

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Kiss Norbert

A hálózati teljesítmény javítása az egészségügyi rendszerben: a magyar egészségügyi szolgáltatások hálózati megközelítésű elemzése

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Bodnár Viktória, Ph.D
egyetemi docens

Budapest, 2014

**Vezetéstudományi Intézet
Vezetés és Kontroll Tanszék**

TÉZISGYŰJTEMÉNY

Kiss Norbert

**Hálózati teljesítmény javítása az egészségügyi rendszerben: a magyar
egészségügyi szolgáltatások hálózati megközelítésű elemzése**

című Ph.D. értekezéséhez

Témavezető:

Bodnár Viktória, Ph.D
egyetemi docens

© Kiss Norbert

Tartalomjegyzék

1.	Szakirodalmi áttekintés és kutatási célok	1
1.1	A téma relevanciája	1
1.2	Az elméleti háttér áttekintése és a kutatási célok meghatározása	2
2.	A kutatás módszertana	5
3.	A kutatás eredményeinek összefoglalása.....	10
3.1	A regionális e-egészségügyi fejlesztések esete	10
3.2	Praxisközösségi modell kialakítása az alapellátásban	12
3.3	Elméleti következtetések.....	14
3.4	Tanulságok a közpolitikai szint számára	23
4.	Hivatkozások.....	25
5.	A témakörrel kapcsolatos saját publikációk.....	28

1. Szakirodalmi áttekintés és kutatási célok

1.1 A téma relevanciája

A közszolgáltatásokra alkalmazható 4E (economy, efficiency, effectiveness, equity – azaz gazdaságosság, hatékonyság, eredményesség, méltányosság) teljesítménymodell bizalommal mint ötödik elemmel kiegészített változata (Bouckaert–Halligan, 2008) azt mutatja, hogy a teljesítmény „szélessége” (span of performance) különbözőképpen, de mégis integrált módon mérhető mikro-, mezo- és makroszinteken. A „teljesítménykormányzás” („Performance Governance”) ideáltípusa – a „teljesítményadminisztráció” (“Performance Administration”), a „teljesítmények menedzsmentje” (“Managements of Performances”) és a teljesítménymenedzsment (“Performance Management”) modellek utódjaként – a társadalmi érintettek széles körére épít, beleértve a hálózatokat is. A kérdés, amely azt vizsgálja, hogy a hálózatok milyen módon illeszkednek a modellbe, illetve hogyan kapcsolódnak össze a mikro-, mezo- és makroszintek, komoly kutatási jelentőséggel bír.

A közszféra hálózatainak vizsgálata körülbelül egy évtizede vált a közigazgatás és a közszolgálati menedzsment területén végzett kutatások fontos irányzatává. A kulcsfogalmak és alapvető definíciók egyre szélesebb körben bírnak egységes értelmezéssel (O’Toole, 1997; Berry et al., 2004; Turrini et al., 2009; Isett et al., 2011; Provan–Lemair, 2012), de – elsősorban a kérdéskör komplexitásából adódóan – számos további kutatási, koncepcióalkotási feladat adódik még. A szakirodalomban egy ideje már elkülönül a közpolitikai (vagy közpolitika-alkotó) hálózatok, valamint a közpolitikát végrehajtó (szolgáltatásnyújtó) hálózatok vizsgálata (több esetben kiegészülve az irányító hálózatok témakörével, például Lecy et al., 2014). Mindhárom terület saját kutatási irányokkal és megközelítésekkel rendelkezik (Berry et al., 2004).

Számos szerző megállapította, hogy szükség lenne olyan típusú kutatásra, amely összekapcsolja a közpolitikai és a szolgáltatásnyújtó hálózatok kutatási hagyományait; Rethemeyer és Hatmaker (2007, p.641) például azt emelte ki, hogy “a további kutatás során a közpolitikai hálózatok és a szolgáltatásnyújtó hálózatok összekapcsolására érdemes koncentrálni [...]”. Ez a két szint szorosan összefügg, ezért fontos, hogy az egymásra hatás mechanizmusait definiáljuk. Isett et al. (2011) álláspontja szerint a közszférában működő hálózatok tanulmányozásának eredményei nem általánosíthatóak könnyen, mivel azok az adott szakpolitikai területre, országra, kultúrára jellemző egyedi tulajdonságokkal bírnak. Benson (1975) hálózati jellemzőkre vonatkozó modelljét Hudson (2004) fejlesztette tovább, aki azzal a megállapítással fejezte be cikkét, hogy “most arra van szükség, hogy a modell keretrendszerét specifikus problémákra és környezeti tényezőkre alkalmazva vizsgálják tovább.” (ibid., p.92) Provan és Lemaire (2012, p.646) szintén azt javasolja,

hogy a további kutatás kívánatos iránya volna “különböző környezetben kialakult hálózatok összehasonlítása, elsősorban azokra a kulcsfontosságú különbségekre koncentrálni, azonosítva az irányításra, feladatra, szektorra vagy kialakításra jellemző különbségeket”.

