



**Gazdálkodástudományi  
Kar Doktori Iskolája**

## **TÉZISGYŰJTEMÉNY**

**Dózsa Csaba**

**A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre  
- Magyarországon a 2000-es években -**

**című Ph.D. értekezéséhez**

**Témavezető:**

**Dr Bodnár Viktória, Ph.D**

**Budapest, 2010.**

**Vezetéstudományi Intézet**

**TÉZISGYŰJTEMÉNY**

**Dózsa Csaba**

**A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre  
- Magyarországon a 2000-es években -**

**című Ph.D. értekezéséhez**

**Témavezető:**

**Dr Bodnár Viktória, Ph.D**

© Dózsa Csaba

## Tartalomjegyzék

<b>I.</b>	<b>Felhasznált módszerek és a témakör jelentősége.....</b>	<b>4</b>
<b>II.</b>	<b>Az értekezés eredményei.....</b>	<b>7</b>
<b>III.</b>	<b>A következtetések összegzése .....</b>	<b>13</b>
<b>IV.</b>	<b>Főbb hivatkozások .....</b>	<b>16</b>
<b>V.</b>	<b>A témakörrel kapcsolatos saját publikációk.....</b>	<b>20</b>

## **I. Felhasznált módszerek és a témakör jelentősége**

A doktori értekezés témájául a magyarországi közfinanszírozott kórházak stratégiai alkalmazkodását választottam a változó környezethez. (A vizsgált időszakban, 2000-2009. között az elemszám csökkenő tendenciájú volt, 135-120 közötti.) A külső és belső környezeti tényezők gyors változása megfelelő rugalmas szervezeti alkalmazkodást követel meg az egészségügyi intézményektől. A kontingencia elmélet alapján azonban az intézmények alkalmazkodása nem determinisztikus a környezet változásának függvényében. Az intézmények vezetőinek (tulajdonosainak) módjában áll valódi stratégiai alternatívák között választani.

A dolgozatban feldolgozott kérdéskör középpontjában a kórház, mint komplex szervezet áll. A kórházak körét jelen tanulmányban leszűkítem a közfinanszírozásban részesülő aktív fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézményekre. A kórházszektor a magyar egészségügyi ellátórendszerben központi helyet foglal el, az orvosegyetemek és nagyobb kórházak egyfajta technológiai és tudás-centrumként működnek, koncentrálnak a modern technológia és az orvos-specialisták túlnyomó részét. A magyarországi kórházszektor gazdasági jelentőségét mutatja, hogy évről évre a hazai egészségügyi közkiadások 33-35%-át és a hazai GDP 1,8-2,2%-át használja fel. Sok vidéki városban a legnagyobb létszámú foglalkoztató a kórház 600-1500 fő közötti foglalkoztatotti állománnyal.

Az értekezés 1. Bevezető fejezetét követően a 2. és 3. fejezetében vázlatosan bemutattam a külső és belső környezet meghatározó elemeit és azok változásának irányát a vizsgált évtizedben. A külső tényezők között megvizsgáltam a demográfiai változásokat, a makroszintű szabályozási és finanszírozási környezet változásait, valamint az egészségügyi humánerőforrás helyzetet. A kórházak belső környezeti tényezői körében elemeztem a tulajdonviszonyok, a kórházi méretek, technológiai tartalom, tevékenységi kör és ellátási profilok alakulását.

A 4. fejezetben a kórházi vezetések (és tulajdonosaik) stratégiai döntési helyzeteket, alternatíváit négy dimenzióban mutattam be: a kórházak mérete (kapacitás nagysága), a szakmai és tevékenységi tartalom, az alkalmazott egészségügyi technológia jellege, valamint a szervezeti átalakítás, reorganizáció típusai (profilváltás, struktúraátalakítás, szervezetfejlesztés, mátrixok kialakítása). A döntési helyzetek típusainak és jellemzőinek a feltárását a szakirodalom feldolgozása, a kórházszektor jellemző kapacitás- és teljesítményadatainak elemzése, valamint kórházi vezetőkkel készített interjúk és szakmai fejlesztési dokumentumok tartalmának elemzése alapján végeztem el.

**Az 5. fejezetben empirikus elemzéssel tártam fel a szektor és azon belül az egyes intézményi csoportok jellemzőit:**

- 1) Az aktív profilú kórházak méret és progresszivitás szerinti lehetséges csoportosítását klaszter-elemzéssel vizsgáltam meg 2006. és 2009. években, az eredményeket varianciaanalízissel teszteltem (ANOVA). Az aktív kórházi szektoron végzett klaszter-elemzésbe 15 (főként a kórházak méretét, teljesítményét és progresszivitását jellemző) változó került bevonásra, az elemzéseket lefuttattam nem hierarchikus K-közép, kétlépéses és hierarchikus klaszter-elemzési eljárással is. Az egyes eljárások eredményként kapott klaszterek, kórházcsoportok jellemzőbb kapacitás és teljesítmény értékeit külön-külön is összehasonlítottam.
- 2) A hatékonysági különbségeket a nem paraméteres Data Envelopment Analysis módszerrel tártam fel. Ezen belül alkalmaztam az állandó beépülési rátát tartalmazó CRS (constant return to scale) és a változó beépülési rátát alkalmazó VRS (variable return to scale) modellt. Külön vizsgáltam meg a különböző intézményi csoportok (orvostudományi egyetemek, megyei-regionális, városi és kisvárosi alapszakmás kórházak), majd több év (2003., 2006., 2009.) adatainak összehasonlításaként a megyei kórházak hatékonysági különbségeit. A hatékonysági értékeket elemeztem a vidéki-fővárosi és a súlyponti, nem súlyponti relációban is. A DEA modellbe input változóként az aktív kórházi ágyszámot, output változóként pedig a homogén-betegségcsoportos (HBCS) esetszámot és HBCS súlyszámot vontam be.
- 3) A puha költségvetési korlát (PKK) vizsgálatának keretében a kórházi adóssághelyzetek kialakulásának a főbb tényezőit logisztikus regresszió módszerével elemeztem. A válságban lévő kórházak kimentéseit (gazdasági megsegítés, konszolidáció, tulajdonosi támogatás), valamint az intézményi bezárások, beolvasztások (EXITEK) előfordulási gyakoriságát és az érintett intézmények jellemzőit a leíró statisztika módszereivel tártam fel. Ezek mellett külön vizsgáltam meg 42 kórház sorsának alakulását öt éven keresztül évről évre, amelyek 2002. év közben nagy mértékű adóssággal rendelkeztek (a vizsgált helyzetek: a bezárás, további adósságok kialakulása, kimentések, működés stabilizálása).
- 4) Záró elemzésként terepkutatást végeztem 18 kórházban felsővezetői interjúk készítésével, stratégiai tréningek lebonyolításával és az intézményi szakmai fejlesztési tervek, stratégiai dokumentumok elemzésével. A felmérés főbb kérdéskörei az

