból a RADAR módszert alkalmazom. Kutatási folyamatomban ezt a szakaszt a 23. ábra szemlélteti.



23. ábra Kutatás folyamata az empirikus vizsgálathoz illesztve
 Forrás: Saját szerkesztés

Kutatásomnak ezen részében a kórházak stratégiai kérdéseivel foglalkozom, így a K3, K4, kutatási kérdéseket vizsgálom.

- K3. Mértékadóak voltak az intézmények stratégiai tervezése során az országos szintű irányelvek?
- K4. Milyen mértékben történt meg a bevezetése és alkalmazása az országos szintű stratégiai tervezési irányelveknek?

Kutatásaim alátámasztására a TÁMOP 6.2.5.-B-13/1-2014-0001 *Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben* című projekt szolgál segítségül. Ez a projekt elsődlegesen a stratégia tervezésében segíti az egyes egészségügyi intézményeket, illetve egy olyan kézikönyvet és módszertani ajánlást dolgozott ki, ami egy hatékonyabb szervezet fejlesztéshez és üzemeltetéshez vezethet. 2015-ben, az anyag születéskor, az egyik legjelentősebb változás az volt, hogy létrejött az ÁEEK (Állami Egészségügyi Ellátó Központ), melynek jogelődje a GYEMSZI (Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet) (Joó 2016). Ezen szervezet feladata – ágazati középírányító szervként – a kórházak fenntartása és irányítása. Ezért fogalmazódott meg az igény az egységes, ágazati szereplőkön átívelő stratégiai módszertan kialakítására. Ebben a projektben részt vett a

Kockázat Kutató Intézet, melynek feladata volt, a projektet megelőzően, a bevont kórházak stratégiájának felmérése és elemzése. A pályázatban résztvevő intézmények listája az elemzésem előtt bemutatásra kerül azért, mert nem minden általam kiválasztott intézmény került bevonásra. Az elemzés célja a stratégiai megfelelőségének vizsgálata volt. A kórházak tekintetében pedig az elsődleges cél az intézmények megfelelő fejlesztéséhez a felmerülő igények vagy hiányok felmérése. Az elkészült stratégiai kézikönyv az EU-s irányelvekkel konform. Összességében a projekt egy tudatos stratégiai tervezési folyamatot támogat, és ennek az elkészítéséhez nyújt módszertani segítséget, így irányelvként a disszertációmban ezt elfogadom. Az elemzéseimhez e módszertan segítségével szolgál.

A stratégiairányelvi alapelveit a 24. ábra mutatja be, ami egy körkörös folyamatot szemléltet, mely a vizsgálandó szervezet minden elemében részt vesz, mind a folyamatokban, mind a munkavállalói, mind a munkáltatói szinten megjelenik. Az 24. ábra jól illusztrálja, hogy a szervezeti hatékonyság előszobájában a stratégiairányelés áll, hiszen a stratégiában foglalt célok nélkül, a szervezet hatékonyságának a megítélése válik problematikusá.



24. ábra: A stratégiairányelvi szervezet alapelvei

Saját szerkesztés: forrás (Kaplan 2002)

A közszolgáltató szervezetek rendeltetése, hogy a jogszabályokban meghatározott alaptevékenységnek leírta működjenek, azaz eleget tegyenek azoknak. Minden esetben a küldetést kell középpontba helyezni, és ehhez kell kapcsolni a stratégiai célokat, majd a feladatokat. A következő részben e feladatokat a RADAR elemzésbe emelem be, illetve elkészítem a vizsgálathoz szükséges értékelési lapot.

Érdekes tisztázni, hogy a kórházak milyen küldetéssel vannak jelen Magyarországon.

Általánosságban elmondható, hogy elsődleges ez a **küldetés** a kórház területéhez tartozó lakosság gyógyítása, ápolása és egészségének megőrzése. Nagy hangsúlyt kell fektetni a lakosságot leginkább érintő betegségek diagnosztizálására és annak hatékony gyógyítására. Hangsúlyos a szerepvállalás a megelőző, szűrőrendszerekben és az egészséges életmódot terjesztő programokban, ugyancsak fontos a kapcsolattartás egyesületekkel és társadalmi szervezetekkel.

Jövőképük a magas szintű betegellátásra fókuszál. Fontos kérdés a kórházak reputációja, mindemellett meghatározó szerepvállalónak kell lenni az adott régiós területen a gyógyító, ápoló és rehabilitációs ellátás nyújtása során a gazdasági stabilitás megőrzésével. A 2020-ban kialakult világjárvány új helyzet elé állította a kórházakat, amely a meglévő stratégiák átgondolását, újra tervezését indukálta.

IV.2.1. Stratégia a RADAR módszertannal

Vizsgálatomban a kórházak **stratégia szempontú kvantitatív értékeléséhez** a másokkal való összehasonlítást lehetővé tevő számszerű pontozásra van szükség. Erre az egyik legelterjedtebb módszertan a RADAR értékelési mátrix. A módszer segítségével feltárható az eredménykritériumok vonatkozásában az eredmények elérésének iránya, az eredményeknek a célhoz való viszonya; a benchmarkingból, a színvonal összehasonlításból eredő összefüggések, a benchmarkingra visszavezethető kontextusok, valamint az eredmények kiterjedtsége. Felhasználható továbbá a szervezet menedzsment rendszerének megtervezésére is. Elsősorban az eredményekre történő fókuszálás – szűkített megközelítés – biztosítja a teljesítménymenedzsment vizsgálatához történő illesztés lehetőségét (megközelítés, alkalmazás, értékelés).

Megközelítés: elsősorban annak a vizsgálatát kell elvégezni, hogy maga a stratégia, illetve annak alapvető részei megvannak az intézménynél. Ezt is két részre szükséges bontani.

- Megalapozott megközelítés: amiben a misszió, vízió és a helyzetelemzés kap elsődleges szerepet.
- Integrált megközelítés: az időtáv kerül fókuszba.

Alkalmazás: a működéshez szükséges és meghatározó elemek felmérése az elsődleges. Az alkalmazás is két területre bontható.

- Bevezetett: ebben a pontban az erőforrások mértékét szükséges vizsgálni, illetve a meghatározott célhoz való hozzájárulás mértékét.
- Szisztematikus: itt a külső kommunikáció és a koordináció a meghatározó.

Értékelés és finomítás: talán a hosszútávú működést a legjobban támogatja az utolsó része a RADAR vizsgálatnak, ugyanis a teljesítménymenedzsmenthez való illeszkedést és a fejlesztési folyamatot vizsgálja.

- Mérés: komplex mutatószám-rendszer alapjainak vizsgálata, mely a teljesítménymenedzsmenthez való illeszkedést mutatja.
- Fejlesztés és tanulás: a kritikus esetek korrekciójára kérdez rá, illetve a dokumentáltságra, ami a hatékonyság alapja is lehet.

A RADAR elemzéshez értékelési lapot állítottam össze, mely a fent felsorolt folyamatokra kérdez rá, és amelynek részletező magyarázatait is megfogalmaztam a 10. táblázatban. Ezt a minősítés színvonalának támogatása érdekében állítottam össze, amely *a 3. számú mellékletben érhető el*. Fontosnak tartottam, hogy ez a táblázat elkészüljön, hiszen a teljeskörű vizsgálathoz ezeknek az elemeknek a vizsgálata elengedhetetlen.

Ennek a módszernek a segítségével a meghatározott eredménykritériumok mentén az előre meghatározott és kialakított célok, eredmények iránya vizsgálható, illetve az is meghatározható, hogy a cél eléréséhez mely tényezők azok, amelyek kiemelten fontosak (Haakenstad et al. 2022). Felhasználható arra is, hogy a szervezeti menedzsment megtervezéséhez is hozzájáruljon és nem utolsó sorban a teljesítménymenedzsment-rendszer megfelelő kialakítására is alkalmas. Egy egészségügyi rendszer irányítási modelljének átalakítása hosszútávú és komplex folyamat, így az ehhez kapcsolható vizsgálatokat is részletesen ki kell

dolgozni, amelyhez teljes mértékben illeszkedik a RADAR módszer, hiszen a használata egyszerű, illetve a kiválasztott intézmények összehasonlítását lehetővé teszi. Az eredmény kritériumok értékelésénél érdemes hangsúlyt fektetni arra, hogy melyek a folyamatosan javuló tendenciák, a mért eredmények tükrözik-e az intézmény által felállított célokat, más intézményekkel összehasonlítva milyen helyen szerepelnek, esetlegesen melyek azok az elemek, amik korrekcióra szorulnak. Az utolsó elem egy tanulási folyamat, hiszen az összehasonlítás mentén meg tudjuk azon elemeket határozni, amelyek a másik intézménynél működnek, így a vizsgált intézménybe is adaptálhatók (Mihalik – Kucsma, 2023). Összeállítottam a RADAR módszer szűkített adaptációját, amely alkalmas a városi kórházak stratégiai vonatkozású tevékenységeinek strukturált értékelésére. Az összeállításnál a szempontok adaptációja mellett, minden egyes tényező tekintetében megfogalmaztam annak tartalmi elemeit magyarázat formájában. A lebontás elkészítése megkönnyítette számomra a dokumentum-vizsgálatok valós értékelését.

A megközelítés szempontjainak a meghatározásakor a 11. ábrán (29. oldal) szereplő valamennyi megközelítést értelmeztem. Az alkalmazás vonatkozásában azokat a kritikus folyamatokat, illetve folyamatelemeket ragadtam meg, amelyek véleményem szerint a sikeres stratégia vezetés alapelemei. Értékelés és finomítás területén a stratégiai megfontolásokon túl már a teljesítménymenedzsment egyes elemeit is vizsgálom, annak érdekében, hogy a stratégiából bevezetve a teljesítménymenedzsment illesztését is megalapozzam.

10. táblázat : Eredménykritériumok bemutatása, értelmezése

Eredmény kritériumok	
Szempont	Magyarázat
Megközelítés	
Küldetés, küldetés nyilatkozat (amiért létezőnk), Jövőkép (ahová tartunk),	Küldetés, küldetésnyilatkozat, jövőkép meglétének koherenciája
Jövőkép kapcsolata a stratégiával	Olyan intézkedések és folyamatok összesége, mely összhangban vannak az előirányzott fő és mellékcélokkal.
Rögzített-e a kórház stratégiai időhorizontja	Azaz időtartam, mely rendelkezésre áll a stratégia megvalósításához, a stratégiai gondolkodás időtényezője.
A kórház dokumentált stratégiája	Az intézmény rendelkezik írásban foglalt stratégiai tervvel.
Helyzetelemzés viszonya a stratégia kialakításához	Történt-e külső környezet, belső működés elemzése a stratégiakészítést megelőzően.
Részelem vizsgálatok: - külső tényezők - technológia - erőforrás szükséglet - erőforrás rendelkezésreállítás - folyamat vizsgálat, folyamat struktúra áttekintése	Említett elemek vizsgálata a stratégia készítését megelőzően.
Kockázatelemzés	Kockázati források és kockázati tényezők számbavétele, megjelenése a helyzetvizsgálatban.(volt-e benne, illetve módszertannal elemzett)

Megjelennek időtávok a kórházak kidolgozott stratégiai elemek végrehajtására és mérésére	Stratégiai időhorizont belső mérföldköveinek meghatározása.(1-2-3-4 év stb.)
Stratégiai térkép megléte célokkal bővítve (teljeskörűség támogató folyamatok és gyógyító folyamatok)	Megtörtént-e a stratégiai célok vizualizálása. A stratégiaicélrendszer, az alap folyamatokra és vagy a támogató folyamatokra terjedt ki.
Érintettek elvárásainak vizsgálata megtörtént (minisztérium, OEP stb.)	Tartalmaz-e az anyag az érintettektől származó elvárásokat, követelményeket.
Alkalmazás	
A stratégia külső kommunikációja, érintettek tájékoztatása	Kommunikációs csatornák fajtái, nyomon követhetősége és az elért célcsoportok száma, nagysága.
A stratégia belső érintettjeinek a tájékoztatása	Kommunikációs csatornák fajtái, nyomon követhetősége és az elért munkatársak, alkalmazottak száma.
A stratégia menedzsment folyamatok koordinálása	A funkcionális és horizontális részstratégiák összefűlése. A stratégia menedzselésében résztvevők közötti munka, hatás és felelősség megosztás.
Intézkedési tervek meghatározása	A stratégia megvalósítását támogató intézkedési tervek összeállítása, realizálása és ennek dokumentálása.
Értékelés és finomítás	
A szervezet mérésére alkalmas komplex mutatószámrendszer kidolgozása	A szervezet működésének jellemzésére léteznek különböző összetettségű mutatószámok.
A szervezeti struktúra vizsgálata (lehetséges mozgástér)	Stratégia megvalósítása tartalmaz-e, a rendelkezésre álló mozgástéren belül, szervezet alakítási elemeket (új osztály, új betegellátási rendszer kialakítása).
Teljesítménymenedzsment illeszkedése stratégiához	A kialakított szervezeti egység és egyéni szintű teljesítmény mérési és értékelési mérőszámok szolgálják-e a stratégia megvalósítását.
Kritikus érintettekkel kapcsolatos információk megjelenítése , problematikus intézkedések, kritikus problémák becsatolása a stratégiába	Kritikus helyzetek kezelésének integrálása a stratégiai terv korrekciójával. (pandémia, fluktuáció, privatizáció) Vannak-e a problematikus esetekhez kapcsolható korrekciók vagy beavatkozások.
Meghatározott a stratégia felülvizsgálat időbelisége	Mérföldkövek szerinti egységes szemléletű felülvizsgálat tervezettség.
Történik belső személyi bevonás a stratégia megvalósítás értékelésében	Participáció elvének alkalmazása a stratégia értékelésében.
Eredmények validálása	Stratégia teljesítés előre haladásának az értékelése, stratégia vezetést ellátók korrekciós tevékenysége. (elégedett tulajdonos, elégedett ügyfél, eredményes és hatékony folyamatok, motivált felkészült munkavállalók)
Dokumentálás formája rögzített feltételek alapján zajlik	Kialakított módszertan alapján történik a dokumentálás.

Forrás: Sajat szerkesztés

A 10. táblázatban jelölt eredménykritériumokat különböző színekkel jelöltem a területek érzékeltetése érdekében.

A 2015-ben megvalósult projekt TÁMOP 6.2.5.-B-13/1-2014-0001 részeként kialakított kézikönyv adott egy iránymutatást az egészségügyi szervezetek számára a stratégiai gondolkodás erősítésére, a szervezeti kultúra formálására és stratégiai menedzsment funkciók kialakítására. A projekt keretén belül az eredmények visszamérésére a kialakítást követően nem volt mód, hiszen a stratégia folyamatok szervezetbe történő integrálásának mérhető időigénye van. Az általam vizsgált idő terminusban (2017-2022) érzékelhető volt, hogy a nem kötelező iránymutatásokat az intézmények egy része alkalmazta a működések fejlesztésének érdekében, egy jelentősebb hányada viszont nem integrálta ezeket.

A RADAR elemzésemet a kialakított minta és az egyes kórházak nyilvánosan elérhető dokumentációk alapján volt módom elvégezni, mert a vizsgált intézmények stratégia kezelése eltérően zajlott. Vannak olyan szervezetek, melyek a honlapon közzéteszik ezirányú dokumentumaikat, de a többség nem teszi elérhetővé. Ez utóbbi kétféle helyzetet jelenthet: van a szervezetnek kidogozott stratégiája, de bizalmasan kezeli; vagy nem indult el az ezirányú fejlesztés.

Valamennyi vizsgált kórház esetében azonban a Működési Rendjüket leszábályozó dokumentum (SZMSZ) elérhető. Ez ugyan közvetett módon, de biztosítja a stratégiával való foglalkozás megítélhetőségét az általam összeállított szempontrendszer alapján a munkamegosztáson keresztül.

Azoknál a szervezeteknél, ahol fellelhetők voltak stratégiai tartalmú dokumentumok, a vizsgálatok mélyebb elemzésre adtak lehetőséget, ilyen szervezetek alacsony száma okán az értékelésem fókuszában az SZMSZ-ek alapján történő minősítés maradt. Az értékelést két fázisban hajtottam végre:

- meghatározott szempontok szerinti (10. táblázat) SZMSZ validálás,
- stratégiai dokumentumok alapján történő értékelés.

Valamennyi esetben a stratégiai anyagok alapján megerősíthető volt az SZMSZ-ben alkotott értékítélet helyessége, ebből azt a következtetés vontam le, hogy a RADAR értékelés alkalmas a minta vonatkozásában megállapítások megfogalmazására.

A vizsgált intézmények nevét betűkódokkal láttam el (mozaikrövidítéseket használtam), amelyet a 11. táblázat ismertet.

11. táblázat: Kórházak rövidítése

Kórház neve	Rövidítés
Csolnoky Ferenc Kórház	CSFK
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet	KAK
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	SJK
Gróf Tisza István Kórház	GTIK
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet	MFK
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház	PFFK
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	SEK
Szent Borbála Kórház	SBK
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	SIK
Szent Lázár Megyei Kórház	SLK
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet	SPK
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet	TFK
Tolna Megyei Balassa János Kórház	TBJK
Uzsoki utcai Kórház	UK
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	SRK
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	BK

Forrás: Saját szerkesztés

Az RADAR elemzés elkészítéséhez a már bemutatott eredmény feltételeket használtam, és egy 5 fokozatú skála alapján minősítettem az egyes intézményeket, majd ez alapján készítettem el a radar képüket. Az 5 fokozatú skála százalékos értelmezése:

- 0 %: nincs bizonyíték vagy anekdotikus
- 25 % kevés bizonyíték van
- 50% van bizonyíték
- 75% egyértelmű bizonyíték van
- 100 % széles körű bizonyíték van.

A 12. táblázatot tovább kiegészítettem egy megjegyzés oszloppal, azzal a céllal, hogy az intézményeknél megfogalmazott tényezőket figyelembe tudjam venni későbbi modellalkotásnál.

Kutatásom egy méreetszerinti csoportosításból indult ki, és projekt regionális vizsgálatokat tartalmazott, ezáltal csak egyes intézmények egyezősége mutatható be a két minta vonatkozásában. Megállapítom, hogy azon intézmények, melyek nem kerültek bevonásra a projekt mintába a kutatásomban, ugyanakkora relevanciájuk van, mint a bevont intézményeknek, hiszen azonos módszertannal vizsgálom valamennyi kutatásomba bevont szervezetet. Az eredmények megfogalmazásánál a megkülönböztetést a differenciáltság növelése érdekében teszem, de a teljes vizsgált mintára is levonok következtetéseket.

Egyező intézmények listája, tehát azon kórházak, melyek résztvettek a TÁMOP 6.2.5.-B-13/1-2014-0001 *Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben* projektben és az általam vizsgált 600-1250 összegyszámmal rendelkező intézmények listájában is, tehát ezt komplementer mintának is nevezhetjük:

- Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet (KAK)
- Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet (MFK)
- Zala Megyei szent Rafael Kórház (SRK)
- Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet (SEK)

12. táblázat: RADAR elemzés paraméterei

RADAR ÉRTÉKELÉSI ÉS VEZETÉSI ESZKÖZ						
Megközelítés	0% nincs bizonyíték vagy anekdotikus	25% kevés Bizonyíték van	50% van bizonyíték	75% egyértelmű bizonyíté- kok vannak	100% széleskörű bizonyíté- kok vannak	Megjegyzés
Megalapozott						
Küldetés, küldetésnyilatkozat, jövőkép megléte	UK, BK, SBK, TBJK, SPK	SIK,SLK	SJK, KAK, GTIK	MFK CSFK, SEK,SRK	TFK,PF T	<ul style="list-style-type: none"> részletesség hiánya misszió, vízió leírás hiánya
Jövőkép kapcsolata a stratégiával	UK, BK, SBK, TBJK, SPK	SIK, SLK,	SJK, KAK, GTIK	MFK, CSFK, SEK, SRK	TFK, PFTK	
Időtávra szól kidolgozás észlelhető a kórház Viziójában (jövőkép) egy idő horizont	UK,BK, SBK, TBJK, TFK, PFTK, CSFK, SJK	GTIK,SIK,SP K	SRK		KAK, MFK, SEK, SLK,	<ul style="list-style-type: none"> nem részletes 5 év gyakori említése
Van a kórháznak leírt nyilvánosságra hozott stratégiája	TBJK,	BK, SBK,SPK	CSFK, SJK,GTIK,SEK , SIK, SRK	PFTK	UK, KAK, MFK, SLK,TF K	<ul style="list-style-type: none"> nem mindegyik publikus munkatársak számára elérhető
Megelőzte helyzetelemzés a stratégia	BK, SBK, TBJK, PFTK, SJK	UK, CSFK, GTIK, SEK	KAK, SLK, SIK, SPK	MFK,SRK	TFK	<ul style="list-style-type: none"> nincs kockázatelemzés
<i>Külső tényezők</i>	BK, SBK, TBJK, PFTK, SJK	UK, CSFK, GTIK, SEK	KAK, SLK, SIK, SPK	MFK, SRK	TFK	<ul style="list-style-type: none"> helyzetelemzés környezeti tényezők
<i>Technológia</i>	BK, SBK, TBJK, PFTK, SJK	CSFK, UK, GTIK, SEK	KAK, SLK, SIK, SPK	MFK, SRK	TFK	<ul style="list-style-type: none"> technológiai tényezők
<i>Erőforrásszükséglet</i>	CSFK, MFK BK, SBK, TBJK, PFTK, SJK,UK	GTIK,SIK, SLK, SPK	KAK, SEK	SRK	TFK	<ul style="list-style-type: none"> csak a létszámot tartalmazza a kapcsolatok nem azonosíthatók

<i>Erőforrás rendelkezésreállítás</i>	BK, SBK, TBJK, PFTK, SJK	UK, SLK, SPK, GTIK	CSFK, KAK, SEK, SIK	MFK, SRK	TFK	<ul style="list-style-type: none"> humánerőforrás helyzete munkaerő csoportosítás létszám
<i>Folyamat vizsgálat folyamat struktúra</i>	MFK, BK, SBK, TBJK, PFTK, SJK	UK, SLK, SPK, GTIK	CSFK, KAK, SEK, SIK, SRK	MFK	TFK	<ul style="list-style-type: none"> Kérdőív kapcsán 3 időszáv
<i>Tartalmaz kockázatelemzést</i>	MFK, CSFK, BK, SBK, TBJK, SRK, PFTK, SJK	UK, SEK, SLK, SPK	KAK, GTIK, SIK	TFK,		<ul style="list-style-type: none"> nincs ilyen utalás maximum az társadalom egészségügyi helyzetére vonatkozóan
Integrált						
Megjelennek időtávok a kórházak kidolgozott stratégiai elemek végrehajtására és mérésére (mely elemek mikor szeretném végrehajtani)	CSFK,SJK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, TFK,	KAK,GTIK, SIK, SPK	MFK, SEK, SLK, SRK			<ul style="list-style-type: none"> nincs időszáv, GANTT diagram
Van kidolgozott stratégia térkép, stratégia célokkal bővítve (teljeskörűség támogató folyamatok és gyógyító folyamatok)	CSFK SJK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK,	GTIK, SIK	KAK, SPK, MFK, SEK, SLK, SRK		MFK,TFK	<ul style="list-style-type: none"> stratégiai térkép komplexitás
Érintettek elvárásainak vizsgálata megtörtént (minisztérium, OEP stb.)	CSFK,SJK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, TFK,	MFK, KAK, GTIK, SIK, SEK, SPK	SLK, MFK, SRK			<ul style="list-style-type: none"> Jogi megfelelés, elvárások nincsenek konkretizálva
Megközelítés összetett értéke						

Alkalmazás	0% nincs bizonyíték vagy anekdotikus	25% kevés Bizonyíték van	50% van bizonyíték	75% egyértelmű bizonyítékok vannak	100% széleskörű bizonyítékok vannak	
Bevezetett						
Erőforrás szükségletek biztosítottak a végrehajtáshoz	UK, BK, SBK, TBJK, TFK, PFTK, CSFK, SJK, SIK,	GTIK, SEK, SPK	KAK, SLK, SRK	MFK		<ul style="list-style-type: none"> csak humán hozzárendelés következő nyomon l

Van a kialakított stratégiának megfelelő módszertana	UK, BK, SBK, TBJK, PFTK, CSFK, SJK, SIK	GTIK, SEK, SPK	KAK, SLK, SRK		MFK, TFK	• kézikönyv
Szisztematikus						
Megtörtént a stratégia külső kommunikációja, érintettek tájékoztatása	SJK, CSFK, PFTK, BK, SBK, TBJK,	GTIK, SEK, SIK, SPK	SLK, SRK	MFK, KAK	UK, TFK	• nincs külső tájékoztatás
Megtörtént a stratégia belső érintettjeinek a tájékoztatása	UK, BK, SBK, TBJK, SRK	TFK, PFTK, CSFK, SJK, KAK, GTIK, SIK, SPK	SEK, SLK	MFK		• felmérés elvégzése, vezetői megbeszélések
Megtörtént-e a stratégia menedzsment folyamatok koordinálása	UK, BK, SBK, TBJK, PFTK, SPK	CSFK, SJK, GTIK, SEK, SIK,	SRK	MFK, KAK, SLK	TFK	
Milyen mértékű a stratégia kidolgozásának folyamata Belső időbeli lebontottság létezik-e	MFK, SJK, CSFK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, GTIK, SEK, SIK, SPK		KAK, SLK, SRK		TFK	• idősávok 3 típus
Intézkedési tervek meghatározása megtörtént, kidolgozott	SJK, CSFK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, TFK, SEK, GTIK,		SIK	KAK, SLK, SRK	MFK, TFK	• célok- erőforrás idő összehang
Alkalmazás összesítése						
Értékelés és finomítás	0% nincs bizonyíték vagy anekdotikus	25% kevés Bizonyíték van	50% van bizonyíték	75% egyértelmű bizonyítékok vannak	100% széleskörű bizonyítékok vannak	
mérés						
Szervezetmérésére alkalmas komplex mutatószám rendszer létezik, dokumentált	CSFK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, TFK, GTIK, SEK, SIK, SPK	SJK, SLK,	KAK, SRK	MFK		• teljesítmény mérési mutatószámok (BSC)
Megfelelő szervezeti struktúra vizsgálata megtörtént a stratégia elemzés során (nem szabadon választható) lehetséges mozgástér)	SJK, CSFK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, GTIK, SEK, SIK, SPK	MFK,		KAK, SLK, SRK	TFK,	• létszám vizsgálat • Struktúra ábrázolás nincs
Teljesítménymenedzsment része a stratégia megvalósításának	UK, BK, SBK, TBJK, TFK,	CSFK, SJK, GTIK, SPK, SEK	PFTK, SIK, SRK	KAK, SLK	MFK	• Teljesítmény mérés dimenziói (BSC) kérdőívben való említés

Fejlesztés, tanulás						
kritikus problémák becsatolása megtörtént a stratégia készítése során	UK, BK, SBK, TBJK, CSFK,	MFK, SJK, GTIK, SPK, SEK	PFTK, SIK, SRK	KAK, SLK	TKF	<ul style="list-style-type: none"> nincs kiemelve a problematikus esetek száma
vannak a problematikus esetekhez kapcsolható korrekciók vagy beavatkozások	MFK,CSFK, BK, UK, SBK,TBJK,GTIK,SEK,., SIK, SPK	PFTK, SJK	SLK, SRK	KAK,	TFK	<ul style="list-style-type: none"> nem tér ki ezen esetekre
meghatározott a stratégia felülvizsgálat időbelisége	MFK,SJK, CSFK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, SRK, TFK, SPK, SIK, SEK, GTIK	KAK, SLK				<ul style="list-style-type: none"> mérési gyakoriság hiánya
meglévő szervezeti folyamatok vizsgálata megtörténtik a stratégiában	SJK, CSFK, PFTK, BK, SBK, TBJK, GTIK, SEK	UK,SIK, SPK	MFK, SLK, KAK, SRK		TFK	<ul style="list-style-type: none"> kérdőív visszacsatolás
Történik belső személyi bevonás a stratégia megvalósítás értékelésében	SJK, CSFK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, GTIK, SPK	SEK, SIK	SRK	MFK, KAK, SLK	TFK	<ul style="list-style-type: none"> rendszeres megbeszélések megléte
Történik külső személyi bevonás a stratégia megvalósítás értékelésében	MFK, SJK, CSFK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, GTIK, SIK, SPK		KAK, SLK, SEK, SRK		TFK	<ul style="list-style-type: none"> külső projekt szakember említése
Eredmények validálása előirányzott	SJK, CSFK, PFTK, BK, UK, SBK, TBJK, SPK,GTIK, SIK	SEK,		SRK	MFK, TFK, KAK, SLK	<ul style="list-style-type: none"> KÉZIKÖNYV alkalmazása
Dokumentálás formája rögzített feltételek alapján zajlik	UK, BK, SBK, PFTK, SJK, GTIK, SEK, SPK	CSFK	TBJK, SRK	KAK, SLK, SIK	MFK, TFK	<ul style="list-style-type: none"> KÉZIKÖNYV alkalmazása
Értékelés és finomítás összesítése						
Adottságok összesítése						

Forrás: saját szerkesztés

A továbbiakban a RADAR elemzés szempontjai szerint elemzem a vizsgálata bevont kórházakat.

Megközelítés

A Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet (KAK), Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet (MFK), Zala Megyei Szent Rafael Kórház (SRK), Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet (SEK), Szent Lázár Megyei Kórház (SLK) stratégiai nyilatkozata a TÁMOP anyagokból rendelkezésemre állt. A Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet (BK) és a Szent Borbála Kórház (SBK), Gróf Tisza István Kórház (GTIK), Szent Imre Egyetemi Oktató kórház (SIK), Szent Patelon Kórház (SPK) esetében nincs nyilvánosan elérhető stratégia, az SZMSZ képezte az elemzés alapját. Az Uzsoki Utcai Kórház (UK) a honlapján jeleníti meg stratégiáját, azonban ez egy rövid, tömör útmutatás. A szervezetek leírt küldetése, jövőképe, víziója nyilvános forrásból nem elérhető, ezt az Uzsoki Utcai Kórház stratégiája sem tartalmazza. Összességében elmondható az SZMSZ-ek alapján, hogy a főigazgatók feladatkörébe tartozik az intézmények stratégiai tervezésének és fejlesztésének kialakítása. A stratégia és az SZMSZ nem tartalmaz időtávot egyik esetben sem. Nincs nyilvánosan elérhető stratégia, így stratégiai célok sem a Bajcsy-Zsilinszky Kórház (BK) és Rendelőintézet és a Szent Borbála Kórház (SBK) tekintetében. A Stratégia és SZMSZ nem tartalmaz víziót az Uzsoki Utcai Kórháznál sem, itt SWOT analízist tartalmaz a Stratégia, azonban az eredmények megalapozását illetően nem teljeskörű. Egyik kórháznál sem állapítható meg, hogy az ügyfélevételek vizsgálata megtörtént-e. A belső technikai adottságok vizsgálatáról, illetve a rendelkezésre álló erőforrások vizsgálatáról érintőlegesen az Uzsoki Utcai Kórháznál van szó. A szervezeteknél a stratégia illeszkedése a megfelelés tekintetében igen alacsony.

Az Észak-Közép-budai Centrum Új Szent János Kórház és Szakrendelő (SJK) által leírt küldetés, jövőkép, vízió nyilvános forrásból nem elérhető, azonban az szervezet SZMSZ-ben egy külön osztály (Egészségfejlesztési Iroda) feladata a kormány által meghatározott jövőkép és küldetés, valamint az ezekkel összhangban megfogalmazott ágazati célkitűzések megvalósítása: "Az Egészségfejlesztési Iroda működésének célja, hogy javuljon az Intézmény ellátási területén élő lakosság egészségi állapota, növekedjen a születéskor várható élettartam és az egészségben eltöltött életek száma, valamint a működése járuljon hozzá az ország átfogó népegészségügyi hálózatának kialakításához, és ezen keresztül a lakosság egészségtudatosságának növeléséhez, egészségkultúrájának javításához, illetve a krónikus nem-fertőző betegségek megelőzéséhez." A stratégia meglétéről bizonyosságot adhat, hogy a stratégia kialakításának kötelezettsége a stratégiai igazgató feladatai között megjelenik az SZMSZ-ben. A stratégiai igazgató ellátja a stratégiai tervezési feladatokat, ennek keretében a gazdasági igazgatóval együttműködve folyamatos helyzetértékelést végez, kidolgozza a stratégiai célállapot tervezetét és javaslatot tesz a stratégiai célok, valamint az eredmények mérésére szolgáló kulcsindikátorok meghatározására, kidolgozza az elfogadott stratégiai célállapothoz szükséges megvalósítási tervet (implementációs terv) és folyamatosan figyelemmel kíséri annak megvalósítását, közreműködik az intézményfejlesztés irányainak meghatározásában. A stratégia illeszkedésének a vízióhoz az SZMSZ-ben fellelhető bizonyossága, hogy az ágazati célokhoz meghatározott stratégiai prioritások feladatként megjelennek az SZMSZ-ben: Pl. A gazdálkodói értekezlet feladata a gazdasági igazgató vezetésével a gazdálkodás havi rendszerességű figyelemmel kísérése és irányítása, valamint a kiegyensúlyozott működtetés finanszírozási feltételeinek biztosítása. Finanszírozási és Kontrolling Főosztály heti rendszerességgel információt szolgáltat a menedzsment, a szakmai osztályok, a gazdasági, illetve a pénzügyi terület részére a végzett teljesítményekről. Az Informatikai és dokumentációs főosztályvezető az egyensúlyi gazdálkodás fenntartása érdekében ellenőrzi a betegellátási tevékenység monitorozása, figyelemmel kísérése és

elemzése útján a betegellátó szervezeti egységek teljesítményadatait, és megfelelő adatszolgáltatások rendelkezésre bocsátásával javaslatot tesz a főigazgató, orvosigazgató és gazdasági igazgató, illetve az osztályvezetők irányába, a betegellátás teljesítményadatainak lehetséges optimalizálására.

A Csolnok Ferenc Kórház (CSF) főigazgató köszöntője tartalmazza, hogy az intézmény célja a minőségi betegellátás, a magas szakmai színvonalon történő gyógyítás mellett a megelőzés, a digitalizáció, a környezeti fenntarthatóság, a jövőbe való befektetés. A kórháznak nincs nyilvánosan elérhető írott stratégiája, de a főigazgató által megfogalmazott célok megvalósításához szükséges feladatkiosztás fellelhető az szervezet SZMSZ-ében. Az orvosigazgató feladatkörébe tartozik az intézmény orvos-szakmai és gyógyszerellátási tevékenységének felügyelete, valamint e tevékenységek fejlesztése, az egyes résztevékenységek összhangjának folyamatos monitorozása, a minőségi ellátás biztosításához szükséges intézkedések meghozatala. A gazdasági igazgató feladatkörébe tartoznak az intézmény működésével összefüggő gazdasági, pénzügyi, keretgazdálkodási feladatok. A stratégiai igazgató együttműködve az intézmény vezetőhelyetteseivel, ellátja és kialakítja az Intézmény stratégiai, fejlesztési, tervezési céljait, feladatait, valamint az intézmény dolgozóinak oktatásával és továbbképzésével összefüggő tevékenységet. A Minőségirányítási osztály feladata a szolgáltatások minőségének folyamatos fejlesztése, a szolgáltatás során felmerülő hiányosságok időben történő felismerése, azok megszüntetéséhez szükséges intézkedések megtétele és ezek ellenőrzése. A Kontrolling- és finanszírozási osztály heti rendszerességgel információt szolgáltat a menedzsment, a szakmai osztályok, a gazdasági, illetve a pénzügyi terület részére a végzett teljesítményekről. A Humánpolitikai csoport az ágazati igazgatók bevonásával, a meghatározott kulcsindikátorok alapján, az orvos-szakmai programhoz illeszkedve kidolgozza és folyamatosan karban tartja a teljesítményértékelési rendszert.

A Pest Megyei Flór Ferenc Kórház (PFFK) honlapján megtalálható a szervezet küldetése: egészség megőrzés, a betegségek megelőzése, megfelelő és hatékony gyógyítás, munkatársaink jól képzettek legyenek, humán erőforrás megtartására és fejlesztésére, tudományos eredményeket és módszereket felhasználva gyógyítunk, és új technológiát képviselő eszközökkel. Mottónk: „Tevékenységünk eredménye: betegeink elégedettsége”. Jövőkép: Elismert, egészségmegőrző, gyógyító, ápoló, és rehabilitációs szolgáltatást nyújtó, gazdaságilag stabil kórház, korszerű környezetben, megújuló szervezeti rendszerben, a modern technológiai fejlettség magas szintjén álló eljárások alkalmazásával. Intézményi stratégia nem található a szervezet honlapján, azonban az SZMSZ-ben található feladat meghatározásokban megtalálható a küldetésnyilatkozatban szereplő célok megvalósításának kötelezettsége.

A Tolna Megyei Balassa János Kórház (TBJK) és a Zala Megyei Szent Rafael Kórház kórházak esetében a szervezet által leírt küldetés, misszió, jövőkép nyilvános forrásból érhető el a vizsgált időszakban.

A Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet(TFK) SWOT analízist készített, felmérte erősségeit, gyengeségeit, lehetőségeit és a lehetséges veszélyeket. A Stratégiában a célok és akciók a BSC dimenziók szerint kidolgozásra kerültek. A stratégiai célok teljes mértékben illeszkednek a kórház víziójához, valamint kijelölte az egyes akciók felelőseit, akik részletes cselekvési tervet dolgoznak ki, és felelősek az ütemezésért. A BSC 4 dimenziói: vevői nézőpontból a megfelelő szolgáltatást igénybe vevők részéről történő elvásárok, ellátási és működési folyamatok (működési folyamatok), tanulás és fejlődés szempontból képesség és szervezetfejlesztés, valamint pénzügyi dimenzióban a gazdálkodás. Valamennyi dimenzió belül stratégiai célok megfogalmazása, továbbá a cél megvalósítása érdekében szükséges akciók megfogalmazása megtörtént.

Alkalmazás

Az Uzsoki Utcai Kórház, a Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet és a Szent Borbála Kórház tekintetében a stratégia megfelelése az alkalmazás tekintetében igen alacsony. A Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet és a Szent Borbála Kórház nem tett közzé nyilvánosan stratégiát. Az Uzsoki Utcai Kórház stratégiája nyilvános, a honlapon közzétételre került, azonban az alkalmazására nem áll rendelkezésre bizonyíték.

A Csolnoky Ferenc Kórháznál és az Észak-Közép-budai Centrum Új Szent János Kórház és Szakrendelőnél a stratégia alkalmazására csak a már említett SZMSZ-ben kialakított feladatrendszer áll bizonyítékként rendelkezésre, de azt, hogy ez ténylegesen működik-e, arra korlátozott, nyilvános forrásból elérhető információink vannak. Pl. a kórház honlapján elérhető pénzügyi beszámolóiból látható, hogy a 2021. évben a kórház módosított kiadásai és bevételei alapvetően egyensúlyban voltak.

A Pest Megyei Flór Ferenc Kórháznál a stratégia alkalmazására csak a már említett SZMSZ-ben kialakított feladatrendszer áll bizonyítékként rendelkezésre, de azt, hogy ez ténylegesen működik-e, arra korlátozott, nyilvános forrásból elérhető információink vannak. Pl. a kórház honlapján elérhető pénzügyi beszámolóiból látható, hogy a 2021. évben a kórház módosított kiadásai és bevételei nem voltak egyensúlyban, költségvetési támogatást kellett igénybe venni, ezt a célt nem sikerült elérni.

A Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, a Tolna Megyei Balassa János Kórház és a Zala Megyei Szent Rafael Kórházak esetében stratégia a honlapon kizárólag a Toldy Ferenc Kórház esetében található, amely bárki számára hozzáférhető, azonban arról nincs rendelkezésre álló adat, hogy azt a belső érintettek megismerték. A Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet stratégiája teljeskörűen kidolgozott, megtörtént benne a menedzsment folyamatok koordinálása is. A Tolna Megyei Balassa János Kórház és a Zala Megyei Szent Rafael Kórház esetében nem áll rendelkezésre bizonyíték a stratégia létezését illetően.

Értékelés és finomítás

Az Uzsoki Utcai Kórház, a Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet és a Szent Borbála Kórház tekintetében a stratégia értékelése, finomítása az, aminek a legkevesébe feleltek meg a kórházak az alkalmazás után. A mérés, fejlesztés, tanulás tekintetében egyedül a meglévő szervezeti folyamatok vizsgálata, amiről kevés bizonyíték rendelkezésre áll az Uzsoki Utcai Kórház tekintetében.

A Csolnoky Ferenc Kórháznál és az Észak-Közép-budai Centrum Új Szent János Kórház és Szakrendelőnél komplex mutatószám rendszer létezésére ad bizonyosságot, hogy a stratégiai igazgató feladata ezek kialakítása a gazdasági igazgatóval együttműködve. Az SZMSZ-ben található, már említett feladatrendszer alapján elmondható, hogy a teljesítménymenedzsment része a stratégia megvalósításának, de ennek tényleges megvalósulása adatok hiányában nem alátámasztott. A kritikus érintettekkel kapcsolatos információk megjelennek az SZMSZ-ben, pl. hogy az Intézmény tevékenységével kapcsolatosan benyújtott panaszok ügyintézése az Intézmény Panaszkezelési Szabályzata szerint történik (problematikus esetek). A problematikus esetekhez kapcsolódó beavatkozási kötelezettség megjelenik a kockázatkezelési bizottság feladatai között.

A Pest Megyei Flór Ferenc Kórház szervezet honlapján a betegek jelezhetik, hogy mennyire voltak elégedettek a szolgáltatásokkal. A kritikus érintettekkel kapcsolatos információk megjelennek az SZMSZ-ben, pl. hogy az Intézmény tevékenységével kapcsolatosan benyújtott panaszok ügyintézése az Intézmény Panaszkezelési Szabályzata szerint történik (problematikus esetek). A problematikus esetekhez kapcsolódó beavatkozási kötelezettség megjelenik a kockázatkezelési bizottság feladatai között. A Tolna Megyei Balassa János Kórház és a Zala Megyei Szent Rafael Kórház esetében nincs bizonyosság arra, hogy létezik egyáltalán szervezetmérésre alkalmas komplex mutatószám-rendszer. A Tolna Megyei Balassa János

Kórház SZMSZ-ében található egy melléklet a teljesítménydokumentáció ellenőrzése kapcsán, így vélhetően létezik, de teljes bizonyosság nincs róla. A Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet esetében a stratégia tartalmazza a graduális, posztgraduális képzések, gyakorlati oktatók folyamatos képzését, szakdolgozók kötelező szakmacsoportos továbbképzését, beteg és hozzátartozó pszichés bevonását, támogatását. Kijelölésre került a menedzsment, valamint az akciófelelősök.

A táblázatok áttekintéséhez az operacionalizálást a 13. táblázat tartalmazza

13. táblázat: Értékelés magyarázata

0%	25%	50%	75%	100 %
0	1	2	3	4

Forrás: Saját készítés

A hozzárendelések alapján összesítettem az egyes intézményekhez tartozó értékeket, melyeket a 14. táblázatban mutatok be.

Az egyes eredményekhez való hozzárendelést követően súlyozatlan átlagokat számoltam a három fő ismérv alapján, megközelítés, alkalmazás és értékelés, finomítás tekintetében. A táblázatban szereplő nulla értékek egyértelműen utalnak arra, hogy a vizsgált kórházaknál nem volt minősíthető az általam vizsgált dokumentáció alapján. A táblázat háttérszámításai a 4. számú mellékletben találhatóak.

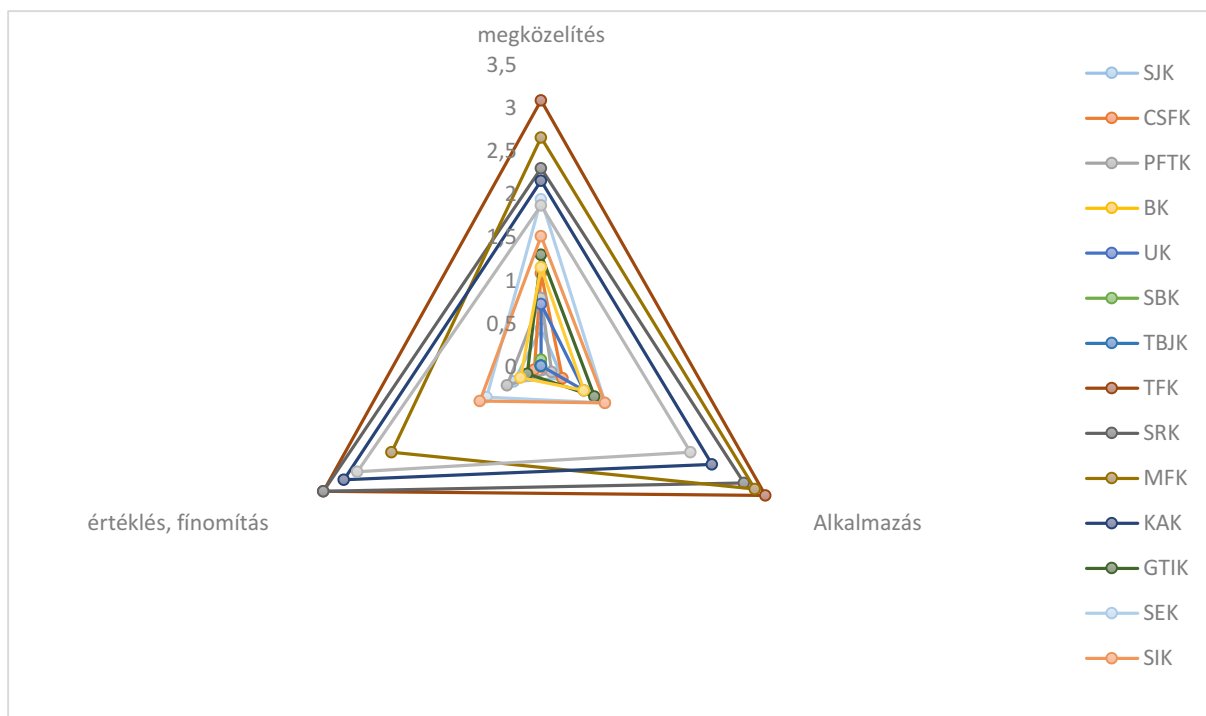
14. táblázat: RADAR átlagérték eredményei

	Megközelítés	Alkalmazás	Értékelés finomítás
SJK	0,428571429	0,28571429	0,363636364
CSFK	1,071428571	0,28571429	0,090909091
PFTK	0,785714286	0,14285714	0,454545455
BK	0,071428571	0	0
UK	0,714285714	0,57142857	0
SBK	0,071428571	0	0
TBJK	0	0	0
TFK	3,071428571	3	2,909090909
SRK	2,285714	2,714286	2,909091
MFK	2,642857143	2,85714286	2
KAK	2,142857143	2,28571429	2,636363636
GTIK	1,285714286	0,71428571	0,181818182
SEK	1,928571429	0,85714286	0,727272727
SIK	1,5	0,85714286	0,818181818
SLK	1,857142857	2	2,454545455
SPK	1,142857143	0,57142857	0,272727273

Forrás: Saját készítés az elemzések alapján

Az értékek ismertetését követően a RADAR képet mutatom be, amely jól szemlélteti, mely intézmény illeszkedik az általam meghatározott RADAR feltételekhez a leginkább. Érdekes

azt is kiemelten kezelni, hogy azon kórházak, melyek bevonásra kerültek a TÁMOP projektbe, mennyivel kaptak magasabb pontszámot az elemzések alapján. 25. ábra mutatja be a teljes RADAR képet. Részletes, számszerű eredményeket az 5 számú melléklet tartalmazza.



25. ábra RADAR elemzés eredményei

Forrás: saját szerkesztés

Az általam végzett elemzés alapján megállapítható, ha a három fő szempontot vizsgáljuk – megközelíthetőség, alkalmazás, értékelés –, akkor a legerősebben a megközelítés dominál, hiszen a legmagasabb pontszámok itt jelennek meg. Ez a szempont a legfontosabb a vizsgálataim szempontjából, mert a stratégia meglétének alapjaira terjed ki. Általánosságban ennek a területnek a gyenge pontjai közé tartozik, hogy az intézmények nagy százalékának nincsen az általam vizsgált dokumentációk alapján megfogalmazott részletes víziója és a stratégiákban is hiányzik a hosszú távú tervhez kapcsolható intézkedések leírása. Ezek a részek a jobb szemléltetés érdekében barackszínnel vannak jelölve az 12. értékelőtáblázatban. Itt két szempont, ami kevés pontot kapott a mintavizsgálat esetében, a helyzetelemzés és a kockázatelemzés. Ha egy szervezet nem végzi el e tevékenységeket, akkor a jövőkép kialakítása is nehézkes, így megállapítható, hogy erős kapcsolat van a jövőkép és a helyzetelemzés között. Viszont az mindenképpen dicséretes, hogy a vizsgálati minta intézményeinek van elfogadott startégiája – zöldszínnel jelölt a táblázatban –, hiszen a rendelkezésreálló dokumentumok alapján ez megállapítható.

Az alkalmazás kérdése volt a következő vizsgálati szempont, ezek az értékek jóval alacsonyabb pontokat kaptak, mint a megközelítés. A nézőpont a stratégia alkalmazásának kérdésére fókuszált. Az általam összeállított kritérium mentén a legalacsonyabb értéket a stratégia belső időbeli lebontottsága kapta, így a szervezeteknek erre az időbeliségre érdemes lenne hangsúlyt fektetni, hiszen a végrehajtás hatékonyságában növekedést mutathat. Itt kapcsolat mutatható ki a megközelítés elemzésekor megfogalmazott kritikákkal. A kialakított módszertan kérdése is magyarázatra szorul, hiszen a meglévő dokumentációk alapján a 16 darab szervezetből a felének van csak írásban is nyoma. Egy részletesen leírt módszertan nem csak a szervezetnek

egy előrejelzés, hanem a szervezet „felhasználóinak” is egy iránymutatásként szolgál. Továbbá az érintettek elvárásaira is nagy figyelmet kell fordítani, hiszen ezek a szervezet feladatait nagyban befolyásolhatják. A bevezetett módszertan alapjai is kevés intézmény esetén jelennek meg írásos formában, így ez is egy részletesebb dokumentáltságra szorul. A stratégia térképekre irányuló kérdésekre az intézmények többsége esetében pozitív a válasz.

Az értékelés és finomítás kérdése bír a kutatásban a legnagyobb dominanciával, hiszen ez indokolja a kórházak esetében a hatékonysággal, illetve a teljesítménnyel való foglalkozás irányában a tovább lépést. Amit érdemes kiemelni gyengeségként, hogy a komplex mutatószám rendszer hiányos az intézményeknél. Több oldalról is relevanciája van ennek az elemnek, hiszen egy intézmény akkor válik fejleszthetővé, illetve akkor lehet egyes módszertani kidolgozásokkal támogatni, ha a gyenge pontjaira fény derül. Amennyiben a mérés alkalmával kiderül, milyen hiányosságai vannak az intézményeknek, érdemes egy olyan módszertani ajánlást kidolgozni, amivel a könnyebb mérhetőség biztosítható az egyes intézmények profiljához. A validálás előirányzása már egy pozitív visszacsatolásnak számít, így ezt a táblázatban zöld színnel jelöltem.

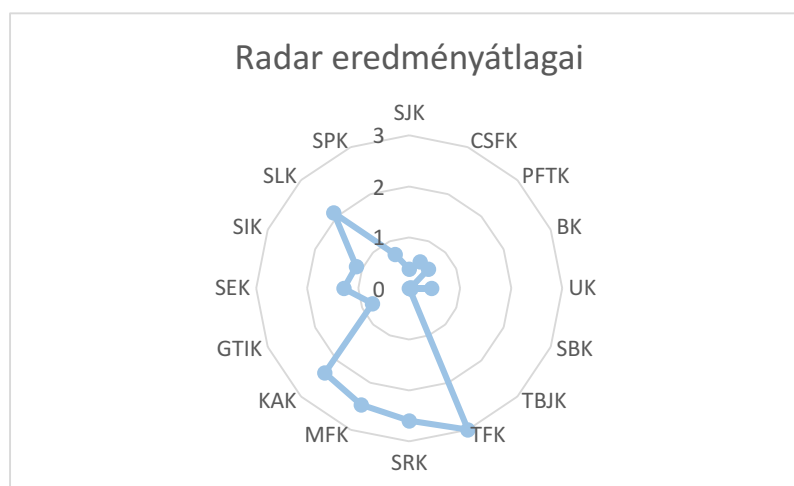
Összeségében elmondható, hogy a RADAR elemzés számai az egyes intézmények stratégiájáról egy pontosabb képet adtak, azonban az is megállapítható, hogy a részletességről minden intézménynek érdemes gondoskodni, így biztosítva egy jobb mérhetőséget és nem utolsó sorban fejlődési lehetőséget.

IV.2.2. K3, K4 kutatási kérdésre adott válasz

K3: Mértékadóak voltak az intézmények stratégiai tervezése során az országos szintű irányelvek?

K4: Milyen mértékben történt meg a bevezetése és alkalmazása az országos szintű stratégiai tervezési irányelveknek?

A RADAR módszer hozzájárul a kutatási kérdések megválaszolásához. A nyilvánosan rendelkezésre álló dokumentumok adta korlátok jelentősen nehezítették a kutatási kérdés igazolását. Azoknál az intézményeknél, ahol nem volt elérhető stratégia fejlesztési terv, az SZMSZ-ben foglalt feladatok alapján alkottam véleményt a szervezet stratégiai tevékenységéről. Azzal a feltételezéssel éltem, ha a szabályzatban megjelenik a tevékenység, akkor az a működésben is beazonosítható. A vizsgálat relevanciáját adja, hogy a stratégia minden intézményi működés alapja, és hogy a kitűzött célokat milyen erőforrások és folyamatok segítségével lehetséges megvalósítani. A 26. ábra bemutatja, hogy milyen szintű stratégiai menedzsment van az általam vizsgált kórházakban, így az ábra segítségével kapunk egy általános képet arról, hogy a vizsgálatba bevont intézmények között milyen jelentős különbségek vannak stratégiai működés szempontjából. Az általam megjelölt három azonosított terület-megközelítés, értékelés, alkalmazás összegének átlagait mértem intézményi szinten, így a legmagasabb értéket a Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet (TFK) a legalacsonyabb pontszámot a Tolna Megyei Balassa János Kórház (TBJK) intézmény kapta.



26. ábra RADAR elemzés átlag eredményei
Forrás saját szerkesztés

A Markoth Ferenc Oktató és Rendelőintézet (MFK), a Dr. Kenessey Albert Kórház és Rendelőintézet (KAK), valamint a Zala Megyei Szent Rafael Kórház (SRK) kapta a legjobb eredményeket ebben a minősítésben. A részletes RADAR számok áttekintését követően elmondható, hogy a ceglédi székhelyű intézmény, már a megközelítési területet vizsgálva magas értékeket kapott, hiszen a dokumentáció áttanulmányozását követően megállapítható, hogy részletes startégiával rendelkezik, mely tartalmazza az intézmény küldetését az ahhoz kapcsolható erőforrásokat, ami a tervezés – hosszú távú stratégia – kidolgozásában nélkülözhetetlen. Az értékelés területén is a legmagasabb pontszámot kapta, hiszen a dokumentáció alapján kijelenthető, hogy intézkedési tervvel rendelkezik, valamint a folyamatok optimalizálása is kiemelt szerepet kap az intézmény működésében. Alkalmazás területén párhuzam vonható – az általam képzett minősítés alapján – a ceglédi és Zala Megyei Szent Rafael Kórházzal (SRK), azaz megfelelő monitoring rendszerrel rendelkeznek és a szervezeti szinten történő ellenőrzések megfelelő ezen intézményekben.

A K3 kutatási kérdés az országos szintű irányelvek vizsgálatára tér ki. A TÁMOP 6.2.5.-B-13/1-2014-0001 *Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben* című projekt az, stratégiai tervezési kézikönyv részeként összeállításra került egy stratégiai tervezési kézikönyv, amely alapul szolgál ezen kutatási kérdésem megválaszolásához. A RADAR elemzéseim egyes pontjai is ezekhez a dokumentumokhoz kapcsolódtak, ami az intézmények számára egy olyan irányelv, mely alapján sikeresen képesek megteremteni a stratégiai vezetés alapjait. Már a kézikönyv célja és módszertana között is egyértelműen megfogalmazott elv, hogy egy iránymutatás legyen az állami fenntartású kórházak részére. Egy olyan gyakorlati útmutató, illetve eljárási utasítás, melynek a célja, hogy a használók számára érhető és logikus legyen, illetve adjon egy lépésről lépésre iránymutatást, ami nem csak a kijelölt feladatokat mutatja be, hanem hasznos tanácsokkal, illetve gyakorlati tapasztalatokkal látja el a kézikönyv használóját. A kézikönyv az általam már a szakirodalmi részben bemutatott Balanced Scorecard módszertan logikáját követi. Érdemes megemlíteni, hogy a kézikönyvhöz tartozik egy intézményfejlesztési és módszertani dokumentum is, ami részletesen bemutatja a kiegyensúlyozott mutatószám-rendszer módszertanát, és azon stratégiai eszközöket, amik használata segítség, mind a bevezetésben, mind pedig az alkalmazás közbeni időszakban. De térjünk vissza az eredeti kérdéseinkre, hogy mennyire voltak mértékadók a fogalmak.

Erre a kérdésre a válasz egyszerű. Az összegzésben is látjuk, a projektben résztvevő kórházak RADAR elemzés alapján kiszámított eredményeit vizsgálva, hogy jobb pozíciókat szereztek. Így megállapítom, hogy minden tekintetben hasznos a kórházak számára ez a kézikönyv, hiszen ez által egy sokkal részletesebben és pontosabban kidolgozott stratégiát tudtak megjeleníteni, illetve leírni, így a folyamataik is ehhez kapcsolódva kerültek kialakításra.

A K3 és K4 kutatási kérdések kapcsolódási pontjait vizsgálva nem kétséges, hogy egy központi iránymutatással és felülvizsgálattal eredményesebb és átláthatóbb stratégiai tervezés lehetséges a kórházakban. Vannak olyan vizsgált intézmények, melyek ugyan nem vettek részt a projektben, mégis magas pontszámú értékelést kaptak a RADAR elemzésben. Így kijelenthető, hogy a nevesített irányelv olyan kereteket ad a stratégia elkészítéséhez, mellyel sokkal egyszerűbb a folyamat tervezés, mind az egyes menedzsment feladatok és nem utolsósorban a hatékony vezetés és a teljesítménymenedzsment tervezése és megvalósítása is.

K3 és K4 kutatási kérdésekre, így mivel a kérdésben az áll, hogy ezen irányelveknek milyen mértékben sikerült a megvalósítása, így ennek megválaszolásához, összeállítottam 15. táblázatot, melyben azon intézményeket helyezem a fókuszba, melyek a projekt résztvevői voltak.

15. táblázat: TÁMOP kézikönyvet alkalmazó intézmények RADAR eredményei

	SRK	MFK	KAK	SEK	Átlag
kapott érték	2,59375	2,46875	2,34375	1,28125	
% érték	64,84375	61,71875	58,59375	32,03125	46,28906

Forrás saját készítés

A 15. táblázatot elemezve, a kórházak átlagosan 46,3 %-ot tudtak elérni, azonban ha az intézményeket külön-külön vizsgáljuk, akkor látjuk azt, hogy a 4 intézményből 3 intézmény 50 % feletti eredményt kapott. Úgy ítélem meg, ez nem tekinthető alacsony százaléknak. Amennyiben a teljes vizsgálati mintához hasonlítjuk, a korábbi állításaimat erősítő eredményeket fogunk találni. Hangsúlyozni kívánom, hogy az ábrán található szigorúan monoton sorrendbe bemutatott RADAR eredmény nem a kézikönyvnek való megfelelést vizsgálta, hanem az általam összeállított szempontoknak való megfelelést szemlélteti.



27. ábra RADAR elemzés százalékos megoszlása

Forrás saját szerkesztés

A 27. ábra grafikusán azt mutatja be, hogy a projektben résztvevő kórházak előkelő helyen vannak. Így a K4 kutatási kérdésemre, hogy milyen mértékben történt meg az egyes irányelvek végrehajtása, azt tudom mondani, hogy nem teljes mértékben, hiszen az átlag százalék a 100 %-os megvalósítóhoz viszonyítva alacsonyabb szinten van, de közel 50 %-ban megtörtént az irányelvek integrálása a stratégiába. Érdeemes megemlíteni, ha a többi intézményhez viszonyítunk, akkor az mondható el, hogy az első lépés elvégzése nagyon hatékonyan történt, hiszen kialakításra került az irányelv szerinti stratégia az egyes intézményekben, azonban a végrehajtásban szükséges még finomítani.

Összefoglalásképpen megállapítható, hogy az irányelveket nyitottsággal fogadó és azok elemeit alkalmazó intézmények sikeresebbek voltak a stratégiai menedzsment területén, ugyanakkor ezen irányelvektől eltérő megoldásokat gyakorlatilag parciálisan véltem felfedezni, ezért a **K3 kutatási kérdést igazoltnak tekintem**. A vizsgált kórházi mintám alapján az irányelveknek a bevezetését és a kézikönyv által biztosított módszertani támogatást alkalmazását elégtelennek tartom, azaz a **K4 kutatási kérdésem nem igazolható**.

Ezen részében a kórház stratégiával foglalkoztam, hiszen a stratégia megléte nem csak a hatékony vezetés egyik alapeleme lehet, hanem a teljesítménymenedzsmentnek az alapja is, így a K3, K4 kutatási kérdésem is ennek a területnek a vizsgálatára irányult. Azonban nem csak a kézikönyv által leírt javaslatok és irányelvek azok, amelyeket az egyes intézményeknek követnie kell, hanem szükséges kiegészíteni a jogszabályi kötelezettséggel és társadalmi elvárásokkal. Az eredményesség teljesítmény indikátorai azonban jogszabályban, rendeletben nincsenek előírva, ezeket az adott intézményekre bízva a jogalkotó. Az eredményesség bizonyítására szolgálna a teljesítmény elvárások és ezek megvalósításának nyilvánosság előtti megjelenítése, azonban mivel nem jogszabályi kötelezettség, ezért ezeket nem alkalmazzák az intézmények. Ezen a területen még alapvető hiányosságok vannak, így erre a területre is szükséges a stratégiaalkotás során figyelni. Összegzésként az 16. táblázatomban mutatom be az egyes kutatási kérdésekre adott válaszaimat az általam elvégzett RADAR elemzés alapján.

16. táblázat K3, K4 kutatási kérdésem eredményei

Kérdések	Válaszok
K3: Mértékadóak voltak az intézmények stratégiai tervezése során az országos szintű irányelvek?	Igen, egyértelműen kijelenthető, hogy mértékadóak voltak, hiszen azok a kórházak melyek alkalmazták, sokkal jobb eredményeket kaptak.
K4: Milyen mértékben történt meg a bevezetése és alkalmazása az országos szintű stratégiai tervezési irányelveknek?	Nem történt magas mértékben a megvalósítás, ha a teljes mintát vizsgáljuk, viszont a projekten résztvevő intézmények bevezették és használják az irányelveket.

Forrás saját szerkesztés

A 16. táblázatban **zöld színnel** jelöltem, **ami elfogadásra** került és **piros színnel**, **ami csak részleges elfogadásra vagy elutasításra** került a kutatásaim alapján.

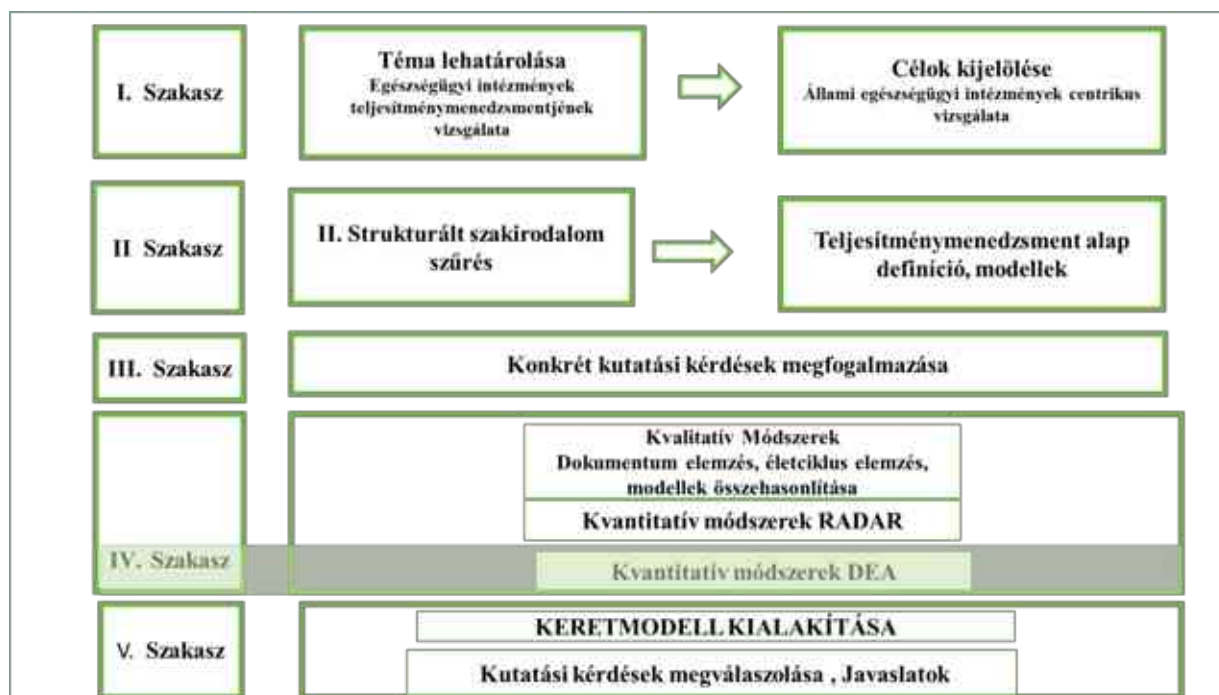
Az általam megfogalmazott Tézisek a következők:

T3a: A RADAR módszertan mérhetővé teszi az állami finanszírozású kórházak stratégiai menedzsmentjének jellemzését, valamint hozzájárul az országos szintű irányelvek alapján történő működés bevezetésnek és fejlesztésének a támogatásához.

T3b: A RADAR módszer alkalmas az egyes vizsgált kórházak stratégiai értékelései alapján az országos szintű irányelvek szervezeti szintű adaptációjának támogatására.

Azt gondolom, dolgozatomnak ez a része előkészítette az értekezés további részét, hiszen érdemes megvizsgálni, hogy a kórházi hatékonyság összefüggésben van-e a jól előkészített startégiával vagy sem. A következő fejezetben a DEA módszertant fogom segítségül hívni, illetve azzal mérni az egyes intézmények hatékonyságát.

IV.3 Hatékonyságvizsgálat az állami kórházaknál



28. ábra Kutatás folyamata az empirikus vizsgálatokhoz illesztve

Forrás: Saját szerkesztés

A kutatási folyamatom következő szakaszában ismételtelen egy kvantitatív módszer áll a főszerepben, ami a *Data Envelopment Analysis (DEA)*. Ez egy igen sajátos eljárás, mely alkalmas a döntés szempontjából hasznos információk feltárására olyan egészségügyi intézményeknél, melyek több döntéshozó egység integrált működését foglalják magukba (Iberhalt, 2016).

K5. Hogyan jellemezhetők hatékonysági különbségek a 600–1250 ágyszámmal rendelkező magyarországi állami fenntartású kórházakban?

K6. Milyen kapcsolat van a kutatásba bevont kórházak célorientált gondolkodása és a hatékonyság között?

Jelen fejezet keretei között a hatékonyságvizsgálat 2017-2021. év közti időszakra vonatkozó lefolytatását, főbb eredményeit ismertetem.

A vizsgálatba bevont intézményeknél olyan nehézségek adódtak a szakirodalmi feldolgozás alapján, mint a korlátozott forrással való gazdálkodás, így érdemes a hatékonyság során egy ún. best practice-t meghatározni, és ehhez viszonyítani. Ezen lépés támogatja, hogy az intézmények számára ismertté váljon egy olyan jó gyakorlat, amely segítségével a hatékonysági folyamatok modellezhetők és bevezethetők saját intézményeikbe.

A vizsgálatot input-orientált megközelítéssel végeztem, ahol az inputok minimalizálására törekedtem az adott output-szint mellett. A skála-érzékeny CRS-modell az erőforrások azonos beépülési rátáját feltételezi (output/input arány változatlan). A tanulmányban bemutatott módszer állandó skáláhozadékokat, azaz az outputok egymással történő fix arány mellett tökéletes helyettesíthetőségét feltételezi. A szakirodalom ezt a feltételt CRS (constant return on scale) vagy CCR (Charnes-Cooper-Rhodes 1978) betűszóval említi (Nemzeti Fejlesztési

Ügynökség). A módszer egyik leghangsúlyosabb előnye, hogy a csökkentett input értékek meghatározása nem önkényes (Dózsa-Ecseki, 2012).

A módszer alkalmazása során kiinduló lépésként input és output mutatókat kerestem, melyeket a 17. táblázat ismertet. A mutatók elsősorban a módszer tesztelésére választottam ki a szakirodalom és a feldolgozott esettanulmányok alapján. A tényleges hatékonyságvizsgálat előtt még alaposabb kutatás indokolt a megfelelő mutatók kiválasztása érdekében, hogy ezt követően véglegesíthessem az input paramétereimet. Jelen kiválasztás során fő célként azonosítottam, hogy egyrészt a felhasznált mutatók szignifikánsak legyenek, másrészt pedig elkerüljük a multikollinearitást. A kiválasztás feltételei ezen túl a rendelkezésre állás, az adott célnak való megfeleltethetőség és a relevancia. A nemzetközi kitekintés eredményeként feltárt változók jelentős része a hazai központi statisztikai nyilvántartásban csak korlátozottan áll rendelkezésre, ami az elemzés korlátját is jelenti.

17. táblázat: A vizsgálatba bevonható potenciális mutatók köre

Input	Output
– ágyszám (darab)	– járóbeteg (fő)
– orvosszám (fő)	– ápolási napok száma (darab)
– ápolószám (fő)	– egyéb eset (ellátás) (darab)
– nem orvosi személyzet (adminisztratív munkavállalók, karbantartók és gyógyszerészek) (fő)	– összes eset (ellátás) (darab)
– teljes személyzet (fő)	– műtétek száma (darab)
– eszközök (darab)	– fekvőbeteg ellátás (forint)
– teljes költség (forint)	– egy főre eső sebészeti ellátás (forint)
– egyéb költség (forint)	– egyéb szolgáltatás (darab)
– egy főre eső egészségügyi kiadások (forint)	– bevétel (forint)

Forrás: Saját szerkesztés (epartners.hu, kórházi ágyszám és betegforgalmi kimutatás KSH adatbázis)

A fenti tényezők figyelembevételével mellett a hazai kórházakra vonatkozó hatékonysági elemzés alábbi korlátai azonosíthatók:

- a rendelkezésre álló statisztikai adatok alapján bevonható változók alacsony száma,
- a standardizálás hiánya (pl. munkaköri szűkítés),
- a teljesítmény volumen korlát (azon előírás, ami megszabja, hogy egy kórház egy adott egészségügyi ellátásból egy hónapban mennyit végezhet el. Az állam évente meghatározza, hogy egy kórház mekkora összeget kaphat havonta a különböző ellátási formákra, illetve, hogy ha valaki túllépi a keretet, akkor annak mekkora részét fizeti ki a Nemzeti Egészségbiztosítási Alap Kezelő (NEAK) a kórház számára),
- a tulajdonviszonyok komplexitása (állami és magántulajdon).

Mindezek alapján a vizsgálatomba a 18 táblázatban szereplő input és output mutatókat választottam ki a számításaimhoz. A feldolgozott szakirodalmi forrásokban vannak olyan esetek, amelyek magasabb input- output mutatószámmal dolgoznak, és szerepelnek olyanok is, amelyek alacsonyabbal (2 input/output). E tekintetben az általam nyilvános adatbázisból elérhető és megfelelő részletettségű eredményeket biztosító mutatószám 4 input és 4 output mutatószámmal jellemezhető.