Az egészségügyi ellátóhálózatokat hálózati elemzői szemszögből vizsgáló kutatás nagyon ritka. Van példa elemzésekre a brit klinikai hálózatokról (például, Addicott et al., 2007), az egyesült államokbeli integrációs formákról (például Strandberg-Larsen–Krasnik, 2009) vagy a svéd helyi egészségügyi ellátásról (Ahgren–Axelsson, 2005). A kooperáció, együttműködés, hálózatépítés témaköre az egészségügyi menedzsment szakirodalmában az integrált ellátás címszava alatt jelennek meg (erről áttekintést ad például Lyngsø et al., 2014), de a közigazgatási és közszolgálati menedzsment irodalmában megjelenő hálózati kutatási előzmények és eredmények figyelembe vétele nélkül. Az integrált ellátásra vonatkozó szakirodalomban tanulmányozott koordinációs mechanizmusok elsősorban „a beutalásokra, irányelvekre, ellátási láncolatokra, egészségügyi információs technológiai rendszerekre, hálózati menedzserekre és közös (pooled) erőforrásokra” (Lyngsø et al., 2014, p.4) koncentrálnak, a hálózatra főképpen a piaci (beutalások) és hierarchikus (közössé tett erőforrások) közötti koordinációs mechanizmusként tekintve.

A téma kutatásának relevanciáját tovább erősíti, hogy az egészségügyi ellátórendszer szervezése különösen problematikus Magyarországon. Annak ellenére, hogy egyes szolgáltatók technikai hatékonysága javult (Dózsa, 2010), és hogy az egészségügyi kiadások (elsősorban közkiadások) GDP-hez viszonyított arány alacsony (Orosz, 2013), azaz összességében a magyar egészségügyi rendszer viszonylag olcsónak mondható, a rendszerszintű hatékonyság alacsony. Mind a várható élettartam, mind pedig az egészséges életévek száma alacsonyabb, mint elvárható lenne az egy főre jutó, vásárlóerő-paritáson számított egészségügyi kiadások nemzetközi összehasonlítása alapján. Ez azt jelenti, hogy más országok „több egészséget” képesek létrehozni ugyanannyi pénzügyi erőforrás felhasználásával (OECD, 2011 és 2012). Az egészségügyi rendszer töredezett és számos diszfunkcióval terhelt (Sinkó, 2009), ezért a magyar egészségügyi ellátóhálózat jobb szervezése hozzájárulhat jobb rendszerszintű teljesítmény eléréséhez.

1.2 Az elméleti háttér áttekintése és a kutatási célok meghatározása

A disszertáció elméleti háttere két szakirodalmi témakörre épít. Elsőként a közszolgálati menedzsment és közszférabeli teljesítménymérés szakirodalma alapján foglalja össze a legújabb kutatások eredményeit, leginkább arra vonatkozóan, hogy a teljesítmény fogalma hogyan határozható meg a közszolgáltatások nyújtásának alacsonyabb szintjein, és különösen az egészségügyi szektorban. Másodsorban, a disszertáció a közszolgálati menedzsment hálózatos

megközelítését használja annak érdekében, hogy ebben az értelmezési keretben határozza meg az egészségügyi ellátók közötti kapcsolatokat, illetve elemezze azokat az a menedzsmenttényezőket, amelyek a teljesítmény javításához vezetnek. A disszertáció mindemellett épít az egészségügyi ellátásszervezés alapfogalmaira is, felhasználva az egészségügyi szakpolitika és egészségügyi menedzsment fogalomrendszerét, továbbá az egészségügyi szektorból származó számos példán keresztül mutatja be a két alapul szolgáló elméleti hátteret.