intézményi szakmai fejlesztési vagy stratégiai tervek felépítése, tartalma, kommunikációja, elkészítésének menete, a megvalósítás sikeressége, valamint az elkészítésben közreműködő vezetők szerepe volt. Emellett szisztematikusan hasonlítottam össze a szakmai fejlesztési tervek és a stratégiai tervek összetételének és szakmai tartalmának jellemző eltéréseit.

Az alábbi ábra összefoglalóan mutatja be az értekezésben felmerült kutatási kérdéseket és elemzési módszereket.

### A kórházszektor elemzésénél felmerült kutatási kérdések és alkalmazott elemzési módszerek



## II. Az értekezés eredményei

1. A kórházak működését jelentősen befolyásoló *külső és belső környezet tényezőinek alapos elemzése* alapján az alábbi következtetésekre jutottam:

Ø A vizsgált időszakban jelentős számú külső és belső környezeti tényező változott meg gyorsan és nagymértékben. Ez alapján joggal kijelenthető, hogy a hazai kórházak az elmúlt évtizedben turbulens környezetben működtek.

### A környezeti tényezők száma és változásuk sebessége

Változás sebessége	Lassú	Gyors
<b>Környezeti tényezők számossága</b>		
<b>Sok</b>	Komplex	<b>Turbulens</b>
<b>Kevés</b>	Stabil	Dinamikus

Ø A demográfiai átrendeződés főbb tendenciái az idős lakosság arányának jelentős növekedése, valamint a születések számának csökkenése, majd az alacsony születési ráta stagnálása. Az idősödéssel együtt jár a krónikus betegek számának folyamatos növekedése.

Ø Az egészségügyi ágazat humán erőforrás helyzetének alakulása – az orvoshiány és nővérhiány növekvő szorítása, az egészségügyi szakszemélyzet EU-s országokba vándorlásának növekvő trendje.

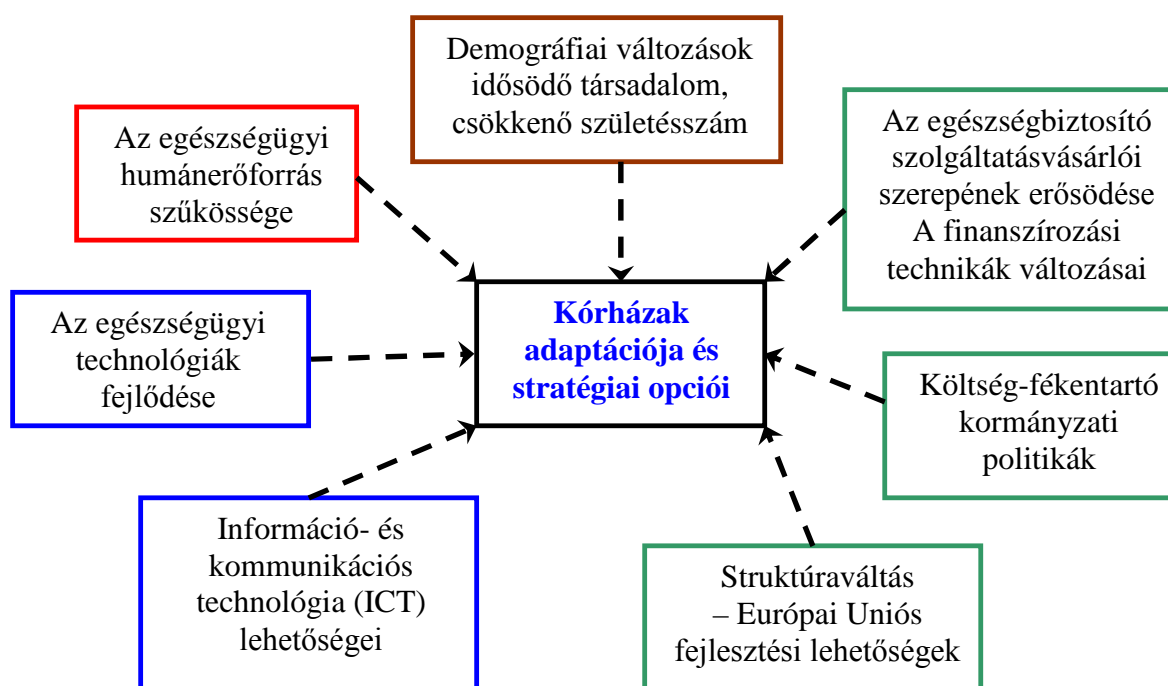
Ø Az elmúlt évtizedben a hazai kórházszektorra ható egészségügyi technológiák és terápiás lehetőségek fejlődésének legjellemzőbb példái: a nagyértékű képalkotó diagnosztikai lehetőségek széleskörű elterjedése (CT, MRI, PET), az egynapos sebészeti ellátások térnyerése, az invazív kardiológiai ellátás országos hálózatának kiépülése, valamint a korszerű sugárterápiás és gyógyszeres terápiák általánossá válása az onkológiai ellátási centrumokban.