18. táblázat: A vizsgálatba bevont mutatók

INPUT mutatók	OUTPUT mutatók
– aktív kórházi ágyszám (db)	– ténylegesen működő ágyak száma (db)
– teljes személyzet (fő)	– elbocsátott betegek száma (fő) ²
– teljesíthető ápolási napok száma (db)	– teljesített ápolási napok száma (db)
– teljes ráfordítás (forint)	– teljes bevétel (forint)

Forrás: Saját szerkesztés

Első lépésben minden területre kerestünk indikátort, valamint az alábbi javaslatokat tettem:

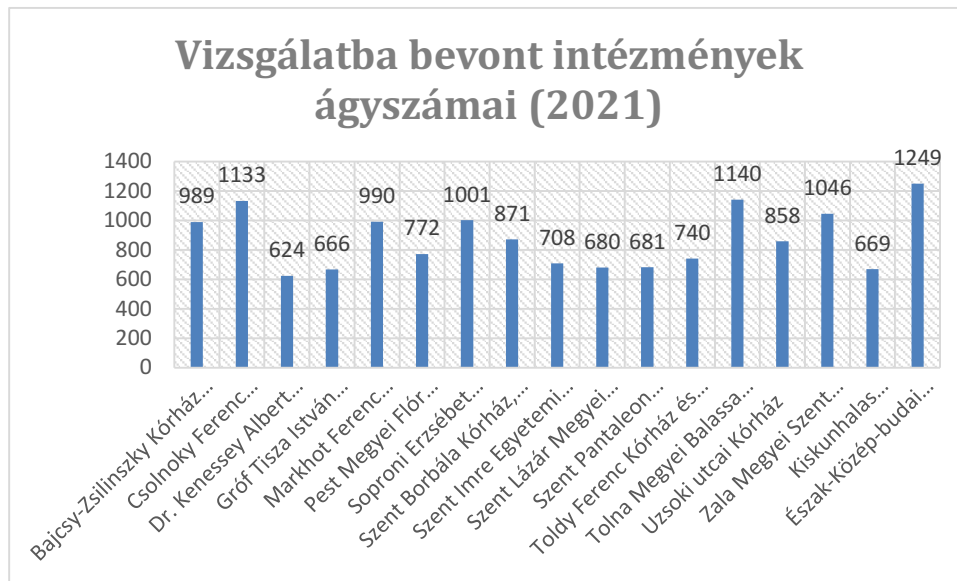
- a mutatók forrása a *Központi Statisztikai Hivatal adatbázisa* (2017-2021), valamint az egyes intézmények költségvetési beszámolóit (a költségvetési beszámolók a CrefoPort adatbázisából kerültek feldolgozásra),
- a mutatók vonatkozásában 5 év átlaga került be az elemzésbe, így lehetővé vált az évről évre történő ingadozások kiszűrése (a szerkezeti változások figyelembevétele mellett), Itt érdemes megemlíteni, hogy a 2022-es adatok még nagyon frissek, várhatóan az adatbázisban augusztusban kerültek feltüntetésre, így ezekkel az adatokkal már nem dolgoztam.
- az elemzés során kapcsolatot kerestem a teljesítőképesség és a tényleges teljesítőképesség között (a szervezet adottságaihoz képest az elvárt maximum és a jelenlegi értékek közötti különbség). (Barnum, 2009)

A kórházak hatékonyságvizsgálatának támogatására meghatározható egy indikátorrendszer, amely – a DEA módszerének megfelelően – input és output indikátorokra bontható. A kórházak vizsgálata során 4 mutatót vontam be az egyes indikátorcsoportokba.

A vizsgálatba bevont kórházak listáját a 11. táblázat ismerteti (66 oldal). A DEA elemzés egységei magyarországi állami fenntartású intézmények, az egyes egységek az összes ágyszám alapján kerültek tipologizálásra. A vizsgálatba azon megyei kórházakat vontam be, melyek ágyszámai 600 és 1250 darab ágy között helyezkednek el. A kórházi lista nem teljes, hiszen nem vizsgáltam azon intézményeket, melyek jellemzően egy speciális területet látnak el (pl. pszichiátria). A kórházak neve mellett az ágyszám szerepel, amelyet a KSH adatbázis alapján határoztam meg (2021. évre vonatkozóan). Az általam vizsgált kórházak összetétele időről-időre ellenőrzést igényel, hiszen ahogy a társadalom szerkezete, úgy a kórházak ágyszáma is változik. Fontos megemlíteni azt is, hogy a 2019 és 2020 év az egészségügy életében egy fordulópont volt, hiszen a Covid 19 járvány ekkor tört ki, és nem csak a mindennapjainkra, hanem a kórházakban is nagy változást hozott. (ENSZ, 2015, Iyengar et al 2020) Kiemelten fontosnak tartom, hogy bemutassam milyen hatással volt az ágyszám változásokra a világvárvány, így ez is megjelenik az elemzésemben. Ahogy a dolgozatom kutatási előzményei között is megjelent, a Magyarországon lévő kórházak közül több intézmény felel meg a 600 és 1250 ágyszámmal rendelkező intézménynek, azonban az osztályok száma is fontos, hiszen hasonló összetételű ellátó egységek vizsgálata volt az elsődleges céloim, így a mintámból volt olyan intézmény, ami kizárásra került. A másik kizáró ok a pénzügyi önállóság volt. Számos intézmény integráción ment keresztül, így Egyetemi Oktató Kórház Tagintézményei lettek, ezért a vizsgálataimba ezeket az intézményeket sem vontam be. A teljes minta a dolgozatom

² Az elbocsátott betegek száma: eltávozott, más osztályra áthelyezett és elhalálozott betegek összes en.

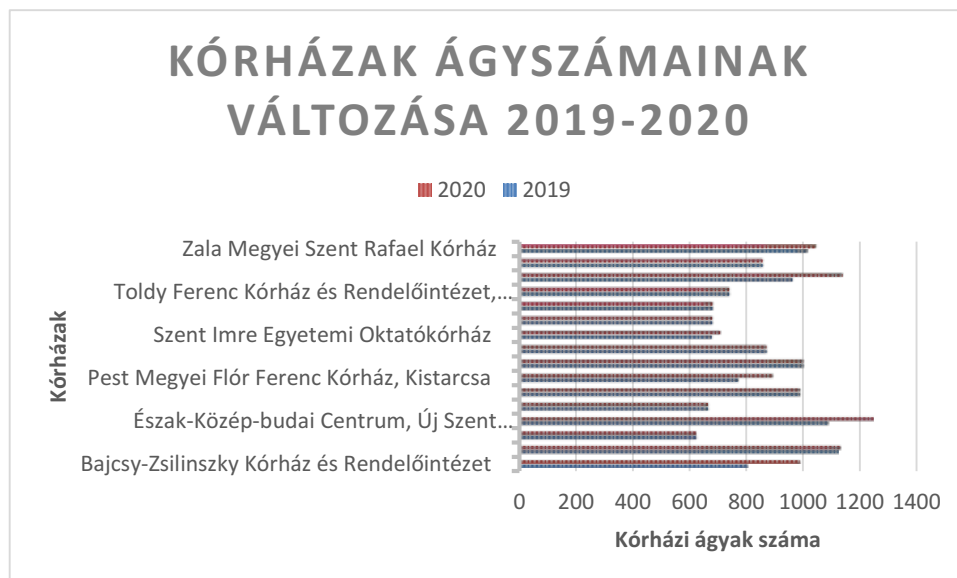
elején az 5. ábrában tekinthető meg (8. oldal). A 29. ábra pedig a vizsgálatba bevont teljes mintát mutatja.



29. ábra Vizsgálatba bevont általános profilú 600-1250 ágyszámmal rendelkező kórházak

Forrás Saját szerkesztés KSH alapján

A már korábban említett Covid időszak változásait is szükséges megvizsgálni, hiszen az egészségügy volt a fókuszban, így a változás is mérhetővé vált többek között az ágyszámok növekedésében is, melyet a 31. ábra szemléltet. Az első adatsor a 2019-es évet jeleníti meg, a második pedig a 2020-as évet. Az ábrába a jól láthatóság érdekében ezt a két évet emeltem ki, amiből megállapítható, hogy a pandémia jelentős ágyszám növekedést okozott. A 19. táblázatban pedig láthatók a 2018-2021. évi változások. Itt azért 4 évet vizsgáltam, mert így árnyaltabban tudom bemutatni a Covid 19 járvány kitörése előtti állapotot, illetve azt, hogyan álltak vissza a számok a Covid csökkenésével. Ami érdekes, hogy vannak olyan kórházak, ahol visszatértek a 2018-as értékek, van olyan, ahol pedig megmaradt a növekedett ágyszám. A DEA elemzés értékekkel jellemzett input és output mutatók adatbázisa a 6-10. számú mellékletben olvasható.



30. ábra Kórház ágyszámainak változása 2019-2020
Forrás: Saját szerkesztés (KSH adatbázis) alapján

19. táblázat: Kórházi ágyszámok változása 2018-2021

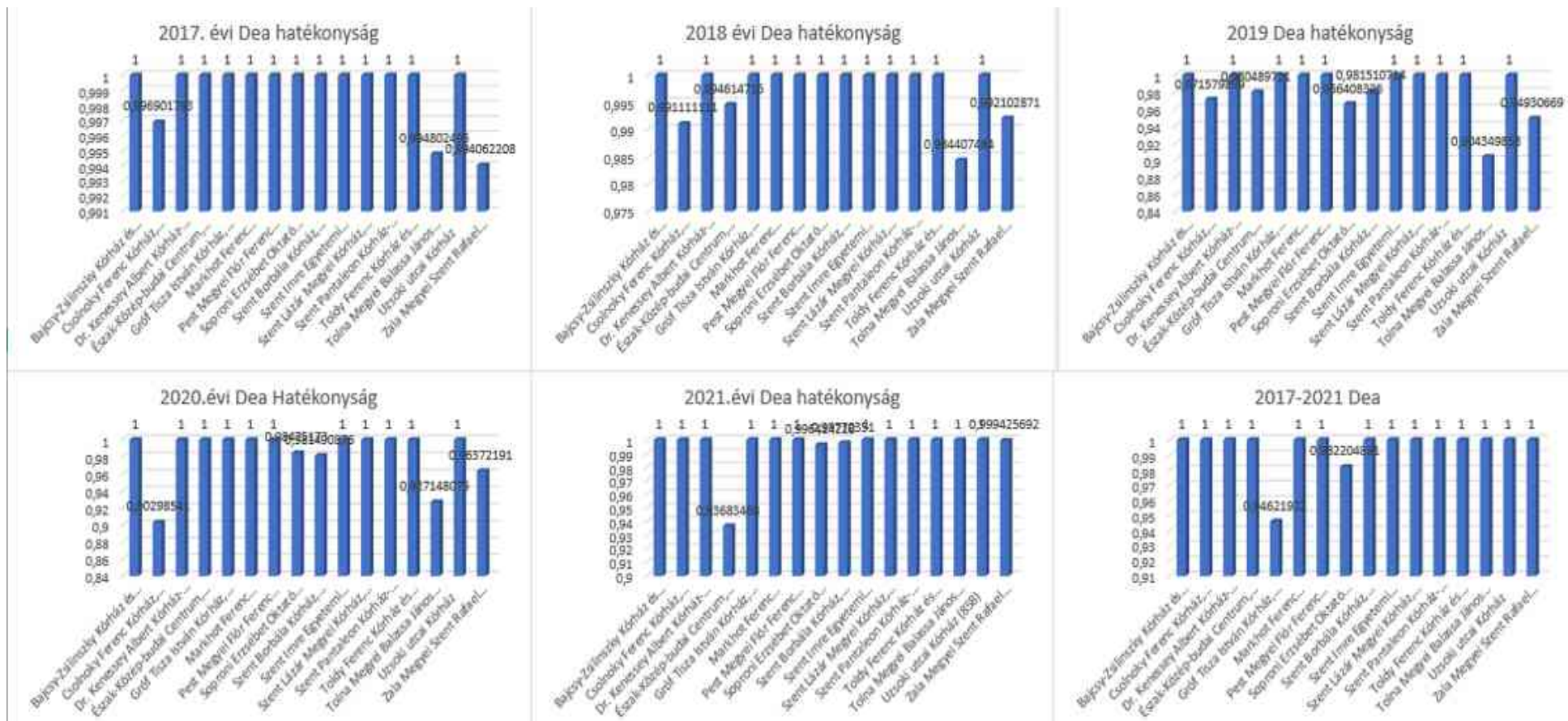
Kórházak	Ágyszám időszakonként (db)			
	2018	2019	2020	2021
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	804	804	989	989
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	1125	1125	1133	1133
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	617	624	624	624
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1089	1089	1249	1249
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	666	666	666	666
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	990	990	990	990
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	772	772	894	772
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1001	1001	1001	1001
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	871	871	871	871
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	678	678	708	708
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	687	680	680	680
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	681	681	681	681
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	740	740	740	740
Tolna Megyei Balassa János Kórház	962	962	1140	1140
Uzsoki utcai Kórház	858	858	858	858
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1016	1016	1046	1046

Forrás : Saját szerkesztés KSH adatbázis alapján.

A 2019-ben kitört világjárvány alapján látható, hogy vannak olyan intézmények, ahol a rendelkezésre álló adatok szerint nem történt változás, amit a táblázatban sárga színnel jelöltem. Ez a mintám 38 %-a, tehát 7 intézmény. A további 10 intézménynél történt változás, a Balassagyarmati Kórházban és salgótarjáni Szent Lázár Kórházban a növekedés a Covid előtti időszakban következett be, így a Covid alatti vizsgálatba ezeket a kórházakat sem tudom bevonni. A többi kórház esetén viszont a pandémia hozott változásokat. Átlagosan 11 %-os az

ágyszám növekedés, ami a DEA hatékonyság vizsgálat szempontjából az input számok növekedését eredményezte. A legnagyobb növekedés a Bajcsy-Zsilinszky Kórházban volt, 23 %-os, ami a Covid utáni időszakban is megmaradt. A legkisebb mértékű növekedés a Szent Rafael Kórházban (+1 %) és Csolnoky Ferenc Kórházban (+ 2%) történt. A Pest Megyei Flór Ferenc Kórházban a járvány enyhülésével a számok visszatértek a korábbi ágyszámhoz, ez a vizsgálati mintámban egyedülálló volt.

DEA elemzésem alapját az előzetesen megadott mutatók értékei alapján meghatározott adatbázis képezte. A vizsgálat elsődlegesen a hatékony működést elemzi, ahol az egyes egységekhez rendelt értékek maximuma 1 (100%). Az eljárás a legjobb, azaz az 1 értéket felvett hatékonyságú döntéshozó egységek adatai alapján számít egy ún. jógyakorlat (best practice) határt, majd százalékos arányban adja meg a gyengébben működő kórházak hatékonysági tartálékait. (Johnes 2006, Koltai et,al 2019)) Mindezek alapján megállapítható, hogy az 1-es értékű hatékonysági mutatóval rendelkező intézmények megbízható hatékonysággal működnek. Azon kórházak esetében, amelyek nem érik el a mutatószám legjobb értékhez viszonyított maximális értékét, érdemes egy mélyebb vizsgálatot is készíteni, hiszen a működésükben különbség érzékelhető a többi intézményhez képest, amit a 32. ábrám is mutat. Mivel az adatbázisomat évenkénti lebontásban alakítottam ki, így mind az éves értékeléseket, mind az évek átlagainak a DEA elemzését elkészítettem. A továbbiakban az éves értékelésekkel foglalkozom, amely pontosabb eredményt fog megmutatni, illetve évről évre lehetőség van áttekinteni, hogy az egyes intézmények milyen mutatókkal rendelkeznek. A 32. ábra megmutatja évről évre milyen változásokon mentek végül a kórházak



31. ábra Relatív hatékonyság vizsgálatának eredményei (600-1250 ágyszámmal rendelkező intézményekben)

Forrás: Saját szerkesztés

A 31. ábrán az intézmények sorrendje változatlan, így érdemes megtekinteni, hogy évről évre az egyes kórházak milyen hatékonysággal működtek. A 20. táblázatban részletesen ismertetem azokat az intézményeket, melyek évről évre nem az 1 értéket kapták, ugyanis az az egység nem hatékony, amelyiknek a hatékonysági mutató értéke 1-nél kisebb.

20. táblázat: Intézmények hatékonysági mutatója

	2017	2018	2019	2020	2021
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	0,9969	0,99111	0,97158	0,90299	
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő		0,99461	0,98049		0,93683
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu					
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet			0,96641	0,98475	0,99641
Szent Borbála Kórház, Tatabánya			0,98151	0,98149	0,9977
Tolna Megyei Balassa János Kórház	0,9948	0,98441	0,90435	0,92715	
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	0,99406	0,9921	0,94931	0,96372	0,99943

Forrás: Saját szerkesztés

A 20. táblázat jól illusztrálja az alacsonyabb hatékonyságú intézmények hatékonyság változását önmagukhoz és egymáshoz képest. Jól érzékelhető, hogy a (CSFK) Csolnoky Ferenc Kórház minimális hatékonyságváltozás mentén 2021-re érte el az elvárt hatékonysági működési szintet. Az Észak-Közép Budai Centrum esetében jelentős hullámlás tapasztalható, és romló tendencia érzékelhető. A Soproni Kórház a vizsgált időtartamban az első két évben megfelelt a hatékonysági elvárásoknak, a COVID idején problematikusá vált ezen kérdés, ami javítása folyamatosan zajlik. A Szent Borbála Kórház tevékenysége hasonlóan jellemezhető a soproni intézményhez, itt is hatékonysági visszaesést eredményezett a pandémia okozta változás. A Balassa János Kórház esetében a legszignifikánsabb a COVID miatti hatékonyság visszaesés, amelynek a kívánt szintre történő emelése az intézménynek mintegy 2 évbe került. A Szent Raffael Kórház hatékonysága a 2019. és 2020. évek kivételével homogénnek tekinthető, nyilván a járvány kezelés negatívan befolyásolta az erőforrások hatékony felhasználását. Összeségében megállapítható, hogy két típus azonosítható be a hatékonysági tendenciák tekintetében:

- a hatékonysági mutatók néhány éves tendencia után hirtelen megváltoznak (Észak-Közép budai Centrum),
- illetve a COVID hatására a helyzet kezelése látható mértékű hatékonyság visszaesést eredményezett.

21. táblázat: 2017 DEA vizsgálat háttér adatai a nem elvárt hatékonyságú intézményeknél

	ÖSSZES KÓRHÁZI ÁGY (db)	SZEMÉLYZET (teljes; fő)	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesíthető; db)	RÁFORDÍTÁS (Ft)
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	1125	1935	406975	13496388497
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1016	1613	368090	16695640779
Tolna Megyei Balassa János Kórház	962	1773	351870	11162161888
OUTPUT MUTATÓK				
	TÉNYLEGES MŰKÖDŐ ÁGYAK SZÁMA (db)	ELBOCSÁTOTT BETEGEK SZÁMA (fő)*	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesített; db)	BEVÉTEL (Ft)
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	1115	33234	293235	13949382885
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1006	36735	236090	15024154645
Tolna Megyei Balassa János Kórház	957	28801	199737	11051333902

Forrás saját szerkesztés

A háttér információ alapján több következtetés is megállapítható a Crefoportból és a KSH adatbázisból nyert információk alapján. Az elemzés elkészítésének a háttérében olyan input és output mutatók voltak (21. táblázat), amiket párba lehet állítani, így a megállapításokat egyszerűbb megtenni. A Szent Rafael Kórház elemzésével szeretném kezdeni, hiszen a legalacsonyabb értéket ez az intézmény érte el. Látható, hogy a ráfordítás nagyobb, mint a bevétel, ez már alapvetően nem vezet hatékony működéshez, azonban azt is meg kell állapítani, hogy egy közintézmény esetében nem a profitszerzés az elsődleges, hanem a fenntartható gazdálkodás. Az okok vizsgálatánál célszerű az ápolási napok áttekintése. A Szent Rafael Kórház esetében 368 090-236 090 ez a számpár, ami azt jelenti, hogy az ágyak csupán 64, 1 %-a kihasznált. A másik két intézmény estében a ráfordítás és bevétel különbsége nem annyira jelentős, mint a Szent Rafael esetében, azonban itt is vannak eltérések, viszont az ápolási napok számának kihasználtsága ezekben az intézményekben is jelentős változáson ment át.

A 31. ábra alapján megállapítható, hogy az 1 vagy ehhez közeli értékek túlsúlya jellemző, ami megköveteli a módszertan gyakorlati oldalának bemutatását is. A DEA összehasonlítást is végez, így a megadott mutatók közül kiemeli a legjobb értéket. A DEA módszer az adott mutató legjobb értékéhez viszonyít. Ezen viszonyítás lehetővé teszi az eltérések feltárását, így ennek megfelelően az egymáshoz viszonyított értékek alapján feltételezhető a hatékonyság mértéke. A 22. táblázat az összehasonlításokat ismerteti, amelyek alapja, hogy mely intézmények esetében kalkulált a DEA módszer az adatbázisunk által megadott mutatók alapján 1 értéket (hatékonyságot), és mely intézmények voltak, amelyek ettől eltérő értéket kaptak (kevésbé hatékonyak). Amely intézmények esetében a legjobb intézményhez való hasonlítás alapján nem feltételezhető a kívánt hatékonyság, azok összehasonlításra kerültek más intézményekkel is.

22. táblázat: Kórházak összehasonlításának eljárási módszere (2017)

Rövidítés	Kórházak	1 társítás	2 társítás	3 társítás	4 társítás	5 társítás
BK	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	BK	-	-	-	-
CSFK	Csolhoky Ferenc Kórház, Veszprém	SJK	SEK	SLK	SPK	UK
KAK	Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	KAK	-	-	-	-
SJK	Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	SJK	PFFK	-	-	-
GTIK	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú	GTIK	-	-	-	-
MFK	Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	MFK	-	-	-	-
PFFK	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	PFFK	-	-	-	-
SEK	Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	SEK	-	-	-	-
SBK	Szent Borbála Kórház, Tatabánya	SEK	SBK	SIK	UK	-
SIK	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	SIK	-	-	-	-
SLK	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	SLK	TFK	-	-	-
SPK	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaujváros	BK	PFFK	SEK	SIK	SPK
TFK	Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	GTIK	PFFK	SEK	SPK	TFK
TBJK	Tolna Megyei Balassa János Kórház	PFFK	SPK	-	-	-
UK	Uzsoki utcai Kórház	UK	-	-	-	-
SRK	Zala Megyei Szent Rafael Kórház	PFFK	SEK	SLK	UK	-

Forrás: Saját számítás (DEA software alapján)

A táblázat alapján megállapítható, hogy a CSFK jelű kórház összehasonlítása történt meg a legmagasabb számban (5 társítás), amit alátámasztanak a 22. táblázatban olvasható eredmények. 2017 volt a kezdeti időszak, így ennek a bemutatását végeztem el, azonban fontosnak tartom a 2018-2021 társításokat is bemutatni, melyeket a 11-18. mellékletben lehet megtekinteni. Célszerű a párosítások darabszámát is megvizsgálni, hiszen ez változó, attól függően, hogy az adott intézmények számai mennyire közelítenek egymáshoz. Ennek eredményeként vannak évek, ahol összesen 4 darab társítás látható, és vannak olyan időszakok, mikor 6 darab.

A többi kórház esetében, amelyek 1 alatti értékeket kaptak, a páros összehasonlítás során hamarabb befejeződött a vizsgálatuk, mint az 5 társítási kör, aminek az oka, hogy az adott összehasonlítások során már nem volt olyan érték, ami összehasonlítható lett volna ebben a sorrendben. Részletes vizsgálatban érdemes egy olyan összehasonlítást is végezni és elemezni, ami megmutatja, melyek azok az input értékek, melyeknek más értéket kell felvenniük a kívánt hatékonyság elérése érdekében. Ezen kérdés esetében a 23. táblázatban ismertetett elvárt szint alatti hatékonyságú kórházak vizsgálata szükséges. Vizsgálataink input orientáltak, vagyis az input minimalizálására törekedtünk az adott output szint mellett. A módszer állandó skáláhozadékat, azaz az outputok egymással történő fix arány melletti tökéletes helyettesíthetőségét feltételezi. A 23. táblázat az input és az output értékeket is mutatja.

23. táblázat: Az elvárt szint alatti hatékonyságnak bizonyult kórházak vizsgálatba bevont input és output mutatói értékeinek összehasonlítása a célértékekkel

	Input	Összes Kórházi Ágy (db)	Személyzet (teljes létszám Fő)	Ápolási Napok száma (teljesített dbszám.)	Ráfordítás (Ft)
Bázis érték	Csolnoky Ferenc Kórház (Veszprém)	1125	1935	408975	13498388497
Cél érték		1121,515	1572,226	405714,107	13454573888
Bázis érték	Tolna Megyei Balassa János Kórház	982	1773	351870	11162161888
Cél érték		982	1773	351870	11162161888
Bázis érték	Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1016	1613	388090	16695840779
Cél érték		1009, 967	1402,789	385904,358	14918470156
	Output				
Bázis érték	Csolnoky Ferenc Kórház (Veszprém)	1115	33234	293235	13949382885
Cél érték		1115	38171,34	293235	1394382885
Bázis érték	Tolna Megyei Balassa János Kórház	957	28801	199737	11051333902
Cél érték		957	38250,083	259787,44	11051333902
Bázis érték	Zala Megyei Szent Raffael Kórház	1008	36735	238090	15024154645
Cél érték		1008	36735	249798,793	15024154645

Forrás: saját szerkesztés (KSH adatok és költségvetési beszámolók alapján)

Megfigyelhető, hogy a 23. táblázatban a célértékek a tényleges értékhez képest más értéket vesznek fel. A célérték azt a mutatószámot jeleníti meg, amely a magas hatékonysággal rendelkező intézmény mutatóihoz viszonyítva az optimális értéként azonosítható. Ez azzal magyarázható, hogy a hatékony működés mutatóihoz képest arányosít a program. Mindezek alapján kijelenthető, ha a célértékhez igazodnának az egyes intézmények, akkor a jelenlegi szinttől hatékonyabban működnének.

Érdemes megfigyelni, hogy a Tolna Megyei Balassa János Kórház esetében az input értékek alapján elvárt hatékonyság áll fenn, ezért nem kell változtatni a bázisértéken, hogy elérje a célértéket. Ha az output oldalról vizsgáljuk az intézményt, akkor megfigyelhető, hogy az ágyszámok tekintetében nem indokolt a változtatás, azonban a személyzet létszáma a hatékonyság eléréséhez változtatást igényel, továbbá az ápolási napok száma, ami szintén eltérés mutat, egy olyan érték, ami a kórház teljesítményétől csak részben függő tényező.

A DEA modell alapján megállapított eltérések csupán az elvárt szint alatti hatékonyan teljesítő egységek bizonyos problémáira, az alacsonyabb hatékonyságú működés okaira derítenek fényt, valamint, hogy a kritikus tényezőkben milyen mértékű az eltérés az optimálistól. Ennek megfelelően ezen elemzési módszer által feltárt információk hasznos gyakorlatként szolgálhatnak a szervezeti menedzsment számára, hogy mely területeken, és milyen irányba tervezzen, és valósítson meg módosítást a hatékonyság fejlesztése érdekében.

A 24. táblázat alapján látható, hogy a 2018-as évben csupán csak 2 intézmény nem volt megfelelő hatékonyságú: a Csolnoky Ferenc és az új Szent János Kórház. Érdekes összefüggéseiben is áttekinteni az általam elemzett információkat, hiszen a Csolnoky Ferenc Kórház és a Tolna Megyei Balassa János Kórház 2017-2020 között azon kórházakhoz tartozott a vizsgálataimban, akiknél a hatékonyság nem volt definiálható, viszont a 2021-es évre a hatékony kórházak közé sorolta a lefutott elemzés. A 24. táblázat alapján látható, hogy a Zala Megyei Kórház az utolsó helyen áll, hiszen a vizsgált időszakban nem érte el az elvárt hatékonyságot.

24. táblázat: 2017-2021 hatékonysági ráta alatti kórházak adatai

KÓRHÁZAK	ÖSSZES KÓRHÁZI ÁGY (db)	SZEMÉLYZET (teljes; fő)	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesíthető; db)	RÁFORDÍTÁS (Ft)	TÉNYLEGES MŰKÖDŐ ÁGYAK SZÁMA (db)	ELBOCSÁTOTT BETEGEK SZÁMA (fő)*	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesített; db)	BEVÉTEL (Ft)	
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém									
	2017	804	1413	282480	14454675245	764	31757	212759	14836391005
célérték input		1125	1935	406975	13496388497				
célérték output						1121,515	1572,226	405714,107	13454573888
	2018	804	1413	274446	15968031659	742	32315	210748	18437173152
célérték input		1125	1935	406975	14945773072				
célérték output						1115	1530,188	403357,444	14544937171
	2019	804	1357	275745	16996782570	781	32326	211862	15912837924
célérték input		1125	1935	399293	15452465323				
célérték output						1093,027	1430,896	387945,053	14634338297
	2020	989	1349	286922	192221946623	802	26225	175912	22343197724
célérték input		1133	1789	365578	18936377846				
célérték output						951,721	1384,271	330111,6	17099272913
	2021	989	1348	292730	22410804718	802	25175	148267	21511151020
célérték input		915,126	1414,964	332150	22263484437				
célérték output						910	26816	178643	22428860038
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő									
	2017	1089	1564	397905	13813169971	1083	36210	283047	14782278204
célérték input		1089	1564	397905	13813169971				
célérték output						1089	1564	397905	13813169971
	2018	1089	1564	388470	16359920378	1070	35606	271691	16685956240
célérték input		1089	1564	388470	16359920378				
célérték output						1083,135	1515,386	386377,978	16271817539
	2019	1089	1564	389372	18426271013	1067	36123	269304	18981878508
célérték input		1089	1564	389372	18426271013				
célérték output						1067,753	1476,743	381775,243	17759232338
	2020	1249	1664	404137	21048124815	1249	28932	213891	29656003350
célérték input		1249	1664	404137	21048124815				
célérték output						1249	1664	404137	21048124815
	2021	1249	1961	419125	28594408019	1085	27197	191860	20952595734
célérték input		1249	1961	419125	28594408019				
célérték output						1170,107	1837,133	392650,835	20830878771
Tohna Megyei Balassa János Kórház									
	2017	962	1773	351870	11162161888	957	28801	199737	11051333902
célérték input		962	1773	351870	11162161888				
célérték output						957	1303,784	349305	10832831422
	2018	962	1773	344385	12606856069	947	27788	182715	12286362014
célérték input		962	1773	344385	12606856069				
célérték output						947	1287,434	339015,172	12410283469
	2019	962	1773	312874	13435491999	866	27868	177255	12421510395
célérték input		962	1773	312874	13435491999				
célérték output						869,288	1112,707	282947,558	12150385285
	2020	1140	1668	299192	15552703637	901	19118	116488	18620829942
célérték input		1140	1668	299192	15552703637				
célérték output						851,475	1144,817	277395,287	14388445610
	2021	1140	1911	319245	18566723627	901	19118	116488	18620829942
célérték input		1140	1911	319245	18566723627				
célérték output						901	19118	116488	18620829942
Zala Megyei Szent Rafael Kórház									
	2017	1016	1613	368090	16695640779	1006	36735	236090	15024154645
célérték input		1016	1613	368090	16695640779				
célérték output						1009,967	1402,788	365904,358	14918470156
	2018	1016	1614	364038	15921448079	996	37258	238256	16462008956
célérték input		1016	1614	364038	15921448079				
célérték output						1007,977	1475,642	361163,145	15795714353
	2019	1016	1749	354345	16976731166	963	36475	234440	17051636159
célérték input		1016	1749	354345	16976731166				
célérték output						964,496	1332,048	336382,079	16069538301
	2020	1046	1738	355828	18691641619	1003	29007	189699	19084607112
célérték input		1046	1738	355828	18691641619				
célérték output						1007,283	1435,975	342919,24	17329996349
	2021	1046	1954	364695	22890583889	1003	27545	172489	23022528405
célérték input		1045,399	1638,945	364485,553	22877437640				
célérték output						1003	27545	172489	23022528405

Forrás saját szerkesztés

Ebben a táblázatban látható az évről évre történő változás, nem csak az adott év bázisadatait jeleníti meg, hanem a célértékeket is mind input, mind output oldalon. Ennek jelentősége abban áll, hogy a 2017-es adatok után érdemes a folyamatosságot is elemezni. A 23. számú táblázatban csak azon intézmények szerepelnek, melyek nem csak egy évben, hanem vagy folyamatosan, vagy kihagyásokkal nem hatékony értéket kaptak az elemzésben. Kiemelendő kórház a Zala Megyei, mert nem éri el egyik évben sem a hatékonysági szintet, viszont, ha jobban megnézzük a számokat, látható, hogy csak nagyon alacsonyszintű lemaradása van. Érdekes megnézni az input értékeket is, hiszen azon az oldalon a változtatás csak a 2021-es évben jelenik meg, és az is csak minimális különbségekkel; azonban az output oldalon olvasható bázis- és célértékek nem ennyire egyformák, mint az input oldalon. Itt mind az elbocsátott betegek számában, mind az ágyszámokban és a bevétel összegében is eltérés van. Azaz, a bejövő értékek a kimenő értékeket nem változtatják meg. Látható, hogy a kórháznak egyfajta teljesítménymenedzsmentje és stratégiája van, így 2021-re az output értékek már a célértékekhez igazodtak, ott az input értékekben jelent meg egyfajta korrekció lehetősége. Mindezek alapján érdemes megemlíteni, hogy a DEA módszer bevezetése és futtatása szükséges lépés egy szervezet számára, hiszen ezáltal képessé válik a szervezet annak a mérésére, hogy a korábban megfogalmazott stratégiai célokat sikerült-e teljesíteni, azaz a szervezet hatékonyan működik-e vagy sem. Azonban ez nem elegendő egy szervezet teljeskörű vizsgálatához, hiszen, ha egy szervezet a nem kívánt eredményt kapja, akkor szükséges további modelleket, módszereket beépíteni ahhoz, hogy ezek a hibák javításra kerüljenek. A hibák feltárásához vagy definiálásához ugyanakkor egy nagyon rugalmas módszertan a DEA, hiszen meghatározott specifikus mutatószámok alapján képes intézmények összehasonlítására, illetve egy-egy jó gyakorlat kiemelésére.

Disszertációm ezen a részéhez 2 kutatási kérdés kapcsolódik, amit a fent elemzett adatok alapján, illetve ezeket kiegészítve kívánom megválaszolni.

IV.3.1. K5, K6 kutatási kérdés adott válasz

K5: Hogyan jellemezhetők a hatékonysági különbségek a 600-1250 ágyszámmal rendelkező magyarországi állami fenntartású kórházakban?

A DEA elemzés eredményei bebizonyították, hogy a vizsgált kórházak között számszerűsíthető hatékonysági különbségek vannak. A DEA elemzés a választott mutatók segítségével meghatározta, hogy mely intézmény milyen hatékonysággal teljesítette feladatait a 2017-2021 időszakban. Az elemzés érdekessége viszont nem csupán a hatékonysági értékek kiszámításában rejlik, hanem abban, hogy az adott hatékonyság milyen paraméterekkel befolyásolható, azaz a bázis- és a célértékek különbségei fogják a korrekciós lehetőséget megjeleníteni. Érdemes továbbá az input és output értékekre is fókuszálni, hiszen egy kórház eredményeit nem csupán a kiadás és bevétel különbsége fogja adni, hanem az, hogy az adott feltételeket és adottságokat, hogyan tudja kihasználni, illetve a stratégiáját mennyire jól tudja meghatározni. Megállapítom, hogy a vizsgált minta tekintetében a DEA módszer megfelelő eszköz a hatékonysági különbségek számszerűsítésére. A K6 kutatási kérdésben erre térek ki.

K6. Milyen kapcsolat van a kutatásba bevont kórházak célorientált gondolkodása és a hatékonyság között?

Ezen kutatási kérdés megválaszolásához az előző fejezetben ismertetett a RADAR elemzést is segítségül kell hívni, illetve összehasonlítást kell végezni.

25. táblázat: DEA és RADAR összehasonlítási eredmények

Eredmények	DEA					RADAR			
	2017	2018	2019	2020	2021	Eredmények	Megközelítés	Alkalmazás	Értékelés
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	1	1	1	1	1	nem igazolja	0,071428571	0	0
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	0,996902	0,991111	0,97158	0,902985	1	nem igazolja	1,071428571	0,285714286	0,285714
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	1	1	1	1	1	igazolja a K6	2,142857143	2,285714286	2,636364
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1	0,994615	0,98049	1	0,93683468	nem igazolja	0,428571429	0,285714286	0,363636
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	1	1	1	1	1	részben igazolja	1,285714286	0,714285714	0,181818
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	1	1	1	1	1	igazolja a K6	2,642857143	2,857142857	2
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	1	1	1	1	1	nem igazolja	0,785714286	0,142857143	0,454545
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1	1	0,966408	0,984752	0,996414218	nem igazolja	1,928571429	0,857142857	0,727273
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	1	1	0,981511	0,981491	0,99770351	nem igazolja	0,071428571	0	0
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	1	1	1	1	1	nem igazolja	0,428571429	0,285714286	0,363636
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	1	1	1	1	1	részben igazolja	1,5	0,857142857	0,818182
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	1	1	1	1	1	igazolja a K6	1,857142857	2	2,454545
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	1	1	1	1	1	részben igazolja	1,142857143	0,571428571	0,272727
Tolna Megyei Balassa János Kórház	0,994802	0,984407	0,90435	0,927148	1	nem igazolja	0	0	0
Uzsoki utcai Kórház	1	1	1	1	1	nem igazolja	0,714285714	0,571428571	0
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	0,994062	0,992103	0,949307	0,963722	0,999425692	nem igazolja	2,285714	2,714286	2,909091
		minden évben hatékony			Kritérium	Esetszám	1 alatti érték	alacsony érték	
		egy évben sem az			igazolja a K5	3	1- 1,8 között	közép érték	
		4 évben nem			részben igazolja	3	1, 8 felett	magas érték	
		3 évben nem			nem igazolja	10			

Forrás : Saját szerkesztés DEA és RADAR adatbázis alapján

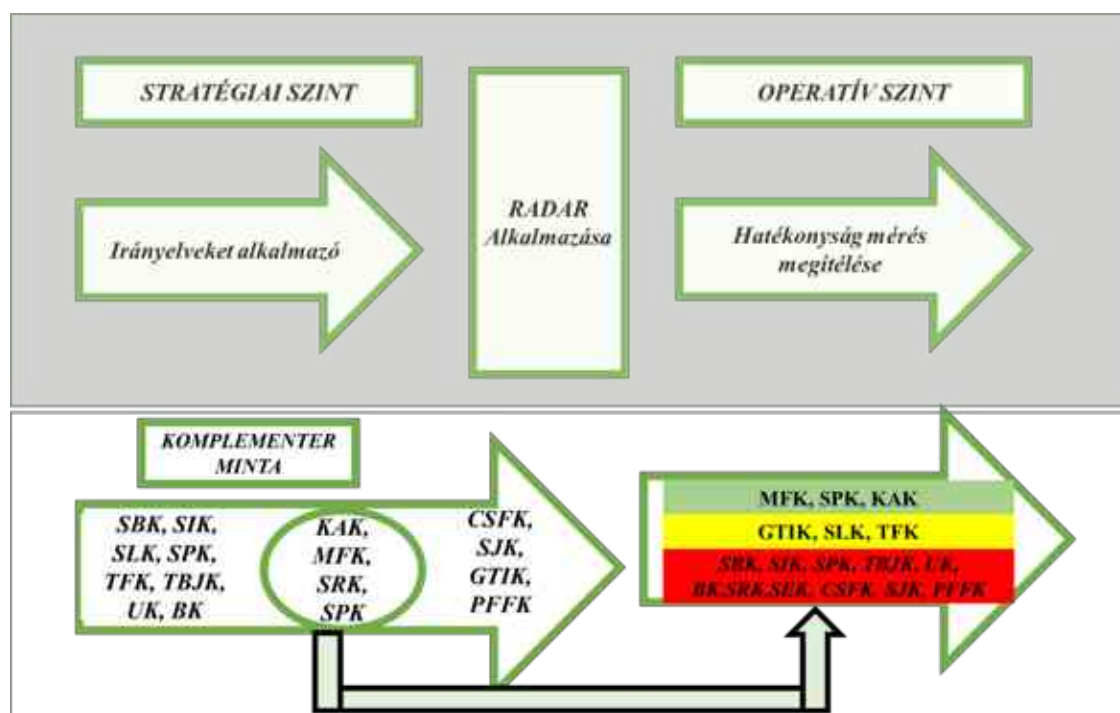
A K6 kutatási kérdésem alapelvének fogadom el, hogy egy szervezet akkor eredményes, ha hatékony működést realizál, így aminek a komplex vizsgálata végrehajtható a RADAR és DEA eredményeinek együttes áttekintésével.