A kutatás középpontjában a fenti területek találkozási pontja áll. Az empirikus rész megközelítésében részben leíró (deskriptív), részben feltáró (exploratív) jellegű. Az irodalom áttekintése alapján megállapítható, hogy a meglévő elméleti megközelítések nem térnek ki annak vizsgálatára, hogy a hálózatok hogyan illeszkednek a közszféra teljesítménymodelljébe, vagy hogy az egészségpolitika hogyan viszonyul az egészségügyi szektorban található szervezeti hálózatokhoz. Az sem vizsgált kellő alaposággal, hogy a hálózatok hogyan használhatók „jobban” a teljesítmény javítására, hogyan mérhető ezeknek a hálózatoknak a teljesítménye, vagy legalábbis hogyan lehet olyan keretrendszert kialakítani, amely lehetővé teszi a hálózati szintre vonatkozó teljesítménymérés elemeinek azonosítását. A kutatás fő ambíciója az, hogy hozzájáruljon mind a közszféra teljesítménymenedzsmentjének, mind pedig a szolgáltatásnyújtó hálózatok elméletének fejlesztéséhez. A központi kutatási kérdés tehát széleskörű:

Hogyan érthetjük meg jobban a hálózatok szerepét az egészségügyi ellátórendszer szervezésében, és hogyan járulnak hozzá a hálózatok az egészségügy jobb teljesítményéhez?

A kutatás maga részben leíró, részben pedig feltáró jellegű volt. A kutatási kérdés megválaszolása érdekében a közszférabeli teljesítménymenedzsment-modellnek (4E+T, ahol a „T” a bizalommal való kiegészítést jelzi), valamint közszolgáltatási hálózatokra vonatkozó kutatások fogalmainak az alkalmazása történt meg egyes hazai egészségpolitikai beavatkozások vizsgálata során. Az empirikus kutatás nem épített előzetes hipotézisre, azonban a kutatási folyamatot az alábbi kérdések határozták meg:

- Milyen közpolitikai és programszintű célokat lehet azonosítani, amelyek a egészségpolitika végrehajtását irányítják?
- Milyen kapcsolat van a végrehajtás során alkalmazott teljesítménymérési logika és a közpolitikai elvárások között?
- Megjelennek-e a hálózatok és hálózati szintű teljesítménymérés indikátorai mezoszinten?

- Milyen típusú hálózatokat lehet azonosítani a beavatkozások implementálása során?
- Hogyan irányítják ezeket a hálózatokat?
- Milyen típusú hálózatmenedzsment stratégiákat lehet azonosítani?

A feltáró folyamat célja az volt, hogy hozzájáruljon azon elméletek és modellek pontosításához, amelyek a közszolgáltatások és szolgáltatásnyújtó hálózatok teljesítményét írják le. Mivel a kutatás a magyar egészségügyi ágazatot vizsgálta, a magyar egészségügy fejlesztésére vonatkozóan is szolgál tanulságokkal.

2. A kutatás módszertana

A kutatás az esettanulmány-készítés módszertanát használta. Az esettanulmányok készítése eredményes eszköz a kutatások feltáró és elméletépítő szakaszában (Eisenhardt, 1989). Yin (2009) megállapítása szerint az esettanulmány módszertan akkor alkalmazható, ha a kutatási terület kellően széleskörű és a vizsgált objektum kontextusa is fontos. Herranz (2010, p. 327) az esettanulmányokat szintén az egyik legelterjedtebb módszernek tartja a szervezeti hálózatok vizsgálatára.

Tekintettel a fő kutatási kérdésre, illetve a kutatás céljára, amely arra irányul, hogy minél többet tudjunk meg a közpolitika és a szolgáltatásnyújtó hálózat szintjein értelmezett teljesítményről, a vizsgálat alapegysége a közpolitikai beavatkozás. A közpolitikai beavatkozások számos formában megjelenhetnek, többek között szabályozási vagy költségvetési változásként, komplex vagy valamely területre célzott reformprogramként, vagy fejlesztési programként. Azok a konstrukciók (Eisenhardt, 1989) vagy elemzési szempontok (Yin, 2009), amelyeket az esetek leírására használok, előzetesen meghatározásra kerültek a teljesítménymenedzsment, illetve a hálózatokkal foglalkozó irodalom alapján; ezek listáját az 1. táblázat tartalmazza.

