

A dolgozói teljesítményértékelési rendszerek a magyar kórházakban

Doktori tézisek

Sárga Norbert Zétény

Semmelweis Egyetem

Mentális Egészségtudományok Doktori Iskola



Témavezető: Dr. Bakacsi Gyula CSc., egyetemi tanár, az MTA tagja

Hivatalos bírálók: Dr. Dajnoki Krisztina Ph.D., habil., egyetemi tanár

Dr. Girasek Edmond Ph.D., egyetemi adjunktus

Komplex vizsga bizottság elnöke:

Dr. Kovács József DSc., egyetemi tanár, az MTA doktora

Komplex vizsga bizottság tagjai:

Dr. Susánszky Éva Ph.D., egyetemi docens

Dr. Vokó Zoltán DSc., egyetemi tanár, az MTA doktora

Dr. Domján Gyula CSc., egyetemi tanár

Budapest

2023

1. Bevezetés

Az emberi erőforrás menedzsment (a továbbiakban EEM) egyik alrendszere a teljesítménymenedzsment, amely szoros kapcsolatban áll a többi EEM rendszerrel; kompenzáció, képzés-fejlesztés vagy karriermenedzsment (Bakacsi és mtsai 1999, Eke 2015). Az egyik folyamat outputja képezi egy másik folyamat inputját, ezért például a teljesítményértékelés eredményei képezhetik a jutalmak elosztásának alapját. A hagyományos adminisztratív szerep mellett megjelenik a HR stratégiai, tanácsadói szerepe is (Poór 2009). „Mért van, az hogy bizonyos szervezetek sikeresebbek, mint mások?” – teszi fel a kérdést Aguinis (2005:xiii) a teljesítménymenedzsment nélkülözhetetlen ismeretét adó tankönyvében. A szerző szerint a teljesítménymenedzsment (a továbbiakban TM) az az esszenciális faktor, amely az egyén tehetségét és motivációját a szervezet stratégiai, üzleti előnyévé transzformálja. Ehhez szorosan kapcsolódik a TM meghatározása, amely Karolinyné és Poór (2010:284) szerint a TM „megegyezéssel teljesítménytervezés, célkitűzés, a teljesítmény nyomon követés, mérés, értékelés, minősítés, visszacsatolás és elismerés olyan folyamata, melynek célja az egyéni teljesítmények és a szervezeti stratégiai célok közötti összhang megteremtése, valamint azok folyamatos javulásának biztosítása”. Bakacsi (2015) megfogalmazásában az intézményi és az egyéni célok összhangja nélkülözhetetlen egy sikeres intézmény, szervezet működésében. Teljesítményértékelés nélkül nehezen vagy alig mérhető az intézményi célok teljesülése és az egyén munkavégzése.

A munkát értékelni kétféle módon lehetséges: formálisan és informálisan (Bokor és mtsai 2009). A munka világában az informális értékelés (például szóbeli dicséret) a szervezeti kultúra része (Takács 2000). A formális értékelés a munkavállaló oldaláról objektív elem tud lenni a szakmai előmeneteléhez, illetve bármilyen dolgozói juttatás és jutalmazás megítéléshez, továbbá alkalmas a munkavállaló felé támasztott elvárások tisztázására is. Ehhez kapcsolódóan Cintrón és Flaniken (2011) saját kutatásukra hivatkozva megállapítják, hogy a teljesítményértékelés fontos vezetői támogató eszköz.

A fentebb említett intézményi célok kapcsán (Bakacsi, 2015) kiemelendő, hogy az egészségügyi ellátó rendszer az állam által szabályozott, ugyanakkor a tulajdonosi, fenntartói szerepben lehetnek eltérések. Megjelenik a governance szerepe, amely

eltérhet a működtető, a kórházi menedzsment szerepétől. Magyarországon a kórházak többsége állami tulajdonban van a 2011. évi CLIV. törvény értelmében, emiatt fenntartja és szabályozza, előírja az egészségügyi ágazat működését és működtetését, (többek között) a betegellátás szakmai feltételeit és finanszírozza magát az ellátást. A kutatás adatfelvételének időpontjában érvényes „Egészséges Magyarország 2014-2020” egészségügyi ágazati stratégia célként fogalmazza meg a magyar állampolgárok egészségi állapotának javítását, továbbá az egészségügy működési hatékonyságának növelését. Az ágazati stratégiát megalapozó – és érvényben lévő – Semmelweis Terv szakmai koncepciójának értelmében, amely egyszerre fogalmazott meg termelési és allokációs hatékonysági problémákat, költségvetési szűkösség keretei között a hatékonyság növelés volt az elvárás a kórházak irányában. Ezek mellett a menedzsment célja a jogszabályi követelményeknek való megfelelés, a működtetés és a betegellátás is. Az intézmények a központi büdzséből plusz pénzt nem kaptak, emiatt lényegében csak a hatékonysági tartalékok feltárásából jutottak többlet forráshoz. A dolgozói béremeléshez sem állt rendelkezésre többlet, illetve ezt a munkavállalói jövedelem jogszabály általi szabályozása, besorolása sem tette lehetővé. Ezek alapján a dolgozatban szereplő elérendő intézményi célt elsődlegesen menedzsment természetűnek tekintem. Az operatív hatékonyság fejlesztését lehet így megítélni, hiszen a dolgozóknak erre van ráhatásuk – munkájuk és teljesítményük révén. A vizsgálat szintje az egyén, a kutatás fókuszában emiatt a munkavállaló, illetve annak teljesítménye áll, amivel hozzájárul az intézményi célokhoz. A felvázolt nézőpontok alapján értelmezésszerű különbség jelentkezik többek között az elérendő teljesítmény kapcsán az egyén, a szervezet és a kormányzat között.

Ezek alapján elmondható, hogy az állami kontroll alatt álló szervezetek, így a kórházak is, adaptálni próbálják a forprofit szervezetekre jellemző HR rendszereket. Ezek alapján megállapítható, hogy szükséges és érdemes vizsgálni a magyar kórházakban létező teljesítménymenedzsment struktúráját és a teljesítményértékelés megvalósulását.