A RADAR és a DEA összevetését tartalmazza a 25. táblázat.

A táblázat fontos feladata, hogy bemutassa a K7 kutatási kérdésem hátterét, melyben első sorban a stratégiai és operatív működés hatékonyság vizsgálatának összefüggéseire fókuszálók. A stratégia alapjául a központi irányelvek alkalmazása szolgál, így érdekes ebben a táblázatban megfigyelni, hogy a kutatásba bevont mutatók és a stratégia összevetése ezen feltételnek hogyan felel meg.

A táblázatban az eredményeket három színnel jelöltem, melynek jelentés tartalma a következő. A DEA hatékonyságának küszöbértéke az 1, azaz ha az eredmény 1, akkor hatékony a vizsgált szervezet, ha az eredmény nem éri el az 1 értéket nem beszélhetünk relatív hatékonyságról. A RADAR eredményei alapján az 1 alatti érték alacsony érték, 1-1,8 között középérték, 1,8 fölött, pedig magas értéket vesz fel a vizsgált intézmény startégiája a számítások alapján.

Zöldszínnel jelölt, mind a DEA eredményei, mind a RADAR eredményei hatékonyságot mutatnak, így ezek intézmények hatékonysága is feltételezhető. Ami sárgaszínnel jelölt intézmények részben igazoltnak tekinthetők, lehetséges, hogy a hatékonysága magas, azonban a stratégiai eredményei nem érik el a megfelelő szintet. A pirossal jelölt intézmények, pedig sem a hatékonyság, sem a RADAR területén nem érik el a kívánt szintet. A vizsgálatba bevont szervezetek 19 %-a – zölddel jelölt –, ahol a központi irányelvek alkalmazása egyenletes, azaz kapcsolat mutatható ki a RADAR és DEA módszertan között. Az intézmények 63 %-a esetében, azaz szám szerint 10 intézmény esetében pedig nincs kapcsolat a stratégia és a hatékonysági mutatók között. Ez súlyos irányítási problémát vet fel.



32. ábra RADAR és DEA logikai összekapcsolása

Forrás: Saját szerkesztés

Hangsúlyozni kívánom az eredmények típusát is, hiszen 3 intézmény esetén célvezérelt eredmény áll fenn, tehát a stratégia irányelvek megvalósítása történik az elvárt hatékonysággal, ez a mutatókban is jól illusztrált. Azon intézményekben, melyben csak részben vagy egyáltalán nem teljesül a kapcsolat, az eredmény nem feltétlenül célvezérelt, azaz a hatékonyság nem kapcsolható össze a hosszú távú célok realizálásával.

26. táblázat: K5, K6 kutatási kérdések összegzése

K5, K6	Indoklás
K6 Hogyan jellemezhetőek hatékonysági különbségek a 600-1250 ágyszámmal rendelkező magyarországi állami fenntartású kórházakban?	Jellemezhetőek a különbségek az intézmények között, hiszen a DEA elemzés segítségével az intézmények között egységes mutatók használatával tudunk rangsort felállítani.
K7: Milyen kapcsolat van a kutatásba bevont kórházak célorientált gondolkodása és a hatékonyság között?	Az alkalmazott módszertanok segítségével arra van módom választ adni, hogy az egyes kórházak hatékonyságnövelő akciói szolgálják-e és milyen mértékben a stratégia megvalósítását.

Forrás: Saját szerkesztés

A feltett kutatási kérdésem közül a **K5-ra pozitív megerősítést kaptam**, a **K6-et nem fogadtam el**, hiszen a kutatásom keretei alapján ez a kérdés nem megválaszolható.

T4a: Az országos szintű irányelvek alkalmasak a kórházak működési hatékonyság fejlesztésére.

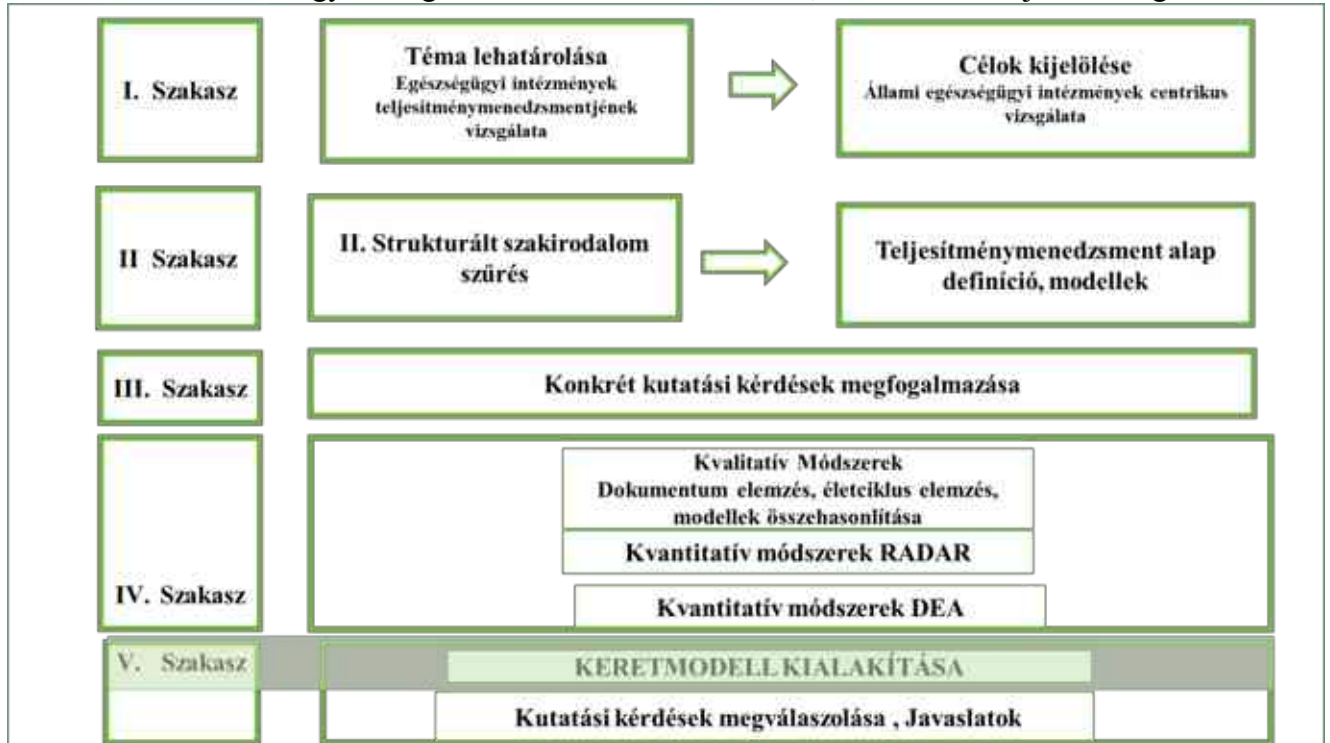
T4b: A vizsgált szervezetben, melyben részletesen kidolgozott, országos szintű irányelvek mentén megfogalmazott stratégia áll fenn, akkor a hatékonyság és a teljesítmény között az összhang megteremtése magasabb szintű.

T5: A RADAR és DEA módszerek adott feltételek mellett történő együttes alkalmazása olyan innovatív megközelítés, ami lehetőséget teremt, a stratégiából kiinduló működési hatékonyságot magába foglaló szervezeti teljesítménymenedzsmentre.

IV.4 Keretmodell kialakítása

K7: Létezik, olyan módszertani kombináció, amely segítségével ki lehet alakítani kórházi teljesítménymenedzselési keret modellt?

A kutatásom utolsó és egyben legfontosabb szakaszához értem, amit a 33. ábra jelenít meg.



33. ábra A Kutatási folyamat jelenlegi fejezetben bemutatott szakasza

Forrás: Saját szerkesztés

A közsféra szervezetei részben más jellemzőkkel bírnak, mint a versenyszektor, ezért kijelenthető, hogy a teljesítménymenedzsment folyamataikban is más/új elemek válnak hangsúlyosabbá. Ennek a területnek a szakirodalmá sokszínű, így egy-egy mutatószámrendszer kiemelése is hasznos lehet egy rendszer bevezetése kapcsán, azonban érdemes a szervezet speciális elemeinek mérésére is kitérni. Egy közszolgáltató szervezet esetében – a szolgáltatási kötelezettség okán – általában magas igénybe vevői számról lehet beszélni, így a megfelelés is nehezebb. Fontos cél az, hogy a szolgáltatási színvonal növekedésére és az ehhez kapcsolható folyamatok fejlesztésére a szervezet nagy hangsúlyt fektessen. Szakirodalmi vizsgálataim alátámasztják, hogy a terület vizsgálatára a legalkalmasabb módszer a Kaplan–Norton által publikált Balanced ScoreCard (BSC) modell, hiszen négy olyan területre fókuszál, ami egy ilyen szervezet mérésére is alkalmas. Azonban a szektor vizsgálata során felmerültek olyan további tényezők is, mint a társadalmi innováció, bizalom, amelyek relevánsak lehetnek egy kórház teljesítményének mérésében és a modellbe való adaptálásra is. Célom egy olyan teljesítménymenedzselési és ezen belül mutatószám-keretrendszer alapjait kialakítani, ami alapul szolgálhat egy kórház számára a hatékony visszajelzésben és egy olyan irány mutatószámában, ami a szolgáltatás megítélésében és fejlesztésében fontos, s vezetési filozófiává válhat.

IV.4.1. Teljesítményértékelési modell illesztése és újragondolása

A 19. ábrához (53 oldal) visszatérve a teljesítménymenedzsment modellek tipologizálásával az volt a célom, hogy egy általános képet adjak a kiválasztott modellekről és a hatékonyság, a relevancia, illetve az alkalmazhatóság tényezőinek bemutatását is elvégeztem. A korlátok megfogalmazásában az *egyértelműség és következetesség*, valamint a *kijátszhatóság* elemei voltak segítségemre. Még a következtetések előtt ki kell arra térnem, hogy bár mindegyik modell alkalmazása általános, viszont a korlátok kiküszöbölése után sem tudjuk azt mondani egyik modellre sem, hogy a szervezet számára a már korrigált forma ellenére a legnagyobb hatékonyságot nyújtja. Így mindenképpen egy adaptációt szükséges végezni, azaz úgy összeállítani a modellt, ami már a jól ismert szakirodalmi javaslatok által bemutatott keretmodellek elemeit keverten tartalmazza és használja (Veresné Somosi, 2013).

Egy állami finanszírozású kórház értékelésére egy módszertani kombináció, ami a legjobban illeszthető, így az általam vizsgált teljesítménymenedzsment modelleknek helyük van a keretmodellben is. Míg a BSC egy mutatószámok alapja, a CAF, az EFQM, a Scotland Performance, a PDCA, a Teljesítmény Prizma és a Virginia Performance az elégedettségi hatás támogatására illeszthető be az egyes intézmények teljesítménymenedzsmentjébe.

Azonban mielőtt a modell bemutatásra kerülne, érdemes megemlíteni, hogy a teljesítménymenedzsment bevezetése során vannak olyan területek, amiket specifikusan kell kezelni, hiszen ezek a területek az esetleges közszektorbeli versenyképességhez vezethetnek. Bár az előző részben már megemlítettem, azonban most részletesen szeretném bemutatni a társadalmi innováció és teljesítménymenedzsment párhuzamait. Kitűnő kérdés lehet az, milyen módon tud hozzájárulni a társadalmi innováció egy modell felépítéshez, illetve ezen a területen szükség van-e rá. A kérdésre nagyon egyszerű választ tudunk adni, hiszen az társadalmi innovációs törekvések olyan szolgáltatásokat szeretnének elősegíteni, amik hatékonyabbá, olcsóbbá és a társadalmi kohéziót erősítve versenyképesebbé teszik a szolgáltatásokat. A 27. táblázat mutatja be a párhuzamot a társadalmi innováció és a teljesítménymenedzsment között, és egy definíciós idővonalat is megjelenít.

27. táblázat: Társadalmi innováció és teljesítménymenedzsment összefüggései

Társadalmi innováció	Időszak	Teljesítménymenedzsment
Tarde: társadalom, mint bővülő hálózatos gazdaság (Nemes; Varga 2015)	1899	
Hoggan: társadalmi helyettesítés (Balaton; Varga 2017)	1909	
Gábor: a technikai innovációk jelentősen elszakadtak a társadalmi újításoktól. Véleménye szerint a műszaki innovációk túlsúlya aránytalanságokat okozott az innovációk folyamatában, mivel a társadalmi jólét növelése érdekében tett erőfeszítések lemaradtak, a perifériára szorultak. Ebben az értelemben a társadalmi innováció olyan átfogó keretprogram, ami elsősorban nem a technikai innovációk mellett párhuzamosan tevékenykedő kezdeményezés, hanem az innovációk összességét ellenőrző és szabályozó „reform”. (Balaton; Varga 2017)	1970	

Társadalmi innováció		Teljesítménymenedzsment
Drucker: A társadalmi innováció elméleti meghatározása során hangsúlyossá válik, hogy újjátásra az élet minden területén szükség van, az újjító kezdeményezések nem korlátozódhatnak csak a műszaki és gazdasági színterekre. (Kucsma – Varga 2017)	1980	
	1989	Sink és Tuttle: A teljesítményhez különböző kritériumokat kell hozzárendelni, amiket ki kell elégíteni. Eredményesség, gazdaságosság, minőség, termelékenység, munkaerő minősége, innováció és nyereségesség. (Bakacsi 1988)
	1995	Neely, Gregory és Platts: A teljesítménymenedzsment, valamely tevékenység eredményességének és gazdaságosságának a mérési folyamata. (Veresné Somosi-Hogya 2011) Randell: A teljesítménymérés és menedzsment, olyan eszköz, ami a bérezés alapját képezi, illetve a jövőbeli potenciálok felmérésére is szolgál. Olyan folyamat, melynek során a munkavállaló által elvégzett munkát megfigyelik, felméri, rögzítik és jelentést készítenek róla. (Veresné Somosi- Hogya 2011)
Mumford: A társadalmi innováció egy másik megközelítése szerint a társadalmi újjítás új ötletek generálását és megvalósítását jelenti, ami során az emberek társadalmi interakcióikat szervezik egy közös cél érdekében. (Kucsma; Varga 2021)	2000	
	2008	Gyökér–Finna: Szervezet teljesítményéhez történő hozzájárulás mértékének és módjának a mérése. (Gyökér 2008)
Benedek et. al(2015): mértékadónak tartjuk azon megközelítést, amely fókuszba helyezi a törekvések társadalmi jólét növelést eredményező folyamatát. Kutatásunk során a társadalmi innovációt úgy azonosítjuk, mint ami „új vagy újszerű válaszokat ad egy közösség problémáira azzal a céllal, hogy növelje a közösség jólétét. (Kocziszky 2015) Balaton – Varga : Az életszínvonal emelése mellett hangsúlyos az újszerű struktúrák megjelenése, valamint a társadalom cselekvőképességének ösztönzése. Normatív megközelítésében a „társadalmi innováció olyan folyamat, amely új vagy újszerű együttműködésnek a formájában növeli a cselekvési hajlandóságot. (Balaton – Varga 2017)	2015	

Forrás: saját szerkesztés

Az összefoglalást követően elmondható, hogy mindkét területnek mind hazai, mind nemzetközi szakértői vannak. Először a társadalmi innováció fogalmaival foglalkozok bővebben. A társadalmi innováció elméleti megközelítései eltérőek, jelenleg nincs olyan fogalom, ami egységesen elfogadott. Láthatjuk, hogy a 2017-2018-as évek során is születtek megközelítések, amik próbálnak minél pontosabb képet adni, illetve egy olyan értelmezési lehetőséget nyújtani, ami időtől független, ez fontos, hiszen talán itt ezen tényező szerepe a leghangsúlyosabb (Kocziszky 2015). Illetve itt megemlíthető a helytől való függetlenség, valamint a jövedelmi helyezettől való függetlenség is. Az megállapítható, hogy a különbség, ami a fogalmak között van, az a megközelítésekben fedezhető fel, hiszen a társadalmi problémák nem ugyanazok adott időszakokban, így mindig az aktuális problémák megoldására kell reagálni, illetve egy esetleges megoldást javasolni. Érdeemes megemlíteni, hogy míg az 1899-es évektől kezdve inkább a külföldi szakirodalmi források foglalkoznak ennek a területnek a jelentőségével, a hazai szakirodalmi források csak az utóbbi 10 évben kezdtek el publikálni, ekkor került fókuszba a közösségi jólét fogalma is. Fejlődéstörténete az innováció szó jelentéséből indult ki, ami első sorban technikai innovációs alapokkal rendelkezik, azonban Gábor Dénes rávilágított arra, hogy ezek az innovációs folyamatok azért jöttek létre, hogy a társadalmi jólét egyre magasabb szintű legyen (Balaton-Varga 2017, Hortoványi- Balaton 2016). Ebben a fogalomban jelent meg először kapcsolat a tárgyiasult világ és a társadalom között. Drucker kimondja, hogy újjításra az élet minden területén szükség van, így elkezdődtek a társadalmi innovációs kezdeményezések (Kucsma-Varga 2017). Mumford megfogalmazása szerint ezek új ötletek, amelyek során az emberek társadalmi interakciókat és kezdeményezéseket hoznak létre (Kucsma-Varga2017). Már említettem, hogy az elmúlt években hazánkban is kiemelt szerepet kapott ez a terület, olyan definíció is publikálásra került, ami a fent említett korlátokat megpróbálja kiküszöbölni. Új struktúrák, új ötletek jelentek meg, valamint kibővült egy olyan elemmel is, ami azt gondolom, a továbbiakban mértékadó lesz, és a szakirodalomban egy mérföldkőként fog megjelenni. Ez nem más, mint az újszerű együttműködések, amik növelik a cselekvőképességi hajlandóságot. Itt nem maga a folyamat, vagyis az együttműködés, ami meghatározó, hanem az, hogy a társadalomnak is mutatni kell egy nyitottságot és hajlandóságot ebben az irányban. Minden esetre elmondható, hogy a társadalmi innováció célja egy magasabb életminőség elérése, a foglalkoztatási szint növelése, valamint a környezeti feltételek javítása is. A célok megfogalmazásánál tudom összekapcsolni az általam vizsgált két területet, hiszen a teljesítménymenedzsment nem egy társadalmi szintű tevékenység, de egy vállalat működése is hatással van a gazdaságra, illetve a foglalkoztatási szint növelésében is jelentős szerepet kap.

A 27. számú táblázatban láthatjuk, a teljesítménymenedzsment nem párhuzamosan alakult ki a társadalmi innovációval. Ha a szakirodalmát nézzük, később kezdték el ezt a területet kutatni, azonban ez nem azt jelenti, hogy nem volt a vállalatoknál teljesítményértékelés és menedzsment. Az első fogalom megjelenésekor már fókuszba kerül a gazdaságosság, hiszen egy szervezet működésének talán ez a legmeghatározóbb eleme és célja. A teljesítménymenedzsment, mint módszertan egy szervezet életében stratégiai szerepet kell, hogy betöltsön. Korábbi meghatározások során is a központban a gazdaságosság és eredményesség állt, így itt is kiemelt szerepet tölt be. Minden esetre fontos megemlíteni, hogy egy jó teljesítménymenedzsment rendszer az egyénre és a szervezetre is ösztönzőleg kell, hogy hasson (Török, 1997). Itt is egy hajlandóságot kell mutatni az egyénnek, hiszen egy jó teljesítménymenedzsment-rendszer nem csak azt mutatja meg, hogy mit ért el a munkavállaló és milyen teljesítménye van, hanem előrejelzéseket is tesz, ami ösztönzőleg hathat a későbbi munkára. Már korábban említettem, hogy a teljesítménymenedzsment nem egy társadalmi szintű terület, azonban vannak olyan szervezetek, amik társadalmi szerepet töltenek be, így mindenképpen össze kell kapcsolódnia a társadalmi innovációval. Ezek a közszolgáltató

vállalatok, hiszen ezen a területen a szolgáltatásoknak törekedni kell a társadalmi innovációs törekvésekre, amik hatékonyabbá, olcsóbbá és a társadalmi kohéziót erősítve versenyképesebbé teszik a közszolgáltatást.

A közszolgáltató vállalatok stratégiai céljai eléréséhez nélkülözhetetlen a gazdaságos és kompetenciaalapú munkaerő kiválasztás, melynek egyik főrendszere a teljesítménymenedzsment. A teljesítménymenedzsment-rendszer a szervezeti, a csoport és az egyéni teljesítmények elérésének olyan eszköze, amely a teljesítmény megegyezései keretek között tervezett stratégiai, taktikai és operatív céljain és szintjein alapul (Veresné Somosi, 2011).

Ehhez kapcsolható egy kormányrendelet (10/2013. (I.23.)) is, ami előtérbe helyezi a közszolgáltató vállalatok teljesítménymenedzsmentjét. „A teljesítmény megállapítására vonatkozó folyamat, ami konkrét mérőszámokon, eredményeken és indikátorokon alapszik.” Fontos kiemelni, hogy az eredmények minden esetben ahhoz kapcsolódnak egy közszolgáltató vállalatnál, hogy a társadalmi igényeket kielégítsék, így fontos tényező ebben az esetben a hatékonyság. A hatékonyság fogalma viszont nem egyszerűen definiálható dolog, ebben az esetben egy olyan kapcsolatot feltételez az intézmény és a társadalom között, ami egy elégedettséget valószínűsít. A DEA elemzés háttérében is ez állt, hiszen egy hatékonyság az erőforrások megfelelő használatát mutatja meg, amikor az input és az out értékek párhuzamos eredményei ezt tükrözik. Ehhez kapcsolódnak az elvárások, amiket meg kell fogalmazni mind a vállalatnak az alkalmazottakkal szemben, mind a vevőknek a vállalattal szemben is. Ez egy nehéz lépés, hiszen a világ és az innováció kialakulása, fejlődése nagy szerepet játszik ebben a folyamatban. Manapság nem elegendő jó szolgáltatást nyújtani, hanem ügyelni kell a társadalmi jólét kialakulására is. Ebben a pontban megint csak egy olyan kapcsolatot kell bemutatni, ahol a társadalmi innováció és teljesítmény menedzsment pontjai találkoznak.

Már fentebb említettem, hogy a társadalmi innováció szintjei nem feltétlenül egyeznek meg a teljesítmény szintjeivel, azonban ez a terület nem csak makro szinten, azaz globális szinten jelenik meg, hanem lehet egy mikro, azaz szervezeti szintű megjelenése is. Így megállapítható, hogy mikro szinten kapcsolódik az általam vizsgált két terület.

A szakirodalmi összefoglalóban leírtak alapján a teljesítménymenedzsment fő célja is a gazdaságosság, azaz, hogy minél jobb szolgáltatást a lehető legkedvezőbb áron nyújtsanak; illetve az eredményesség, ami ugyancsak a társadalmi innováció egyik alappillérehez kapcsolható, hiszen próbálnak olyan szolgáltatásokat nyújtani a közszolgáltató szervezetek (vizsgálataimban a kórházak), melyek a velük szemben megfogalmazott elvárásokat próbálják teljesíteni. A bemeneti feltételeket, erőforrásokat próbálják olyan módon használni, csoportosítani, hogy a lehető legjobb számokat eredményezze. Ehhez kapcsolható tényezők:

- a szolgáltatáshoz való hozzáférés és a szolgáltatás minőség,
- társadalmi innovációs kutatások, mi az, ami szükséges a társadalmi jólét eléréséhez.

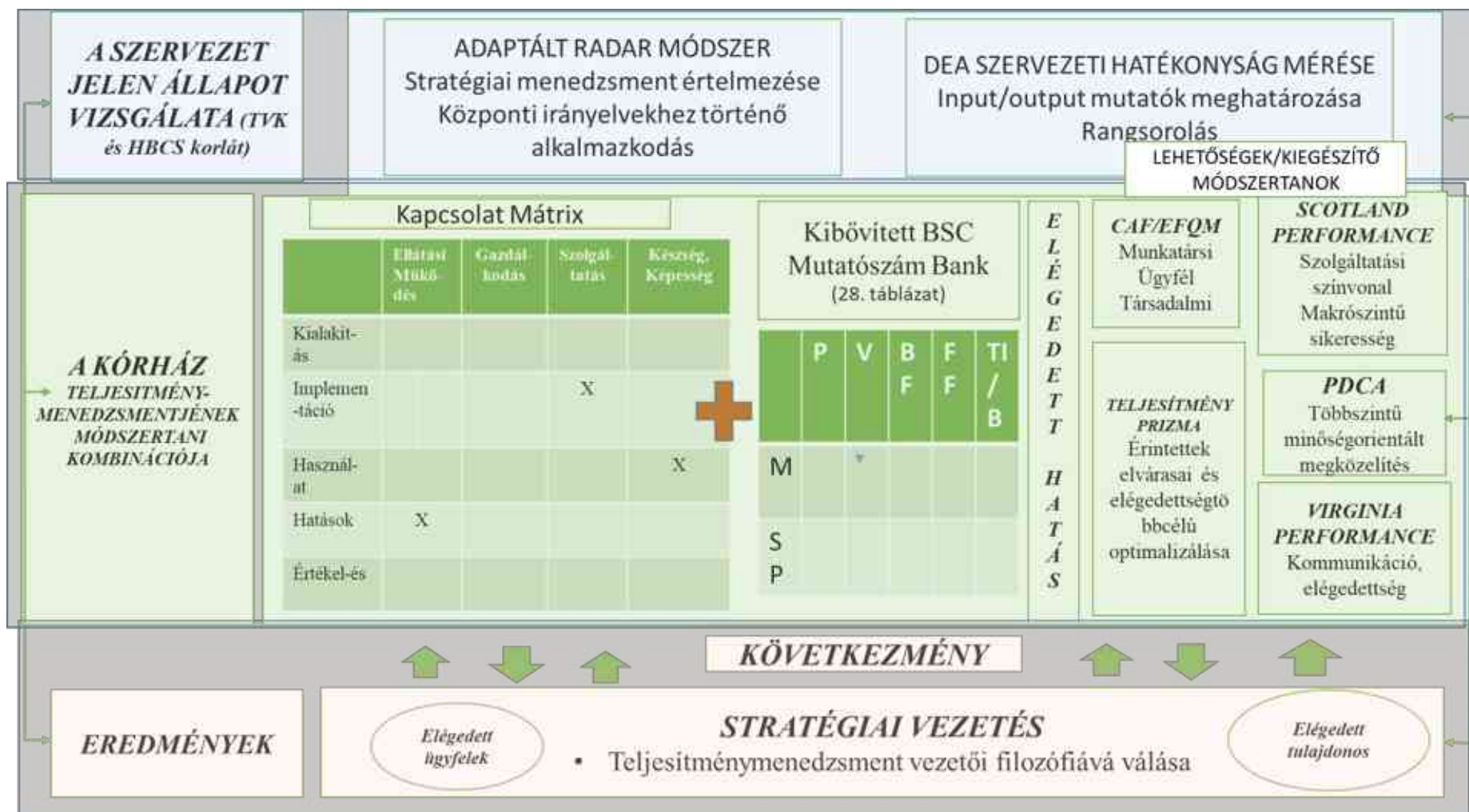
Természetesen számos tényező befolyásolja ezeket az indikátorokat, például a földrajzi elhelyezkedés, így a regionális különbségek is, a demográfia mutatók és természetesen a szabadalmak is hatással vannak ennek a területnek a meghatározására, ez fontos a teljeskörű elégedettség és a mérhetőség miatt. A civil szervezetek hatására társadalmi változás történik, létrejön a közösség vezérelt közszolgáltatás, ami egyben paradigmaváltást is eredményez. A társadalmi innováció egy 2015-ös fogalom szerint, a következő módon definiálható: „A társadalmi újítások, amelyek a társadalom új megközelítésű együttműködéseiben, strukturális átalakításában is tetten érhetők, gyakran felülről, a makroszintű intézkedések hatására jönnek létre (Nemes – Varga, 2015). Hiszen ez jól összekapcsolható a teljesítménymenedzsment fogalom rendszerével, ez is a társadalmi újításokhoz kapcsolódik, illetve ennek a területnek

azért van jelentősége, mert egy szervezetnél az alkalmazottakkal járó költség az egyik legnagyobb kiadás, így itt is elsősorban a környezethez való alkalmazkodás mellett az erőforrások hatékony kezelése is kiemelt szerepet kap.

Továbbá lényeges az idő, mint tényező, mert a világ változásával egyre újabb és újabb folyamatok jönnek létre, amelyek a társadalom hatékony kiszolgálását segítik elő. Ez mind a két területen jellemző. Fontos az eredményesség, hiszen ez segít abban, hogy egy adott szervezet hosszútávon a piacon maradjon és jó mutatókkal rendelkezzen. Itt nem csak mennyiségi tényezők prioritása kiemelt, hanem a minőség is egy kulcselemként jelenik meg ezen folyamatok során (Paulik,2019).

Illetve az a tényező is kiemelt szerepet kap a két terület összefüggéseit vizsgálva, amit Balaton-Varga 2017 definíciójában jelenik meg, a hajlandóság (Balaton- Varga 2017). Talán ez az elem, ami a legnagyobb szerepet tölti be, hiszen, ha ez jelent van, akkor sokkal jobb mutatókat tud egy szervezet produkálni.

A társadalmi innováció bemutatása elengedhetetlen volt, hiszen ez az elem az, amivel a keretmodellt kiegészítettem. Ha fontosak a szervezet belső folyamatai, képességei és felszereltsége, akkor fontos a felhasználóknak – ez esetben a betegeknek – való megfelelés is, azaz pontosabban az erre való lehető legmagasabb szintű törekvés. Ez fontos, hogy a stratégia és a szervezeti hatékonyság része is legyen, illetve az intézmények közötti versenyképességnek is egy meghatározó eleme lehet. A 34. ábra a HPSC (*H*ospital *P*ublic (Performance) *S*core *C*ard) modellt mutatja be.



34. ábra HPSC Modell
Forrás Saját szerkesztés

Az empirikus kutatások azt erősítették meg, hogy a kórházak esetében a stratégiától kiindulva a szervezeti teljesítménymenedzsment területén egyetlen olyan módszer sem található, ami egy komplex megközelítést adna. Így ennek ismeretében a kutatásom kiterjedt a központi irányelvek és azok alkalmazásának elemeire, mert a vizsgált állami tulajdonú 600-1250 ágyszámú kórházak mozgásterét, fő céljait ezek determinálják. Elemzéseim rámutattak arra, hogy központi irányelvek használata indokolt, de nem eredményezett elvárt működéseket, elsősorban az önkéntesség okán. A vizsgált minta intézményeinél eltérő stratégiai szemlélet és megoldások voltak azonosíthatók, de ezen a területen az esetek többségében nem tölt be kellően fontos szerepet a szervezet életében, így az értelmezett mutatók is csak részben funkcionálnak. A RADAR elemzés is jól ábrázolja, a fejlesztés kell, hogy a jövő fókuszában álljon.

A vizsgált kórházak működésének korszerűsítésére, jobbítására az irányelvek szélesebb körben történő alkalmazása lehetőséget teremthet a szinergiák magasabb szintű összemérhetőségre. Ez egy szétágazóbb módszertani igényt fogalmaz meg. A kórházak működés-hatékonyságának mérése és az intézmények ebből a szempontból történő relatív rangsorának képzésére a DEA módszertan adekvát választ adhat, ami az erőforrás allokációk több szinten történő magasabb színvonalú végrehajtását támogatja. A vizsgált minta egységeiről megállapítható, hogy az alkalmazott teljesítménymenedzsment-rendszereknek eltérő a tartalmi részletezettsége és a minőségi fázisai. Ezért van relevanciája az életciklus szerinti vizsgálatnak.

Az egészségügyi-ellátás sajátossága indokolta, hogy a szervezeti teljesítményterületek meghatározásakor előtérbe kerüljön a bizalom és a társadalmi elfogadottság, ami módszertani adaptációt is eredményezett.

Azonosulok azzal a gondolattal, hogy egy kórház számára a szervezeti teljesítmény-mutatóinak meghatározásakor segítséget nyújt az általam kidolgozott „mutatószám bank”. Az általam létrehozott mutatószám-gyűjtemény lehetőséget biztosít, illetve egyes intézmények számára testreszabást tesz lehetővé.

A vizsgált egészségügyi szolgáltatás jellegéből adódóan teljesítménymenedzsment-rendszer kialakítása során is kiemelt szerepet kap a társadalmi elégedettségre való törekvés. Ez a vállalati gyakorlathoz képest új elemek integrálását indokolja.

A szakirodalmi következtetésem és az empirikus vizsgálatok alapján arra a következtetésre jutottam, hogy ahhoz, hogy a teljesítménymenedzsment-rendszer vezetési filozófiává tudjon válni, egy olyan keretmodell biztosíthatja a kórházak számára a támogatást, ami különböző módszerek kombinációjaként épül fel, amely keretmodellben jeleníthető meg strukturáltan.

A keretmodell lehetőséget biztosít az intézmény számára abban, hogy a módszertani ajánlásból egyedi megoldást alakítson ki. Az intézmények ebben a logikában akár eltérő metodikák integrálásával képesek kialakítani saját rendszerüket.

Véleményem alapján a teljesítménymenedzsment vezetési filozófiává válásához a többszintű keretmodell mindkét szintjének együttes alkalmazása indokolt.

28.táblázat Kibővített BSC

Nézőpontok	Pénzügyi	Vevői	Belső folyamatok	Folyamatos fejlődés	Társadalmi Innováció/Hatás
Kérdései	-Milyen az aktuális pénzügyi helyzete a szervezetnek? - Mit kell tenni ahhoz, hogy az aktuális pénzügyi helyzet javuljon vagy stabil maradjon?	-Vevők elégedettek a szervezettel? - Mit kell tenni a szervezetnek, hogy számukra több értéket teremtsünk?	- Szervezet képes megfelelően termelni és szolgáltatni? - Milyen folyamatokat kell jobbra tenni?	- Mennyit fejlődött a szervezet? -Milyen kompetenciákat kell bővíteni?	-Milyen újszerű együttműködései vannak a szervezetnek? - Milyen innovatív szolgáltatásai vannak a közjó érdekében? - Milyen bizalmi tényezőt tud egy intézmény biztosítani?
Vizsgált területek	- pénzügyi - számviteli mutató	- megfigyelt szolgáltatások	- ellátási lánc menedzsment - Folyamat menedzsment	- humán erőforrás mutatói - információ ellátottság/kommunikáció	- megfigyelt szolgáltatások - fogyasztókkal való kapcsolatot érintő szolgáltatások
Mutatók	- árbevétel - működő tőke - költségek	- piaci részarány -szolgáltatás/ termékválaszték - Reklamációk	-folyamatok szabályozottsága - környezet iránti felelősség mutató számai	-képzéssel töltött órák száma -tudásbázis mérete -fluktuáció	- fogyasztói elégedettség
Mutatók az egészségügyben	- ráfordítás - bevételek - egyéb költségek - egyéb bevételek - eszköz beszerzési költségek - amortizáció - beszerzések nagysága	-összes kórházi ágyszám -ténylegesen működő ágyszám - teljesíthető ápolás napok száma - tartósan szünetelő ágyak száma - ágy kihasználtság - halálozási arány	- teljesített ápolási napok száma -kihasznált ágyak száma - egy napos ellátási esetek száma - más osztályra áthelyezett beteg száma - ápolás átlagos tartózkodási ideje	-személyzet - tanfolyamok/ továbbképzések száma - beteg információs rendszer elérhetősége -használt szoftverek száma - eszközök száma -műtétek száma	-alapbetegséggel visszatérő beteg száma (többszöri kezelés) - kezelt, de új betegséggel visszatérő betegek száma -panaszok száma - prevenciók kezelése száma
Mutató típusai	menyiségi	menyiségi és minőségi	menyiségi és minőségi	menyiségi	minőségi
Kiegyensúlyozott mutatószám rendszer	Az érték kézzelfoghatóvá válik (számszerűsítés)	Fenntartható a megkülönböztethető érték	Termelékenységi stratégia	Termelékenységi stratégia	Növekedési stratégia

Forrás : Saját szerkesztés

A keretmodellnek nem csak a nézőpontjait mutattam be az 28. táblázatban, hanem próbáltam olyan megközelítéseiben is megmutatni, ami az utolsó kutatásai kérdésem is megválaszolja. Utolsó kutatásai kérdésem meglehetősen komplex módon közelítette meg a kutatásom.