A kutatáshoz beágyazott, több esetre építő esettanulmányos módszertan (Yin, 2009) került kiválasztásra. Az elemzési szempontok egységes használata természetesen meghatározó fontosságú a több esetre építő elemzés esetében, így az empirikus kutatás során komoly figyelmet kapott az, hogy az egyes esetek struktúrája hasonló legyen – kismértékű eltérések ugyanakkor előfordulhatnak, amelyek az egyes közpolitikai beavatkozások speciális kontextusából következnek. Az esetekben vizsgált beágyazott egységek kétfélek: egyrészt a közpolitikai, hálózati és szervezeti szintek megkülönböztetésére került sor, másrészt pedig mindegyik vizsgált közpolitikai beavatkozás több szolgáltatásnyújtó hálózatot érintett. Az esetekben elsőként a beavatkozások teljesítményének mérésére használt megoldás került áttekintésre Bouckaert és Halligan (2008) munkájára építve, majd ezt követte a hálózatos működésmódra épülő elemzés. Az utóbbi elsősorban a Benson (1975, 1982) és Hudson (2004) által kialakított keretrendszerre épített, és korábban már tesztelésre került a magyar egészségügyi szektorban az irányított betegellátás szervezésére vonatkozó értékelés kapcsán (Dankó et al., 2005). Különböző típusú esetekről készült a két esettanulmány: eltér a hálózat típusa (közösségi szint, illetve regionális szint) és a beavatkozás célja (az alapellátás-beli szerepek átalakítása, illetve informatikai fejlesztések végrehajtása az együttműködés támogatására, elsősorban a szakellátásban).

	Konstrukciók / elemzési szempontok
Teljesítmény- menedzsment	Társadalmi szükségletek, közpolitikai és programszintű célkitűzések
	Makro, mezo és mikro szintek
	Input, output, kimenet (outcome), hatás (effect, impact), eredmények, bizalom
	Gazdaságosság, hatékonyság, eredményesség, méltányosság, bizalom szintje
	Mérés és indikátorok, integráció foka, koherencia
	„teljesítményadminisztráció”, „teljesítmények menedzsmentje”, teljesítménymenedzsment, teljesítménykormányzás
Hálózatok teljesítménye	Országos, regionális, megyei, kistérségi szint
	Hálózatok, hálózati tagság, hálózat határai, hálózati életciklus
	Kooperáció, együttműködés, integráció
	Formális, informális hálózatok
	Felülről létrehozott és önszerveződő hálózatok (mandated and emergent networks)
	Osztott hálózatirányítási modell, vezető hálózati tag által irányított hálózat, hálózatmenedzselő szervezet által irányított hálózat (shared governance, lead organisation, network administration organisation)
	A szolgáltatásnyújtó szint és közpolitikai szint közötti kapcsolat
	Ellátási területre és feladatokra vonatkozó konszenzus, ideológiai konszenzus, pozitív bizalmi helyzet, munkafolyamatok koordinációja (domain consensus, ideological consensus, positive evaluation, work coordination)
	Programkövetelmények teljesítése, társadalmi fontosság fenntartása, erőforrások folyamatos biztosítása, a szervezeti paradigma alkalmazása (fulfilment of program requirements, maintenance of social importance, resources flows, application/defence of the organisational paradigm)
	Együttműködő, fenyegető, manipulatív, tekintélyelvű stratégiák (cooperative, disruptive, manipulative, authoritative strategy)
Hálózatbővítés, szabályok alakítása, erőforrások mobilizálása, szintetizálás (activation/deactivation, framing, mobilising, synthetizing)	
Bürokratikus, vállalkozói vagy közösségorientált stratégia	

1. táblázat: Az esettanulmányok elkészítése során használt konstrukciók / elemzési szempontok

Az empirikus kutatás két esetet vizsgál a magyar egészségügyi szektorból. Az első eset egy regionális e-egészségügyi fejlesztési projektet mutat be. 2004 és 2008 között integrált, szervezetközi (szervezeteket összekötő) informatikai hálózatok kerültek kialakításra három magyarországi régióban, az európai strukturális alapokból finanszírozott programok keretében (HEFOP). Azon túl, hogy az informatikai hálózat önmagában is hálózatként funkcionál, az egészségügyi információs technológia az egészségügyi ellátás szempontjából is érdekes, mivel magában hordozza a lehetőséget a szervezetek közötti újszerű együttműködési módok kialakítására: “az IKT nem csak a szervezeti határok elhomályosításához járul hozzá, hanem a szervezetek közötti kooperációnak is új útjait teremti meg.” (West, 2005, idézi: Bouckaert–Halligan, 2008, p.184) Egy olyan eszköz, amely képes megváltoztatni azt, ahogyan a szolgáltatásnyújtó hálózatok tagjai egymáshoz kapcsolódnak, mindenképpen figyelmet érdemel. A regionális megvalósítás szintén érdekes az esetben: miközben az interkommunikabilitás alapvető fontosságú az IT-rendszerek működéséhez, a regionális szint megjelenése kutatásra érdemes jelenség. A projekt elemzésének a relevanciáját tovább növeli, hogy a magyarországi e-egészségügyi program folyamatos késésben

van a regionális projektek záró dátuma óta, és a rendszerbevezetéssel kapcsolatban akkor felvetett kérdések jelentős része ma is aktuálisnak számít.