A közigazgatásban előbb az angolszász régiókban, majd utána világszerte, több mint húsz éve megjelent a ***New Public Management szemlélet***, mert a közszeiktortól – többek között – hatékonyság, eredményesség növekedést várnak; megjelenik a működtetés menedzser típusú szemlélete, a forprofit cégekre jellemző menedzser

technikák használata (Atreya és Armstrong 2002, Hajnal 2004). Ehhez vonatkozóan Talbot (2009) rámutat, hogy érdemes és szükséges vizsgálni egy-egy kormányzati program eredményességét is; ugyanúgy ahogyan egy (állami) szervezet működését, vagy a benne dolgozók munkáját, elért eredményeit is. A New Public Managementnek (a továbbiakban NPM) több célkitűzése, koncepciója volt. Ezek többek között az állam visszaszorításának igénye, a kormányzati funkciók hatékonyságának növelése, a közszolgáltatások magán- és állami szereplők általi, közös nyújtása, valamint a „menedzserializmus” szemlélete (Hajnal 2004). Erre a menedzserializmus szemléletre jellemző néhány technika – a teljesség igénye nélkül –, például a teljesítményértékelés és teljesítményfüggő bérezési rendszerek, a benchmarking és a Management by Objectives.

Jelen PhD kutatásnak két előzménye van. A Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ hallgatójaként projektmunka keretében az volt a feladatom, hogy a munkahelyem, a Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet Központi Fizioterápiás Osztályán főigazgatói utasításra dolgozzak ki pilot programként egy dolgozói teljesítményértékelési rendszert. A projekt végrehajtása és eredményeinek, tanulságainak értékelése után úgy döntöttem, hogy további értékes tapasztalatokat gyűjtök a szomszédos intézmények rendszereinek a megismerésével. Felmértem és bemutattam a Dél-Alföldi Térség kórházainak teljesítménymenedzsment rendszereinek felépítését és a teljesítményértékelésük gyakorlatát. Ez a vizsgálódás alkotta az egyetemi tanulmányaimat záró szakdolgozatot, amelynek eredményeit a PEME XIV. Tudományos konferencián mutattam be és jelent meg elektronikus könyvfejezet formájában (Sárga 2017). Ennek a kutatásnak a tapasztalatai és eredményei alkották a PhD kutatás hipotéziseinek vázát.

2. Célkitűzések

A PhD értekezés empirikus alapját adó kutatás célkitűzése volt, hogy egy leíró-feltáró jellegű vizsgálat keretében felmérje és bemutassa az emberi erőforrás menedzsment tevékenységek helyzetét és szerepét, azon belül is kiemelten a teljesítménymenedzsment rendszerek szerkezetét és a teljesítményértékelés gyakorlatát

a magyar állami fenntartású, fekvőbeteg osztályokkal rendelkező kórházakban és szakkórházakban.

Ilyen jellegű – országos – kutatási eredmény ismereteink szerint eddig nem született Magyarországon. A kutatás a felső vezetői nézőpontra koncentrál: a teljesítményértékelési rendszer milyen felsővezetői döntéseket támogat, milyen a rendszer felépítése és mi jellemzi a teljesítményértékelés gyakorlatát, a betegellátásban aktívan tevékenykedő orvosok és szakdolgozók teljesítményének mérését és értékelését. A hazai intézményekben is számos nem egészségügyi végzettségű dolgozó tevékenykedik, akiknek a munkája fontos és nélkülözhetetlen a kórházak működtetésében, valamint a betegellátás zavartalan biztosításában. Ahogyan a Bevezetőben is hangsúlyoztam, az intézményi célok teljesüléséhez való egyéni hozzájárulást vizsgálom, ezért jelen kutatásban csak az egészségügyi dolgozók teljesítményértékelését tanulmányozom.

Jelen disszertációban szeretném bemutatni azt az átfogó képet, azt az ívet, ami egy kórházi osztály teljesítményértékelésének a bevezetésétől, az országos TM rendszer felmérésig terjed. A kutatás bizonyos részeredményei közlemények formájában már megjelentek, ugyanakkor az eddigi tudományos munkáimnak a szintézisét ebben a doktori értekezésben végzem el.

2.1. Hipotézisek

Fentebb említettem, hogy korábban megvizsgáltam a Dél-Alföldi Térség kórházait. Ennek a vizsgálatnak az alapján fogalmaztam meg a hipotéziseimet:

H1: Elsősorban a stratégiai teljesítménymenedzsment cél mentén történik teljesítményértékelési gyakorlat, továbbá nem jellemző a jutalmazási céllal történő teljesítményértékelési gyakorlat

H2: A teljesítményértékelési rendszerrel kapcsolatos elsődleges elvárása jogszabályi követelményeknek való megfelelés

H3: A különböző teljesítményinformáció típusok közül az eredményt tekintik elsődleges forrásnak

H4: Kevés teljesítményértékelési technikát, mérési módszert használnak

2.2. A kutatás várható egészségpolitikai haszna

A kórházak alapvető feladata a betegellátás és annak optimális, hatékony irányítása, végrehajtása. A betegellátás színvonalának javítása, fejlesztése megjelenik több intézmény célkitűzésében, hitvallásában. Ehhez a fejlesztéshez járulhatnak hozzá a TÉR, illetve az abból származó információk. A kórházak *minőségfejlesztését* – vélhetően – jelen kutatás eredményei is elősegíthetik. Mindemellett az intézmények operatív hatékonyságának növeléséhez, *működésfejlesztéséhez* és az ehhez kapcsolódó benchmarking folyamathoz, illetve legjobb gyakorlathoz (best practice) adhat segítséget. Azoknak a kórházaknak, amelyek használják a TÉR-t, módjukban áll ellenőrizni és összehasonlítani a saját rendszerüket az országosan kapott adatokkal. Azok az intézmények, amelyek esetlegesen fontolgatják a TM bevezetését, támpontot kaphatnak annak implementálásához. Eme kutatás értékes információval szolgálhat a *fenntartó felé* is, hiszen átfogó képet kap az általa szabályozott és fenntartott egészségügyi ellátók működéséről, különösképpen a TM alrendszeréről.