Ø A vizsgált időszak során több markáns adminisztratív (törvényi és rendeleti) szabályváltozásra és finanszírozási változásra került sor, melyek jelentősen befolyásolták a kórházak szakmai fejlődésének lehetőségeit és gazdálkodásuk stabilitását: pl. a kórház-finanszírozás alapját képező homogén-betegségcsoportos (HBCS) rendszer gyakori korrekciói, a teljesítmény-volumen korlát (TVK) bevezetése, a kórházak ágyszámának törvény általi egyszeri 27 %-os csökkentése, az Európai Unió munkaidő direktívájának érvényesítése.

- Ø Az évtized második felében előtérbe kerültek a kiadás fékentartó, majd a kiadás-csökkentő kormányzati intézkedések. (Ennek keretében különösen a konvergencia program kiadásokat reálértéken csökkentő intézkedései sújtották leginkább a kórházszektort.)
- Ø Intézményeken belüli integrálódó informatikai rendszerek elterjedése (PACS), intézményközi információs és kommunikációs technológiai lehetőségek megnyílása (telemedicina, teleradiológia).
- Ø A kórházszektor egészét meghatározó fejlesztési lehetőségek: címzett beruházások, I. Nemzeti Fejlesztési Terv, majd az Új Magyarország Fejlesztési terv széleskörű intézményfejlesztési pályázati lehetőségei (pólusprogramok, struktúraváltást támogató infrastruktúrafejlesztés, sürgősségi ellátás fejlesztésének pályázatai).

A dolgozatban elemzett meghatározó környezeti tényezőket az alábbi ábra foglalja össze.

**A kórházak stratégiai mozgásterét és adaptációját meghatározó jelentős környezeti hatások és változások a 2000-es évek elején**



2. Tézisek a *stratégiai döntési helyzetek elemzése* kapcsán:

- Ø Az elmúlt évtizedben volt és jelenleg is van stratégiai mozgáster a közfinanszírozott egészségügyi intézményeknek.
- Ø A menedzsmentek és tulajdonosaik intézményeik pozícióját és fejlődését illetően valós stratégiai jelentőségű alternatívák közül választhatnak. Ez a stratégiai mozgástér

irányulhat az intézmény méretére, technológiai tartalmára, szakmai profiljaira, struktúrájára, szervezeti felépítésére, jogi-működési formájára.

- Ø A stratégiai döntési helyzetek kiaknázása függvénye a kormányzati és/vagy helyi szintű támogató politikai környezetnek.
- Ø A stratégiai mozgástér erőteljesen függ a szabályozási környezet és a finanszírozási környezet szigorúságától, merevségétől és változásának kiszámíthatóságától.
- Ø Az egészségügyi intézmények stratégiai fejlődési lehetőségét és döntési alternatíváját, valamint a környezeti változásokhoz való gyors és megfelelő alkalmazkodását erőteljesen beszűkíti a szektor túlszabályozottsága és az évtized közepétől érvényesülő kiadás fékmentő, kiadáscsökkentő kormányzati politikák érvényesülése.

3. *Az aktív profilú kórházak méret és progresszivitás szerinti lehetséges csoportosítását klaszterelemzéssel vizsgáltam meg, amely alapján az alábbi megállapításokra jutottam:*

- Ø A klaszterelemzés egyértelműen megmutatta, hogy a magyarországi kórházszektorban nincs stabil csoportképző elv az intézményi méret és a progresszivitás szerint.
- Ø Ez a helyzet megadja a stratégiai mozgástér egy részét egyes intézményeknek, hogy tudatos fejlesztésekkel, stratégiai jellegű építkezéssel és megfelelő politikai háttérrel akár magasabb progresszivitási szintre kerülhessenek. Másfelől annak is megvan a kockázata, hogy egyes kórházak „lecsússzanak” alacsonyabb progresszivitási szintre.
- Ø A klaszter-elemzés másik vizsgálata az Egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 2006. évi CXXXII. törvény (Eftv) által létrehozott súlyponti kórházak csoportképzésének elemzésére irányult. Az elemzés eredménye az, hogy ez a törvényi szabályozás intézményi méret és progresszivitás szerint nem tükrözte a kórházak valóságban meglévő különbségeit. Továbbá a szabályozásnak ez a módja instabilitást, bizonytalanságot eredményezett a kórházszektorban.
- Ø Ezzel szemben klaszter-elemzéssel létrehozhatók homogénebb és stabilabb intézményi csoportok, melyek a szabályozásnak is az alapját képezhetik. A kórházak csoportosításában több dimenziót érdemes figyelembe venni (intézményi méret, tevékenység progresszivitási szintje, területi elhelyezkedés) és nem csak a területi elérés 50 km-es szabályát, mint az Eftv-ben.
- Ø A klaszter-elemzés egyértelműen azt támasztja alá, hogy a hazai kórházszektorban egy négyes csoportosítás, négy szintű progresszivitás alakítható ki: egyetemi országos

jelentőségű csúcsintézmények, megyei-regionális kórházak, (többszakmás) városi kórházak és alapszakmás kisvárosi kórházak csoportjai.