A K8 kutatási kérdésemben első részében az vetődött fel, hogy ki lehet-e alakítani olyan modellt, ami a módszertani megoldásokra támaszkodik. A válasz egyértelműen igen, hiszen ahogy a HPSC modellben látható, alapjaiban a Balanced Scorecard nézőpontjait használja, azonban kiegészül egy olyan elemmel, ami mind a hatékonyság, mind a megfelelést magasabb szintű kielégítéséhez járul hozzá. Kutatásom tervezésekor a bizalmat, mint tényezőt is számba vettem, hogy a modellnek még egy plusz pilléréként bevezetem, hiszen már korábban volt ilyen kísérlet, és az egészségügyben egy olyan tényező, ami fontos. Azonban ezt a pillért elvettem, azaz pontosabban a társadalmi innováció pillérében jelenítettem meg, hiszen, ha egy magas szintű megfelelést szeretnék biztosítani, akkor a bizalom kérdése is ehhez a területhez kapcsolható.

A modell bemutatásakor a 35. ábrában nem csak azt tartottam fontosnak, hogy a pilléreket bemutassam, hanem azt is, hogy mely terület vizsgálathoz járul hozzá, milyen esetleges kérdésekben nyújt segítséget, és nem utolsó sorban milyen mutatók csoportosíthatók az adott pillér alá. Kiemelten fontosnak tartottam külön egy olyan sort is megjeleníteni, ami specifikusan a kórházak mutatóihoz kapcsolható, hiszen ezen mutatók adnak egy olyan lehetőséget, melyekkel egy egészségügyi intézmény mérhetővé válik.

Több tényezőt kell megemlítenem egy ilyen módszer alkalmazásánál, amit egy-egy menedzsment-rendszer bevezetése esetén érdemes figyelembe venni, és ezzel választ is adok a kutatási kérdésem második részére is, mely a hatékonysággal kapcsolatos kérdést teszi fel.

Elsődlegesen egy mutatószámrendszer feltétlenül kell, hogy az eredmények számokkal kifejezhetőek legyenek. Sok esetben egyszerűbb a számok segítségével egy kimutatást vagy kalkulációt végezni, de a minőségi mutatók jelenléte is kiemelten fontos a közsférában. Sok esetben a minőségi mutatókat kérdőívekkel mérik, hiszen az elégedettség mértékét egy rangsorolással a legegyszerűbb értékelni. Az emberek, a kutatásomban a betegek nagyon sok esetben a személyes tapasztalatok vagy más tapasztalatai alapján választanak, így az eredmények nem mindig a valóságot tükrözik. Azonban érdemes ezeket az eredmények is értékelni, mert ha hatékonyságot szeretne az intézmény biztosítani, akkor ez is hozzájárulhat a magasabb szint eléréséhez.

Másodlagosan – bár a keretmodell számos mutatókból kínál lehetőséget, – azt az intézmény vezetőjének vagy a teljesítménymenedzsment bevezetéséhez és alkalmazásához kirendelt szakembernek kell eldöntenie, hogy milyen mutatókat használ a méréshez. A BSc rendszer gyakorlatilag a szervezet stratégiai céljainak mutatókká való alakítása, a HPSc modell alkalmazásának is ez az alapja, egy társadalmi pillérrel kiegészítve. Azonban a korlátokat is figyelembe kell venni a használata során, hiszen minél több mutató adaptálása történik meg a rendszerbe, annál összetettebb eredményeket fogunk kapni. és ez nem minden esetben jó egy intézmény számára. A mutatókból a választás lehetősége meglehetősen sokrétű, azonban ezt mindig az aktuálisan kitűzött stratégiai célhoz kell igazítani.

IV.4.2. K7 kutatási kérdésre adott válasz

28. táblázat: K7 kutatási kérdés összefoglalás

Kutatási kérdés	Indoklás
K7: Létezik, olyan módszertani kombináció, amely segítségével ki lehet alakítani kórházi teljesítménymenedzselési keretmodellt?	Egy többszintű keretmodell kialakítása lehetséges és indokolt a komplex módszerek vizsgálatához. Igen, ki lehet alakítani olyan modellt, amit a korábbi módszertanok támogatnak, illetve lehet olyan mutatókat bevezetni, ami egy magasabb szintű hatékonyságra törekszik szintetizálva a szervezeti célokkal és a startégiával.

Forrás: saját szerkesztés

Egy modell kialakítása korántsem annyira egyszerű feladat és vállalkozás, mint az első gondolatainkban ez felmerül. Ehhez kapcsolhatóan a bevezetése pedig nagyon nehéz, hiszen minden szervezet más és más paraméterekkel, illetve adottságokkal rendelkezik.

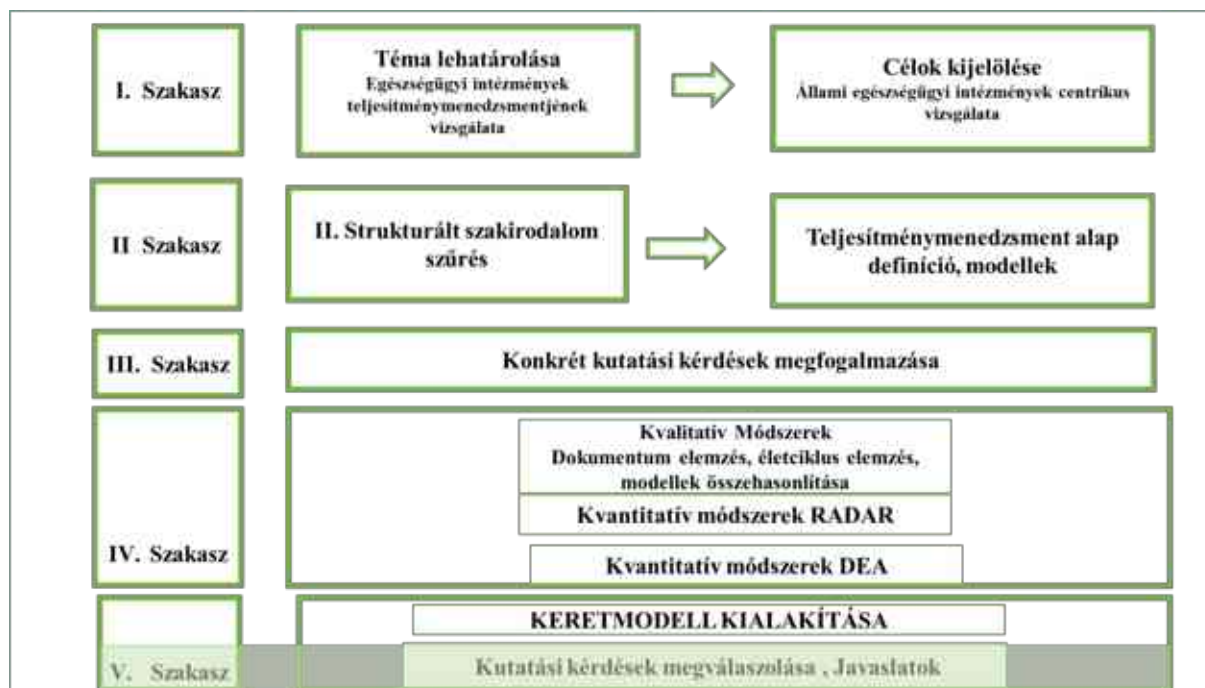
Kutatásom kezdetekor a K7 kutatási kérdés volt az első, ami miatt ezt a folyamatot elkezdtem, de a kezdeti nehézségeket követően rá kellett arra döbbenem, hogy a modell felállításához nem csupán a már meglévő modellek vizsgálata az elsődleges, hanem ez sokkal több.

Egy jól bevezetett teljesítménymenedzsment-rendszer egy intézményben nem csak a mutatók összegyűjtéséből és kiértékeléséből tevődik össze, hanem egy sokkal komplexebb látásmódot feltételez. Nem elegendő az, ha egy szervezet vezetője, menedzsmentje tisztában van a szervezet nehézségeivel, céljaival, korlátaival; hanem fontos, hogy egy vezetési filozófia legyen a teljesítménymenedzsment szervezet működésében. A HPSC modell egy jó példázata annak, hogy ki lehet alakítani egy keretmodellt, ezért a ***K7 kutatási kérdésem megerősítésnek tekintem.***

A disszertációmban törekedtem bemutatni és értelmezni ennek a területnek a komplexitását, így a HPSC modell többszintű kialakítása lehetővé teszi a vizsgált minta, a 600-1250 ágyszám közötti állami finanszírozású kórházak számára egy lehetséges irányutatást.

T6: Az összeállított kétszintű keretmodell lehetőséget teremt a vizsgált intézmény esetében a stratégiai célokból levezethető, hatékony működést biztosító teljesítménymenedzselési módszerkombináció, kialakítására. Az intézményi specifikációk a keretmodell kiegészítő módszertani elemeiből képezhetők.

V. A KUTATÁS EREDMÉNYEINEK ÖSSZEFOGLALÁSA



35. ábra Kutatás folyamata

Forrás Saját szerkesztés

A teljesítménymenedzsment témaköre egy olyan terület, amit nem csak elkezdni, de befejezni sem egyszerű. Manapság minden szektorban érezzük a fontosságát, de a mértekre már nehezebben tudunk választ adni.

Céлом a dolgozatom elkészítésével elsődlegesen az volt, hogy megmutassam, hogy a teljesítménymenedzsment közszférában és kifejezetten az állami kórházak életében is éppen annyira hangsúlyos terület, mint egy versenyszektorban. A kutatási mintám a 600-1250 férőhelyes magyarországi állami kórházak képezték, melyeket a KSH adatbázisa alapján szűrtem le. Vizsgálati időszakom a 2017-2021, azaz 5 éves időszak.

Ha sorra vesszük a dolgozatom fejezeteit, láthatjuk, hogy nem csak a teljesítménymenedzsmenttel foglalkoztam, hiszen egy modell kialakítása és elfogadása sokkal összetettebb ettől. A közszféra ettől sokkal specifikusabb, így elsődleges feladatomban az volt, hogy a szervezetet önmagát vizsgáljam meg. Válaszokat adjak arra, hogy mi az, ami egy teljesítményt meghatároz. Mint ahogy a dolgozatom kezdeti részében is láttuk, számtalan definíciós megközelítés volt, ami az évek során fejlődött, illetve átalakult. Ha egy szervezet teljesítményét szeretnénk meghatározni, számtalan mutató, illetve vizsgálati terület fog felmerülni. Így elsődleges feladatomban a szakirodalom bemutatását követően az volt, hogy megvizsgáljam az intézményi stratégiákat, hiszen az ezekhez való illeszkedés az egyik kiemelt célja a keretrendszerbe való adaptálásnak.

K1: Kijelenthető-e a vizsgált kórházak esetében, hogy a teljesítménymenedzsment rendszernek szükséges és elégséges feltétele a stratégiából történő levezethetősége?

A stratégia tervezése nagyon fontos, hiszen fókuszáltabban lehet az erőforrásokat tervezni. A stratégia kidolgozása során elengedhetetlen egy teljesítménymenedzsment-rendszer megtervezése. Az általam felvázolt célhierarchia (22. ábra) is hozzájárul a teljesítménymenedzsment keretmodell kialakításához, illetve használatához, hiszen nem csak az a fontos, hogy egy intézmény hatékonyan működjön, hanem a társadalmi igények kielégítése is elsődleges. A **K1 kutatási kérdést** ebben a formában **nem teljes**, hiszen még számos tényező létezik, ami a teljesítménymenedzsmentet befolyásolja. Érdeemes a következő kutatási kérdésre is rátérnünk.

K2: A Vizsgált intézmények alkalmazzák-e a szakirodalom alapján rendszerezett módszertani ajánlásokat?

A módszertani ajánlásokat a keretmodellekbe való illeszthetőség szempontjából vizsgáltam, és a szakirodalom bemutatása során megfelelő alátámasztást jelentett a kutatásomban. A 7. táblázat részletesen bemutatta, hogy mely teljesítménymenedzsment-modellnek milyen előnyei és hátrányai vannak. Az egyes keretmodellek megismerése nagyon hasznos, és jó ajánlásnak tekinthető. Ezek általános teljesítménymenedzsment modellek, a szervezet specifikusságát nem mindig veszik figyelembe, így a használatuk során egy alapos testreszabás minden esetben szükséges. Azonban módszertani kombinációkkal kiváló alapot teremtenek egy keretmodell elkészítéséhez, így a **K2 kutatási kérdésemre adott válasz támogatja a módszertani elemek beépítését a modellbe.**

A K1 és K2 kutatási kérdéseim és az arra adott válaszok segítettek a T1 és T2 megállapításaim összeállításához, melyek a következők:

T1: Egy állami finanszírozású kórház teljesítménymenedzsment keretrendszere felépítésének szükséges eleme a célvezérelt stratégia irányelvek és az ehhez kapcsolható hatékonysági mutatók kombinációja.

T2: A szakirodalom kutatásban feltárt valamennyi módszer – a mintában szereplő szervezetek sajátosságait figyelembevéve – alapot képezhet egy teljesítménymenedzselési rendszer kidolgozásához. Az irányelvekbe foglalt mutatószámok megfelelő mennyiségi, minőségi kiválasztása az alkalmazott módszertan(ok) segítségével determinálható.

K3: Mértékadóak voltak az intézmények stratégiai tervezése során az országos szintű irányelvek?

A K4 kutatási kérdés, hogy egy központi iránymutatással és felülvizsgálattal eredményesebb és átláthatóbb stratégiai tervezés lehetséges a kórházakban. Vannak olyan vizsgált intézmények, melyek ugyan nem vettek részt a projektben, mégis magas pontszámú értékelést kaptak a RADAR elemzésben. Így kijelenthető, hogy a nevesített irányelv olyan kereteket ad a stratégia elkészítéséhez, mellyel sokkal egyszerűbb a folyamattervezés, valamint az egyes menedzsment

feladatok, és nem utolsó sorban a hatékony vezetés és a teljesítménymenedzsment tervezése és megvalósítása is.

Összefoglalásképpen megállapítható, hogy az irányelveket nyitottsággal fogadó és azok elemeit alkalmazó intézmények sikeresek voltak a stratégiai menedzsment területén, ugyanakkor ezen irányelvektől eltérő megoldásokat gyakorlatilag parciálisan véltem felfedezni, ezért a **K3 kutatási kérdést igazoltnak tekintem.**

K4: Milyen mértékben történt meg a bevezetése és alkalmazása az országos szintű stratégiai tervezési irányelveknek?

Így a K4 kutatási kérdésekre, hogy milyen mértékben történtek meg az egyes irányelvek végrehajtása, azt tudom mondani, hogy nem teljes mértékben, hiszen az átlag százalék a 100 %-os megvalósítóhoz viszonyítva alacsonyabb szinten van, de közel 50 %-ban megtörtént az irányelvek integrálása a stratégiába. Érdeemes megemlíteni, hogy ha a többi intézményhez viszonyítunk, akkor az mondható, hogy az első lépés elvégzése nagyon hatékonyan történt, hiszen kialakításra került az irányelv szerinti stratégia az egyes intézményekben, azonban a végrehajtásban szükséges még finomítani. A vizsgált kórházi mintám alapján az irányelveknek a bevezetését és a kézikönyv által biztosított módszertani támogatás alkalmazását elégtelennek tartom, azaz a **K4 kutatási kérdésem nem igazolható.**

A K3, K4 kutatási kérdésem megválaszolása vezetett a T3a és a T3b tézisekhez, melyek a következők.

T3a: A RADAR módszertan mérhetővé teszi az állami finanszírozású kórházak stratégiai menedzsmentjének jellemzését, valamint hozzájárul az országos szintű irányelvek alapján történő működés bevezetésnek és fejlesztésének a támogatásához.

T3b: A RADAR módszer alkalmas az egyes vizsgált kórházak stratégiai értékelései alapján az országos szintű irányelvek szervezeti szintű adaptációjának támogatására.

Egy teljesítménymenedzsment használatokor az egyik leggyakoribb fogalom a hatékonyság, így a K5, K6 kutatási kérdésem ebbe a fókuszba helyeztem.

K5: Hogyan jellemezhetők a hatékonysági különbségek a 600-1250 ágyszámmal rendelkező magyarországi állami fenntartású kórházakban?

Jellemezhetők a különbségek az intézmények között, hiszen a DEA elemzés segítségével az intézmények között egységes mutatók használatával tudunk rangsort felállítani.

A hatékonyság kérdésében a DEA módszertana adott iránymutatás, mely IV.3 fejezetben részletes bemutatásra került. A matematikai számítások alapján egy kívánt hatékonyság mérése volt az elsődleges, aminek eredményei alapján a K5 kutatási kérdés kapott válasz pozitív visszajelzés volt számomra.

K6: Milyen kapcsolat van a kutatásba bevont kórházak célorientált gondolkodása és a hatékonyság között?

A K6 kutatási kérdésem alapelveként fogadom el, hogy egy szervezet akkor eredményes, ha hatékony működést realizál, vagyis aminek a komplex vizsgálata végrehajtható a RADAR és

DEA eredményeinek együttes áttekintésével. Az alkalmazott módszertanok segítségével arra van módom választ adni, hogy az egyes kórházak hatékonyságnövelő akciói szolgálják-e és milyen mértékben a stratégia megvalósítását.

K6 kutatási kérdésem nem fogadtam el, hiszen a kutatásom keretei alapján ez a kérdés nem megválaszolható. A K5 és K6 kutatási kérdés alapján a következő tézisek kerültek megfogalmazásra és elfogadásra.

T4a: Az országos szintű irányelvek alkalmasak a kórházak működési hatékonyság fejlesztésére.

T4b: A vizsgált szervezetben, melyben részletesen kidolgozott, országos szintű irányelvek mentén megfogalmazott stratégia áll fenn, akkor a hatékonyság és a teljesítmény között az összhang megteremtése magasabb szintű.

T5: A RADAR és DEA módszerek adott feltételek mellett történő együttes alkalmazása olyan innovatív megközelítés, ami lehetőséget teremt, a stratégiából kiinduló működési hatékonyságot magába foglaló szervezeti teljesítménymenedzsmentre.

Végül a keretmodellhez kapcsolható kutatási kérdéssel foglalkoztam.

K7: Létezik olyan módszertani kombináció, amely segítségével ki lehet alakítani kórházi teljesítménymenedzselési keretmodellt?

Kutatásom fő célja egy keretmodell kialakítása volt, így a IV.4 fejezetben ezzel foglalkoztam. A keretmodell lehetőséget biztosít az intézmény számára abban, hogy a módszertani ajánlásból egyedi megoldást alakítson ki. Az intézmények ebben a logikában akár eltérő metodikák integrálásával képesek kialakítani saját rendszerüket. Véleményem alapján a teljesítménymenedzsment vezetési filozófiává válásához a többszintű keretmodell mindkét szintjének együttes alkalmazása indokolt. Így a K7 kutatási kérdésem elfogadásra került, és ez alapján a következő tézis került megfogalmazásra és elfogadásra.




T6: Az összeállított kétszintű keretmodell lehetőséget teremt a vizsgált intézmény esetében a stratégiai célokból levezethető, hatékony működést biztosító teljesítménymenedzselési módszerkombináció, kialakítására. Az intézményi specifikációk a keretmodell kiegészítő módszertani elemeiből képezhetők.

Dolgozatom elején két általános kutatási kérést tettem fel, amik segítettek a kutatásom elindításában. Ezek a következő kérdések voltak:

A1: Hogyan jellemezhető a közszféra teljesítménymenedzsmentjének specifikációja?

A2: Hogyan és milyen módszerekkel mérhető a közszférában a szervezeti teljesítmény, valamint hogyan jellemezhető az egyes ágazatokban a méréseknek a hatékonysága?

Dolgozatomban törekedtem ezeket az alapkutatási kérdéseket körül járni és bemutatni, mert ez a terület nem elhanyagolható, hiszen mind a társadalom, mind az igények összetétele és a gazdaság is változik, így fokozott érvényessége van a közszféra mérésének. Azonban ez a szektor specifikált terület, hiszen nem minden esetben nyereségként tudja realizálni a sikereit. Az általános módszertani ajánlásokat is bemutattam, illetve munkám végére érve készítettem egy úgy nevezetett HPSc modellt (Hospital Public Performance Scorecard). A 36. ábra egy összefoglalást mutat be dolgozatom kutatási kérdéseiből, valamint a megfogalmazott és általam elfogadott tézisekből.

K1: Kijelenthető-e a vizsgált kórházak esetében, hogy a teljesítménymenedzsment rendszernek szükséges és elégséges feltétele a stratégiából történő levezethetősége?		T1: Egy állami finanszírozású kórház teljesítménymenedzsment keretrendszere felépítésének szükséges eleme a cél vezérelt stratégia irányelvek és az ehhez kapcsolható hatékonysági mutatók kombinációja.
K2: A Vizsgált intézmények alkalmazzák- e a szakirodalom alapján rendszerezett módszertani ajánlásokat?		T2: A szakirodalom kutatásban feltárt valamennyi módszer- a mintában szereplő szervezetek sajátosságait figyelembevéve- alapot képezhet egy teljesítménymenedzselési rendszer kidolgozásához. Az irányelvekben foglalt mutatószámok megfelelő mennyiségi , minőségi kiválasztása az alkalmazott módszertan(ok) segítségével deterrmálható.
K3: Mértékadóak voltak az intézmények stratégiai tervezése során az országos szintű irányelvek?		T3a: A RADAR módszertan mérhetővé teszi az állami finanszírozású kórházak stratégiai menedzsmentjének jellemzését, valamint hozzájárul az országos szintű irányelvek alapján történő működés bevezetésnek és fejlesztésének a támogatásához. T3b: A RADAR módszer alkalmas az egyes vizsgált kórházak stratégiai értékelései alapján az országos szintű irányelvek szervezeti szintű adaptációjának támogatására.
K4: Milyen mértékben történt meg a bevezetése és alkalmazása az országos szintű stratégiai tervezési irányelveknek?		T4a: Az országos szintű irányelvek alkalmasak a kórházak működési hatékonyság fejlesztésére. T4b: A vizsgált szervezetben, melyben részletesen kidolgozott, országos szintű irányelvek mentén megfogalmazott stratégia áll fenn, akkor a hatékonyság és a teljesítmény között az összhang megteremtése magasabb szintű.
K5: Hogyan jellemezhetők a hatékonysági különbségek a 600-1250 ágyszámmal rendelkező magyarországi állami fenntartású kórházakban?		T5: A RADAR és DEA módszerek adott feltételek mellett történő együttes alkalmazása olyan innovatív megközelítés, ami lehetőséget teremt, a stratégiából kiinduló működési hatékonyságot magába foglaló szervezeti teljesítménymenedzsmentre.
K6: Milyen kapcsolat van a kutatásba bevont kórházak célorientált gondolkodása és a hatékonyság között?		T6: Az összeállított kétszintű keretmodell lehetőséget teremt a vizsgált intézmény esetében a stratégiai célokból levezethető, hatékony működést biztosító teljesítménymenedzselési módszerkombináció, kialakítására. Az intézményi specifikációk a keretmodell kiegészítő módszertani elemeiből képezhetők.
K7: Létezik, olyan módszertani kombináció, amely segítségével ki lehet alakítani kórházi teljesítménymenedzselési keretmodellt?		

36. ábra Kutatási kérdések és Tézisek összegzése

Forrás : Saját szerkesztés

Mint ahogyan látható, a többség megválaszolásra került, azonban voltak olyan kutatási kérdéseim, amelyeket egyáltalán nem, vagy csak módosításokkal lehetett volna elfogadni. Kutatási eredményeim felhasználhatósága, illetve a további kutatási irányaim bemutatása a következő alfejezetben kerülnek kifejtésre.

V.1 Az eredmények felhasználhatósága, további kutatási irányok

A kutatás keretein belül első sorban egészségügyi intézmények menedzsmentjének kihívásaival foglalkoztam. Kutatásomnak voltak nehézségei, hiszen az adatok sok esetben csak korlátozottan álltak rendelkezésemre, így a folyamat ideje is hosszabbodott. Az intézmények paraméterei alapján szűrést kellett elvégezni, hogy a kutatási feltételek azonosak legyenek. A kutatásom folytatásának lehetséges irányai értelmezhetők egyrészt elméleti módszertani fejlesztés formájában, másrészt a gyakorlatban történő alkalmazás módján. Ennek megfelelően a jövőbeli kutatási irányaim a következők:

- A kialakított keretmodell segítségével egy olyan változás vezetési folyamat támogatása, amely lehetővé teszi a teljesítménymenedzsment vezetői filozófiává történő válását.
- A megalkotott teljesítménymenedzselést támogató keretmodell kiterjesztése speciális tevékenységet végző egészségügyi intézményekre, továbbá a mintámtól eltérő méretű intézmények vonatkozásában. További elméleti kiterjesztés a megalkotott módszertan nem egészségügyi szektorban történő alkalmazhatóságának vizsgálatára.
- Az egészségügyi szektor stratégia orientált vezetésének erősítése, és ennek értékelése a RADAR módszer segítségével az egészségügyi ellátást végző valamennyi szervezet számára.
- A DEA módszer segítségével meghatározható hatékonysági relatív rangsor, egy homogén mintában alkalmas lehet a célzott fejlesztések és erőforrás allokációs kérdések új típusú végig gondolására.
- A kórházakban alkalmazható teljesítmény-indikátorok készletének bővítése, további specifikációkkal, amelyek egy olyan készlet kialakítását teszik lehetővé, amelyek a vizsgált egészségügyi intézmény valós folyamatainak mérését szolgálja.
- További kutatási feladatot jelent számomra a jó gyakorlatok vizsgálata, mind hazai, mind nemzetközi területen, illetve ezeknek a jó gyakorlatoknak egy kézikönyvbe való összegyűjtése, hiszen ez egy olyan példatár lehet az intézmények előtt, amit mind a modell bevezetésében, mind pedig az esetleges akadályok legyőzésében megfelelő lehet.

Célom olyan vizsgálatok elvégzése, melynek illesztésével elmondható legyen, hogy olyan keretmodell kerül kidolgozásra, ami a közszféra minden ágazatának a specifikációját kezelni tudja. Az általam kialakított mutatószám bank segítség lehet a kórházak számára, hiszen saját adottságaikhoz társítható az esetleges relatív hatékonyság és teljesítménymenedzsment-rendszer bevezetéséhez és méréséhez.

További céljaim közé tartozik a modell további bővítése, illetve a modellbe a specifikus mutatók beépítése, illetve ezek hozzárendelése a hatékonyság vizsgálatokhoz.

VI. SUMMARY

For my dissertation I chose performance management at the organisational level of public service organisations, with a focus on publicly funded health care institutions. My choice of topic and its relevance is motivated by the importance of the sector, as performance management is becoming increasingly important nowadays, the quality of services is also becoming more and more important, so not only the business sector has to adapt to this, but also the public sector. A well implemented performance management system not only results in customer satisfaction, but also provides a competitive advantage over peers that has an impact on the management and the market position of the organisation. In my view, the analysis of this sector is an exciting area, which will provide the information from which a new performance measurement framework model can be developed and the knowledge from which performance measurement can become a management philosophy within the organisation.

The key role of performance assessment and management was first recognised by large companies, which have achieved significant success, effectiveness and efficiency by operating processes and implementing appropriate systems. This phenomenon is reflected in the growing number of national and international literature and publications on the subject. The importance of the topic is also shown by the fact that several dissertations have been published in this field, most notably the research of Gergely (2011) and Révész (2015), who examined the performance management systems and tools of the public service sector. In many cases I have taken their work and results as a starting point for my thesis. However, the changes and actualities in the health sector are the primary focus of my thesis, and Dózsa (2010) is an outstanding work in this sector, so this Pdh work was also used as a source of support in writing my thesis.

Furthermore, the relevance of my research lies in the fact that every performance appraisal system has its advantages and limitations, but exploring these factors in the public sector can also provide important results and be a starting point for a research question. In particular, which elements of existing basic models are suitable for adaptation to a new model. Krasz's 2008 dissertation served as a good basis, as he focused on the existence of fairness in performance systems and concluded that the role of trust and impartiality is important, so I will also address this factor in my research.

The above mentioned reasons explain the novelty of the research - and the research gap - on the other hand, I could not find any analysis in the literature that is specific to the organisational performance management of healthcare institutions, nor a comprehensive summary study that could have provided data for professionals in the sector to use for a comparative analysis of organisational performance. There are, of course, some written materials describing the basis for a possible system, but the full study is not presented. The framework model that will be developed in this research will contribute to the development of the health sector and to the improvement of the use of resources.

Performance management is an area that is not only difficult to start, but also to finish. Today, we feel its importance in all sectors, but it's harder to answer the why.

My aim in writing this thesis was primarily to show that it is as much a focus area in the public sector, and specifically in the life of a public hospital, as it is in a competitive sector. My research sample consisted of Hungarian public hospitals with 600-1250 beds, which I filtered from the KSH database. My study period is the 5-year period 2017- 2021, the year 2022 was not included due to the lack of balance sheet data.

If you take the chapters of my thesis in order, you can see that I did not only deal with performance management, because I think the design and adoption of a model is much more complex than that. A public sector is more specific than that, so my primary task was definitely

to look at the organisation itself. To provide answers to what it is that defines a performance, because as we saw in the early part of my thesis there were a myriad of definitional approaches that have evolved and changed over the years. If we want to define the performance of an organisation, the more people we ask about it, the more indicators and areas of investigation will emerge. Thus, my primary task, following a review of the literature, was to examine institutional strategies.

In the future, I would like to continue my research in the following directions, because I think there are still areas in this topic that need more in-depth research.

On the one hand, further studies are needed to ensure that a public institution of any size can effectively use the model I have created, and personal consultations can be of great help in selecting the right set of indicators.

Secondarily, further research is needed to examine good practices, both national and international, and to compile these good practices into a handbook, as this could be an example for institutions to follow, which could be useful both in implementing the model and in overcoming possible obstacles.

Thirdly, reading the above, further studies are needed so that, in time, it can be said that a framework model will be developed that can address the specifications of all sectors of the public sector.

My further goals are to further extend the model and to incorporate specific indicators into the model and to assign them to efficiency studies.

VII. IRODALOMJEGYZÉK

1. Anthony R.N (1965): Planning & Control Systems A Framework Analysis, Harvard University, Boston,
2. Anthony R. N. (1997): Cost Concepts for Control. Accounting Review
3. Anthony R. N. & Govindarajan, V. (2006). Management Control Systems(12 edition). Boston: McGraw-Hill/Irwin.
4. Anthony R. N. –Govindarajan, V. (2009): Menedzsmentkontroll-rendszerek, Panem Könyvkiadó,
5. Ansoff H. I. (1991). Critique of Henry Mintzberg's 'The Design school: reconsidering the Basic Premises of strategic Planning'. Strategic Management Journal, 12(6), 449–461.
6. Babbie E. (1986): The practice of social research, Wadsworth Publishing Co., Belmont. 577.(ISBN-0-534-05658)
7. Babbie E. (2008): A társadalomtudományi kutatás gyakorlata, Balassi Kiadó, Budapest. 564, [151]. (ISBN-978-963-506-764-0)
8. Bakacsi Gy.(2003): Szervezeti magatartás és vezetés. KJK
9. Bakacsi Gy.-Bokor-Császár-Gelei-Kovács-Takács: Stratégiai emberi erőforrás menedzsment KJK KERSZÖV Jogi és Üzleti Kiadó Kft. Budapest, 2000. pp. 216-223.
10. Bakó T. S. (2021) A stratégia döntéshozatala és felelősségének kérdései hantos Periodika pp 46-54
11. Banker R. D. – Charnes A. – Cooper W. W. (1984). Some Models for Estimating Technical and Scale Inefficiencies in Data Envelopment Analysis. Management Science, 30(9), pp. 1078-1092. <http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.30.9.1078>
12. Bayer J. (1991): Piac, Verseny, stratégia Vinton kft pp105-131
13. Barcs, I., Forrai, J. (2020). Népegészségtan 1 & 2, Akadémiai Kiadó, Budapest.
14. Barnum, D. T. – Karlaftis, M. G. – Tandon, S. (2009). Improving the Efficiency of Metropolitan Area Transit by Joint DEA of Its Multiple Providers, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1399091>
15. Bakacsi Gy., Sárga N. Z., Kása R. (2022) Betegek szerepe a magyar kórházi dologzók teljesítményértékelésében IME 21 : 2 pp. 37-42. , 6 p
16. Balaton K., Varga K. (2017): Társadalmi innováció és versenyképesség – szakirodalmi áttekintés az elméleti munkák alapján. In: Veresné Somosi Mariann: „Mérleg és Kihívások” X. Nemzetközi Tudományos Konferencia, Konferencia kiadvány
17. Balaton K. (2022) A Stratégiai Magatartás Orientált megközelítése In: Veresné Somosi Mariann: „Mérleg és Kihívások” XII. Nemzetközi Tudományos Konferencia, Konferencia kiadvány
18. Balaton K. (2018) Stratégia menedzsment oktatási anyag
19. Bartek L. M., Bartók I., Czákó E., Gáspár J., Köczöl E., - Pecze K. (2007) Vállalati stratégia Alinea Kiadó Kft pp 49-65
20. Bass B. M., Barret G. V. (1972): Man, work, and organizations: An introduction to industrial and organizational psychology. Allyn & Bacon, Boston, 231 p.
21. Belényesi E. (2019) Közösségi Stratégiaalkotás Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Államtudományi és Közigazgatási Kar, Budapest, Magyarország, 35 p. 2019
22. Benedek J.- Kocziszky Gy. – Veresné Somosi. M.(2015):Új innovációs paradigma? Regionális társadalmi innovációs potenciál javításának lehetősége szakértői rendszer segítségével, lehetőségek és korlátok. „Mérleg és Kihívások” IX. Nemzetközi Tudományos Konferencia, Miskolc, 2015. október 15-16.
23. Berényi L. (2011) Minőségmenedzsment tananyag Vezetéstudományi Intézet
24. Bounfour A. (2003) The Management of Intangibles, the organisation's most valuable assets, Routledge London