3. Módszerek

Megvizsgáltam a magyar, állami fenntartású kórházakat, feltételezve, hogy végeznek dolgozói teljesítményértékelést és ez az értékelés analizálható. Egyházi, alapítványi vagy egyetemi fenntartású intézményeket nem vettem be a kutatásba. Az adatszerzést az önkitöltős kérdőíves módszer alkalmazásának a segítségével valósítottam meg (Babbie 1996, Kindler és Papp 1977). Leíró statisztikákat és összehasonlító elemzéseket végeztem el. A kérdőív megalkotásakor tekintetbe vettem a szakirodalmi ajánlásokat, ugyanakkor a kutatást megelőzte egy kvalitatív vizsgálat; a saját, már említett Dél-Alföldi Térség (a továbbiakban DAT) feltérképezése (Sárga 2017). Ennek a vizsgálódásnak eredményeit, tapasztalatait is felhasználtam.

A DAT vizsgálata során a saját intézményi TÉR elkészítése alapján, kidolgoztam egy önkitöltős kérdőívet, amelyben hét kérdéscsoportra bontottam a kérdőív elemeit. A kérdések értékelésére négyfokozatú Likert skálákat használtam. Jelen kutatásomban ezt a kérdőívet bővítettem, egészítettem ki. Az akkor használt kérdőívből átvett kérdéseket, valamint ahol eltértem a DAT vizsgálatban használtaktól,

a kutatás tartalmi egységei részről nevesítem. A kérdőív validálása, fejlesztése, illetve konceptualizálása során kórházi vezetőket és HR szakértőket vontam be. A fejlesztésbe bevont szakértőkkel egyenként, interjú keretében, strukturált beszélgetést folytattam. A közös munka után, annak tanulságaira alapozva történt a kérdőív véglegesítése. A kérdőívet a kórházak főigazgatóinak az állami fenntartó küldte ki papír alapon. A vizsgálat időszakában 91 kórházat azonosítottunk, akiket be akartunk vonni a kutatásba. A válaszadás önkéntes és anonim volt. A kitöltött kérdőíveket közvetlenül a kutatásban résztvevők kapták vissza, nem pedig a fenntartó. A felmérés 2018. augusztus és szeptember hónapban zajlott.

A kutatás tartalmi egységei az alábbi négy nagy terület: az emberi erőforrás menedzsment tevékenységek helyzete és szerepe; teljesítménymenedzsment felépítése; a felső vezetői nézőpont a teljesítménymenedzsmentben, valamint a betegek szerepe a teljesítményértékelési rendszerekben. A teljesítménymenedzsment témakört nagysága és – a kutatási terület – fontossága miatt, további három részre bontva vizsgálom: a teljesítményértékelési rendszerek jellemzői; a munkavállaló szerepe a teljesítményértékelési rendszerekben és a Cleveland és mtsai teljesítményértékelés céljairól szóló vizsgálata alapján.

Továbbá a TÉR fejlettségét vizsgálva, megalkottam egy skálát (*TÉR fejlettségét mérő skála*), melyet különböző kérdésekből hoztam létre, valamint a dolgozói részvételt vizsgálva, ugyancsak megalkottam egy skálát (*a munkavállaló részvétele a dolgozói teljesítményértékelésben*).

3.1. Az elemzések módszertani bemutatása

Az eredményeket (kérdésenként) az alábbi logika szerint mutatom be: a nyers adatok táblázatos bemutatása alapstatisztikai mutatókkal történik (átlag, szórás, stb.), ezek ábrákon történő ábrázolása (megoszlások, kördiagramok, stb.) a kérdés jellege szerint. Hét kérdés esetében – amelyeket a teljesítményértékelések kulcs mozzanatainak tekintek – a hangsúlyos szemléltetés érdekében a kórházi megoszlások eredményeit skálán (hisztogramokon) is bemutatom. A kialakult skálák terjedelme és varianciája az egyes esetekben igen eltérő, ezért ahol nem dummy (0/1) változóról van szó, azokban az esetekben a kialakított skálákat 0-1 skálára transzformáltam a jobb

összehasonlíthatóság érdekében; egyszerű additív transzformációt használva. Ez a hét kérdés az alábbi: TÉ protokoll (12.), középvezetői felkészítettség (16.), teljesítmény típusok (29.), TÉ technikák (30.), TÉ résztvevők (31.), visszajelzés az értékelésről (34.), valamint a reflexiók megfogalmazása (35). A fenn nevezett hat kérdésnél (középvezetői felkészítettség kivételével) a változók esetében szakértői súlyozás is történt. Ahogy említettem, a kérdőív konceptualizálásába kórházi vezetőket és az üzleti életben dolgozó HR vezetőket vontam be, és az ő, valamint a saját vezetői tapasztalatom alapján történő rangsorolás átlagaként Guilford-féle súlyozással alakítottam ki a súlyszámokat. Az így kialakított skálákból alkottam meg a TÉR fejlettségét mérő skálát. A tényszerű eredményeket követően minden kérdéshez tartozik egy rövid értelmezés-elemzés.

4. Eredmények

A kérdőívet összesen 31 kórház küldte vissza, a válaszadási arány 34% volt, megállapítható, hogy az ellátási rend szerint a teljes populáció 1/4-ét lefedte. Figyelembe véve az állami szektorbeli intézmények, különösen a kórházak elérésének nehézségeit, elmondható, hogy ez a lefedettség hozzávetőlegesen teljes képet adhat az ágazatról, és a kórházak között ez a legnagyobb ismert minta Magyarországon. A különböző kérdések pontos válaszadási arányát külön tüntetem fel. A jelen fejezetben prezentált ábrák és táblázatok saját szerkesztésűek. Általánosságban megállapítható, hogy nem tapasztaltam alul vagy felül reprezentált intézményeket, nagyság, földrajzi helyzet, illetve ellátásban betöltött szerep szerint. A felmerült alcsoportok szerinti megoszlás kapcsán kijelenthető, hogy a viszonylag kis elemszám miatt statisztikailag értelmezhető eredményeket nem kaptam.

Az **EEM tevékenységek** helyzetéről a kapott adatok alapján elmondható, hogy 1 fő HR munkatársra eső gyógyító tevékenységet végzők száma, az azonos besorolású kórházaknál, azonos arányszámot mutat. A különböző típusú vezetői döntésekhez nyújtott HR osztály / munkatárs általi támogatás megoszlása alapján megállapítható, hogy a legtöbb esetben, vagyis 80 %-ban az emberi erőforrás stratégiaalkotás és tervezéshez nyújt segítséget a HR munkatárs, míg legkevésbé a teljesítményértékelés és –menedzsment alrendszerhez (45 %).