4. A kórházak technikai hatékonyságának összehasonlítására használtam a *Data Envelopment Elemzést*. Ebbe a modellbe egyelőre néhány input- és néhány outputváltozót tudtam bevonni, ezért ezeknek a korai eredményeknek a magyarázó ereje még erőteljesen megkérdőjelezhető. Mindazonáltal az első körös eredményekből az alábbi következtetések vonhatók le:

- Ø Jelentős (25-30 %-os) hatékonysági különbségek vannak az egyes *intézményi csoporton belül és csoportok között is*.
- Ø A megyei-regionális ellátási szinten dolgozó kórházak hatékonysága a TVK bevezetését követően kissé romlott, majd az Eftv kapacitáscsökkentő intézkedéseinek hatására jelentősen javult.
- Ø A *progresszivitás szerint vizsgálva* a hazai kórházszektort (egyetemek, megyei-regionális intézetek, városi és kisvárosi alapszakmás kórházak), az egyetemek szerepeltek a legjobban a vizsgált változók alapján, és a városi kórházak eredményei voltak a legkedvezőtlenebbek közel 30 %-os hatékonysági tartalékokat mutatva.
- Ø Nagyobb hatékonyságot és jobb méretgazdaságosságot mutatnak a fővárosi és a súlyponti kórházak is (9% illetve 5 %-os előnyt a nem fővárosi és nem súlyponti kórházakhoz viszonyítva).

5. A kórházak eladósodásának és a puha költségvetési korlát jelenségének az elemzése hazai környezetben ebben a dolgozatban kiindulásnak tekinthető, melyet további mélyebb elemzések kell, hogy kövessék. Mindazonáltal számos korai eredményt lehet felmutatni:

- Ø Az adósság kialakulása gyenge összefüggést mutat a kórházi ágyszámmal, a kórházak földrajzi elhelyezkedésével, egyes tulajdoni struktúrákkal. Az ágazati vezetés számára rendelkezésre álló adatokból útelemzéssel feltárhatók az adósságspirálba került intézmények, a vissza-visszatérően eladósodó intézmények jellemzői.
- Ø Az intézményi vezetések képességeinek különbségeit jól jellemzi az a tény, hogy a legnehezebb külső körülmények, finanszírozási helyzet és megszorító intézkedések közepette is vannak olyan kórházak, amelyek képesek gazdaságilag stabilan működni és közben szakmai fejlesztéseket megvalósítani. Ezzel ellentétesen, a legkedvezőbb finanszírozási években is voltak olyan kórházak, melyek jelentős veszteséggel működtek.

- Ø A vizsgált évtized elején a puha költségvetési korlát és a reálértéken növekvő kassza-növekmény elfedték a kórházak strukturális merevségét és gazdálkodási problémáit. Az időről-időre kialakuló adósságot az állami vagy önkormányzati támogatásokból rendre kifizették (konszolidációk, tulajdonosi hozzájárulások, egyedi biztosítói intézkedések).
- Ø Az évtized közepétől felerősödő pénzügyi, költségvetési nyomás, és ennek eredményeként meghozott kiadás fékentartó és kiadás-csökkentő intézkedések hatására ugyanakkor már sok intézmény került az EXIT sorsára (bezárás, beolvasztás, intézményi működési forma és profilváltás), a veszteséges működést az intézmény tulajdonosai vagy az állam már nem fedezték, többé nem mentették ki őket.

6. *A kórházak stratégiai menedzsment gyakorlatának elemzése* alapján tett főbb megállapítások:

- Ø A közszolgáltató intézményekben is kulcsfontosságú jelentősége van a stratégiai tervezésnek és a stratégiai menedzsmentnek. Ezek a vezetési eszközök annál fontosabbak, minél inkább változik az intézmények külső és belső környezete.
- Ø A stratégiai menedzsment, mint felső szintű vezetési és irányítási eszközrendszer alkalmazásának rendszeressége és mélysége igen nagy változatosságot mutat a hazai közfinanszírozott kórházak körében.
- Ø A menedzsment stabilitásának és felkészültségének kulcsfontosságú szerepe van az egészségügyi intézmények működésében, stratégián alapuló fejlődésében.
- Ø A közfinanszírozásban részesülő hazai kórházak stratégiája nem önálló, hanem követő stratégia, amelyek jelentős mértékben tükrözik vissza az aktuális egészségpolitikai programokat, hívszavakat, illetve a hazai és az európai uniós pályázati lehetőségeket.
- Ø A stratégiai menedzsment alkalmazásának vizsgálata és a kórházak szakmai fejlesztési tervének elemzése bizonyították, hogy Magyarországon is léteznek best practice-ek, követhető pozitív intézményi példák.
- Ø Számos olyan egészségügyi intézmény, főként kórház működik jelenleg Magyarországon, amelyik képes következetesen megtervezni és megvalósítani középtávú (egyes kiemelt esetben hosszú távú) stratégiáját. Ezek az intézményi menedzsmentek a stratégiai céloknak megfelelően tudták stabilizálni az intézmények működését, majd – a környezeti kihívásoknak megfelelően – módosítani az ellátás struktúráját, szervezeti felépítését, kialakítani a korszerű humán erőforrás menedzsmentet. Ezek a sikeresen működő

intézmények megfelelő alapot biztosítanak ahhoz, hogy pozitív példaként szolgáljanak az egészségügyi szektor modernizációja, szervezeti megújulása számára.

Ø A jogszabályi előírásoknak megfelelően a kórházak az elmúlt években részletes orvos-szakmai programokat, középtávú szakmai fejlesztési terveket készítettek, ugyanakkor ezek a fejlesztési tervek többnyire az alábbi főbb tartalmi és módszertani hiányosságokkal rendelkeznek:

§ Az intézményi célrendszereken belül hiányzik a prioritások felállítása.

§ A stratégiai célok, fejlesztési irányok leírását követően általában hiányzik ezek akciótervekké formálása, majd szisztematikus végrehajtása, monitorozása, visszacsatolása és rendszeres megújítása már többnyire nem történik meg.