25. Bulut, C. (2013): Social Innovation and Psychometric Analysis, *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 82. pp. 122-130.
26. Burton, C. R., Horne, M., Woodward-Nutt, K., Bowen, A., Tyrrell, P. (2015). What is rehabilitation potential? Development of a theoretical model through the accounts of healthcare professionals working in stroke rehabilitation services. *Disability and Rehabilitation*, 37(21), 1955-1960. <https://doi.org/10.3109/09638288.2014.991454>
27. Bokodi M., Hazafi Z., Jászberényi G, Karoliny M, Szakács (2007), A teljesítményértékelés és minősítés a közigazgatási szervek vezetésében, Budapest, 131. p.
28. Brouwer, W., van Baal, P., van Exel, J., Versteegh, M. (2019). When is it too expensive? Cost-effectiveness thresholds and health care decision-making. *The European Journal of Health Economics*, 20, 175-180. <https://doi.org/10.1007/s10198-018-1000-4>
29. Carvalho, P.S. (2021): Sense making in ambiguous and uncertain environments, PhD thesis, Université Jean Moulin III, Lyon
30. Chandler, a. D. (1962). *Strategy and Structure: Chapters in the History of the Industrial Enterprise*. Boston: MiT Press.
31. Cleveland J.N., Murphy K. R., Williams R. E. (1989), Multiple uses of performance appraisal: prevalence and correlates. *Journal of Applied Psychology*, Volume 74. pp. 130 - 135
32. Charnes, A. – Cooper, W.W. – Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal of Operational Research*, 2(6), pp. 429-444. [https://doi.org/10.1016/0377-2217\(78\)90138-8](https://doi.org/10.1016/0377-2217(78)90138-8)
33. Cole AH (1959). *Business enterprise in its social setting*. Cambridge: Harvard University Press.
34. Cole AH (1969). Definition of entrepreneurship. In Kornives JL (Ed), Karl A. Bostrom Seminar in the Study of Enterprise. Milwaukee: Center for Venture Management pp. 10-22.
35. Corley, K. G., Gioia, D. A. (2011): Building Theory about Theory Building: What constitutes a Theoretical Contribution? *Academy of Management Review*, 36, pp. 12-32
36. Czeglédi L. (2011) *Minőségmenedzsment Médiainformaticai Kiadványok Eszterházy Károly Főiskola* pp 21-23
37. Csath M. (2016) *Közintézmények stratégiai menedzsmentje – Államtudományi Műhelytanulmányok 2016 évi 14 szám*
38. Csákvári T.(2012) *Magyarországi kórházak hatékonyságának elemzése a Data Envelopment Analysis segítségével Pécsi Tudományi Egyetem* https://etk.pte.hu/public/upload/files/EgeszsegAkademia/2012_III_2/6_Csakvari_Timi.pdf letöltés ideje 2023.08.15.
39. Dajnoki K. (2007): A teljesítményértékelés folyamata. In: *Humán erőforrás gazdálkodás és vezetés Szerk.: Dajnoki K. – Berde Cs. Szaktudás Kiadó Ház, Budapest*, pp. 116-125.
40. Dénes, R. V. – Koltai, T. – Uzonyi-Kecskés, J. – Dénes, Z. (2017). A magyarországi mozgásszervi rehabilitációs osztályok relatív hatékonyság vizsgálata (DEA), *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, XVI. évf., 1. sz.
41. Dinesh R.P., Pakdil F., Nasibeh A.F. (2024) *Applications od data envolment alanisis in acute care hospitals: a systematic literature review, 1984–2022*
42. Dobák M.(1996) *Szervezeti formák és vezetés KJK Budapest*
43. Domokos L. (2019): *Ellenőrzés – a fenntartató jó kormányzás eszköze. Akadémiai Kiadó, Budapest*
44. Domokos L. (2015): *Átláthatóság, elszámoltathatóság, integritás – az etikus közpénzügyi menedzsment három alapelve. Polgári Szemle, 11. évfolyam, 4-6. szám pp.13-20.*

45. Domokos L. – Weltherné Szolnoki D.(2020) A számvevőszéki teljesítmény mérésének modellje, a teljesítménymenedzsment fő területei In: Pénzügyi Szemle 2020. Különszám 7.o.-22.o.
46. Dózsa Cs. (2011): Struktúra-váltás az egészségügyben – a kórházak stratégiai mozgásteret a 2000-es években. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben,10 (3), 22-28.
47. Dózsa Cs. (2010) A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre - Magyarországon a 2000-es években- Corvinus Egyetem
48. Dózsa, Cs. – Ecseki, A. (2012). Fókuszban a hazai kórházszektor, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2.
49. D. S. Sink, Productivity Management (1985): Planning Measurement and Evaluation Control and Improvement. John Wiley& Sons New York
50. EC (2006): Directorate-general regional policy: innovation in the national strategic reference frameworks. European Union.
51. Eurostat (2019). Eurostat adatbázisai, Eurostat, Luxemburg.Egészségügy <https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/database>
52. ENSZ (2015). Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development, ENSZ, New York.
53. ESA-rendszer: az SNA Európai Unióban érvényes változata, a „Nemzeti és regionális számlák európai rendszere”. http://www.jgypk.hu/tamop15e/tananyag_html/kozgalapok/az_sna_egy_msik_mutatja.html 2023.09.10.
54. Farrell, M. J. (1957). The measurement of productive efficiency. Journal of the Royal Statistical Society: Series A (General), 120(3), pp. 253-281. <https://doi.org/10.2307/2343100>
55. Fehér M. A. (2008): A teljesítményértékelés és annak munkajogi vonatkozásai. Szakdolgozat, Debreceni Egyetem Állam- és Jogtudományi Kar, 42. old
56. Fodor P. (2016), Teljesítménymérés a közszférában TDK dolgozat
57. Gál Cs. (2012) Sebészet http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Sebeszeti/adatok.html-2012
58. Gaál P., Szigeti Sz., Evetovics T., Lindeisz F. (2012): A hatékonyság alakulása a magyar egészségügyi rendszerben. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2012;50 (3),21-30.
59. Gábor, D. (1970): Innovations: Scientific, Technological, and Social, Oxford University Press
60. GBD 2019 Healthcare Access and Quality Collaborators (Kollaborációs szervezet) (2022) ; Haakenstad, Annie ; Yearwood, Jamal Akeem ; Fullman, Nancy ; Bintz, Corinne ; Bienhoff, Kelly ; Weaver, Marcia R ; Nandakumar, Vishnu ; Joffe, Jonah N ; LeGrand, Kate E et al. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019 LANCET GLOBAL HEALTH 10 : 12 pp. e1715-e1743. , 29 p.
61. Gajdusчек Gy. (2011a) A közigazgatás szervezeti jellemzői - összehasonlító aspektusból In: Szamel, Katalin; Balázs, István; Gajdusчек, György; Koi, Gyula (szerk.) Az Európai Unió tagállamainak közigazgatása Budapest, Magyarország : Complex (2011) 970 p. pp. 37-58. , 22 p.
62. Gajdusчек Gy. (2011b) Miben áll, és mérhető-e a kormányzati teljesítmény
63. Gajdusчек Gy. (2011c) A közigazgatás értelmezése Magyarországon = Ratio Legis – Ratio Iuris.Ünnepi tanulmányok Tamás András tiszteletére 70. születésnapja alkalmából, GERENCSÉR Balázs – TAKÁCS Péter(szerk.), Budapest, Szent István Társulat, 2011. 395.

64. Gajdusчек, G., Hajnal, G. (2010). Közpolitika, HVG-Orac Kiadó, Budapest
65. Galli J (2021) A Közzolgáltató kórházaknál alkalmazható teljesítménymenedzsment keretrendszer kiemelt tekintettel a Zala Megyei Szent Rafael Kórházra – Szakdolgozat
66. Gál J. (2004) A Balanced Scorecard módszere és gyakorlata a stratégiai tervezésnél és teljesítményértékelésnél. Stratégia a vállalkozások és az intézmények vezetési gyakorlatában. Infocity Budapest,
67. Gál, T. , Komlósi, I. (2010). Sztochasztikus Data Envelopment Analysis (DEA) alkalmazása magyarországi tehenészeti telepek hatékonyságának mérésére, Acta Agraria Kaposváriensis, Vol 14. No 3, pp. 195-203.
68. Gary C.(2001) Performance management John Wiley and Son Inc. pp 48-53
69. Gergely É. (2011) Teljesítménymenedzsment vizsgálatok egyes profitorientált szervezetek és polgármesteri hivatalok humán erőforrás gazdálkodásában -Debreceni Egyetem
70. Gulyás L. (2012) A humán erőforrás menedzsment alapjai JATEpress Budapest
71. Gyökér I. – Finna H. (2008) Teljesítménymenedzsment. Oktatási segédanyag, Budapest
72. Haakenstad, A., Irvine, C. M. S., Knight, M., Bintz, C., Aravkin, A. Y., Zheng, P., ... & Sahu, M. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet, 399(10341), 2129-2154.
73. Halász G. (2002) Állam szerepének változása a modern közoktatás változásában Iskola Kultúra 2002/3
74. Hazel, KL. - Onaga, E. (2003): Experimental social innovation and dissemination: the promise and its delivery, Am J Community Psychol, 32(3-4), pp. 285-294
75. Hoffman István (2007): A közzolgáltatás fogalmának főbb megközelítései. https://szefakademia.hu/wp-content/uploads/hoffman_kozszolgaltatas_szef.pptx.
76. Hoggan, F. (1909): The American Negro and Race Blending, The Sociological Review, Volume: a2, Issue: 4, pp. 349-360.
77. Hollósy-V. G.(2017) A Balanced Scorecard paradigma az egészségügyben, Hadtudományi szemle, 2017. X. évfolyam 1.
78. Hortoványi L. – Balaton K. (2016): A versenyképesség és az innováció vállalati szintű vizsgálata, Vezetéstudomány, XLVII.(12). pp. 38 – 45.
79. Horváth M. T.(2007): Közzolgáltatások szervezése és igazgatása. Tankönyv a köztisztviselők továbbképzéséhez. Budapest, 2007, 3–12.
80. Horváth K. (2016), A teljesítmény dimenzióinak értelmezése az egészségügyiintézmények esetében, www.ado.hu
81. Horváthné Cs. E. (2015) Stratégiai gondolkodás fontossága az egészségügyi intézményeknél, Komarno- International Research Institute, 2013. p. 35.
82. Horváth & Partners (2007) Balanced Scorecard a gyakorlatban? Ifua Könyvkiadó, Budapest pp 16.
83. Iberhalt, M. (2017). A DEA elemzési módszer gyakorlati alkalmazásának bemutatása egy konkrét mezőgazdasági vállalkozás példáján keresztül, E-CONOM, 7(1), pp. 31-42. <https://doi.org/10.17836/EC.2017.1.031>
84. Imreh Sz. (2002): Kihívások és válaszok a közzolgáltatói menedzsmentben JATEPress pp. 251-271
85. Iyengar, K. P., Vaishya, R., Bahl, S. & Vaish, A. (2020). Impact of the coronavirus pandemic on the supply chain in healthcare. British Journal of Healthcare Management. 26(6), 1-4. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2020.0047>
86. Iványos J., Sándorné K. É. (2016). A kockázatkezelés teljesítménymutatókon alapuló mérési és értékelési módszerei. Pénzügyi Szemle, 2016/2

87. J. H. Jacot, J. P. Micaelli (1996) La performance économique en entreprise, Editions Hermès
88. Jarjabka Á., Lóránd B. (2010): Az innováció alapjai és megjelenési területei, <http://kikk.hu/attachments/article/810/Innov%C3%A1ci%C3%B3%20menedzsment%20k%C3%A9pz%C3%A9s%20anyag.pdf> – letöltés ideje 2019. 05.08.
89. Juhász Cs. (2013) Teljesítmény- és ösztönzésmenedzsment-vizsgálatok. In: A Virtuális Intézet Közép-Európa Kutatására közleményei, (5) 1. pp. 97-102. (2013)
90. Johnes J. (2006). Data envelopment analysis and its application to the measurement of efficiency in higher education. *Economics of Education Review*, 25(3), pp. 273-
91. Joó T. (2016) Kórházi stratégia-alkotás tapasztalatai (2016) Előadás - IME-META X. JUBILEUMI ORSZÁGOS EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI TOVÁBBKÉPZÉS ÉS KONFERENCIA, „Népegészségügy - prevenció – egészség-gazdaságtani szemmel”, 2016.06.15-2016.06.16.,
92. Kaplan, R. S. – Norton, D. P.(1998): *Balanced Scorecard – Kiegyensúlyozott stratégiai mutatószámrendszer – Eszköz, ami mozgásba hozza a stratégiát.* KJK. Budapest
93. Kaplan–D. Norton (2002): *A Stratégia Központú Szervezet – Hogyan lesznek sikeresek a Balanced Scorecard vállalatok az új üzleti környezetben?* Panem Kiadó, Budapest
94. Kamarási V., Mogyorósy G. (2015): Szisztematikus irodalmi áttekintések módszertana és jelentősége, *Orv. Hetil.*, 156(38), pp. 1523-1531.
95. Kannampallil, T. G., Schauer, G. F., Cohen, T., Patel, V. L. (2011). Considering complexity in healthcare systems. *Journal of Biomedical Informatics*, 44(6), 943-947. <https://doi.org/10.1016/j.jbi.2011.06.00>
96. Karoliny M. (2000): Teljesítményértékelés. In.: *Személyzeti/emberi erőforrás menedzsment kézikönyv.* (Szerk.: Elbert, N.-Karoliny M.-né-Farkas F.-Poór J.) KJK Kerszöv, Budapest. pp 32-56
97. Kincses, G. (2004). *Magyarország egészségügye & szociális rendszere*, Medinfo & Nemzeti Család & Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
98. Krasz K. (2008): *A teljesítményértékelés igazságossága.* Doktori disszertáció, BME AAPI EPT, Budapest, 219. p
99. Kucsma D. (2017) *Közszolgáltató vállalatok teljesítményértékelése Tavasz Szél Konferencia kötet*, Miskolc
100. Kucsma D. (2019): *Teljesítménymenedzsment-fókuszú társadalmi innováció a közsférában Régió kutatás Szemle 2019/1 sz. 30. o. -39. o.*
101. Kucsma D. (2018): *Teljesítménymenedzsment tréning tananyag* Miskolci Egyetem,
102. Kucsma D. (2020) *Social impacts of performance management in the public sector*
103. Kucsma D. (2021) *Egészségügyi szervezetek teljesítménymenedzsmentjének alapjai ÉSZAK-MAGYARORSZÁGI STRATÉGIAI FÜZETEK 18 : Klsz pp. 61-70. 10 p.*
104. Kucsma D, Varga K.(2021) *Kórházak hatékonysági tartalékainak feltárása DEA-módszerrel PÉNZÜGYI SZEMLE/PUBLIC FINANCE QUARTERLY (1963-) 66 : 2 pp. 73-84. , 12 p.*
105. Kocziszky Gy.-Veresné Somosi M. (2019) *Közszolgáltató szervezetek hatékonyságnövelésének lehetőségei Észak- Magyarországi Stratégiai Füzetek*, 13(2), pp. 41-56.
106. Kocziszky Gy.– Veresné Somosi M. – Balaton K. (2015): *Társadalmi innováció mérésének sajátosságai. „Mérleg és Kihívások” IX. Nemzetközi Tudományos Konferencia, Miskolc, 2015. október 15-16. (288.-302.o)*
107. Koltai, T., Tamás, A. (2019). *Relatív hatékonyságvizsgálat (DEA) alkalmazása az államigazgatásban: gyakorlati eredmények és elméleti problémák, Mérleg és Kihívások” XI. Nemzetközi Tudományos Konferencia, Miskolc, Magyarország: Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar, pp. 183-194.*

108. Köczöl E. (2008) Vállalati értéknövelés helye a magyar Vállalatok célrendszerében Phd Dolgozat Budapest Corvinus Egyetem
109. Laáb Á. (2007) Vezetői számvitel előadás anyag Stratégia térképek szerepe című előadás
110. Lannert J. (2004): Hatékonyság, eredményesség és méltányosság. Tanulmány Új Pedagógiai Szemle. 2004. pp 15.
111. Lapid, K. (1997). A gazdasági hatékonyság számítása DEA lineáris programmal Statisztikai Szemle http://www.ksh.hu/statszemle_archive/1997/1997_06/1997_06_515.pdf
112. Lázár L (2002) Értékek és mértékek Phd dolgozat Budapest Gazdaságtudományi és Államigazgatási Egyetem pp. 123-131
113. Learned, e. P. , Christensen, C. R., Andrews, K. R. , Guth, W. D. (1965). Business Policy: Text and Cases. Homewood, IL: richard D. irwin
114. Lindblom, C.E. (1959) The Science of “Muddling Through”. Public Administration Review, 19, 79-88. <http://dx.doi.org/10.2307/973677>
115. Lipták K , Musinszki Z. (2022) Using the Balance Scorecard for outgoing accounts as a method for strategic decision support (2022) BMECONF 4th International Conference on Applied Research in Business, Management, and Economics, Prague 18-19.03.2022,
116. Lipsitz, L. A. (2012). Understanding Health Care as a Complex System: The Foundation for Unintended Consequences. Jama, 308(3), 243-244. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.7551>
117. Lebas, M.J. (1995) Performance Measurement and Performance Management. International Journal of Production Economics, 41, 23-35.
118. Magyary Zoltán Közigazgatás-fejlesztési Program https://www.uni-nke.hu/document/uni-nke-hu/gal_1_1modul.pdf- letöltés ideje 2023.07.23.
119. Magyary Zoltán Közigazgatási- fejlesztési Program <https://2010-2014.kormany.hu/hu/kozigazgatasi-es-igazsagugyi-miniszterium/hirek/magyary-program-a-koz-szolgalatara> - letöltés ideje 2024.01.10
120. Matis D. Volkán I (2008) A balanced Scorecard a Startégiiai irányítás eszköze az információtechnológia világában
121. March, J.G. (1991): Exploration and Exploitation in Organizational Learning. Organization Science, 2(1), 71-87.
122. Mészáros T. (2003): A stratégia jövője – A jövő stratégiája. Budapest: Aula.
123. Mihalik Kucsma. D. (2023) Stratégia szerepe a közszférában Tanulmányok és köszöntők Sikos T. Tamás tiszteletére: A Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Karának Jubileumi tanulmánykötete Miskolc, Magyarország: Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar, Veresné Somosi Mariann (2023) 220 p. pp. 120-125. , 6 p. Tudományos
124. Miles I., Snow F. Institute (2023) https://cio-wiki.org/wiki/Miles_and_Snow%27s_Organizational_Strategies – letöltés ideje 2023.02.10
125. Mintzberg H., Ahlstrand B. , Lampel J.(2005) Stratégiiai szafari, HVG Kiadó, Budapest,
126. Mintzberg, H. (1978). Patterns in strategy Formation. Management Science, 24(9), 934–948.
127. Mumford, M. D., Scott, G. M. ,Gaddis, B. H., Strange, J. M. (2002): Leading creative people: Orchestrating expertise and relationships, Research Nebraska, Leadership Quarterly, 13(6), pp. 705-750.
128. Moher, D., Liberati, A. , Tetzlaff, J., Altman, D. G. (2009): The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097
129. National Centre for Public Health (2020) <https://www.ecdc.europa.eu/en/national-public-health-center-hungary> letöltés ideje 2024.01.24.

130. Neely, A., Gregory, M., Platts, K. (1995) Performance Measurement System Design: A Literature Review and Research Agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, 15, 80-116.
131. Nemes G., Varga Á. (2015): Társadalmi innováció és társadalmi tanulás a vidékfejlesztésben – sikerek, problémák, dilemmák. In: Veresné Somosi Mariann: „Mérleg és Kihívások” IX. Nemzetközi Tudományos Konferencia, Konferencia kiadvány
132. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség (Somogyi Cs. Á. szerző). Data Envelopment Analysis módszertan alkalmazási lehetőségei a 2007-2013-as időszaki NSRF-támogatási intézményrendszere hatékonyságának vizsgálatában, Központi Monitoring Főosztály
133. Nepomuceno, T. C. C – Silva, W. M. N. – Nepomuceno, K. T. C. – Barros, I. K. F. (2020). A DEA-Based Complexity of Needs Approach for Hospital Beds Evacuation during the COVID-19 Outbreak. *J Healthc Eng*, <https://doi.org/10.1155/2020/8857553>
134. Nyikos Gy., Soós G. G. (2018) A közszolgáltatás-szervezés, A közfeladat – ellátás stratégiai szervezési ismeretei
135. Orosz D. (2018) A közszolgáltató szervezetek működési hatékonyságának vizsgálata ivóvíz szolgáltató társaság példáján, Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek XV. évf.
136. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., Moher, D. (2020): The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021, 372:n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
137. Paulik E. (2019) Standardok, indikátorok; az egészségügyi szolgáltatók akkreditáció
138. Peixoto M.A, Musetti A.M., Mendonca M.C. (2020) Performance management in hospital organizations from the perspective of Principal Component Analysis and Data Envelopment Analysis: the case of Federal University Hospitals in Brazil
139. Pukli P. (2002) Közszolgáltatások kutatásának információs háttere A közszolgáltatások marketingje és menedzsmentje. SZTE Gazdaságtudományi Kar Közleményei 2002. JATEPress, Szeged, pp. 24-32.
140. Pulay Gy. (2012): A jó kormányzás és a közpolitika Magyarországon. *Pénzügyi Szemle* 2012
141. Pulay Gy. (2011) Bevezetés az egészségügy gazdaságtanába, <http://semmelweis.hu/dei/files/2013/11/Bevezet%C3%A9s-az-eg%C3%A9zs%C3%A9g%C3%BCgy-gazdas%C3%A1gtan%C3%A1ba.pdf>
142. Pulay, Gy. – Simon, J. (2020). A közpénzügyi gazdálkodás makrogazdasági teljesítményének mérése, *Pénzügyi Szemle* (1963-) 65(1. különszám), pp. 23-43. https://doi.org/10.35551/PSZ_2020_k_1_2
143. Pol E, Ville S. (2009). Social innovation: buzz word or enduring term? *The Journal of Socio-Economics*, 38 (6), pp 878-885.
144. Porter, M.A. (1980): *Competitive strategy*. New York: The Free Press.
145. Quinn, J.B. (1980) *Strategies for Change: Logical Incrementalism*. Irwin, Homewood.
146. Ragsdale, C. T. (2007). *Spreadsheet Modeling & Decision Analysis: A Practical Introduction to Management Science*, Fifth Edition, Thomson
147. Randell, G. (1994) Employee Appraisal, in Sisson, K. (ed) *Personnel Management*, (1994): Oxford: Blackwell
148. Rappaport, T.S. (2002) Performance Evaluation of a DS-CDMA System in a Rayleigh Fading Environment *Wireless Communication: Principal and Practice*. 2nd Edition, Pearson Education Inc., New York.

149. Reynolds, D. – Thompson, G. M. (2007). Multiunit restaurant productivity assessment using three-phase data envelopment analysis, *International Journal of Hospitality Management*, 26(1), pp. 20-32. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2005.08.004>
150. Révész É. (2015) Teljesítménymenedzsment-eszközök alkalmazásának hajtóerői és tartalmi elemei a magyar közigazgatás ügynökség-típusú szervezeteiben – Corvinus Egyetem
151. Révész É.(2015): Szervezeti szintű teljesítménymenedzsment a hazai közigazgatás ügynökség-típusú szervezeteiben *Új Magyar Közigazgatás* 37-49. old
152. Révész É. (2015) Content and drivers of performance management in agency-type organizations of the Hungarian public administration Corvinus University of Budapest tPh.D. Programme in Business Administration
153. Robert S. K, David P. N. (2000): Eszköz, ami mozgásba hozza a stratégiát, *Balanced ScoreCard, Kiegyensúlyozott Stratégiai mutatószám- rendszer, IFUA Horváth és Partner, Budapest*
154. Rolstadts, A. (1995). *Performance Management – A Business Process Benchmarking Approach*, Chapman & Hall, London.
155. Satterfield T. (2003), From performance management performance leadership, *Worldat-Work Journal*, First Quarter, pp. 8 - 26.
156. Selznick, P. (1957). *Leadership in Administration: A Sociological Interpretation.* Evanston IL: row, Petersen.
157. Simons, R. (1994). *Levers of Control: How Managers Use Innovative Control Systems to Drive Strategic Renewal*(1st edition). Boston, Mass: Harvard Business Review Press
158. Simmon, Herbert A. (1962). "The Architecture of Complexity." *Proceedings of the American Philosophical Society* 106 (December): 467-82. 1973. "The Organization of Complex Systems." Pp. 1-28 in *Hierarchy The-Story: The Challenge of Complex Systems*, edited by H. Patee. New York: Braziller.
159. Simon, Herbert A., C. P. Bonini. (1958). "The Size Distribution of Business Firms." *American Economic Review* 48 (September): 607-17
160. Sink D.S. (1985) *Productivity Management: Planning Measurement and Evaluation Control and Improvement* John Wiley & Sons Newyork
161. Szakács G. (2014) *Közszolgálati teljesítménymenedzsment, A teljesítménymenedzsment humánfolyamata*, Nemzeti Közszolgálati Egyetem
162. Szakály B. (2005), *A teljesítményértékelés bevezetése –elméletből a gyakorlatba*, Magyar Közigazgatás, 9. szám, pp. 550.
163. Szokolczai Gy. (2011): *Közegészségügyi trendek és a jóléti rendszer jövője, Fogelemzésesei tükrében II. rész. Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, 10 (3), 5-10
164. Székely Á. (2005): *Teljesítménymérés és értékelés a magyarországi Vízközmű szektorban* PhD értekezés 10-30
165. Szendi D. (2023) *A fenntarthatósági dimenzió megjelenése az európai közepes méretű okosvárosokban – stratégiák és a környezeti komponens teljesítménye A fenntarthatóság holisztikus megközelítésben* Budapest, Magyarország : Akadémiai Kiadó (2023) 501 p. pp. 150-182. , 35 p.
166. Szintay I. ,(2005): *Minőségmenedzsment. Miskolc, Bíbor Kiadó 14. , Az intellektuális tőke mérési lehetőségeinek vizsgálata önértékelési modellek alapján.* PhD értekezés, Budapest,
167. Szívós L. (2007): *Áttekintés a Balanced Scorecard módszerről a mértékadó szakirodalom feldolgozásával (edoc.) BME-GTK*
168. *SNA-rendszer: System of National Account (nemzeti számlák rendszere)*, amely a gazdasági szektorok által létrehozott valamennyi terméket és szolgáltatást figyelembe

- veszi.
http://www.jgypk.hu/tamop15e/tananyag_html/kozgalapok/a_nemzeti_szmlk_rendszere_system_of_national_accounts_sna.html - letöltés ideje 2023. 09.11.
169. Szűts I. (1983) Módszerek a vállalati hatékonyság összehasonlító elemzéséhez KJK Budapest
 170. Takács I. (2014) Szakorvosi képzés nehézségei Magyarországon televízió interjú
 171. Tandjung, R., Rosemann, T., Badertscher, N. (2011). Gaps in continuity of care at the interface between primary care and specialized care: general practitioners' experiences and expectations. *International journal of general medicine*, 4, 773. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s25338>
 172. Tamás, A. – Koltai, T. (2020). A relatív hatékonyságvizsgálat (DEA) alkalmazása üzleti szimulációs játékokban nyújtott teljesítmény értékelésére, *Vezetéstudomány*, 51(különszám), pp. 85-100. <https://doi.org/10.14267/VEZTUD.2020.KSZ.08>
 173. Tarde, G. (1899): *Social Laws: An Outline Of Sociology*, Forgotten Books, Paperback edition (2015)
 174. Tardif, C. – Harrison, D. (2005): *Complémentarité, convergence et transversalité: la conceptualisation de l'innovation sociale au CRISES*, Cahiers du CRISES – Collection Études théoriques - no ET0513
 175. Teski N. (2018) Az egészségügyi intézmények integritásának értékelése az Állami Számvevőszéktapasztalatai alapján, *Észak-magyarországi Stratégiai Füzetek XV. évf. 2* 43-54
 176. Tushman, M. L. , Anderson, P. (2004): *Managing Strategic Innovation and Change*. Oxford: Oxford University Press (2. kiadás).
 177. Turcsányi K. (2014) *Minőség elmélet és módszertan Nemzeti Közsölgálati és Tankönyvkiadó* pp.249-255
 178. Tomczyk S, Twyman A, de Kraker MEA, Coutinho Rehse AP, Tartari E, Toledo JP, Cassini A, Pittet D, Allegranzi B (2022) The first WHO global survey on infection prevention and control in health-care facilities. *Lancet* 22(6): 845-856 DOI 10.1016/S1473-3099(21)00809-4
 179. Török Kovács, A. (1997). Az egészségügy-finanszírozás új rendszere Magyarországon. *Társadalomtudományi folyóirat*, 1(3), 85-99.
 180. Van Helden, G.J., A. Johnsen, and J. Vakkuri. (2007). 'Understanding Public Sector Performance Management: The Life Cycle Approach'. In Conference of the European Group of Public Administration (EGPA) 'Comparing Performance' 19–22
 181. Van Dooren W. (2006) *Performance Measurement in the Flemish Public Sector: a Supply and Demand approach*- https://www.researchgate.net/publication/264031328_Performance_Measurement_in_the_Flemish_Public_Sector_a_Supply_and_Demand_approach- letöltés idejé 2023.07.07
 182. Varga K. (2020) *A társadalmi innováció mérhetőségének kihívásai - Társadalmi innovációs folyamatok vizsgálata a Nyírbátori járásban"- Phd dolgozat*
 183. Vári V. (2017) *Teljesítményértékelés és hatékonyságmérés a rendőrségen Magyar Rendészet*
 184. Veresné Somosi. M., (2005), *A szervezeti önértékelés módszertani sajátosságai egy regionális működés – hatékonysági felmérés kapcsán. Tudásalapú társadalom; Tudásteremtés – Tudástranszfer Értékrendváltás. V. Nemzetközi Konferencia, Miskolc, II. kötet p. 27-35. 2005. május*
 185. Veresné Somosi. M (2006).: *Integrált vezetési modell – önfejlesztés, tudásmenedzselés. Egy pilot program tapasztalatai a Magyar Köztársaság Rendőrségénél. Vezetéstudomány, XXXVII. évfolyam. különszám 21.o.-38.o.*

186. Veresné Somosi. M. - HOGYA O (2011) Teljesítménymenedzsment Nemzeti Tankönyv Kiadó, Budapest
187. Veresné Somosi. M. (2013) Teljesítményalapú Szervezetalkítás elmélete és módszertana Miskolci Egyetemi Kiadó 2013
188. Veresné Somosi. M.– Molnár V. , (2016), VÍZ-PRÓBA avagy a szervezeti teljesítménymenedzsment tizpróbája (Susánszky János esettanulmánymegoldó verseny)
189. Veresné Somosi. M. (2017).: Közszolgáltató szervezetek teljesítménymenedzselésének sajátosságai- Jubileumi tanulmánykötet
190. Veresné Somosi. M.; Csák Cs.; Pók M.(2024): Fenntartható a Társadalmi Innováció sajátossága , Fenntarthatóság holisztikus megközelítése kötet
191. Verezegyházy R.(2005): Startégia döntések a húzó rendszer bevezetése kapcsán előadás anyag
192. Waldman, S. (2010): CreativeDisruption. Whatyouneedtodotoshakeupyour business in a digitalworld. Harlow, UK: Prentice Hall.
193. W. Graham Astley Toward an Appreciation of Collective StrategyThe Academy ofManagement Review Vol. 9, No. 3 (Jul., 1984), pp. 526-535
194. Weick, K. E, (1969) “The Social Psychology of Organizing” McGraw Hill.
195. Wimmer Á. (2000) A vállalati teljesítmény mérés az értékteremtés szolgálatában, a működési és a pénzügyi teljesítmény kapcsolatának vizsgálatában. BKAÉ - http://unipub.lib.uni-corvinus.hu/32/1/10_mht_wimmer.pdf – letöltés ideje 2018. május 26.
196. WHO (2000). World Health Report 2000, Egészségügyi Világszervezet, Genf.
197. WHO (2020). World health statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals, Egészségügyi Világszervezet, Genf.
198. WHO Europe (2005). Strengthened health systems save more lives, World Health Organization Europe, Koppenhága.
199. Zakariák K (2023) Egészséghez való jog - <http://real.mtak.hu/163238/1/az-egeszseghez-valo-jog.pdf> letöltés 2023. 08.27.
200. http://www.neak.gov.hu/felso_menu/szakmai_oldalak/publikus_forgalmi_adatok/gyogyito_megelőzo_forgalmi_adat/fekvobeteg_szakellatas_stat/korhazi_agyszam.html- letöltés ideje 2021.06.16
201. 10/2013 (I.21.) Kormányrendelet a teljesítményértékelésről <http://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=A1300010.KOR>- letöltés ideje 2018. 06.12
202. CAF modell- <https://caf.kim.gov.hu/files/cafmodell/cafmodell.html>- 2024.01.12.
203. Honvéd Kórház progresszivitási szintek: <https://prezi.com/dqytauauyoi/progresszivitasi-szintek/>- letöltés ideje 2024.04.19.
204. Kórházi ágyszám kimutatás 2021: http://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/besorolo/fekvo_stat/Korhazi_agyszam-es_betegforgalmi_kimutatas_2021.&inline=true- letöltés ideje 2023.02.15.
205. Kórházi ágyszám kimutatás 2020 http://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/besorolo/fekvo_stat/Korhazi_agyszam-es_betegforgalmi_kimutatas_2021.&inline=true letöltés ideje 2022.03.04
206. Kórházi ágyszám kimutatás 2019 2020http://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/besorolo/fekvo_stat/Korhazi_agyszam-es_betegforgalmi_kimutatas_2021.&inline=true letöltés ideje 2021. 08.27
207. Kórházi ágyszám kimutatás 2018 http://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/besorolo/f

- ekvo_stat/Korhazi_agyszam-_es_betegforgalmi_kimutatas_2018.&inline=true letöltés ideje 2021. 08.27
208. Kórházi ágyszám kimutatás 2017
http://www.neak.gov.hu/pfile/file?path=/letoltheto/altfin_dok/altfin_virt_dok2/besorolo/fekvo_stat/Korhazi_agyszam-letoltas_ideje_2021.08.27_es_betegforgalmi_kimutatas_2018.&inline=true
209. TÁMOP 6.2.5.b.-131 projekt háttér anyagok <https://okfo.gov.hu/egeszsegugyi-fejlesztések/hazai-fejlesztések/2007-2013-fejlesztési-idoszak/lezarult-projektek/kiemelt-jelentosegu-fejlesztések/tarsadalmi-megujulas-operativ-program-tamop/tamop-6.2.5.b-131-2014-0001>
210. TÁMOP 6.2.5.b.-131 projekt részletes leírása: https://okfo.gov.hu/egeszsegugyi-fejlesztések/hazai-fejlesztések/2007-2013-fejlesztési-idoszak/lezarult-projektek/kiemelt-jelentosegu-fejlesztések/tarsadalmi-megujulas-operativ-program-tamop/tamop-6.2.5.b-131-2014-0001/tamop-6-2-5-b-13-1-2014-0001-ii-a-projekt-bemutatasa-letoltas_ideje_2023.06.22.
211. TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben anyagai (Markoth Ferenc Kórház startégia dokumentumai).
212. TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben anyagai Stratégia kézikönyv – módszertani ajánlás
213. TÁMOP-6.2.5-B-13/1-2014-0001 Szervezeti hatékonyság fejlesztése az egészségügyi ellátórendszerben anyagai űrlapok, értékelő lapok
214. Dr. Kennesey Albert Kórház Közérdekű adatok
<https://kenessey.hu/pages/kozerdeku/altalanos-2023.03.13>
215. Észak- Közép- Budai Centrum Új szent János Kórház Közérdekű adatok
https://www.janoskorhaz.hu/kozerdeku-adatok/-letoltas_ideje_2023.03.13
216. Csolnoky Ferenc Kórház Szervezeti és Működési Szabályzata
https://csfk.hu/wp-content/uploads/2021/11/Csolnoky-Ferenc-Korhaz-SZMSZ_20210930.pdf-letoltas_ideje_2023.03.13.
217. Gróf Tisza István Kórház Szabályzat
https://www.berettyokorhaz.hu/sites/all/files/default/files/pictures/kozerdeku_szerv_es_muk_szabalyzat.pdf-letoltas_ideje_2023.03.13
218. Markoth Ferenc Oktató Kórház Közérdekű
https://www.mfkh.hu/hu/korhazunkrol/kozerdeku-adatok-letoltas_ideje_2020.03.16.
219. Pest Megyei Flór Ferenc Kórház Szervezeti és Működési Szabályzat
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjyxeTsy6KBaxXZ3wIHHY-WA00QFnoECBEQAQ&url=https%3A%2F%2Fflorhosp.hu%2Fwp-content%2Fuploads%2F2016%2F02%2FSZMSZ-2021-j%25C3%25B3v%25C3%25A1hagy%25C3%25A1sra.docx&usg=AOvVaw2gaX0IE7FeM2p4N-pRaB2W&opi=89978449-letoltas_ideje_2023.03.17
220. Soproni Erzsébet Kórház stratégiai döntések :
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiTgLKKzKKBAxUKtqQKHbBfD1kQFnoECBAQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.sopronkorhaz.hu%2FWebArticleShow.aspx%3FAGM%3DHirekAktualitasok%26AN%3DRezidensek%26MN%3DHirekAktualitasok%26LN%3DHungarian&usg=AOvVaw3vhI8yrcUkvKDQXpdThqfG&opi=89978449> letöltés ideje 2023.02.20.
221. Szent Borbála Kórház Működési Szabályzat
https://tatabanyakorhaz.hu/tatakorhaz-kozerdeku-adatok/-letoltas_ideje_2022.10.20.

222. Szent Imre Egyetemi Oktató Kórház Közérdekű és minőség politika <https://www.szentimrekorhaz.hu/korhazunkrol/minosegpolitika.html>- letöltés ideje 2022.10.15
223. Szent Lázár Megyei Kórház Közérdekű adatok <https://szlmk.hu/kozerdeku/>- letöltés ideje 2023. 04.20.
224. Szent Pantaleon Kórház Missziós nyilatkozat <https://www.pantaleon.hu/misszios-nyilatkozat/>- letöltés ideje 2023. 03.16.
225. Toldy Ferenc Kórház stratégia dokumentum - https://toldykorhaz.hu/wp-content/uploads/2019/12/Strat%C3%A9gia_r%C3%B6vid%C3%ADtett_2019.pdf- letöltés ideje 2023. 03.17.
226. Uzsoki utcai Kórház stratégia <https://www.uzsoki.hu/korhaz-strategiaja>- letöltés ideje 2023. 03.16.
227. Zala Megyei Szent Rafael nyilatkozatok <https://www.zmkorhaz.hu/dokumentumtar/> letöltés ideje 2023.03.17.
228. Bajcsy- Zsilinszky Kórház közérdekű adatok <https://bajcsy.hu/humanpolitikai-osztaly/>- letöltés ideje 2023. 03.14
229. KSH adatbázis https://www.ksh.hu/stadat_files/ege/hu/ege0018.html letöltés ideje 2023. 03. 08.