A főigazgató esetében két részre oszlik a döntéshozatali részvétel: egy markáns, 100%-os részvétellel az emberi erőforrás stratégiaalkotás és tervezés, a képzés és fejlesztés, valamint a kompenzáció és javadalmazás alrendszereknél; és egy másik, továbbra is hangsúlyos szerepben, de némiképp csökkent részvétellel a toborzás és kiválasztás, a munkaköri és kompetencia rendszerek és utolsóként a teljesítményértékelés és –menedzsment alrendszer esetében, vagyis legkevésbé aktív a teljesítményértékelésnél. A középvezetők esetében is megjelenik a két csoport; kis eltéréssel egyformán vesz részt a toborzás és kiválasztás, a teljesítményértékelés és –menedzsment, a munkaköri és kompetencia rendszerek, a képzés és fejlesztés alrendszerekben, majd csökkent mértékben az emberi erőforrás stratégiaalkotás és tervezés alrendszerben és jelentősen csökkent mértékben a kompenzáció és javadalmazás alrendszerben. A munkáltatói jogkör gyakorlója kérdés esetében megállapítást nyert, hogy az osztályos orvosok esetében nagy többségben a főigazgató, és jelentősen kisebb, kevesebb, mint egy harmad esetben az orvos igazgató a munkáltatói jogkör gyakorlója. A szakdolgozók esetében csökkent mértékben a főigazgató és az esetek kicsivel több, mint felében az ápolási igazgató tölti be azt a tisztséget. Nagyon minimális esetben az osztály-vezető főorvos és a közép-vezető. Továbbá a kapott eredményeket elemezve arra a következtetésre juthatunk, hogy többes foglalkoztatás történik. Ismereteim szerint ez nem lehetséges. A kérdőív kitöltése során félreértés keletkezhetett az osztályos orvos és osztályvezető orvos foglalkoztatása kapcsán, miszerint utóbbinak rendszerint az orvos igazgató, míg előbbinek, osztályos orvos esetén az osztályvezető a munkáltatói jogkör gyakorlója. A felső vezetés és a HR kapcsolatáról az alábbi megállapításokat tehetjük: a HR leginkább döntés-előkészítő szerepben van. Ezt követi a végrehajtói és a partneri szerep. A HR konszenzusteremtő kapcsolata kevésbé jellemző, és legkevésbé jellemző az, hogy a HR és a felső vezetés között csak formális kapcsolat van. A magyar kórházi HR működés és a közszolgálati vizsgálatban szereplő három hivatásrend esetében található közös gyakorlat, valamint feltűnő működésbeli eltérés nem tapasztalható.

A TM és a TÉR jellemzői

A teljesítmény méréséről a vizsgált kórházak több mint felében, az értékeléséről harmadában nincs protokoll. Elmondható, hogy leginkább a teljesítmény értékeléséről rendelkező protokoll van használatban; összevonva a rendszeres aktualizálás és annak mentén történő értékelés 17 esetben történik, ugyanez a mérés kapcsán csak 10 esetben. A teljesítményértékelésről rendelkező protokoll karbantartása vonatkozásában, az esetek közel harmadában azt a választ kaptuk, hogy nincs is ilyen jellegű protokoll. Közel azonos mértékben történik a protokoll alkalmankénti (36%) és a rendszeres (29%) karbantartása. Az esetek felében nem létezik a teljesítményértékelésre vonatkozó képzési terv, illetve 14%-ban nincs aktualizálva. A kórházak ötödében pedig van, használják és aktualizálják azt. A válaszadók közel felénél megtörténik a középvezetők felkészítése az értékelésre, ugyanakkor közel 30 %-ban egyáltalán nem. De jelentős számban csak *néha* történik meg ez a felkészítés.

A kapott adatok alapján elmondható, hogy a kórházak jelentős részében (63%) történt valamilyen típusú teljesítményértékelés. Ez a teljesítményértékelés leginkább egyéni típusú volt, nagyon kis mértékben 360 fokos értékelés. Ugyanakkor 15%-ban nem történt TÉ. Hangsúlyos a *minősítés* használata is. A kutatás eredményeiből kiolvasható, hogy a vizsgált intézményekben *elsősorban stratégiai teljesítménymenedzsment cél* mentén történő teljesítményértékelési gyakorlat a jellemző, de hangsúlyos a fejlesztési TM cél mentén való teljesítményértékelési gyakorlat is. A legkevésbé használatos a kompenzációs TM cél. Ez összecseng azzal a ténnyel, hogy Magyarországon – a vizsgálat időpontjában – a kórházi dolgozók jelentős része közalkalmazotti jogviszonyban volt foglalkoztatva. Erre a jogviszonyra jellemző a közalkalmazotti bértábla, amely meghatározza a munkavállalók járandóságát, bérét.

Értékelve a kérdőívekből kiolvasható tényeket a következő összefoglaló megállapítások fogalmazhatóak meg:

- A munkateljesítmény megítélésekor elsősorban a munkavállalók munkájának közvetlen eredményeit mérik, azonban kifejezetten hangsúlyos munkateljesítmény értékelési típus mindemellett a munkavállaló munkakultúrája, valamint a munkavállaló képzettsége. Ez a három típus – az eredmény, a munkakultúra és a képzettség – meghatározó az értékelés során.

Figyelemre méltó továbbá, hogy a munkateljesítmény megítélésekor kiemelten mérik, értékelik a munkavállalók kommunikációját, valamint a dolgozó általános tulajdonságait, kompetenciáit és egyes jól megragadott magatartástípusait, attitűdjét a munkához. Ehhez megközelítőleg hasonló mértékben értékelik még a munkavállalók egyes jól megragadott magatartástípusait, attitűdjét a munkatársakhoz. Kevésbé tartják fontosnak a munkavállalók hiányzását és a munkakörön kívüli egyéb feladatait.