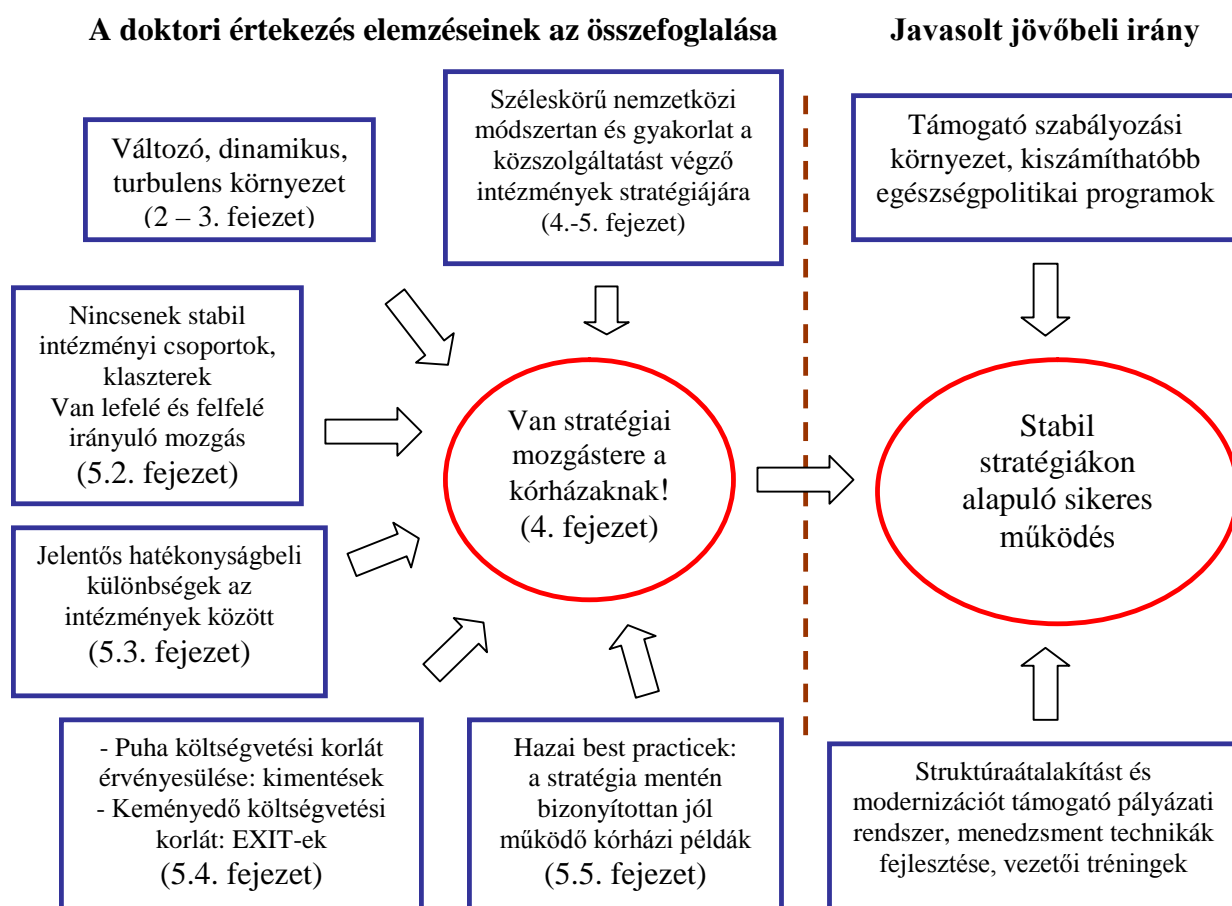
§ A szakmai fejlesztési tervekben nem, vagy csak kis súllyal szerepelnek a pénzügyi stabilizálásra és a humán erőforrás fejlesztésre vonatkozó célkitűzések.

§ A vizsgált időszak intézményi szakmai fejlesztési terveit vagy stratégiai terveit erőteljesen meghatározzák a külső – főként pályázati – forrásoktól való függőség.

### III. A következtetések összegzése

Az alábbi ábra átfogóan tartalmazza a dolgozatban megvizsgált területeket és eredményeket. Az egyes boxokban a *főbb megállapításokat, téziseket* szövegesen is kiemelem. Az egészségügyi intézmények működésének elemzése rávilágított arra, hogy turbulens környezet mellett a mesterségesen korlátozott, túlszabályozott mozgástér hatékonyságvesztést okoz, valamint hozzájárul az intézmények adaptációs képességének a csökkenéséhez. Ez a merev szabályozási környezet, a gyakori intézményi vezetőváltások hozzájárulhatnak az elavult, nem gazdaságosan működő és a környezet elvárásaihoz megfelelően alkalmazkodni képtelen torz struktúrák konzerválásához.

#### A stratégiai környezeti elemzés és stratégiai menedzsment jelentősége a hazai kórházak sikeres vezetésében és működésében



Az értekezés kulcsfontosságú mondanivalójaként kiemelhetem, hogy a közfinanszírozás rendszerében működő, jelentős gazdasági és társadalmi potenciált képviselő kórházak működése szempontjából a stratégiai tervezésnek és stratégiai menedzsmentnek kiemelt

jelentősége van. A vizsgált évtized a külső és belső környezet dinamikus, vagy inkább turbulens változásainak következtében az intézményvezetők számára számos döntési helyzet adódott, melyekre való rugalmas és megfelelő válaszadásban a közép- és hosszútávra kitekintő stratégiai célrendszer és ennek következetes végrehajtását szolgáló akcióterv nélkülözhetetlen szerepet játszott. Az átfogó empirikus elemzések alapján az is egyértelmű, hogy ez a fajta tudatos építkezés a kórházak kisebb részére jellemző, melynek legfőbb okai a gyakori vezetőváltások, vagy a menedzsmentek és tulajdonosaik közötti összhang hiánya, a következetes fejlesztési elképzelések hiánya.