Szerző Publikációi

1. Kucsma D. (2017) Barriers to performance evaluation in business management at Public Organisations n: Dorisz, Györkö; Vivien, Kleschné Csapi; Zsolt, Bedő (szerk.) ICUBERD 2017 : Book of Papers Pécs, Magyarország : University of Pécs (2017) 606 p. pp. 209-216. , 8 p.
2. Kucsma D. (2017): Üzleti menedzsment közsférabeli adaptációjának kihívásai International Journal of Engineering and Management Sciences 2 : 4 pp. 274-285. , 12 p. (2017)
3. Kucsma D. (2017): Az üzleti menedzsment teljesítményértékelésének korlátai a közszolgáltató szervezeteknél Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar (2017) 891 p. pp. 592-599. , 8 p.
4. Kucsma D. (2017) Közszolgáltató vállalatok teljesítményértékelése Tavaszi Szél Konferencia kötet, Miskolc
5. Kucsma D. (2018): Társadalmi innováció és teljesítményértékelés kulcs kérdései közsférában Budapest, Magyarország : Doktoranduszok Országos Szövetsége (DOSZ) (2018) 761 p. pp. 661-669. , 9 p.
6. Kucsma D. (2018): Teljesítménymenedzsment tréning tananyag Miskolci Egyetem,
7. Kucsma D. (2018).Application Issues of Performance Management Methods In the Public Sector Alina, Badulescu (szerk.) Emerging MarketsEconomics and Business. Contributions of Young Researchers Oradea, Románia : Oradea University Press, (2018) pp. 157-160. , 4 p.
8. Kucsma D. (2019): Teljesítménymenedzsment-fókuszú társadalmi innováció a közsférában Régió kutatás Szemle 2019/1 sz. 30. o. -39. o.
9. Kucsma D. (2019): Teljesítményrendszerek újra gondolva "Mérleg és Kihívások" XI. Nemzetközi Tudományos Konferencia Miskolc, Magyarország : Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar (2019) 565 p. pp. 577-283.
10. Kucsma D. (2020) Social impact of performance management in the public sector
11. Kucsma D. (2021) Egészségügyi szervezetek teljesítménymenedzsmentjének alapjai ÉSZAK-MAGYARORSZÁGI STRATÉGIAI FÜZETEK 18 : Klnsz pp. 61-70. 10 p.

12. Kucsma D, Varga K.(2021) Kórházak hatékonysági tartalékainak feltárása DEA-módszerrel PÉNZÜGYI SZEMLE/PUBLIC FINANCE QUARTERLY (1963-) 66 : 2 pp. 73-84. , 12 p.
13. Kucsma D, Varga K.(2021) Exploring Effectiveness Reserves in Hospitals with the DEA Method DEA-módszerrel PÉNZÜGYI SZEMLE/PUBLIC FINANCE QUARTERLY (1963-) 66 : 2 pp. 73-84. , 12 p.
14. Kucsma D. (2021) Fundamentals of Performance Management in the World of Public Service Organisations INTERNATIONAL JOURNAL OF ECONOMICS AND MANAGEMENT ENGINEERING 15 : 10 pp. 944-949. , 6 p. (2021)
15. Mihalik Kucsma. D. (2023) Stratégia szerepe a közszférában Tanulmányok és köszöntők Sikos T. Tamás tiszteletére: A Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Karának Jubileumi tanulmánykötete Miskolc, Magyarország: Miskolci Egyetem Gazdaságtudományi Kar, Veresné Somosi Mariann (2023) 220 p. pp. 120-125. , 6 p. Tudományos
16. Mihalik Kucsma. D, Varga K. (2023) Examining the Relative Effectiveness of Social Innovation Efforts of Hungarian Municipalities using the DEA MethodIn: Mustafa, Koc; Omer, Tayfur Ozturk; Mustafa, Lutfi Ciddi (szerk.) Proceedings of International Conference on Research in Education and Science (ICRES) Cappadocia, Törökország : e International Society for Technology, Education, and Science (ISTES) (2023) 2,551 p. pp. 1343-1356. , 14 p.

RÖVIDÍTÉSEK JEGYZÉKE

Rövidítések	Jelentések
NEAK	Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő
KSH	Központi Statisztikai Hivatal
DEA	D ata E nvelopment A nalysis
PRISMA	<i>P</i> referred <i>R</i> eporting <i>I</i> tems for <i>S</i> ystematic reviews and <i>M</i> eta- <i>A</i> nalyses
CSFK	Csolnoky Ferenc Kórház
KAK	Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet
SJK	Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő
GTIK	Gróf Tisza István Kórház
MFK	Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet
PFFK	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház
SEK	Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet
SBK	Szent Borbála Kórház
SIK	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház
SLK	Szent Lázár Megyei Kórház
SPK	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet
TFK	Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet
TBJK	Tolna Megyei Balassa János Kórház
UK	Uzsoki utcai Kórház
SRK	Zala Megyei Szent Rafael Kórház
BK	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet
TVK	Teljesítmény volumen korlát
HBCS	Homogén beteg csoport
EFQM	(European Foundation for Quality Management)
PDCA	PLan – tervezés, do – cselekvés, check – ellenőrzés, act – beavatkozás.
BSC	Balance Scorecard

VIII. ÁBRAJEGYZÉK

1. ábra Kutatási terv bemutatása	4
2. ábra Kutatás fókuszának meghatározásának folyamata	5
3. ábra Közzolgáltatási teljesítménymenedzsmenttel kapcsolatos megjelent publikációk száma (1953-2022).....	7
4. ábra Kórházak csoportosítása.....	7
5. ábra Kórházi ágyak megoszlása	9
6. ábra Kutatási területek és kérdések bemutatása	10
7. ábra Kutatás folyamata, kapcsolódó kutatási kérdések és vizsgálati módszerek	12
8. ábra RADAR Logika.....	16
9. ábra Teljesítménymenedzsment rendszer életciklusa	17
10. ábra PRISMA szűrés folyamatábrája	23
11. ábra Stratégia felépítése (<i>Forrás: Balaton, 2018, Laáb 2007, Veresné Somosi, 2013</i>)	30
12. ábra Közzolgáltató szervezetek teljesítménymenedzsment folyamata	35
13. ábra Teljesítménymenedzsment koncepció a közszektorban	36
14. ábra Összehasonlíthatósági tényezők elemei	40
15. ábra Integrált teljesítménymenedzsment rendszer	47
16. ábra Teljesítménymenedzsment közférabeli körforgása	48
17. ábra Indikátor típusok bemutatása.....	49
18. ábra Kutatás folyamatának nyomkövetése	53
19. ábra Teljesítménymenedzsment modellek összehasonlítása	55
20. ábra Társadalmi Innováció fogalmi háttérének bemutatása	57
21. ábra Közzolgáltató vállalatok lehetséges célhierarchiája	58
22. ábra Egészségügyi intézmények stratégiai térképe	59
23. ábra Kutatás folyamata az empirikus vizsgálathoz illesztve	63
24. ábra: A stratégiaközpontú szervezet alapelvei	64
25. ábra RADAR elemzés eredményei	78
26. ábra RADAR elemzés átlag eredményei.....	80
27. ábra RADAR elemzés százalékos megoszlása.....	82
28. ábra Kutatás folyamata az empirikus vizsgálathoz illesztve	84
29. ábra Vizsgálatba bevont általános profilú 600-1250 ágyszámmal rendelkező kórházak....	87
30. ábra Kórház ágyszámainak változása 2019-2020	88
31. ábra Relatív hatékonyság vizsgálatának eredményei (600-1250 ágyszámmal rendelkező intézményekben)	90
32. ábra RADAR és DEA logikai összekapcsolása	99
33. ábra A Kutatási folyamat jelenlegi fejezetben bemutatott szakasza	101
34. ábra HPSC Modell	107
35. ábra Kutatás folyamata.....	112
36. ábra Kutatási kérdések és Tézisek összegzése	116

IX. TÁBLAJEGYZÉK

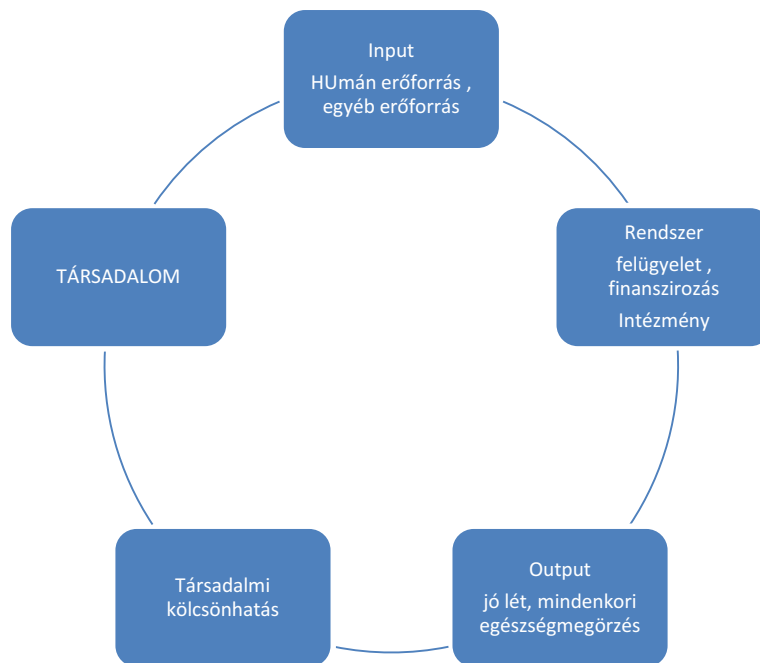
1. táblázat: Teljesítménymenedzsment életciklushoz kapcsolható kérdései	17
2. táblázat: Teljesítmény definíció fejlődése	24
3. táblázat: Teljesítménymenedzsment definíciói	26
4. táblázat: A teljesítményértékelés és menedzsment összehasonlítása	28
5. táblázat: Stratégia definíciók közös elemei	32
6. táblázat: Stratégia iskolák jellemzői	33
7. táblázat : Teljesítményértékelő modellek összehasonlítása meghatározott szempontok alapján	41
8. táblázat: BSC nézőpontok és életciklus kapcsolat mátrixa	60
9. táblázat: K1, K2 kutatási kérdések összefoglalása	61
10. táblázat : Eredménykritériumok bemutatása, értelmezése	66
11. táblázat: Kórházak rövidítése	68
12. táblázat: RADAR elemzés paraméterei	70
13. táblázat: Értékelés magyarázata	77
14. táblázat: RADAR átlagérték eredményei	77
15. táblázat: TÁMOP kézikönyvet alkalmazó intézmények RADAR eredményei	81
16. táblázat K3, K4 kutatási kérdésem eredményei	83
17. táblázat: A vizsgálatba bevonható potenciális mutatók köre	85
18. táblázat: A vizsgálatba bevont mutatók	86
19. táblázat: Kórházi ágyszámok változása 2018-2021	88
20. táblázat: Intézmények hatékonysági mutatója	91
21. táblázat: 2017 DEA vizsgálat háttér adatai a nem elvárt hatékonyságú intézményeknél ..	92
22. táblázat: Kórházak összehasonlításának eljárási módszere (2017)	93
23. táblázat: Az elvárt szint alatti hatékonyságnak bizonyult kórházak vizsgálatba bevont input és output mutatói értékeinek összehasonlítása a célértékekkel	94
24. táblázat: 2017-2021 hatékonysági ráta alatti kórházak adatai	96
25. táblázat: DEA és RADAR összehasonlítási eredmények	98
26. táblázat: K5, K6 kutatási kérdések összegzése	100
27. táblázat:Társadalmi innováció és teljesítménymenedzsment összefüggései	102
28. táblázat: K7 kutatási kérdés összefoglalás	111

X. MELLÉKLETEK

1. melléklet Egészségügy rendszerszemlélete.....	137
2. melléklet Kórházi Ágyszámok, betegforgalmi adatok fenntartónként.....	138
3. melléklet Radar elemzés sablonja	141
4. melléklet Radar elemzés teljes eredményei	145
5. melléklet Radar kiszámolt eredményei	150
6. melléklet DEA 2017 elemzés teljes adatbázisa	151
7. melléklet DEA 2020 elemzés teljes adatbázisa	158
8. melléklet DEA 2021 elemzés teljes adatbázisa	160
9. melléklet DEA átlag elemzés teljes adatbázisa	163
10. melléklet Dea Összehasonlító eljárás módszere 2018.....	165
11. melléklet Dea Összehasonlító eljárás módszere 2019.....	167
12. melléklet Dea Összehasonlító eljárás módszere 2020.....	170
13. melléklet Dea Összehasonlító eljárás módszere 2021.....	172
14. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2017	175
15. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2018	176
16. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2019	177
17. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2020	178
18. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2021	179
19. melléklet Teljesítménymenedzsment versus menedzsment kontroll	180

MELLÉKLETEK

1. melléklet Egészségügy rendszerszemlélete



Forrás saját szerkesztés Gajdusek, Hajnal 2010 alapján

2. melléklet Kórházi Ágyszámok, betegforgalmi adatok fenntartónként

Kórházi ágyszám- és betegforgalmi kimutatás fenntartónként
2021. év

Int. kód	Intézet név (NEAI kód)	Kórházi ágyszámok december 31-én				Kórházi ágyszámok száma		Orvostudományi ágazati betegforgalmi száma összesen	más kateg.			Egyszeres ellátás beteg száma	Teljesített		Átlagos tart. (nap)	Ágyszám-kihasználás %	Munka-óra
		összesen	működési 14 területen működtetett	működési 14 területen működtetett	területen működtetett ágyszám	összesen	működési		előzetes	működési	meghatározatlan		Átlagos napi beteg száma	Teljesített beteg			
		1.	2/a.	2/b.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
0106	Eszaki-Közép-Isztvai Centrum, Új Szent László Kórház és Szakrendelő (2050)	1 248	1 180	1 005	38	1 248,0	1 148,3	27 197	22 363	3 248	1 526	5 536	418 125	181 180	7,01	45,71	5,13
0108	Szent Károly és Domján Rehabilitációs Szakklinikai és Gyógyászati Vezető (2092)	230	230	230	0	230,0	230,0	1 271	1 267	0	4	0	85 950	31 028	23,91	36,96	0,31
0109	Délpesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet (2078)	1 139	830	710	321	1 139,8	800,0	21 218	18 238	1 791	1 188	1 704	248 490	180 513	7,65	64,60	5,90
0112	Rajcsy-Zoltányi Kórház és Rendelőintézet (2073)	989	902	902	187	989,0	902,0	25 175	20 596	2 590	1 809	4 737	292 730	146 267	5,75	50,65	7,90
0115	Jahn Ferenc Délpesti Kórház (2079)	1 272	1 106	1 106	166	1 269,6	1 102,5	25 393	19 954	2 021	2 558	3 539	402 415	194 096	7,73	48,23	10,07
0116	Péterfy Kórház-Rendelőintézet és Májbeteg Jeleni Országos Traumatológiai Intézet (2006)	1 527	1 509	1 509	18	1 527,0	1 509,0	33 303	26 726	4 560	2 017	4 502	550 705	290 074	8,14	52,67	4,06
0118	Uzsonyi utcai Kórház (2091)	858	858	858	0	858,0	858,0	26 082	19 521	3 026	1 537	3 754	313 170	142 787	5,91	45,59	8,33
0118	Nyíri Gyula Országos Pszichátriai és Addiktológiai Intézet (2087)	0	0	0	0	178,5	163,2	2 425	1 181	1 139	125	0	58 580	24 556	17,69	41,22	5,13
0121	Károlyi Sándor Kórház (2090)	577	577	254	0	577,0	599,9	1 064	806	100	176	0	124 048	67 017	72,11	54,05	18,24
0122	Mein Pál Országos Gyermekgyógyászati Intézet (2077)	568	564	564	44	568,0	564,0	17 042	15 909	1 044	9	1 065	183 960	36 329	3,29	30,62	0,05
0152	Országos Sportegészségügyi Intézet (2030)	100	100	100	0	100,0	100,0	1 041	1 006	33	2	295	38 500	7 649	7,55	20,96	0,13
0153	Országos Reumatológiai és Fizioterápiás Intézet (2007)	0	0	0	0	99,1	99,1	154	120	12	22	0	36 130	1 410	9,43	3,90	14,29
0154	Országos Onkológiai Intézet (2006)	357	357	357	0	347,9	347,9	12 565	11 697	719	149	48	124 965	90 438	4,81	47,60	1,18
0156	Országos Korányi Pulmonológiai Intézet (2097)	600	561	561	47	600,0	547,9	9 821	5 791	3 027	1 045	0	199 965	68 890	7,09	34,34	10,53
0160	Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (2013)	0	0	0	0	107,5	107,5	710	653	77	0	29	39 240	17 118	26,67	43,62	0,00
0162	Gottsegen György Országos Kardiovaszkuláris Intézet (2096)	290	282	282	8	288,8	280,0	11 491	7 514	3 916	259	654	102 400	50 905	4,39	49,50	2,25
0163	Országos Klinikai Idegtudományi Intézet (2903)	0	0	0	0	41,9	41,9	1 568	953	564	51	1	15 300	7 392	4,95	48,31	3,25
0166	Magyar Honvédség Egészségügyi Központ (6403)	1 888	1 827	1 827	61	1 888,0	1 827,0	55 573	41 441	9 294	2 790	3 068	666 055	366 870	6,85	54,90	5,22

int. kód	intézmény név (NEM KÖD)	Kórház ágazat adatai december 31-én				Államát ágazat adatai			Dokumentált ellátottak adatai				Egyesített ellátottak adatai		Teljesített: Ajánlott napok száma (összesen)	Teljesített: Ajánlott napok száma (összesen)	Átlagos bet. tart. (nap)	Átlagos fekv. idő (nap)	Haltas. ar. %
		összesen	működési (a területen működő intézmény)	működési (kórház)	szilárdított (kórház)	összesen	működési	ellátottak	más egészségügyi intézmény	egyéni ellátás	Egyesített ellátottak száma	Teljesített: Ajánlott napok száma							
												11.	12.	13.					
1.	2a.	2b.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.				
0118	Szent Margit Kórház, Budapest (N511)	458	458	336	0	456	456	13 234	10 970	1 309	955	1 799	139 120	87 084	8,62	54,73	7,21		
0142	Országos Mentális, Ideggyógyászati és Végzetési Intézet (S027)	909	794	755	113	864	593,5	10 778	6 035	4 452	291	44	216 821	109 482	8,83	48,69	2,70		
0114	Országos Magasztosok Intézet (S028)	838	838	836	0	834	834	3 881	3 584	295	12	255	230 450	98 177	21,57	37,40	0,31		
0004	Mónaai Kórház (N057)	300	300	300	0	300	300	8 275	5 252	859	562	860	109 500	48 559	8,75	57,02	5,77		
0005	Kamál-Egységcentrum, Bonyódszi Utaslétesítő és Egészségtudományi Intézet (N084)	188	188	188	0	188	188	3 108	2 810	251	327	533	80 390	37 525	13,21	81,93	10,28		
0007	Szegedi Kórház (N081)	418	418	418	0	416	416	7 393	5 567	992	539	815	131 040	85 758	11,23	56,50	7,29		
0001	Ráco-Rákos Megyei Kórház, Kecskemét (1122)	1 798	1 785	1 785	14	1 799	1 785	46 170	35 720	8 821	3 539	5 027	651 525	352 213	7,13	50,99	7,67		
0002	Baja-Szent Rókus Kórház (N084)	559	559	559	0	559	559	11 600	8 887	1 712	1 001	691	204 035	74 104	8,39	36,32	8,43		
0006	Kiskunhalas Sermellérek Kórház (N090)	669	669	669	0	675	669	15 506	12 966	1 407	1 133	1 420	237 151	121 101	5,31	34,42	7,31		
0003	Dr. László Eötvös Kórház és Rendelőintézet, Orosháza (1248)	408	408	408	0	408	408	10 394	7 981	1 349	1 026	267	148 930	88 915	6,81	48,23	8,87		
0454	Békés Megyei Kórház, Jászócsa Centrum, Mezőkovácsháza (N543)	25	25	25	0	25	25	37	37	0	0	0	9 125	4 910	187,53	75,73	0,00		
0040	Békés Megyei Kózsai Kórház (N464)	2 001	1 961	1 961	40	2 001	1 961	38 874	29 774	5 174	3 028	2 900	715 765	321 417	8,78	44,90	8,13		
0004	Sátaajai Juhász Ernő Kórház (1407)	351	351	351	30	351	351	8 008	4 842	678	408	287	130 835	59 994	10,13	48,66	8,09		
0008	Rach Róbert Kórház és Rendelőintézet, Edelény (1301)	377	377	377	0	377	377	3 472	2 397	447	408	0	137 605	57 495	14,00	41,71	14,06		
0081	Árvány Balogh Pál Kórház, Ózdi (N081)	540	540	540	0	540	540	7 172	5 333	867	652	824	124 200	52 558	7,39	42,19	8,09		
0063	Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kózsai Kórház és Egyetemi Oktatókórház (N730)	5 530	5 178	5 142	404	5 500	2 956,7	73 185	59 454	9 151	4 530	7 842	1 079 211	509 454	8,38	47,23	6,19		
0064	Kazincbarcika Kórház (N543)	200	200	200	0	200	200	5 542	4 455	326	541	1 210	36 900	48 277	8,88	125,75	10,12		
0001	Dr. Bugyi István Kórház, Szentes (1487)	428	428	428	0	428	428	11 450	9 098	1 555	1 058	875	156 220	79 791	7,28	51,01	9,24		
0002	Csongrád-Csanád Megyei E. Elődoktor Nőgyógyászati-Mellé (1434)	593	518	486	75	593	490,4	11 411	8 374	2 681	856	1 130	178 988	62 115	5,41	34,70	8,38		
0008	Csongrád-Csanád Megyei Melléti Betegségek Szakambulása (1434)	187	182	182	55	187	182	2 956	2 073	511	374	0	48 180	25 135	8,89	52,17	12,64		
0701	Fehér Megyei Szent György Egyetemi Oktató Kórház, Szekesfehértó (1588)	1 541	1 517	1 517	24	1 541	1 517	47 810	38 861	7 799	3 153	5 339	553 705	275 143	5,88	48,89	6,59		

int. kód	intézmény név (NEM KÖD)	Kórház ágazat adatai december 31-én				Államát ágazat adatai			Dokumentált ellátottak adatai				Egyesített ellátottak adatai		Teljesített: Ajánlott napok száma (összesen)	Teljesített: Ajánlott napok száma (összesen)	Átlagos bet. tart. (nap)	Átlagos fekv. idő (nap)	Haltas. ar. %
		összesen	működési (a területen működő intézmény)	működési (kórház)	szilárdított (kórház)	összesen	működési	ellátottak	más egészségügyi intézmény	egyéni ellátás	Egyesített ellátottak száma	Teljesített: Ajánlott napok száma							
												1.	2a.	2b.					
1.	2a.	2b.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.				
0702	Szent Pálosok Kórház-Rendelőintézet Dunavirág (N934)	601	601	601	0	601	601	16 958	13 967	1 495	1 296	2 297	242 565	129 756	7,58	52,20	7,64		
0001	Pécs Alcsár Egyetemi Oktató Kórház (1540)	1 523	1 514	1 514	9	1 523	1 517	41 138	34 555	4 080	2 515	4 372	559 702	277 239	8,43	50,07	6,11		
0002	Széchenyi Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet (1663)	1 001	968	968	33	1 001	998	19 817	13 903	2 029	885	1 991	352 590	149 415	8,73	41,34	5,28		
0003	Károli Kórház és Rendelőintézet, Mosonmagyaróvár (1644)	311	311	311	0	311	311	4 607	3 159	1 004	564	464	113 535	33 316	6,74	29,35	12,03		
0004	Comai Margit Kórház (1401)	156	156	156	0	156	156	1 024	838	78	130	140	56 940	31 772	33,70	55,80	12,70		
0005	Lőrinczy Sándor Kórház-Rendelőintézet, Kapuvár (1630)	278	278	278	0	278	278	1 791	1 458	7	128	381	101 470	61 396	32,63	60,51	7,04		
0902	Graf Tóth István Kórház, Bereznyóújfalú (1683)	666	666	666	0	666	666	9 387	6 796	1 461	940	743	243 090	132 740	13,05	54,81	10,00		
1011	Mátyás Ferenc Detritskórház és Rendelőintézet, Eger (N025)	990	990	990	0	990	990	29 560	23 588	3 541	2 231	4 008	361 350	187 006	8,47	54,77	7,60		
1015	Albert Schweitzer Kórház-Rendelőintézet, Hétfalu (N081)	325	325	325	0	325	325	10 343	7 459	2 041	943	1 134	118 625	67 054	6,83	56,49	8,15		
1017	Bugyi Pál Kórház, Gyöngyös (N682)	382	382	382	0	382	382	8 722	6 711	1 125	888	870	243 080	88 429	7,75	48,45	10,18		
1051	Parétfürdői Általános Kórház (1688)	120	120	120	0	120	120	1 072	1 041	7	24	0	43 800	30 291	28,07	69,18	2,24		
1057	Ménai Gyógyintézet (1099)	585	585	585	0	585	585	4 248	4 130	42	78	0	140 525	43 406	10,19	38,39	1,78		
1101	Szent Borbála Kórház, Tatabánya (1878)	871	711	711	160	871	711,2	20 708	16 401	2 535	1 771	2 113	259 585	121 901	5,90	46,96	8,55		
1102	Váczay János Kórház, Ezeresegyháza (1685)	590	564	564	26	590	571,7	10 578	8 394	1 279	811	678	208 680	129 436	11,97	42,03	8,41		
1104	Selye János Kórház, Komárom (1871)	95	95	95	0	95	95	970	786	35	148	203	34 675	24 485	19,04	70,36	15,36		
1106	Bartnyány Kálmár Szakambul., Kiskőrös (1889)	164	164	164	0	164	164	1 415	1 095	133	188	0	59 880	39 899	20,04	66,63	13,36		
1121	Oroszlányi Szakambul. és Ápolási Intézet (N589)	70	70	70	0	70	70	80	43	0	37	0	25 950	21 823	133,34	81,41	46,29		
1201	Szent László Megyei Kórház, Szigorján (1920)	600	600	600	0	600	600	14 073	10 595	2 320	1 158	1 348	248 200	100 390	7,12	40,44	8,23		
1202	Dr. Váncsay Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat (1963)	424	424	424	0	424	424	8 051	5 940	1 279	832	687	227 760	94 181	11,95	41,35	10,33		
1203	Majlát Kórház, Pázmány (1845)	175	175	175	0	175	175	1 517	1 545	83	139	434	83 075	42 182	25,90	66,04	8,16		
1303	Hagyfaluúti Felújított Szakambul. és Rendelőintézet (2026)	195	195	195	0	195	195	1 607	1 624	18	44	0	71 175	42 196	25,30	59,25	2,82		

Int. kód	Intézmény név (NEM ENED)	Kórház ágazat adatai december 31-én				Kórház ágazat adatai adatai		Dinamikus változások: előző évi szinten azonos időszakhoz képest	más kórház			Egyszemélyes szoba	Tervezett		Átlagos átl. tart. (évek)	Átlagos létszám	Munkatársak száma
		összesen	működési területen	működési területen (kétféle ágazat)	tervezési területen	összesen	működési területen		átmeneti	más működési területen	munkatársak		Tervezett				
								1.				2%	10%	5.	6.	7.	8.
		1.	2%	10%	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.		
1304	Árványi Ottó Kórház, Vár (2095)	522	522	522	0	522,0	522,0	13 853	13 007	1 453	1 111	1 214	190 530	102 597	7,39	33,33	8,14
1306	Tüdőgyógyintézet, Törökórási (2079)	320	314	314	6	320,0	317,0	5 413	4 600	79	454	0	115 696	99 322	8,91	35,99	8,39
1309	Révutcai Főorvos Kórház, Kistarcsa (2010)	772	772	887	0	772,0	743,0	21 185	17 367	1 997	1 801	1 838	272 213	153 655	6,52	48,10	8,51
1331	Soproni Egyetem Széchenyi Rendelőintézet (2057)	0	0	0	0	0,0	0,0	313	313	0	0	313	0	313	1,01	0,00	0,00
1345	Miskolc Egészségügyi Központ, Vasváry (N038)	30	30	30	0	30,0	30,0	870	868	0	2	547	10 990	7 914	9,18	72,27	0,23
1382	Totyi Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd (N039)	740	740	740	0	740,0	740,0	17 284	13 790	2 122	1 402	2 895	270 100	148 288	8,31	54,15	8,11
1401	Somogy Megyei Kaptei Már Oktató Kórház (2137)	1 447	1 271	1 271	176	1 447,0	1 263,8	36 403	25 364	8 282	2 147	3 447	461 200	207 699	5,82	45,03	5,90
1402	Szilágyi Károly-Rendelőintézet (2162)	327	327	327	0	327,0	327,0	9 710	8 251	796	863	1 851	119 353	48 756	4,02	38,17	6,83
1423	Nagyatádi Kórház (N055)	356	356	356	0	356,0	356,0	4 513	3 062	548	503	508	129 940	84 717	20,07	65,20	12,96
1501	Szalóki-Szent Anna-Nevelő Intézet Kórház és Egyszemélyes Otthontudomány (N599)	3 041	2 738	2 738	303	3 041,0	2 724,2	71 725	57 503	9 457	4 803	3 524	894 311	537 256	7,77	64,04	8,53
1601	Jász-Nagykun-Szolnok Megyei Hetényi Géza Kórház-Rendelőintézet (2124)	1 229	1 179	1 179	50	1 229,0	1 179,0	30 414	25 194	3 022	2 196	3 720	430 335	169 024	5,69	38,78	7,23
1603	Kácsi Győző Kórház, Kancsg (2170)	403	403	403	0	403,0	403,0	8 240	6 060	1 248	812	933	178 295	82 728	8,81	46,39	11,07
1607	Mezőúri Kórház és Rendelőintézet (N506)	140	140	140	0	140,0	140,0	2 482	2 010	238	234	395	51 100	31 462	13,33	61,37	9,43
1608	Jászberényi Szent Erzsébet Kórház (N596)	288	288	288	0	288,0	287,2	8 935	5 475	779	601	1 030	104 844	52 030	7,04	48,91	8,82
1701	Tolna Megyei Balassa Inocen Kórház (2425)	1 140	901	901	239	1 140,0	874,6	19 115	15 874	2 140	1 304	2 203	319 245	118 483	8,18	36,48	8,82
1703	Bonyhádi Kórház és Rendelőintézet (2182)	140	140	140	0	140,0	140,0	536	269	47	220	0	51 100	34 308	82,06	67,34	41,04
1705	Dombóvár Szent László Kórház (N061)	400	400	400	0	400,0	400,0	8 656	4 908	1 107	823	700	148 000	70 655	10,78	48,39	9,39
1801	Martonvásári Egyetemes Oktatókórház, Szendrői (N595)	1 873	1 858	1 858	15	1 873,0	1 858,0	41 898	35 343	8 228	2 525	7 770	605 170	296 341	8,70	49,00	3,83
1803	Szent László Kórház, Sárköz (2531)	201	201	201	0	201,0	201,0	1 690	1 462	128	122	574	79 365	48 295	20,97	65,81	7,22
1901	Csomogy Ferenc Kórház, Veszprém (N594)	1 133	910	910	223	1 133,0	910,0	26 818	22 408	2 790	1 538	2 408	332 130	178 843	8,81	33,78	3,74

Int. kód	Intézmény név (NEM ENED)	Kórház ágazat adatai december 31-én				Kórház ágazat adatai adatai		Dinamikus változások: előző évi szinten azonos időszakhoz képest	más kórház			Egyszemélyes szoba	Tervezett		Átlagos átl. tart. (évek)	Átlagos létszám	Munkatársak száma
		összesen	működési területen	működési területen (kétféle ágazat)	tervezési területen	összesen	működési területen		átmeneti	más működési területen	munkatársak		Tervezett				
								1.				2%	10%	5.	6.	7.	8.
		1.	2%	10%	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.		
1803	Graf Ernő Kórház és Rendelőintézet, Széchenyi, Pécs (2168)	278	278	241	0	278,0	267,2	8 230	5 288	417	544	949	87 520	48 552	7,17	49,79	8,73
1900	Szent Erzsébet Kórház-Rendelőintézet (2611)	137	137	137	0	137,0	137,0	1 517	1 423	0	84	521	30 005	36 503	23,94	72,76	5,54
1811	Veszprém Megyei Tüdőgyógyintézet, Farkasgyepek (2601)	214	207	207	7	214,0	207,0	2 797	2 376	158	262	0	75 555	18 429	8,83	25,72	9,37
1812	Magyar Imre Kórház, Ajka (2535)	491	425	425	66	491,0	418,3	10 306	8 812	919	775	1 179	151 845	80 329	8,70	44,87	7,52
1854	Deák Jenő Kórház, Tapolca (N592)	158	141	141	15	158,0	144,7	796	530	81	205	0	52 806	30 084	40,44	58,51	25,75
1860	Állami Szent István, Balatonszilas (2893)	427	427	427	0	427,0	427,0	3 380	3 186	155	39	601	155 555	80 516	11,28	38,83	0,73
2001	Zala Megyei Szent Róza Kórház (2734)	1 048	1 003	1 003	45	1 048,0	999,2	27 545	22 413	3 749	1 503	3 483	364 895	172 489	6,27	47,30	5,02
2002	Kanizsai Dorottya Kórház, Nagykanizsa (2747)	300	300	300	0	300,0	300,0	11 213	11 620	733	862	1 740	179 140	78 728	9,54	43,94	8,52
2003	Keszthelyi Kórház (2703)	242	242	230	0	242,0	236,6	5 100	4 106	321	473	545	87 070	33 567	6,65	38,57	8,27
2006	Mérvénygyógyintézet és Szent András Reumatológiai (N597)	264	264	264	0	264,0	264,0	2 058	1 985	89	22	0	86 300	33 297	18,01	34,55	1,05
8521	MÁV Kórház és Rendelőintézet, Szolnok (3002)	269	269	269	0	269,0	269,0	1 924	1 895	108	43	9	80 125	37 785	20,18	32,48	2,23
Központi és. Intézmény összesen :		57 025	53 962	53 248	3 063	56 966,5	53 228,1	1 236 662	967 798	163 427	85 457	131 195	19 428 218	9 374 735	7,58	48,25	6,91

Egyetem

0140	Semmelweis Egyetem (2815)	2 583	2 308	2 284	205	2 583,0	2 283,1	123 187	87 828	22 283	2 878	18 171	836 964	487 525	8,91	58,25	2,42
0242	Pécsi Tudományegyetem (2912)	1 805	1 588	1 558	219	1 805,0	1 572,1	60 643	48 648	9 930	2 064	9 290	373 804	276 597	4,58	48,20	1,40
0643	Szegedi Tudományegyetem Szent György Albert Klinikai Központ (2817)	1 895	1 809	1 809	186	1 895,0	1 785,1	82 143	52 882	7 655	2 408	13 272	651 563	282 678	4,58	43,38	3,87
0640	Debreceni Egyetem Klinikai Központ (2824)	2 093	2 771	2 771	321	2 093,0	2 771,0	93 316	76 620	12 536	5 961	11 037	1 011 413	493 374	5,07	48,78	4,25
Egyetem összesen :		9 286	8 474	8 420	812	9 286,4	8 421,2	338 253	275 479	52 404	11 410	53 540	3 073 748	1 540 166	4,47	50,11	3,36

Forrás: Kórházi ágyszám kimutatás 2021 Ksh adatbázis

3. melléklet Radar elemzés sablonja

RADAR ÉRTÉKELÉSI ÉS VEZETÉSI ESZKÖZ					
Megközelítés	0% nincs bizonyíték vagy anekdotikus	25% kevés Bizonyíték van	50% van bizonyíték	75% egyértelmű bizonyíték vannak	100% széleskörű bizonyítékok vannak
Megalapozott					
Küldetés, jövőkép, misszió, vízió megléte és kapcsolata a stratégiához					
Időtávra szóló kidolgozás észlelhető a kórház víziójában					
Van a kórháznak leírt startégiája					
Megelőzte helyzetelemzés a stratégia kidolgozását és tartalmazott-e kockázatelemzést					
Integrált					
Milyen időtávra dolgoztak ki startégiát az intézmények					
Van kidolgozott stratégiatérkép, stratégia célokkal bővítve (teljeskörűség támogató folyamatok és gyógyító folyamatok)					
Stratégiai célok illeszkednek a vízióhoz					
Külső környezet elemzése mennyire jellemez az előkészítés során					