- A teljesítményértékelési technikák során leginkább az osztályozó skálákat, továbbá a kötetlen formájú jelentést (esszé), szöveges értékelést használják. Számottevő mértékben (az esszé módszerével megegyező mértékben) alkalmazzák az informális visszajelzést is. Jellemzően nem használják a magatartás-megfigyelő skálát (MMS), a magatartásformákkal jellemzett osztályozó skálát (MJS) és a megegyezéssel eredménycélokkal történő vezetést (MbO). Ez érthető ugyanakkor annak a tükrében, hogy e skálák kifejlesztése drága és időigényes, valamint hogy a vizsgálatban résztvevő intézmények a munkavállalók munkájának közvetlen eredményeire, képzettségére helyezik a hangsúlyt. A munkanorma módszere pedig inkább a termelés, gyártás világában jelentős. Éppen emiatt érthető és elfogadható ezen technikák mellőzése.
- Az értékelésben vezető szerepe az értékelt közvetlen munkahelyi vezetőjének, felettesének van – a szakirodalmi ajánlásoknak megfelelően. Lényeges résztvevője az értékelésnek azonkívül az értékelt munkáltatója, illetve saját maga. Megállapítható, hogy nem elterjedt a viszonylag sok szereplős értékelési gyakorlat.
- Az értékelés formai kereteire vonatkozóan, az esetek közelítőleg a felében, mind írásban, mind szóban történik az értékelés. Jelentős a csak írásban történő értékelés is, de a szóban, vagyis interjú keretében történő értékelés csak egy esetben történik. Ugyanakkor jelentős mértékben *egyéb* formában történik az értékelés.
- Az értékelésről a munkavállaló az esetek felében írásban és szóban is kap visszajelzést. Nem elhanyagolható mértékben ugyanakkor semmilyen formában sem kap visszajelzést a dolgozó. A munkavállalónak többségében van

lehetősége reflexiók megfogalmazására az értékelése kapcsán, és azokat valamelyest figyelembe veszik.

- Az értékelések többségében évente történnek, de előfordult félévente történő értékelés is. Ellenben az esetek negyedében az évenkénti értékelésnél ritkábban zajlanak az értékelések.

A Cleveland és mtsai teljesítményértékelés céljairól szóló vizsgálat elemzése során az alábbi megállapításokat tehetjük: az állami fenntartású egészségügyi intézmények is használnak – az elsősorban a profit orientált cégekre jellemző – teljesítményértékelést, az ágazatra jellemző céllal; a fizetési döntések és más munkakörbe való átirányítás, mint teljesítményértékelési cél, nem megvalósítható az egészségügyben, mert a fizetés jogszabályban rögzített, a különböző munkakörök betöltése pedig kompetenciákhoz kötött. Mérik és a kapott eredményeket – különböző mértékben ugyan, de – használják az alábbi céllal: visszajelzés a teljesítményről, próbaidő utáni megtartás/elbocsátás és az erősségek és gyengeségek beazonosítása. Az egyének közötti összehasonlítások és az egyéni szintű célok két alcsoport használata jelentős az egészségügyben.

A felső vezető véleménye szerint, a teljesítménymenedzsment tevékenységek – különböző mértékben – részei az emberi erőforrás menedzsmentnek. A felső vezetők többségében értékelik a középvezetők teljesítményét, ugyanakkor elmondható, hogy a kórházak egy jelentős részében nem elterjedt gyakorlat. Azonban némiképp elgondolkodtató, hogy 100%-osan szükségesnek tartják a ténylegesen működtetett egyéni és csoportos szintű TÉ-t. Jóval kevésbé tartják szükségesnek a 360 fokos értékelést. Kifejezetten fontosnak tartják, hogy az intézményben minden szervezeti szint kapjon visszajelzést teljesítményéről. A különböző munkateljesítmény típusai kapcsán megállapítható, hogy az összes felsorolt típust hangsúlyosabb kellene értékeln. Mindazonáltal határozottabban jelenik meg az, hogy a második legfontosabb munkateljesítmény típusnak a dolgozó munkájának közvetlen eredményét, emellett kiemelkedően – még ha százalékos értékben való eltérés alapján is – de leginkább a munkavállalók kommunikációját tartják. A szubjektív vélekedés alapján is, kevésbé

tartják fontos értékelési kritériumnak a munkavállalók hiányzását és a munkakörön kívüli egyéb feladatait.

A kapott adatok alapján kijelenthető, hogy a **betegelégedettségi vizsgálatok** a kórházi működés szerves részei. Az esetek felében évente történik a betegelégedettség mérése, egy jelentős részben negyedévente, de ugyanilyen mértékben zajlik ritkábban is. Az intézmények nagy többségében van és rendszeresen karbantartott, működő minőségirányítási rendszer, ellenben előfordul olyan kórház, ahol nincs MIR.

Ugyanakkor megállapítható, hogy a betegek általi teljesítményértékelés nem számottevő mértékű a magyar kórházakban – a teljesítményértékelést végző résztvevő intézmények 3%-nál működött. Ez a tény párhuzamba állítható a már említett Közszolgálati Humántükör 2013 vizsgálatban kapott eredménnyel, miszerint a három hivatásrend esetében sem működik a 360 fokos értékelés.

Említettem, hogy kialakítottam két skálát, a TÉR fejlettségét mérő skálát és a munkavállaló részvétele a dolgozói teljesítményértékelésben skálát. A fejlettség mérő skála alapján közepesen fejlettek a magyar kórházi rendszerek, amelyekről megállapítható, hogy egy ideális világban lehetnének fejlettebbek. Ugyanakkor kijelenthető, hogy a Bevezetésben ismertetett ágazati körülményeket figyelembe véve, megfelelőnek tűnnek eme rendszerek. A dolgozói részvételére azonban mérsékelt partnerség jellemző. Ez egy jó kezdet, itt azonban van még mit fejlődni, érdemes lenne a munkavállalókat jobban bevonni a TÉR-be. Az értékelési trendszerke felülvizsgálatába a dolgozókat nem célszerű kihagyni.

A kapott eredményeket összehasonlítva a hipotézisekkel, az alábbi észrevételeket tehetjük:

- 1. Bebizonyosodott**, hogy valóban a stratégiai teljesítménymenedzsment cél mentén történik elsősorban a teljesítményértékelési gyakorlat, továbbá **igazolt**, miszerint a teljesítménymenedzsment célok közül legkevésbé a munkavállaló felé támasztott elvárások teljesülésének jutalommal való kompenzálása fordul elő.