A lefolytatott elemzések alapján összességében úgy vélem, hogy az egész kórházszektor sikeres és stabil működése számára legalább két feltételt kell teljesíteni. Az első a stabil egészségpolitikai és finanszírozási környezet megteremtése, melyben a szakmapolitikai célok legalább középtávon stabilak. A másik az intézményi menedzsmenteket széles körben támogató oktatási, képzési programok szervezése, melyeken keresztül be lehet mutatni a pozitív hazai példákat (benchmarkokat) és ki lehet alakítani azokat a vezetési ismereteket, módszereket, fejleszteni a képességeket, amelyek már számos hazai kórház esetében hozzájárultak a sikeres működéshez.

### **Javaslatok a további kutatási irányokra a kórházszektor területén**

A dolgozatban ugyanakkor számos kérdéskört nem sikerült még feltárni vagy részletesen elemezni, éppen ezért az alábbiakban javaslatot teszek a kórházszektorra vonatkozó *hosszú távú kutatási irányokra*:

1. *Szektorális elemzések* rendszeres készítése (kapacitások, teljesítmény eloszlása, koncentrációja, ellátásokhoz való hozzáférés; a betegellátás főbb szakmánkénti és terápiás csoportonkénti trendjeinek vizsgálata);
2. *Hatékonysági elemzések* készítése kvantitatív elemzési módszerekkel mind a fekvőbeteg és járóbeteg szakellátás intézményi csoportjain belül, mind a különböző csoportok között széleskörű input- és output-változók bevonásával;
3. *Hatékonysági elemzések* készítése kvalitatív elemzési módszerekkel, pozitív és „negatív” intézményi esettanulmányok részletes kidolgozása és összehasonlítása;
4. Az egészségügyi intézmények menedzsmentjei és tulajdonosai *döntési kompetenciáinak* megosztása, a vezetők előtt álló döntési helyzetek szabadságfokának vizsgálata, a stratégiai jellegű döntések meghozatalának módja;

5. Az intézményi *adósságok kialakulásának és összefüggéseinek vizsgálata, a puha költségvetési korlát jelenségének további és mélyebb elemzése;*
6. *Hatáselemzések készítése* kormányzati, egészségpolitikai intézkedéseket megelőzően (modellezés) és azt követően (kapacitásszabályozásra, fejlesztésekre, a finanszírozás jellegére vonatkozó kormányzati intézkedések hatásainak, kórházak stratégiai fejlesztésének, reorganizációjának elemzése).

#### **Az előbbi kutatásokhoz szükséges adat- és információs rendszerek fejlesztése**

- a) Kapacitások és ellátási adatok (teljesítmény, igénybevétel) gyűjtésének és nyilvántartásának standardizálása;
- b) Létszám- és bérstatisztikák gyűjtése egységes országos rendszerben (különösen a valid orvos-létszámok mérése, mint az egészségügyi intézmények egyik meghatározó input tényezője);
- c) A nagyértékű egészségügyi technológiák, speciális terápiás megoldások regisztere;
- d) További input típusú adatok gyűjtése, nyilvántartása (felhasznált gyógyszer és anyagok, implantátumok fajtái és mennyiségei);
- e) Minőségi mutatók, indikátorok gyűjtése, melyek valódi képet adnak az intézmények eredményességéről (outcome).

Ezeknek az adatoknak az országos szintű rendelkezésre állása a feltétele annak, hogy valódi hatékonysági és költséghatékonysági vizsgálatokat lehessen elvégezni a hazai egészségügyi intézmények körében. A kutatások és elemzések validitását alapvetően két irányban lehet javítani további input- és output változók bevonásával, az adatok standardizálásával, tisztításával.

#### IV. Főbb hivatkozások

1. Agrell, P. J., Bogetoft, P., Halbersma, R., Mikkers, M. C. (2007). Yardstick competition for multi-product hospitals. Copenhagen Business School, Department of Economics. Working Papers.
2. Ajkay, Z., Kullman, L. (1995). A magyar kórházügy. Magyar Kórházszövetség: Budapest
3. Aletras, V., Ontodimopoulos, N., Agouldoudis, A., Akas, D. (2007). The Short-Term Effect on Technical and Scale Efficiency of Establishing Regional Health Systems and General Management in Greek NHS Hospitals. *Health Policy*, Oct, 83(2-3), 236-45.
4. Bakacsi, Gy. (2007). Szervezeti magatartás és vezetés. Aula Kiadó: Budapest.
5. Balaton, K. (2005). Vállalati stratégiák és szervezetek a rendszerváltást követően. Aula Kiadó: Budapest.
6. Balázs, P. (2010). Krízishelyzet a humán erőforrás gazdálkodásban, szakemberhiány, megoldási alternatívák az egészségügyben. In Bodrogi, J. (szerk.) *A magyar egészségügy Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés*. Semmelweis Kiadó: Budapest, 232-284.
7. Barbeta, G. P., Turati, G.; Zago, A. (2006). Behavioral Differences Between Public and Private Not-For-Profit Hospitals in the Italian National Health Service. *Health Economics*, 16, 75-96.
8. Biorn, E., Hagen, T. P., Iversen, T., Magnussen, J. (2003). The Effect of Activity-Based Financing on Hospital Efficiency: A Panel Data Analysis of DEA Efficiency Scores 1992-2000. *Health Care Management Science*, 6, 271-283.
9. Bodnár, V. (2007). Stratégiai megújulás az egészségügyben. Oktatási segédanyagok.
10. Bodrogi József (2010). A magyar egészségügy Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés. Semmelweis Kiadó: Budapest.
11. Boncz, I. (2007). A teljesítményvolumen-korlát (TVK) hatása az aktív fekvőbeteg szakellátás teljesítménymutatóira intézményi, megyei és regionális bontásban. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)*, 8, 19-24.
12. Boncz, I. Dr., Takács, E., Szaszko, D., Belicza, É. Dr. (2006). Területi egyenlőtlenségek I. - Az OEP aktív fekvőbeteg szakellátási kassza igénybevétele. *Kórház*, 7-8, 37-43.
13. Bordignon, M., Turati, G. (2007). Fiscal federalism and soft budget constraints in the Italian national health service.
14. Bouillon, M. L., Ferrier, G. D., Stuebs, J., West, T. D. (2005). The Economic Benefit of Goal Congruence and Implications for Management Control Systems. *Journal of Accounting and Public Policy*, 25, 265-298.
15. Byrne, C., Nelson, H., Urech, T., Pietz, K., Pietz, K. F., Petersen, L. A. (2009). Method to Develop Health Care Peer Groups for Quality and Financial Comparisons Across Hospitals. *Health Services Research*, 44(2 Pt 1), 577-92.
16. Céu Mateus Casemix Implementation in Portugal. In Kimberly, J. R. (Ed.) *The Globalization of Management Innovation in Health Care*. Cambridge University Press.
17. Child, J. (1997). Strategic Choice in the Analysis of Action, Structure, Organizations and Environment: Retrospect and Prospect. *Organization studies*, 18(1), 43-76.
18. Cox, P. (2009). Securing Europe's Healthcare Future: Chronic Disease Management and Health Technology Assessment.