Az eset feldolgozása alapvetően dokumentumelemzésre épít: a nyilvánosan elérhető kormányzati dokumentumok (tervek és beszámolók), illetve a projekttel és következményeivel foglalkozó folyóiratcikkek kerültek feldolgozásra. Mivel a projektek már több évvel ezelőtt lezárultak, és a megvalósítás (illetve a nem túl jelentős hatás) nem igazán különbözött a három régióban, a dokumentumelemzés megfelelő módszertannak bizonyult a kutatási cél eléréséhez. Nem közvetlenül ehhez a kutatáshoz, hanem az elmúlt néhány év e-egészségügyi fejlesztési törekvéseinek értékeléséhez kapcsolódóan három háttérinterjút is készítettem ágazati szakértőkkel; ezek az interjúk segítséget jelentettek a projektek utóéletének a megítélésében.

Négy közpolitikai dokumentum részletes elemzése történt meg: az egészségügyi informatikai fejlesztési stratégiáé, az emberi erőforrások fejlesztésére vonatkozó, EU-s források felhasználását meghatározó operatív programé (HEFOP), illetve két időközi értékelésé (amelyek közül az egyik tényleges elkészülte már a projektzárás utáni időszakra esett). Miközben ezek a dokumentumok a vizsgált beavatkozásnál szélesebb területre vonatkoznak, az elemzés során a vizsgált beavatkozással kapcsolatos adatokra fókuszáltam.

A második eset egy az alapellátásra vonatkozó pilot projektet ír le, amely a Svájci Hozzájárulás támogatásával valósul meg (SH/8/1). A projekt keretében négy praxisközösséget hoztak létre. Mindegyik praxisközösség hat háziiorvosi praxist, illetve a térségben található védőnői szolgálatokat foglalja magába – ők képviselik a „régit” ellátórendszert –, kiegészülve egy új, népegészségügy orientált csapattal: két népegészségügyi szakemberrel (az egyikük koordinátori szerepben dolgozik), egy praxisközösségi nővérrel, egy gyógytornással, egy dietetikussal és egy egészségpszichológussal. A közösség bevonását, mozgósítását roma segéd-egészségőrök segítik. A csapatmunka vagy a csoportpraxis jelensége újnak számít a magyar egészségügyi rendszerben, mivel hagyományosan önálló praxisokkal találkozhatunk az egész országban. A program 2013 nyarán kezdte meg a praxisközösségi keretben megvalósított tevékenységek tényleges implementálását, és a projekt várhatóan 2016-ig tart. A disszertáció elkészítése során a praxisközösségek monitoringrendszerében keletkező, illetve a program félidei értékeléséhez gyűjtött információkat használtam fel.

Az eset elkészítése során dokumentumelemzést, félig strukturált interjúkat és statisztikai adatelemzést is végeztem. A projektben, illetve az alapellátás egészében alkalmazott formális

teljesítménymérési rendszer feltérképezése érdekében az egészségügyi ágazatra vonatkozó stratégia (a Semmelweis Terv) vonatkozó részei, a releváns projektdokumentumok, illetve az Országos Egészségbiztosítási Pénztár által működtetett háziiorvosi minőségi indikátorrendszer leírása került felhasználásra. Annak érdekében, hogy a praxisközösségek valós működését részleteiben is feltárhassuk, illetve a praxisközösségi tagok közötti kapcsolatokat megismerhessük, kvalitatív elemzés volt szükséges. A kvalitatív elemzés három részből állt:

- Helyszínlátogatás mind a négy praxisközösségnél 2014. február és április között.
- 64 félig strukturált interjú a résztvevőkkel: a mintába bekerült minden praxisközösségi koordinátor és népegészségügyi koordinátor, valamennyi „új” szakember, több háziorvos és védőnő, illetve segéd-egészségőr (az interjúk összetételét a 2. táblázat mutatja be).
- A 2014. március és szeptember közötti, a tagok által készített beszámoló dokumentumok áttekintése (amelyekből a projekt szakmai vezetése minden hónapban összesített riportokat készített).