2. Bár a jogszabályi követelményeknek való megfelelés valóban hangsúlyos teljesítményértékelési rendszerrel kapcsolatos elvárás, ám nem elsődleges cél, emiatt **nem igazolt hipotézis**. A kapott kutatási eredményben a teljesítményről adott visszajelzés volt az elsődleges cél, vagyis nem jellemző a jutalmazási céllal történő teljesítményértékelési gyakorlat. Alapvetően a teljesítményről adott visszajelzés lehet bármely TÉR célja, emiatt nem állítottam fel erre hipotézist. A feltárt tények alapján a próbaidő utáni megtartás/elbocsátás és az erősségek és gyengeségek beazonosítása a TÉ célja. Örvedetes tény, hogy érdemi teljesítményértékelést tűznek ki célul a kórházak, nemcsak előírásoknak való megfelelést.
3. A különböző teljesítményinformáció típusok közül **bizonyítottan** az eredményt tekintik elsődleges forrásnak. Mindazonáltal a munkavállaló munkakultúrája és képzettsége kimagaslóan fontos teljesítmény típus.
4. **Igazolt**, hogy kevés teljesítményértékelési technikát, mérési módszert használnak. Az osztályozó skálák és az esszé használata az elsődleges. Ezek mellett az informális visszajelzés gyakorlata is jelentőségteljes.

5. Következtetések

A kutatás alapvető célkitűzése, azaz a magyar kórházi dolgozói teljesítményértékelést feltérképező empirikus vizsgálata, sikeresen megvalósult.

A kapott eredmények arra engednek következtetni, hogy normál fejlettségű **HR alrendszerek** működnek. Némely alrendszer, folyamat között szorosabb kapcsolat, kommunikáció figyelhető meg. A toborzás-kiválasztás (emberi erőforrás áramlás), illetve a képzés-fejlesztés alrendszer és a teljesítmény menedzsment között közelebbi interakció figyelhető meg. A TM alrendszer vizsgálata során megállapítást nyert, hogy a főigazgató és a többi felső vezető, valamint a HR osztály mellett a középvezetők is részt vesznek a TM alrendszer működtetésében. Az EEM szerepeknek megfelelően, a HR a toborzás-kiválasztásban hangsúlyos szereplő; vélhetően ő állítja össze például új dolgozó felvételére irányuló pályázati kiírást; segít a pályáztatás lebonyolításában. A közép vezető is aktív részese ennek a folyamatnak, valószínűsíthetően a dolgozó kiválasztásában van hangsúlyosabb szerepe, továbbá a munkaköri leírások frissítésében, aktualizálásában. A kórház működési stratégiájának, ezzel együtt az emberi erőforrás

stratégiaalkotás és tervezés kialakításának fő résztvevője, irányítója a főigazgató. Ráadásul személyében felelőse is a kórház megfelelő működésének. A kompenzációjavadalmazás is a felső vezetők hatásköre. Az ágazat specialitása miatt, itt kevésbé a bér jellegű kompenzációra gondolhatunk, hiszen jogszabály rögzíti a béreket. Ugyanakkor bármilyen továbbképzési támogatás, akár pénzbeli támogatással, való munkából való engedélyezett távolléttel, kompenzációnak felel meg. A középvezetőnek kevés ráhatása lehet a dolgozói bérekre, ez meg is jelenik a kapott adatokban. Ezek kapcsán megállapítható, hogy centralizált döntéshozatal jellemző a magyar kórházakra.

A felső vezetés kijelöli az irányt, eldönti, hogy mely teljesítménymenedzsment cél mentén történik, történjen a teljesítményértékelés (fejlesztés vs. jutalmazás), illetve kiválasztja a TÉ formai kereteit. Magának a dolgozónak az értékelésében viszont már kisebb mértékben jelenik meg. Ez nem is lehet elvárás egy nagyobb intézmény esetében. A HR segít(het) ebben a folyamatban, gondolhatunk itt az adminisztratív teendőkre, a TÉ eredményeinek a személyi anyagokhoz való rögzítésére, vagy magának a TÉ előkészítésére, lebonyolítására.

A szakirodalomban megfogalmazott ajánlások alapján a kutatásból kirajzolódó **teljesítmény mérési és értékelési gyakorlat** megfelelő színvonalúnak tekinthető. Az értékelések rendszeresen, formalizáltan és dokumentáltan történnek, amelyekben maguk az értékeltek is részt vesznek és a véleményüket jelentősnek tartják. Ez elengedhetetlen a fejlesztési TM cél mentén történő értékeléseknél, főleg ha a fejlesztések a munkavállalókra, illetve teljesítményükre irányulnak.

A teljesítményértékeléshez köthető protokoll kérdések kapcsán megállapítható, hogy a kórházak több mint negyedében rendszeres annak felülvizsgálata, vagyis fontosnak tartják, használják a TÉR-t. Noha az alkalmankénti karbantartás is jelentős mértékű, ugyanakkor elgondolkodtató, hogy az értékelési rendszer felülvizsgálata szerényebb mértékben valósul meg. Az esetek negyedében nincs a TÉ-ről rendelkező protokoll, ez vélhetően összekapcsolható azzal a ténnyel, hogy a vizsgált intézmények 16%-ban nem történt teljesítményértékelés.

Előremutató intézményi gyakorlat, hogy a TÉR kidolgozásába a **munkavállalókat** bevonták, ugyanakkor elgondolkodtató, hogy a rendszer továbbfejlesztésében már nincsenek benne a dolgozók. Némi ellentmondás fedezhető

fel, mert ellenben az értékelt osztályos munkatársát bevonják az felülvizsgálatba, de magát az egyént nem. Javaslatként merülhet fel az értékelt munkavállalók bevonása az értékelési rendszer felülvizsgálatába, hiszen bizonyosan rendelkeznek tapasztalattal – akár pozitív, akár negatív – magáról az értékelési folyamatról. Egy hatékony működő TÉR-hez nélkülözhetetlen, hogy egyértelmű legyen, a kívánt TM célokra megfelelően történik-e az értékelés; alkalmas-e a rendszer a dolgozó teljesítményének a mérésére. A kutatási előzmények részénél említésre került egy dolgozói TÉ elvégzése a Nagykőrösi Szakkórházban. Az értékelések lezárása után, egy sokkal rövidebb, visszajelző felmérés is történt, melynek az volt a célja, hogy megvizsgálja milyenek találták a dolgozók az értékelés folyamatát és természetesen mennyire értettek egyet a vezetői értékelés eredményével.