19. Dana, A. F., Vermeer, T. E., Surysekar., Wrieden, J. W., Plante, C. C. (2005). DRGs, Costs and Quality of CARE: An Agency Theory Perspective. *Financial Accountability & Management*, 21, 291-308.
20. Dankó, D., Kiss, N., Molnár, M., Révész, É. (2006). A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCs alapú finanszírozás kontextusában. I. Rész. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)*, 5, 5-12.
21. Dózsa, Cs. (2004/1). "Agresszív" HBCS politika Magyarországon: Kérdések és válaszok a HBCS rendszer működésével és jövőjével kapcsolatban. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)*, 3, 14-20.
22. Dózsa, Cs., Gresz, M., Borcsek, B., Sántha, K., Boncz, I. (2004/2). A sürgősségi ellátórendszer átalakításának koncepciója. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 42, 5-16.
23. Dózsa, Cs. (2005). A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és ösztönző hatásai a hazai egészségügyi szolgáltatások közfinanszírozásában. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)*, 4, 18-22.
24. Dózsa, Cs., Dérer, I., Takács, E., Bodnár, V. (2006/2). Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése 1. A működés korszerűsítésének lehetőségei. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)*, 5, 5-21.
25. Dózsa, Cs., Dérer, I., Boncz, I., Takács, E. (2006/3). Az OEP szolgáltatásvásárlói és biztosítói szerepének erősítése, mint a magyar egészségügyi rendszer reformjának egyik fontos eszköze 2. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)*, 5, 5-16.
26. Dózsa, Cs. (2008/1). 2006-2007-es évek az egészségügyben: Reformtervek és programok kavalkádja. In Sándor, P., Tolnai, Á., Vass, L. (szerk.) *Magyarország Politikai Évkönyve 2007-ről*. Kossuth: Budapest.
27. Dózsa, Cs (2010). Az eredmény alapú forrásallokáció lehetőségei. In Bodrogi, J. (szerk.) *A magyar egészségÜGY. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés*. Semmelweis Kiadó: Budapest, 82-122.
28. Duckett, S. J. (2008). Design of Price Incentives for Adjunct Policy Goals in Formula Funding for Hospitals and Health Services. *BMC Health Services Research*, 8(72).
29. Eggleston, K. (2008). Soft Budget Constraints and the Property Rights Theory of Ownership. *Economics Letters*, 100, 425-427.
30. Eid, F. (2004). Designing Institutions and Incentives in Hospitals: an Organization Economics Methodology. *Journal of Health Care Finance*. Winter, 31(2), 1-15.
31. Enthoven, A. C. (1979). Consumer-Centered Vs. Job-Centered Health Insurance. *Harvard Business Review*. Jan-Feb, 57(1), 141-52.
32. Ernst, C., Szczeny, A. (2008). Capped Hospital Budgets, Risk-Influencing Activities and Financial Consequences. *Journal of Accounting and Public Policy*, 28, 38-61.
33. Eshien, C., Freddy, H. (2009). Yardstick Competition, Franchise Bidding and Firms Incentives to Collude. *Review of Industrial Organization*, 35, 149-169.
34. Evetovits, T. (2008). Moving from a passive provider payment to a strategic purchasing in the context of a DRG payment system. Előadásanyag, Bled, Szlovénia.
35. Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (2005). Purchasing To Improve Health Systems Performance. McGraw-Hill Education.
36. Fleisher C. S., Bensoussan, B. (2004). Strategic and Competitive Analysis: Methods and Techniques for Analyzing Business Competition. International Edition: Prentice Hall.