A helyszíni látogatásokat és az interjúkat ötfős csapat végezte (Dózsa Csaba, Kiss Norbert, Kuntár Ágnes, Sinkó Eszter, Wéber András).

Praxisközösség	Praxisközösségi koordinátor	Népegészségügyi koordinátor	Háziorvos	Praxisnővér	Dietetikus	Gyógytornász
Heves	1	1	4	2	1	1
Jászapáti	1	1	2	2	-*	1
Borsodnádásd	1	1	1	2	1	1
Berettyóújfalu	1	1	2	2	-*	1

Praxisközösség	Egészség-pszichológus	Népegészségügyi szakember	Praxisközösségi nővér	Segéd-egészségőr	Közzet / iskolai védőnő
Heves	1	1	1	4	4
Jászapáti	1	1	1	6	0
Borsodnádásd	1	1	1	2	1
Berettyóújfalu	1	1	1	2	2

* Az álláshelyek nem voltak betöltve az interjúkészítés időpontjában.

2. táblázat: A praxisközösségi tagokkal készített interjúk

A félig strukturált interjúk az alábbi területekre terjedtek ki:

- Az egyes praxisközösségi tagok által végzett tevékenységek („mit csinálnak valójában”)
- A belső kommunikációs és koordinációs vonalak feltérképezése (pl. az információáramlás iránya, a praxisközösségi értekezletek szerepe)
- Hogyan egészítik ki vagy változtatják meg az új szakemberek a háziorvosok működését
- A vezetői és koordinációs szerepek érzékelése

- Mit gondolnak a résztvevők a házi orvosok szerepéről a mai magyar egészségügyi rendszerben
- Hogyan érzékelik a betegek és az egészségügyi szolgáltatók közötti kapcsolatokat (pl. a betegek terápiás döntésekbe való bevonása, a betegek compliance-ét befolyásoló tényezők)
- Informatikai eszközök használata
- A projekt keretében nyújtott képzések értékelése
- A modellben való részvétel személyes motivációi
- A pilot modell sikertényezőiről alkotott elképzelések

Statisztikai adatgyűjtésre is sor került, az adatok forrása a projektjelentések, illetve az OEP finanszírozási adatbázisa voltak. Az OEP-től származó adatok a négy praxisközösségen kívül további 158, véletlenszerűen kiválasztott, de a magyar lakosságot nem és életkor szerint reprezentáló kontroll házi orvosi praxis indikátorait is tartalmazták. A praxisközösségek tényleges működése 2013 augusztusában kezdődött, az adatsorok 2013 elejétől álltak rendelkezésre. Minden elemzést a disszertáció szerzője végzett el. Meghatározásra került az egyes indikátorértékek változása, mind a praxisközösség korábbi értékeihez, mind a kontrollcsoportban mért változáshoz képest. Ahol az indikátor egyben a projekt megvalósítás log frame mátrixában is szerepelt, ott a célértékkel is történt összehasonlítás.

3. A kutatás eredményeinek összefoglalása

3.1 A regionális e-egészségügyi fejlesztések esete

A teljesítménymérés módjára vonatkozó besorolás szerint az eset a „teljesítmények menedzsmentje” állapotra szolgált példával, a teljesítménymérési rendszer kialakítását illetően – a végrehajtásban ugyanakkor számos további probléma adódott. Az világosan látszik, hogy a közpolitikai szint tisztában van azzal, hogy „valamit kezdenie kell” a kimenetekkel és az elérendő eredményekkel is, és hogy a beavatkozásokat úgy kell megterveznie, hogy azok hozzájáruljanak az elvárt végeredmények előállításához, de a kiválasztott indikátorok alátámasztása mégsem volt megfelelő. Megfelelőbb teljesítménymutatók definiálásával a teljesítménymérési gyakorlat ugyan közelebb kerülhetett volna a „teljesítmények menedzsmentje” állapot ideáltipikus megvalósításához, azonban a közpolitika és a megvalósítás közötti magasabb szintű összehangoltság lett volna szükséges ahhoz, hogy ezt az állapotot sikerüljön meghaladni. Az alapvető kérdés az, hogy mit tanulhatunk a hálózatos megközelítésmód alkalmazásából.