A vevői elvárások vizsgálata megtörtént					
A belső technikai adottságok vizsgálata megtörtént					
A rendelkezésre álló erőforrások vizsgálata megtörtént					
Megközelítés összetett értéke					
Alkalmazás	0% nincs bizonyíték vagy anekdotikus	25% kevés Bizonyíték van	50% van bizonyíték	75% egyértelmű bizonyítékok vannak	100% széleskörű bizonyítékok vannak
Bevezetett					
Erőforrások megfelelnek, biztosítottak a végrehajtáshoz					
Van a kialakított stratégiának megfelelő módszertana					
Szisztematikus					
Megtörtént a stratégia külső kommunikációja, érintettek tájékoztatása					
Megtörtént a stratégia belső érintettjeinek a tájékoztatása					
Megtörtént-e a stratégia menedzsment folyamatok koordinálása					
Milyen mértékű a stratégia kidolgozásának folyamata					
Intézkedési tervek meghatározása megtörtént, kidolgozott					

Alkalmazás összesítése					
Értékelés és finomítás	0% nincs bizonyíték vagy anekdotikus	25% kevés Bizonyíték van	50% van bizonyíték	75% egyértelmű bizonyítékok vannak	100% széleskörű bizonyítékok vannak
<i>mérés</i>					
Szervezet mérésére alkalmas komplex mutatószámrendszer létezik, dokumentált					
Megfelelő szervezeti struktúra vizsgálata megtörtént a stratégia elemzés során					
Teljesítménymentésment része a stratégia megvalósításának					
<i>Fejlesztés, tanulás</i>					
Kritikus érintettekkel kapcsolatos információk megjelenítése, problematikus intézkedések vannak a stratégiában előirányozva					
Vannak a problematikus esetekhez kapcsolható korrekciók vagy beavatkozások					
Meghatározott a stratégia felülvizsgálat időbelisége					
Meglévő szervezeti folyamatok vizsgálata megtörténik a stratégiában					
Történik belső személyi bevonás a					

stratégia megvalósítása értékelésében					
Történik külső személyi bevonás a stratégia megvalósítása értékelésében					
Eredmények validálása előirányzott					
Dokumentálás formája rögzített feltételek alapján zajlik					
<i>Értékelés és finomítás összesítése</i>					
Adottságok összesítése					

Forrás: Saját szerkesztés

4. melléklet Radar elemzés teljes eredményei

Megközelítés																
<i>Megalapozott</i>	SJK	CSFK	PFTK	BK	UK	SBK	TBJK	TFK	SRK	MFK	KAK	GTIK	SEK	SIK	SLK	SPK
Küldetés, küldetésnyilatkozat, jövőkép megléte	2	3	4	0	0	0	0	4	3	3	2	2	3	1	1	0
Jövőkép kapcsolata a stratégiával	2	3	4	1	0	0	0	4	3	3	2	2	3	1	1	0
Időtávra szól kidolgozás észlelhető a kórház víziójában (jövőkép) egy időhorizont	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4	4	1	4	1	4	1
Van a kórháznak leírt stratégiája	2	2	3	0	4	1	0	4	2	4	4	2	2	2	4	1
Megelőzte helyzetelemzés a stratégiát	0	1	0	0	1	0	0	4	3	3	2	1	1	2	2	2
<i>Külső tényezők</i>	0	1	0	0	1	0	0	4	3	3	2	1	1	2	2	2
<i>Technológia</i>	0	1	0	0	1	0	0	4	3	3	2	1	1	2	2	2
<i>Erőforrás szükséglet</i>	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	2	1	2	1	1	1
<i>Erőforrás rendelkezésreállítás</i>	0	2	0	0	1	0	0	4	2	3	2	1	2	2	1	1
<i>Folyamat vizsgálat folyamat struktúra</i>	0	2	0	0	1	0	0	4	0	3	2	1	2	2	1	1
<i>Tartalmaz kockázatelemzést</i>	0	0	0	0	1	0	0	3	2	0	2	2	1	2	1	1

Megjelennek időtávok a kórházak kidolgozott stratégiai elemek végrehajtására és mérésére (mely elemeket mikor szeretném végrehajtani)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	2	1	2	1
Van kidolgozott stratégia térkép, stratégia célokkal bővítve (teljeskörű és támogató folyamatok és gyógyító folyamatok)	0	0	0	0	0	0	0	4	2	4	2	1	2	1	2	2
Érintettek elvárásainak vizsgálata megtörtént (minisztérium, OEP stb.)	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	1	1	1	2	1
Megközelítés összetett értéke	6	15	11	1	10	1	0	43	32	37	30	18	27	21	26	16
Alkalmazás	0,428 571	1,071 429	0,785 714	0,071 429	0,714 286	0,071 429	0	3,071 429	2,285 714	2,642 857	2,142 857	1,285 714	1,928 571	1,5	1,857 143	1,142 857
Bevezetett																
Erőforrás szükségletek biztosítottak a végrehajtáshoz	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	1	1	0	2	1
Van a kialakított startégiának megfelelő módszertana	0	0	0	0	0	0	0	4	3	4	2	1	1	0	2	1

Megtörtént a stratégia külső kommunikációja, érintettek tájékoztatása	0	0	0	4	0	0	4	3	3	3	1	1	1	2	1	
Megtörtént a stratégia belső érintetteinek a tájékoztatása	1	1	1	0	0	0	1	0	3	1	1	2	1	2	1	
Megtörtént-e a stratégia menedzsment folyamatok koordinálása	1	1	0	0	0	0	4	3	3	3	1	1	0	3	0	
Milyen mértékű a stratégia kidolgozásának folyamata Belső időbeli lebontottság létezik-e	0	0	0	0	0	0	4	3	0	2	0	0	2	0	0	
Intézkedési tervek meghatározása megtörtént, kidolgozott	0	0	0	0	0	0	4	4	4	3	0	0	2	3	0	
<i>Alkalmazás összesítése</i>	2	2	1	0	4	0	21	19	20	16	5	6	6	14	4	
Értékelés és finomítás	0,285 714	0,285 714	0,142 857	0	0,571 429	0	0	3	2,714 286	2,857 143	2,285 714	0,714 286	0,857 143	0,857 143	2	0,571 429
Szervezet mérésére alkalmas komplex mutatószám-rendszer létezik, dokumentált	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3	2	0	0	0	1	0

Megfelelő szervezeti struktúra vizsgálata megtörtént a stratégia elemzés során (nem szabadon választható) lehetséges mozgástér)	0	0	0	0	0	0	0	4	4	1	3	0	0	3	0	
Teljesítménymenedzsment része a stratégia megvalósításának	1	1	2	0	0	0	0	0	3	4	3	1	0	2	3	1
Kritikus problémák becsatolása megtörtént a stratégia készítése során	1	0	2	0	0	0	0	4	3	1	3	1	1	2	3	1
Vannak a problematikus esetekhez kapcsolható korrekciók vagy beavatkozások	1	0	1	0	0	0	0	4	3	0	3	0	1	0	2	0
Meghatározott a stratégia felülvizsgálat időbelisége	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
Meglévő szervezeti folyamatok vizsgálata megtörtént a stratégiában	0	0	0	0	0	0	0	4	3	2	2	0	1	1	2	1
Történik belső személyi bevonás a stratégia megvalósítás értékelésében	0	0	0	0	0	0	0	4	3	3	3	0	1	1	3	0

Történik külső személyi bevonás a stratégia megvalósítás értékelésében	0	0	0	0	0	0	0	4	3	0	2	0	2	0	2	0
Eredmények validálása előirányzott	0	0	0	0	0	0	0	4	4	4	4	0	1	0	4	0
Dokumentálás formája rögzített feltételek alapján zajlik	0	0	0	0	0	0	0	4	3	4	3	0	1	3	3	0
Summa(3)	4	1	5	0	0	0	0	32	32	22	29	2	8	9	27	3
	12	18	17	1	14	1	0	96	83	79	75	25	41	36	67	23
átlagok	0,375	0,562 5	0,531 25	0,031 25	0,437 5	0,031 25	0	3	2,593 75	2,468 75	2,343 75	0,781 25	1,281 25	1,125	2,093 75	0,718 75
Summa (3)	0,363 636	0,090 909	0,454 545	0	0	0	0	2,909 091	2,909 091	2	2,636 364	0,181 818	0,727 273	0,818 182	2,454 545	0,272 727

Forrás: Saját szerkesztés

5. melléklet Radar kiszámolt eredményei

	SJK	CSFK	PFTK	BK	UK	SBK	TBJK	TFK	SRK	MFK	KAK	GTIK	SEK	SIK	SLK	SPK
átlagok	0,375	0,5625	0,5312 5	0,0312 5	0,4375	0,0312 5	0	3	2,5937 5	2,4687 5	2,3437 5	0,7812 5	1,2812 5	1,125	2,0937 5	0,7187 5
Átlag százalék	9,375	14,062 5	13,281 25	0,7812 5	10,937 5	0,7812 5	0	75	64,843 75	61,718 75	58,593 75	19,531 25	32,031 25	28,125	52,343 75	17,968 75

Forrás : Saját szerkesztés

6. melléklet DEA 2017 elemzés teljes adatbázisa

KÓRHÁZ (ágyszám)	2017							
	INPUT MUTATÓK				OUTPUT MUTATÓK			
	ÖSSZES KÓRHÁZI ÁGY (db)	SZEMÉLYZET (teljes; fő)	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesíthető; db)	RÁFORDÍTÁS (Ft)	TÉNYLEGE S MŰKÖDŐ ÁGYAK SZÁMA (db)	ELBOCSÁTOT T BETEGEK SZÁMA (fő)*	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesített ; db)	BEVÉTEL (Ft)
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	804	1413	282480	14454675245	764	31757	212759	1483639100 5
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	1125	1935	406975	13496388497	1115	33234	293235	1394938288 5
Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház **	1183		411480		1133	46045	300673	
Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet	1640		472719		1331	39606	343470	
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	617	742	224351	5147926289	617	12164	134952	5221389632
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1089	1564	397905	13813169971	1083	36210	283047	1478227820 4
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú	666	791	243090	5254241675	666	14860	192853	5267094566

Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	990	1560	365445	10946876532	990	33940	262290	11576698645
Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet	654		228654		641	10057	184886	
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	772	997	281780	7936423024	772	31952	192328	8194700377
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1001	1398	348590	8264529848	976	26083	275790	9219041004
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	886	1233	301383	11558003489	831	31095	207662	11818508590
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	678	1068	245552	9347412526	673	30844	185136	9257107124
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	667	946	242825	8094313651	667	19260	154701	8258236946
Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	681	933	248565	7785258428	681	27114	186511	7932911074
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	740	947	269510	7038869552	740	22912	205232	7190875896
Tolna Megyei Balassa János Kórház	962	1773	351870	11162161888	957	28801	199737	11051333902
Uzsoki utcai Kórház	858	1229	313170	16727449047	858	32693	205870	16471666284
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1016	1613	368090	16695640779	1006	36735	236090	15024154645
Kiskunhalas Semmelweis Kórház nem releváns szegedi egyetem tagintézménye	485		177025		485	17229	88794	

Forrás: Saját szerkesztés

1. Melléklet DEA 2018 elemzés teljes adatbázisa

KÓRHÁZ (ágyszám)	2018							
	INPUT MUTATÓK				OUTPUT MUTATÓK			
	ÖSSZES KÓRHÁZI ÁGY (db)	SZEMÉLY ZET (teljes; fő)	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesíthető; db)	RÁFORDÍTÁS (Ft)	TÉNYLEGES MŰKÖDŐ ÁGYAK SZÁMA (db)	ELBOCSÁTOTT BETEGEK SZÁMA (fő)*	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesített ; db)	BEVÉTEL (Ft)
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	804	1413	274446	15968031659	742	32315	210748	18437173152
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	1125	1935	406975	14945773072	1115	32217	288942	14914160893
Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház **	1183		413545		1133	46217	303931	
Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet	1395		440835		1193	36289	320306	
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	617	500	225205	5777475363	617	12295	133674	5956629139
Észak-Középbudai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1089	1564	388470	16359920378	1070	35606	271691	16685956240
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	666	791	241178	5731131908	666	14507	190941	5391682014

Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	990	1185	361350	12824766451	990	35338	248471	12724935365
Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet	654		233965		641	10515	182644	
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	772	997	281780	9048806780	772	30482	184464	9022984520
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1001	1398	356240	9394588739	976	25528	270820	10244080383
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	871	1242	287585	13625612362	805	30169	200720	15769758843
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	678	982	245445	10855343181	673	30681	181505	10322148653
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	687	946	244075	9471460647	687	19440	154553	10068502817
Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaujváros	681	933	248565	8630493447	681	27090	188287	8981434415
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	740	977	270100	8060792055	740	22161	203231	7971557653
Tolna Megyei Balassa János Kórház	962	1773	344385	12606856069	947	27788	182715	12286362014
Uzsoki utcai Kórház	858	1371	313170	19688695063	858	33373	204563	19013895218
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1016	1614	364038	15921448079	996	37258	238256	16462008956
Kiskunhalas Simmelweis Kórház nem releváns szegedi egyetem tagintézménye	485		177025		485	16994	88089	

Forrás Saját szerkesztés KSH és Crefoport adatbázis alapján

2. Melléklet DEA 2019 elemzés teljes adatbázisa

KÓRHÁZ (ágyszám)	2019							
	INPUT MUTATÓK				OUTPUT MUTATÓK			
	ÖSSZES KÓRHÁZI ÁGY (db)	SZEMÉLYZE T (teljes; fő)	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesíthet ő; db)	RÁFORDÍTÁ S (Ft)	TÉNYLEGE S MŰKÖDŐ ÁGYAK SZÁMA (db)	ELBOCSÁTOT T BETEGEK SZÁMA (fő)*	ÁPOLÁS I NAPOK SZÁMA (teljesítet t; db)	BEVÉTEL (Ft)
Bajcsy- Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	804	1357	275745	16996782570	781	32326	211862	1591283792 4
Csolnokyi Ferenc Kórház, Veszprém	1125	1935	399293	15452465323	1092	31175	274316	1456662159 3
Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház **	1168		408535		1118	45764	293772	
Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet	1184		393492		1001	33811	280278	
Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet, Balassagyarmat	624	642	227347	5665377755	624	12164	134490	5528367674

Észak-Közép- budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1089	1564	389372	18426271013	1067	36123	269304	1898187850 8
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	666	791	243090	5941437528	666	13975	193527	5619061035
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	990	1606	364065	13187142059	990	35875	250783	1359998980 3
Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet	724		257345		711	11722	188052	
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	772	911	281120	9576888418	772	28485	166525	9473314482
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1001	1398	353180	10683910859	966	25439	264034	1001564480 9
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	871	1274	292365	15645094815	801	29996	201316	1637440850 7
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	678	965	195640	11540134156	673	30234	142501	1105297604 3
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	680	943	247848	10283792129	680	20340	154568	1405443776 5
Szent Pantaleon Kórház-	681	933	248565	8856015806	681	26870	198222	8634832415

Rendelőintézet Dunaújváros								
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	740	977	270100	8325367178	740	22204	200983	7937372543
Tolna Megyei Balassa János Kórház	962	1773	312874	13435491999	866	27868	177255	1242151039 5
Uzsoki utcai Kórház	858	1188	313170	20790930369	858	32792	198487	2035999318 6
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1016	1749	354345	16976731166	963	36475	234440	1705163615 9
Kiskunhalas Simmelweis Kórház nem releváns szegedi egyetem tagintézménye	485		177025		485	18068	85916	

Forrás Saját szerkesztés KSH és Crefoport adatbázis alapján

7. melléklet DEA 2020 elemzés teljes adatbázisa

	ÖSSZE S KÓRHÁZI ÁGY (db)	SZEMÉL YZET (teljes; fő)	ÁPOLÁS I NAPOK SZÁMA (teljesítet tő; db)	ÖSSZE RÁFORD ÍTÁS (Ft)	TÉNYLE GES MŰKÖD Ő ÁGYAK SZÁMA (db)	ELBOCSÁ TOTT BETEGEK SZÁMA (fő)*	ÁPOLÁS I NAPOK SZÁMA (teljesítet t; db)	BEVÉTEL (Ft)
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	989	1349	286922	192221946 623	802	26225	175912	22343197724
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	1133	1789	365578	189363778 46	910	27611	204030	19024114802
Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház **								
Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet								
Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet, Balassagyarmat	624	629	228384	672196116 6	624	9384	228384	6995286481
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1 249	166 4	40 4137	210481248 15	12 49	2893 2	21 3891	29656 003350
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	666	827	243756	682854161 4	666	10100	155674	7148869623
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	990	1510	362340	161938055 43	990	29649	201427	15868043567
Nyíró Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet								
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	894	967	291375	111379602 52	772	22822	145103	11781732292
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1001	1428	357216	121529678 07	976	19242	189226	12489541296

Szent Borbála Kórház, Tatabánya	871	1411	275714	200230234 18	686	21057	130066	20874861139
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	708	1053	248928	123460160 19	703	23025	147096	12277672696
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	680	1059	248370	122872681 96	680	15914	112124	19430374722
Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	681	1036	249246	969826607 8	681	18654	249246	10095717936
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	740	985	270840	972280431 3	740	16756	164093	10112621855
Tolna Megyei Balassa János Kórház	1140	1668	299192	155527036 37	851	20353	128006	17151635738
Uzsoki utcai Kórház	858	1338	314028	240348493 09	858	26575	153657	24111508700
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1046	1738	355828	186916416 19	1003	29007	189699	19084607112
Kiskunhalas Semmelweis Kórház nem releváns szegedi egyetem tagintézménye	635		214110		635	15455	74515	

Forrás Sajtát szerkesztés KSH és Crefoport adatbázis alapján

8. melléklet DEA 2021 elemzés teljes adatbázisa

KÓRHÁZ (ágyszám)	2021							
	INPUT MUTATÓK				OUTPUT MUTATÓK			
	ÖSSZES KÓRHÁZI ÁGY (db)	SZEMÉLYZET (teljes; fő)	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesíthető; db)	RÁFORDÍTÁS (Ft)	TÉNYLEGE S MŰKÖDŐ ÁGYAK SZÁMA (db)	ELBOCSÁTOTT BETEGEK SZÁMA (fő)*	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesített; db)	BEVÉTEL (Ft)
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	989	1348	292730	22410804718	802	25175	148267	21511151020
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	1133	1871	332150	22263484437	910	26816	178643	22428860038
Debreceni Egyetem Kenézy Gyula Egyetemi Kórház **	1168							
Dél-pesti Centrumkórház - Országos Hematológiai és Infektológiai Intézet	860							
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	624	571	227760	7631503797	624	8051	94181	8216790035

Észak-Közép- budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1249	1961	419 125	2859440 8019	10 85	271 97	191 860	2095259 5734
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú	666	917	243090	8676435790	666	9397	132740	8766117720
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	990	1850	361650	20680024019	990	29360	197909	20448079913
Nyírő Gyula Országos Pszichiátriai és Addiktológiai Intézet	724							
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	772	954	272213	12951148188	687	21165	133655	13682581307
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1001	1395	352590	14290089343	966	16817	145415	14131495041
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	871	1524	259585	21066714150	711	20705	121901	20814293653
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	708	1068	256595	15232004963	703	22887	151844	14789662847
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	680	1214	248200	15289305747	680	14073	100360	18412444048

Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	681	1063	248565	11661849040	681	16958	129756	11927780385
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	740	904	270100	11899444567	740	17284	146268	12068097096
Tolna Megyei Balassa János Kórház	1140	1911	319245	18566723627	901	19118	116488	18620829942
Uzsoki utcai Kórház	858	1318	313170	28333194041	858	24082	142787	28634450548
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1046	1954	364695	22890583889	1003	27545	172489	23022528405
Kiskunhalas Simmelweis Kórház nem releváns szegedi egyetem tagintézménye	619		228351		619	15479	81537	

Forrás Saját szerkesztés KSH és Crefoport adatbázis alapján

9. melléklet DEA átlag elemzés teljes adatbázisa

KÓRHÁZ (ágyszám)	Átlag							
	INPUT MUTATÓK				OUTPUT MUTATÓK			
	ÖSSZES KÓRHÁZI ÁGY (db)	SZEMÉLYZET (teljes; fő)	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesíthető; db)	RÁFORDÍTÁS (Ft)	TÉNYLEGES MŰKÖDŐ ÁGYAK SZÁMA (db)	ELBOCSÁTOTT BETEGEK SZÁMA (fő)*	ÁPOLÁSI NAPOK SZÁMA (teljesített ; db)	BEVÉTEL (Ft)
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	878	1376	282464,6	52410448163	778,2	29559,6	191909,6	18608150165
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	1128,2	1893	382194,2	17018897835	1028,4	30210,6	247833,2	16976628042
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	621,2	616,8	226609,4	6188848874	621,2	10811,6	145136,2	6383692592
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1153	1663	399801,8	19648378839	1110,8	32813,6	245958,6	20211742407
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	666	823,4	242840,8	6486357703	666	12567,8	173147	6438564992
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	990	1542	362970	14766522921	990	32832,4	232176	14843549459
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	796,4	965,2	281653,6	10130245332	755	26981,2	164415	10431062596

Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1001	1403	353563,2	1095721731 9	972	22621,8	229057	1121996050 7
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	874	1337	283326,4	1638368964 7	766,8	26604,4	172333	1713036614 6
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	690	1027	238432	1186418216 9	685	27534,2	161616,4	1153991347 3
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	678,8	1022	246263,6	1108522807 4	678,8	17805,4	135261,2	1404479926 0
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	681	979,6	248701,2	9326376560	681	23337,2	190404,4	9514535245
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	740	958	270130	9009455533	740	20263,4	183961,4	9056105009
Tolna Megyei Balassa János Kórház	1033,2	1780	325513,2	1426478744 4	904,4	24785,6	160840,2	1430633439 8
Uzsoki utcai Kórház	858	1289	313341,6	2191502356 6	858	29903	181072,8	2171830278 7
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	1028	1734	361399,2	1823520910 6	994,2	33404	214194,8	1812898705 5
	858	1289	313341,6	2191502356 6	858	29903	181072,8	2171830278 7
	1028	1734	361399,2	1823520910 6	994,2	33404	214194,8	1812898705 5

Forrás Saját szerkesztés KSH és Crefoport adatbázis alapján

10. melléklet Dea Összehasonlító eljárás módszere 2018

	Társítás 1	Társítás 2	Társítás 3	Társítás 4	Társítás 5	Társítás 6
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	-	-	-	-	-
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	-	-	-	-
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	-	-	-	-	-
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	Szent Borbála Kórház, Tatabánya	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	Uzso kiutcai Kórház
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	-	-	-	-	-
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	-	-	-	-	-
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	-	-	-	-	-
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	-	-	-	-	-
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	Szent Borbála Kórház, Tatabánya	-	-	-	-	-
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	-	-	-	-	-

Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	-	-	-	-	-
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	-	-	-	-	-
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőin tézet Dunaújvár os	-	-	-	-
Tolna Megyei Balassa János Kórház	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarjá n	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőin tézet Dunaújvár os	-	-	-
Uzsoki utcai Kórház	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	Uzsoki utcai Kórház	-	-	-	-
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	Szent Imre Egyetemi Oktatókór ház	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarjá n	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőin tézet Dunaújvár os	Uzsoki utcai Kórház	-

Forrás Saját szerkesztés Dea adatbázis alapján

11. melléklet Dea Összehasonlító eljárás módszere 2019

	Társítás 1	Társítás 2	Társítás 3	Társítás 4	Társítás 5
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	Uzsoki utcai Kórház	-
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	-
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	-	-	-	-
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	Uzsoki utcai Kórház	-
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	-	-	-	-
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	-	-	-

Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	-	-	-
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	Uzsoki utcai Kórház
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	-	-	-	-
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	-	-	-	-
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	-	-	-	-
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	-	-	-

Tolna Megyei Balassa János Kórház	Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet , Balassagyarma t	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	-	-
Uzsoki utcai Kórház	Uzsoki utcai Kórház	-	-	-	-
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintéze t Dunaújváros	Uzsoki utcai Kórház

Forrás Saját szerkesztés Dea adatbázis alapján

12. melléklet Dea Összehasonlító eljárás módszere 2020

	Társítás 1	Társítás 2	Társítás 3	Társítás 4
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	-	-	-
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	Uzsoki utcai Kórház
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	-	-	-
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	-	-	-
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	-	-	-
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	-	-	-
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	Pest Megyei Flór Ferenc	-	-	-

	Kórház, Kistarcsa			
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	Észak-Közép- budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	-
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	Bajcsy- Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Uzsoki utcai Kórház	-
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	-	-	-
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	Észak-Közép- budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	-	-
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	-	-	-
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet, Balassagyarmat	Észak-Közép- budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros	-

Tolna Megyei Balassa János Kórház	Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	-	-
Uzsoki utcai Kórház	Uzsoki utcai Kórház	-	-	-
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	-	-

Forrás Saját szerkesztés Dea adatbázis alapján

13. melléklet Dea Összehasonlító eljárás módszere 2021

	Társítás1	Társítás 2	Társítás3	Társítás4	Társítás5
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet (804)	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet (804)	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (678)	-	-	-
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém (1125)	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (678)	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján (680)	Tolna Megyei Balassa János Kórház (962)	Uzsoki utcai Kórház (858)	-
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat (624)	Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet,	-	-	-	-

	Balassagyarmat (624)				
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő (1089)	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (678)	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros (681)	Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd (740)	Tolna Megyei Balassa János Kórház (962)	Uzsoki utcai Kórház (858)
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu (666)	Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu (666)	-	-	-	-
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger (990)	Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger (990)	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (678)	Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd (740)	-	-
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa (772)	Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa (772)	-	-	-	-
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet (1001)	Dr. Kenessey Albert Kórház- Rendelőintézet, Balassagyarmat (624)	Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd (740)	Tolna Megyei Balassa János Kórház (962)	-	-
Szent Borbála Kórház, Tatabánya (871)	Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet (804)	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (678)	Tolna Megyei Balassa János Kórház (962)	Uzsoki utcai Kórház (858)	-
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (678)	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (678)	-	-	-	-

Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján (680)	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján (680)	-	-	-	-
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros (681)	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján (680)	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros (681)	Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd (740)	-	-
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd (740)	Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd (740)	-	-	-	-
Tolna Megyei Balassa János Kórház (962)	Tolna Megyei Balassa János Kórház (962)	-	-	-	-
Uzsoki utcai Kórház (858)	Uzsoki utcai Kórház (858)	-	-	-	-
Zala Megyei Szent Rafael Kórház(1016) - más néven	Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (678)	Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján (680)	Szent Pantaleon Kórház- Rendelőintézet Dunaújváros (681)	Tolna Megyei Balassa János Kórház (962)	Uzsoki utcai Kórház (858)

Forrás Saját szerkesztés Dea adatbázis alapján

14. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2017

	Hatékonysági érték		
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	1	Efficient	Efficient = Hatékony Nem Inefficient= Hatékony
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	0,996901793	Inefficient	
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	1	Efficient	
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1	Efficient	
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	1	Efficient	
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	1	Efficient	
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	1	Efficient	
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1	Efficient	
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	1	Efficient	
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	1	Efficient	
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	1	Efficient	
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	1	Efficient	
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	1	Efficient	
Tolna Megyei Balassa János Kórház	0,994802495	Inefficient	
Uzsoki utcai Kórház	1	Efficient	
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	0,994062208	Inefficient	

Forrás Saját szerkesztés Dea adatbázis alapján

15. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2018

	Hatékonyság		
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	1	Efficient	Efficient = hatékony
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	0,991111111	Inefficient	
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	1	Efficient	Inefficient nem hatékony
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	0,994614715	Inefficient	
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú	1	Efficient	weak gyenge hatékonyság efficient= g
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	1	Efficient	
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	1	Efficient	
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	1	Efficient	
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	1	Efficient	
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	1	Efficient	
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	1	Efficient	
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	1	Efficient	
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	1	Weak efficient	
Tolna Megyei Balassa János Kórház	0,984407484	Inefficient	
Uzsoki utcai Kórház	1	Efficient	
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	0,992102871	Inefficient	

Forrás Saját szerkesztés Dea adatbázis alapján

16. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2019

Table1: Efficiency			
	Hatékonyság		
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	1	Efficient	Efficient = hatékony
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	0,97158	Inefficient	Inefficient = nem hatékony
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	1	Efficient	
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	0,98049	Inefficient	weak efficient= gyenge hatékonyság
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	1	Efficient	
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	1	Weak efficient	
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	1	Efficient	
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	0,966408	Inefficient	
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	0,981511	Inefficient	
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	1	Efficient	
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	1	Efficient	
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	1	Efficient	
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	1	Weak efficient	
Tolna Megyei Balassa János Kórház	0,90435	Inefficient	
Uzsoki utcai Kórház	1	Efficient	
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	0,949307	Inefficient	

Forrás Saját szerkesztés Dea adatbázis alapján

17. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2020

	Hatékonyság		
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet	1	Efficient	Efficient = hatékony
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém	0,90298541	Inefficient	Inefficient nem hatékony
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat	1	Efficient	
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő	1	Efficient	weak efficient= gyenge hatékonyság
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalu	1	Efficient	
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger	1	Efficient	
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa	1	Efficient	
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet	0,98475173	Inefficient	
Szent Borbála Kórház, Tatabánya	0,981490876	Inefficient	
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház	1	Efficient	
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján	1	Efficient	
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros	1	Efficient	
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd	1	Weak efficient	
Tolna Megyei Balassa János Kórház	0,927148075	Inefficient	
Uzsoki utcai Kórház	1	Efficient	
Zala Megyei Szent Rafael Kórház	0,96372191	Inefficient	

Forrás Saját szerkesztés Dea adatbázis alapján

18. melléklet Dea hatékonyság számított értékek 2021

	Hatékonyság		
Bajcsy-Zsilinszky Kórház és Rendelőintézet (804)	1	Efficient	Efficient = hatékony
Csolnoky Ferenc Kórház, Veszprém (1125)	1	Weak efficient	
Dr. Kenessey Albert Kórház-Rendelőintézet, Balassagyarmat (624)	1	Efficient	Inefficient = nem hatékony
Észak-Közép-budai Centrum, Új Szent János Kórház és Szakrendelő (1089)	0,93683468	Inefficient	
Gróf Tisza István Kórház, Berettyóújfalú (666)	1	Efficient	weak efficient = gyenge hatékonyság
Markhot Ferenc Oktatókórház és Rendelőintézet, Eger (990)	1	Efficient	
Pest Megyei Flór Ferenc Kórház, Kistarcsa (772)	1	Efficient	
Soproni Erzsébet Oktató Kórház és Rehabilitációs Intézet (1001)	0,996414218	Inefficient	
Szent Borbála Kórház, Tatabánya (871)	0,99770351	Inefficient	
Szent Imre Egyetemi Oktatókórház (678)	1	Efficient	
Szent Lázár Megyei Kórház, Salgótarján (680)	1	Efficient	
Szent Pantaleon Kórház-Rendelőintézet Dunaújváros (681)	1	Efficient	
Toldy Ferenc Kórház és Rendelőintézet, Cegléd (740)	1	Efficient	
Tolna Megyei Balassa János Kórház (962)	1	Efficient	
Uzsoki utcai Kórház (858)	1	Efficient	
Zala Megyei Szent Rafael Kórház(1016) - más néven	0,999425692	Inefficient	

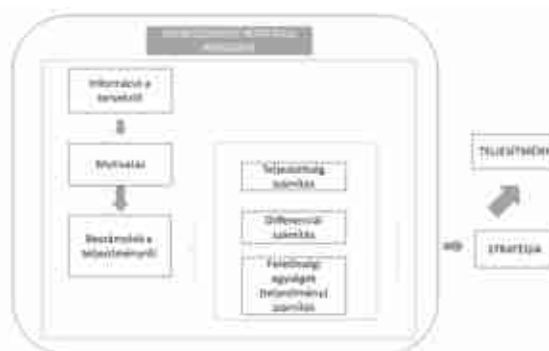
Forrás Saját szerkesztés Dea adatbázis alapján

19. melléklet Teljesítménymenedzsment versus menedzsment kontroll

A menedzsmentkontroll – bár a rendszerek felépítése különböző – fő feladata az, hogy a szervezet által felhasznált erőforrásokat számszerűsítse, és az ezekhez kapcsolódó tevékenységeket, mint a tervezést, a mérést és az értékelést biztosítsa, továbbá az általam előzőekben kiemelt tényezőkre, azaz eredményességre és a hatékonyságra való törekvést is támogassa. Anthony és Govindarajan szerzőpáros szerint a menedzsmentkontroll mechanizmusok összegét jelenti. Ezek a mechanizmusok pedig olyan eszközök, melyek biztosítják a kitűzött stratégiai célok elérését. (Anthony- Govindarahan 2006, 2009). Simon megfogalmazása szerint a menedzsmentkontroll rendszer nem más, mint a formális adatokon alapuló rutinok, folyamatok, melyeket a vezetők annak érdekében használnak, hogy a tevékenységnek ezen mintáit fenntartsák vagy fejlesszék. (Simon, 1994) A szervezeti teljesítményértékelés és a menedzsment kontroll értelmezésében nagyon sok átfedés van. A fókusz minden esetben a szervezeti eredményesség és hatékonyság elérésén van. Székely a két rendszer kapcsolatáról úgy vélekedik, hogy a teljesítménymérési és értékelési rendszerek a menedzsment kontroll rendszereknek egyfajta kibővített változatai. (Székely, 2005) Ebből a kapcsolatból pedig azt következik, hogy az egyik a másikra támaszkodva teszi teljesebbé, jobbbá a rendszerét. Anthony a két területtel összefüggéseivel is foglalkozott, így indokolt ennek részletes bemutatása.

Művei inkább a menedzsmentkontroll területével foglalkoznak, azonban vannak olyan kapcsolódási pontok, amik teljesítményméréssel és értékeléssel is összevethetőek. Főbb megállapításai közé tartozik, amit munkássága egy korai szakaszában ír le, hogy a menedzsmentkontroll-rendszerek funkciói többek között a tervek kommunikálása, a munkatársak motiválása és a teljesítményről szóló beszámoló készítése. (Anthony,1957). Ez ugyancsak bemutatja számunkra, hogy nem csak a költségekkel való gazdálkodás jelenti az eredményes működést, hanem a munkatársak irányítása is éppen annyira hozzájárult az eredményességhez, mint a költségek tervezése. Anthony rendszerében a teljesítményt alapvetően egy pénzügyi kategóriának tekinti, azonban minden esetben egy szervezeti egységre vonatkoznak ezek a mutatók. Munkái alapvetően költségcentrikusak, azonban megjelenik az a gondolat is, hogy a pénzben nem kifejezhető elemek ismerete és rendszeres elemzése is elengedhetetlen. A 11. ábra szemlélteti számunkra, hogy Anthony teljesítmény felfogása milyen további elemeket tartalmaz.

Teljesítménymenedzsment modellje



Forrás Anthony (1957) alapján saját szerkesztés

A 11. ábra jól szemlélteti a folyamatorientált gazdálkodást a motiváció és az érdekeltségi decentrumok integrálását a folyamatokban, továbbá a stratégiához való illeszkedés fontosságát.

Köszöntenyilvánítás

Hálás Szívvel mondok köszönetet témavezetőknek, Veresné Prof. Dr. Somosi Mariannak, aki iránytmutatott, motivált, szakmai tanácsaival, türelmével, valamint segítő szándékú kritikáival elkísért, ezen az olykor nem egyszerű úton. Köszöntettel tartozom a doktori iskolai vezetőinek először Balaton Károlynak, majd Sikos T. Tamás és Tóth Géza Professzor Úrakkak, hogy a kutatásom kezdeti szakaszaitól mellettem álltak és segítettek a számomra néha megoldhatatlan problémákban.

Köszönöm opponenseimnek Dr. Joó Tamásnak, Professor. Dr. Takács Istvánnak és Dr. Szendi Dóranak, akik javaslataikkal és észrevételeikkel a munkám minőségét emelték.

Köszönettel tartozom a Gazdaságtudományi Kar oktatóinak és munkatársainak, valamint egykori doktorandusz társaimnak, akik mára nagyon jó barátaim, szakmai segítségeim lettek. Szeretném kiemelni a Vezetéstudományi Intézet minden egyes oktatóját, akik segítsége fontos volt számomra.

Végül, de nem utolsó sorban köszönöm Családomnak és barátaimnak a mindenkori biztatást. Férjemnek, aki a legkritikusabb pillanatokban is éppen olyan türelmes volt velem, mint a legjobb pillanatokba és folyamatosan motivált. Sokat jelentett számomra minden olyan mondata, ami úgy kezdődött, ha kész lesz, én annyira büszke leszek rád. Hálás szívvel mondok köszönetet Édesanyámnak és testvéremnek Lucának, akik biztatása, segítsége, folyamatos érdeklődése valamint, hogy mindig meghallgatak motiváltak ezen az úton. Nagymamám is fontos szerepet kapott a támogatói csapatban, hiszen már gyermekkorom óta figyelt rám és a tanulásszeretete is neki köszönhető.

Végül szeretném hálam kifejezni Demeter Péternek, aki ma már nem lehet mellettem személyesen, de életem végig hálás szívvel őrzöm az emlékét, hiszen ő indított el ezen a pályán.

Hálás vagyok, mert e megértő támogatás eredményeként született meg az értekezés.