37. Forgiione, D., Vermeer, T. E., Surysekar, K., Wrieden, J., Plante, C. C. (2005). DRGs, Costs and Quality of CARE: An Agency Theory Perspective. *Financial Accountability & Management*, 21, 291-308.
38. Füstös, L., Kovács, E., Meszéna, Gy., Simonné Mosolygó N. (2004). Alakfelismerés (sokváltozós statisztikai módszerek). UMK: Budapest.
39. Gray. M. (2002). Evidence Based Health Policy.
40. Gulácsi, L. (2005). Egészség-gazdaságtan. Medicina: Budapest.
41. Guy, D., Lorens, A. H. (2007). The Choice of Employment Arrangement in the Market for Hospitalist Services. *Southern Economic Journal*, 73, 604-622.
42. Herr, A. (2008) Cost and technical efficiency: does ownership matter? *Health Economics*, 17(9): 1057-1071.
43. Ibern, P. (2007). Hospital Resource allocation in Catalonia: Activity-based financing and yardstick competition.
44. Kimberly, J.R., Pouvourville, G. D', Aunno, T. (2008). The Globalization of Managerial Innovation in Health Care. Cambridge University Press.
45. Kiss, Zs., Molnár, A., Dublinszky, P. (2005). A teljesítményvolumen-korláton alapuló finanszírozás tapasztalatai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 43, 5-12.
46. Kittelsen, S. A. C., Magnussen, J. (2009). Economies of scope in Norwegian hospital production - A DEA analysis. Oslo University, Health Economics Research Programme. HERO On line Working Paper Series.
47. Klastorin, T. D. (1982). An Alternative Method for Hospital Partition Determination Using Hierarchical Cluster Analysis. *Operations Research*, 30(6), 1134-47.
48. Kórházi Almanach 2006. Magyar Kórházszövetség: Budapest.
49. Kornai, J. (2009). The Soft Budget Constraint Syndrome in the Hospital Sector. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9, 117-135.
50. Kornai, J., Maskin, E., Gerard, R. (2003). Understanding the Soft Budget Constraint. *Journal of Economic Literature*, 61, 1095-1136.
51. Lee, K. S., Chun, K. H., Lee, J. S. (2008). Reforming the Hospital Service Structure to Improve Efficiency: Urban Hospital Specialization. *Health Policy*, 87, 41-49.
52. Linna, M., Hakkinen, U., Magnussen, J. (2006). Comparing Hospital Cost Efficiency Between Norway and Finland. *Health Policy*, 77, 268-278.
53. López Casanovas, G. (1999) La Contratación de Servicios Sanitarios. Collección els Lliebres dels Fulls Econòmics 14.
54. Mihályi, P. (2003). Bevezetés az egészségügy közgazdaságtanába, Veszprémi Egyetemi Kiadó.
55. Mikola, B. Dr. (2010). Gondolatok az egészségügyi ellátórendszer újraszervezéséről. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 1.
56. Mougeot, M., Naegelen, F. (2005). Hospital Price Regulation and Expenditure Cap Policy. *Journal of Health Economics*, 24, 55-72.
57. Nagy, B., Dózsa Cs. (2002). Az Irányított Betegellátási Program tapasztalatai és a továbbfejlesztés lehetőségei. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 40, 479-332.
58. Nagy, J., Dózsa, Cs., Boncz, I. (2008). Experiences With the Application of the DRG Principle in Hungary. In Kimberly, J., de Pouvourville, G., d'Aunno, T. (Eds.) *The Globalization of Management Innovation in Health Care*, Cambridge University Press.

59. Naranjo-Gil, D. F., Hartmann, F. (2007). How CEOs Use Management Information Systems for Strategy Implementation in Hospitals. *Health Policy*, Apr, 81(1), 29-41.
60. Oliveira, M. D., Bevan, G. (2008). Modelling Hospital Costs to Produce Evidence for Policies That Promote Equity and Efficiency. *European Journal of Operational Research*, 185, 933-947.
61. Orosz, É. (2001). Félúton vagy tévúton? Egészségünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Egészséges Magyarországért Egyesület: Budapest.
62. Orosz, É., Langennbrunner, J., Kutzin, J., Wiley, M. (2005). Purchasing and Paying Providers. In Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (Eds.) *Purchasing to Improve Health System Performance*. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press.
63. Pikó, K., Berényi, T., Dózsa, Cs. (2007). A Hazai Sürgősségi Ellátás Fejlesztésének Programja. MOTESZ füzet.
64. Porter, M.E. (1980). *Competitive Strategy*. Free Press: New York.
65. Porter, M.E., Teisberg, E.O (2006). *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*. Havard Business School Press.
66. Preyra, C., Pink, G. (2006). Scale and Scope Efficiencies Through Hospital Consolidations. *Journal of Health Economics*, 25, 1049-1068.
67. Schleifer, A. (1985). A Theory of Yardstick Competition. *The RAND Journal of Economics*, Autumn, 16(3), 319-327.
68. Sinkó, E. (2007). A térségi egészségfejlesztési rendszer javasolt alapmodelljei. In Orosz, É., Dózsa, Cs., Fazekas, M., Holló, I., Rácz, J., Sinkó, E., Varga, P. *Lehetséges modellek az egészségbiztosítás reformjára a társadalombiztosítás keretein belül*. Budapest, Összefoglaló tanulmány a Miniszterelnöki Hivatal számára.
69. Street, A., Jacobs, R. (2002). Relative Performance Evaluation of the English Acute Hospital Sector. *Applied Economics*, 34, 1109-1119.
70. Swayne, L. E., Duncan, W. J., Ginter P.M. (2007). *Strategic Management of Health Care Organizations (5th Edition)*. Blackwell Publishing.
71. Tjerbo, T., Hagen, T. P. (2009). Deficits, Soft Budget Constraints and Bailouts: Budgeting After the Norwegian Hospital Reform. *Scandinavian Political Studies*, 32, 337-358.
72. Vitikainen, K., Street, A., Linna, M. (2009). Estimation of Hospital Efficiency – Do Different Definitions and Casemix Measures for Hospital Output Affect the Results? *Health Policy*, 89, 149-159.
73. Zoltayné, P. Z. (2005). *Döntésemélet*. Alinea Kiadó 2002, reprint.
74. Zuckerman, A. M. (2005). *Healthcare Strategic Planning (2nd Edition)*. Health Administration Press: Chicago, Illinois.

## V. A témakörrel kapcsolatos saját publikációk

1. Dózsa, Cs. (2008/1). 2006-2007-es évek az egészségügyben: Reformtervek és programok kavalkádja. In Sándor, P., Tolnai, Á., Vass, L. (szerk.) *Magyarország Politikai Évkönyve 2007-ről*. Kossuth: Budapest.
2. Dózsa, Cs (2010). Az eredmény alapú forrásallokáció lehetőségei. In Bodrogi, J. (szerk.) *A magyar egészségÜGY. Társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményterkép*. Semmelweis Kiadó: Budapest.
3. Dózsa, Cs. (2005). A finanszírozási technikák alkalmazásának tapasztalatai és ösztönző hatásai a hazai egészségügyi szolgáltatások közfinanszírozásában. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben (IME)*, 4, 18-22.