Először is, vegyük a regionális hálózatok kialakításának a kérdését. Vannak olyan országok, ahol a regionális szint komoly szerepet játszhat az e-egészségügyi megoldások terjesztésében. Például Dániát, ahol az egészségügyi szolgáltatásokat regionális szinten szervezik, úttörő országnak tartják az e-egészségügyi megoldások terén. Miután számos egészségügyi informatikai projektek hajtottak végre országos szinten, éppen a regionális rendszerek inkompatibilitásával szembesültek, amire válaszul a régiók nagyobb szerepet vállaltak a programok megvalósításában (Bernstein et al., 2005). Burton et al. (2004) szintén azt hangsúlyozta, hogy regionális irányítási struktúrákra van szükség a klinikai adatok cseréjének előmozdítása érdekében. Az Egészségügyi Világszervezet, a WHO e-egészségügyi stratégiákra vonatkozó ajánlása szintén nagy hangsúlyt helyez a regionális szintre: „Miközben az e-egészségügyi stratégiák elsősorban az országok egésze számára kívánnak egészségnyereséget teremteni, a regionális szintű kooperációknak is fontos hajtóerői lehetnek, elősegítve az IKT-infrastruktúrába történő beruházásokat, illetve a kutatás-fejlesztési tevékenységeket.” (WHO, 2012, p.31) Mivel az egészségügyi szolgáltatók közötti kooperáció regionális szinten gyakoribb (és erre nagyobb szükség is van), a regionális szinten kialakított fejlesztési hálózatok gondolata alapvetően logikusnak tűnik.

Van ugyanakkor néhány előfeltétele annak, hogy a regionális szinten létrehozott hálózatok eredményesek legyenek. A közpolitikai szintnek is vannak olyan feladatai, amelyeket a regionális hálózatok nem tudnak helyette végrehajtani (ilyen például a kommunikációs protokollok standardizálása, vagy éppen a szükséges szabályozási változtatások végrehajtása). Amikor a

hálózati tagok száma magas, megfelelő hálózatiirányítási struktúra alkalmazása szükséges. Az osztott irányítás, illetve a hálózati tag által irányított hálózat modellje keveredett; ez a modell a fejlesztési projekt végrehajtása során még működőképes is lehetett, azonban a kiterjesztésre való próbálkozások során sikertelennek bizonyult. Vélhetően egy hálózatmenedzselő szervezetre és tekintélyelvű hálózati stratégia alkalmazására lett volna szükség.

	Fejlesztési hálózat	Egészségügyi ellátóhálózat
Hálózat típusa	formális	informális
Hálózatirányítás típusa	osztott irányítás / hálózati tag által végzett irányítás	önszerveződő
Időintervallum (a hálózat életciklusa)	határozott idő	határozatlan idő
Szolgáltatásnyújtó hálózat – működési jellemzők:		
Területi és feladatkörre vonatkozó konszenzus	a szervezeti IT-rendszerek modernizálása	a szereplők bizonytalan szerepe a tágabb ellátórendszerben
Ideológiai konszenzus	alapvetően informatikai problémaként kezelik	az egészségügyi ellátást támogató eszközként kezelik
Pozitív bizalmi helyzet	az előre megszabott költségvetés könnyebbé teszi az erőforrás-allokációt	a rendszer nem teljes, nem lehet bízni benne
Munkafolyamatok koordinációja	a szervezetközi információmegosztás lehetőségének kialakítása	a szervezetközi információmegosztást nem sikerült hasznossá tenni
Közpolitikai hálózat – kontextuális tényezők:		
Programkövetelmények teljesítése	rövid távú célkitűzések teljesítése megtörtént	
Társadalmi fontosság fenntartása	közpolitikai döntések halogatása	
Erőforrások folyamatos biztosítása	csak a bevezető fázishoz, a fenntartás és a kiterjesztés nem volt támogatva	
A szervezeti paradigma elfogadása/alkalmazása	a rövid távon mérhető indikátorok sikert jeleznek	

3. táblázat: Az e-egészségügyi fejlesztések hálózati jellemzői

Ha a régióban nincsen olyan erős szereplő (akár egy olyan szervezet, amely annyira domináns, hogy képes hálózati tagként irányítani a hálózatot, vagy egy hálózatmenedzselő szervezet), amely a hálózati szinten is képes változások indukálására, akkor a regionális szinten létrehozott hálózat nem lesz eredményes. Ezt az eredményt Tóth (2008) elemzése is alátámasztja, a regionális egészségügyi tanácsokra vonatkozóan: arra a következtetésre jutott, hogy a tanácsoknak nem volt megfelelő kompetenciájuk a regionális tervezési és kapacitásmentés-feladatok végrehajtására. A tanácsok működtetésének a gondolata az osztott irányítás modelljére épült, miközben 50-100 térségi egészségügyi szereplőt és más érintettet kellett volna összehangolni.