A dolgozói elégedettség mérésre úgy tekintünk, mint a dolgozói elkötelezettség egyik lényeges alkotóelemére. Fontos, hogy a munkavállalónak legyen lehetősége formális keretek között is kifejezni véleményét, megfogalmaznia javaslatait. Emiatt tartottam fontosnak megvizsgálni ezt a kérdést. A magyar kórházi gyakorlatban egészen kicsi %-ban nem használják a dolgozói elégedettség mérést, viszont több mint felében, figyelemre méltónak tekinthető a mérési gyakorlat, hiszen a kapott eredményeket – különböző mértékben ugyan – de felhasználják. Ehhez kapcsolódóan, az évenkénti dolgozói elégedettség mérés, amely a kórházak kicsivel több, mint felében valósul meg, megfelelőnek tekinthető. Ugyanakkor jelentős mértékben, az évenkéntinél ritkábban történik ez a mérés, ami felvet bizonyos kérdéseket. Ha történt egy esemény, amit megosztana a munkavállaló, de időben jóval távolabbra esik annak lehetősége, akkor annál kevésbé valószínű, hogy a dolgozó elmondja, megosztja majd észrevételeit az esetről. Megfontolandó az évenkénti TÉ és a dolgozói elégedettség mérés összekapcsolása; egymáshoz közeli időpontban.

Az értékelési rendszer résztvevőinek elemzése során megállapítást nyert, hogy első helyen az értékelt munkahelyi vezetője áll, ami a szakirodalmi ajánlásoknak megfelel. Utána következik az értékelt munkáltatója, majd egészen kicsi különbséggel az önértékelés. Ez a három közreműködő jelentős, aktív résztvevője az értékelésnek. Az értékelt maga, vagyis az önértékelés is jelentős eleme a TÉR-nek. Azért lényeges, hogy a dolgozót bevonják a teljesítmény tervezésébe – a már említésre került teljesítménymenedzsment ciklus része – mert Gyökér és Krajcsák (2009) meglátása

szerint, a célkitűzés és a munkatervezés alapvetően befolyásolja a dolgozói elégedettséget. Ezt támasztja alá Njeri és Nasieku (2018) kórházi dolgozók körében végzett kutatásukra hivatkozva, hogy az emberi erőforrás tervezés pozitívan befolyásolja a teljesítményt. Ehhez kapcsolódóan öröndetes a tény, hogy nagy többségében kap valamilyen formában visszajelzést az értékelésről a munkavállaló, kiemelkedően írásos formában, ami komoly szándékot feltételez a munkáltató oldaláról is. Lényeges része az értékeléseknek, hogy a dolgozónak van lehetősége reflexiókat megfogalmaznia az értékelése kapcsán, valamint az esetek közel három negyedében gyakorta figyelembe is veszik azokat. A szervezeti kultúra befolyásolja a dolgozói elkötelezettséget (Krajcsák 2018) éppen emiatt meghatározó, hogy a szervezeti kultúrában van-e lehetősége általánosan észrevételeket tennie a munkavállalóknak. Egy nyugodt, konstruktív munkahelyi légkör elősegítheti a nyílt kommunikációt a munkáltató és a munkavállaló között. Ez a kommunikáció hozzájárulhat nemcsak a teljesítmény definiálásához, az elvárások tisztázásához, de a dolgozói elégedettség növeléséhez is.

Megállapítást nyert, hogy ahol van dolgozói elégedettség mérés, ott van lehetősége reflexiók megfogalmazására az értékeltnek. Ezek alapján megállapítható, hogy a munkavállaló aktív részese a magyar teljesítményértékelési rendszereknek, bevonják az értékelésbe, a meglátásaikat figyelembe veszik. Nem kimagaslóan ugyan, de partnernek tekintik a dolgozót a munkájáról szóló értékelésbe (Sárga és Kása 2021). Izgalmas elemzésekre adhat módot annak a kérdésnek a vizsgálata, hogy melyek azok a tényezők, amelyek lényegesen befolyásolják az egyéni teljesítményt, jóllehet az egyénnek azokra nincs befolyása.

A munkateljesítmény megítélésekor a munkavállalók munkájának közvetlen eredményeit fontosnak tartják, mérik és a kapott eredményeket használják; a teljesítményértékelési rendszerek tehát leginkább eredmény, munkakultúra és képzettség megközelítésűek. A kutatásból nem derül ki, hogy a képzettséget, mint munkateljesítmény típust, pontosan hogyan definiálják az intézmények. A munkavállaló alap képzettségére, végzettségére, vagy esetleg az alapvégzettségen túli, a későbbiekben megszerzett, illetve megszerzhető továbbképzésekre utal.

Vizsgálatunkban csekély esetben használták a 360 fokos értékelést, amely magába foglalja a betegek általi értékelést. A betegektől kapott információk érkezhettek

betegelégedettségi vizsgálatokon keresztül is, amelyek jelentőséggel bírhatnak egy munkavállaló értékelése során. A betegelégedettségi vizsgálat a kórházi működés szerves része. Ugyanakkor annak gyakorisága már kérdéseket vet fel. Az esetek felében évente, közel 20%-ban pedig ritkábban történik. Feltételezhető, hogy ez kampányszerű, nem pedig folyamatos elégedettség mérés. Ismert olyan kórházi gyakorlat is, ahol az intézménybe érkező valamennyi beteg a felvételkor megkapja a betegelégedettség mérésére szolgáló formanyomtatványt és a kezelés során bármikor – javasolt a végén – elhelyezheti az erre a célra rendszeresített dobozba. Ezen vélemények feldolgozása, rendszerezése negyedévente történik. A kapott eredmények – osztályokra lebontva – megjelennek a kórház belső levelezési rendszerében, továbbá eljuttatják az osztályok vezetőinek. A negyedévenkénti betegelégedettség mérés a vizsgált szervezetek közel 20%-ában jelenik meg.

A dolgozó teljesítményéről a fentebb említett munkahelyi vezetőjén és saját magán kívül, viszonylag pontos képet kaphatunk a munkatársak általi értékelésből is. Az azonos végzettséggel és az azonos munkakörben dolgozó kollégáknak is megfelelő rálátásuk lehet az értékelt munkateljesítményére, főleg, ha az adott osztályon, részlegben viszonylag sok munkavállaló dolgozik és/vagy a munkahelyi vezető távol helyezkedik el. A munkatársak általi értékelés ugyanakkor alapos kidolgozást és felkészítést igényel, valamint szükséges, hogy a szervezeti kultúra megfelelő légkört tudjon biztosítani az ilyen típusú értékeléshez. Azonban a gondos előkészítés ellenére ezek az értékelések az emberi tényezők miatt bizonyos – az elfogultságból adódó – torzításokat tartalmazhatnak, amelyeket az egész értékelés folyamata során kellő körültekintéssel kell figyelembe venni.

Megjegyzés a 2020. évi C. törvény az egészségügyi szolgálati jogviszony kapcsán

A doktori tanulmányaim és egyben a doktori értekezésem elsődleges célja volt, hogy egy átfogó, leíró képet adjak a magyar állami fenntartású kórházakban folyó dolgozói teljesítményértékelési rendszerekről, ezért a disszertáció benyújtásakor hatályos 2020. évi C. törvény kapcsán az alábbi észrevételeket szükséges megtennem. Az egészségügyi dolgozók közalkalmazotti státusza megszűnt és egészségügyi szolgálati jogviszonnyá alakult át. E törvény ténylegesen 2021.03.01-től lépett hatályba.

Az Eszjt. 7.§-a rendelkezik a minősítésről: „az egészségügyi szolgáltatások minőségének biztosítása érdekében az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy munkateljesítményét a munkáltató írásban értékeli (minősítés)”. A Kjt. 40.§-a is előírta a minősítést (erre a minősítésre kérdeztem rá a kérdőív 24. és 25. kérdésében, és vélhetően emiatt hangsúlyos a minősítés; lásd 6. ábra), és ezt a szolgálati jogviszonyról szóló törvény hangsúlyozza. Ezek alapján a munkáltató évente legalább egyszer elvégzi a – törvény megfogalmazásában a *minősítést* – és ez „alapján az egészségügyi szolgálati jogviszonyban álló személy illetménye az adott fizetési fokozathoz tartozó összeghez képest legfeljebb 20%-kal növelhető.” Ennek a minősítésnek a részletes szabályait az 528/2020. (XI. 28.) Korm. rendelet 30.§-34.§. szabályozza.

Limitációk és jövőbeli kutatások

A dolgozói teljesítményértékelés teljes körű elemzéséhez mindenféleképpen szükséges magának a dolgozónak a bevonása is a vizsgálatba. Ahogyan ezt történt a közszolgálatokat érintő vizsgálat esetében. Érdekes vizsgálati kérdés lehet továbbá, hogy a felső vezetői – a teljesítménnyel kapcsolatos – elvárásokat a középvezetők mennyire tudják lecsatornázni a munkavállalókhöz. A szakirodalmi részben tárgyalt értékelési hibák, torzítások, nem tudatos mechanizmusok elemzése is jelentőségteljes.

Szükséges magának a dolgozói elégedettség mérés gyakorlatának a tanulmányozása is. Érdekes lehet mélyebbre menni; hogyan épül fel, mit tartalmaz a dolgozói elégedettség mérés. Milyen mértékben és hogyan használják fel a kapott információt a vezetők.

Jelen kutatás limitációjához tartozik továbbá, hogy bár magasnak tekinthető azon kórházak száma, ahol használják a TÉR-t, azonban a valós eredmény ennél gyengébb lehet a kérdőívet ki nem töltők magas száma miatt. Feltételezhetően inkább azok nem töltötték ki és küldték vissza a kérdőívet, akik nem használnak teljesítményértékelést kórházukban.

6. Saját publikációk jegyzéke

Az értekezéshez kapcsolódó közlemények:

- **Sárga NZ**, Kása R. Moderately developed employee performance appraisal systems in Hungarian hospitals. *Journal of East European Management Studies*. (<https://doi.org/10.5771/0949-6181-2023-1>) 28: 1. 2023: 72-93.
- Bakacsi Gy, **Sárga NZ**, Kása R. A betegek szerepe a magyar kórházi dolgozói teljesítményértékelési rendszerekben. *IME*, 21(2), 2022: 37-42. (<https://doi.org/10.53020/IME-2022-205>)
- **Sárga NZ**, Kása R. The Role of the Employee in Hungarian Hospital Performance Appraisal Systems. *European Journal of Mental Health*. Vol 16 Issue 2; (<https://doi.org/10.5708/EJMH.16.2021.2.11>). 2021: 210-225.
- **Sárga NZ**. A hatékony dolgozói teljesítményértékelési rendszerek. *Nővér*, 2019; 32 (1): 1–44.
- **Sárga NZ**. Eredmény megközelítésű dolgozói teljesítményértékelési rendszerek a Dél-Alföldi Térség kórházaiban. *PEME XIV*. PhD. – Konferencia. Elektronikus könyv. ISBN:978-615-5709-01-2. 2017: 126-136.
- **Sárga NZ**. Teljesítményértékelés a Nagykőrösi Rehabilitációs Szakkórház és Rendelőintézet Központi Fizioterápiás Osztályán. *IME Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*. XV. Évf. 8. Szám. 2016: 11-14.

Az értekezés témájától független közlemények:

- **Sárga NZ**, Kiss S. Adatvédelmi nehézségek a logopédiai terápiák során. *Rehabilitáció*. 32. évfolyam 3. szám p. ISSN 0866-479X. Absztrakt. 2022: 92.
- Mohay A, **Sárga NZ**, Gönczi V. Belgyógyászati betegségekkel küzdők rehabilitációja. *Rehabilitáció*. 29. évfolyam 2-3 szám, október. ISSN 0866-479X. Absztrakt. 2019: 79.
- Török P, **Sárga NZ**. Közösségi Kapcsolatok. Változó és fenntartható közösségek. *Szociálpolitikai Szemle*. 4. 3-4 : 105-145. ISSN 2416-1357. 2018: 105-145.
- Barnai M, Domján A, Varga J, Somfay A, Jeney K, **Sárga N**, Verebély B, Horváth Gy. Az állóképesség fejleszthetősége nyolcvan éves korban [The exercise capacity of the 80 age-old people]. *Acta Sana: Mens Sana In Corpore Sano* 1 : 1 2006: 26-33, 8.