Az eset azt is demonstrálta, hogy a szervezetközi kapcsolódás lehetőségének a megteremtése nem fog automatikusan ahhoz vezetni, hogy az orvosok használni is fogják a rendszert. McClellan et al.

(2013) olyan szervezeti tényezőket írt le, amelyek az egészségügyi informatikai megoldások szervezeti bevezetése után is akadályozták az egyes orvosokat az eszközök használatában. A szervezeten belüli hálózat olyan informatikai eszköz lehet, ahol a technológiai innováció hasznosságát még nehezebb az orvosok felé bizonyítani, és azt az általuk használt szoftverekkel megfelelő módon kell integrálni. A szerzők azt is állították, hogy a pénzügyi ösztönzők csak a szervezeti szintű bevezetésre hatnak, az egyes orvosokat nem befolyásolják.

Amikor a közpolitikai beavatkozás fejlesztési projekt végrehajtására irányul, legalább kétféle hálózatot érdemes megkülönböztetni: az egyik hálózat a projekt megvalósításával foglalkozik, a másik pedig az adott térség szolgáltatásnyújtó hálózatát jelenti. Mind a közpolitikai szinthez kapcsolódó programmenedzsment, mind az egyes projektek projektmenedzsmentje alapvetően „sikerorientált” lesz, legalábbis ami a projektteljesítmény mérésére használt indikátorokat illeti. Ez a jelenség a könnyen teljesíthető outputindikátorok dominanciájához vezet. Mindeközben azonban fontos lenne a teljesítmény „szélesebb” értelmezése alapján is meghatározni a sikerkritériumokat és a teljesítménymutatókat, mégpedig olyan módon, hogy azok ne jelentsék egyben a projekt sikerességét mérő indikátorokat az értékelés során. A kimenetek és eredmények, illetve az eredményesség sokszor a közpolitikai szint felelősségi körébe tartozik. Az indikátorkészlet adott részének azt kell leírnia, hogy mit akarunk elérni az adott projektekkel, míg egy másik részének azzal kellene foglalkoznia, hogy a közpolitika hogyan képzei el az ellátórendszer működésének az átalakulását. Az is alapvető fontosságú, hogy a szolgáltatásnyújtó hálózatok tényleges működéséről minél több információ rendelkezésre álljon, és az érintetteket, valamint a leendő felhasználók körét bevonják a fejlesztési projekt követelményrendszerének a meghatározásába.

3.2 Praxisközösségi modell kialakítása az alapellátásban

Ami a teljesítménymérés módját illeti, az eset a „teljesítménymenedzsment” állapotára szolgált illusztrációval – legalábbis addig a pontig, amíg a közpolitika nem döntött úgy, hogy a pilot projekt eredményeinek a megvárása nélkül hirdeti meg az alapellátás átalakításának irányát. Ezen a ponton a közpolitikai szint és az ellátóhálózatok szintje némiképpen elszakadt egymástól, azaz a helyzet inkább a „teljesítmények menedzsmentje” típussal írható le. Azt is meg kell jegyezni, hogy a „teljesítménymenedzsment” állapot sem felelt meg tökéletesen az ideáltípusos követelményeknek, mivel az alkalmazott teljesítménymutatók körében vagy a kialakított célértékekben számos javítási lehetőségre nyílt volna tér.

Ez a pilot projekt erős jeleit mutatta a bürokratikus koordinációnak a programmenedzsment (ide értve a központi szerepkörben elhelyezkedő egyetemi szakértőket is) és a helyi menedzsmentek

között. A központi programmenedzsment erőteljes „inváziója” a helyi hálózatok menedzsmentjébe a pilot projektek sajátossága lehet. Egyfelől ez a törekvés érthető lehet, mivel jelentős érdek fűződik ahhoz, hogy az egyes helyszíneken történő megvalósítás (többé-kevésbé) ugyanarra a programra vonatkozzon. A másik oldalról ugyanakkor ez azt is jelenti, hogy a pilot projektek nem teljes körű tesztjei a majdan kiterjesztendő modellnek: amikor az egyes helyi ellátóhálózatokat „magukra hagyják”, egészen más hálózatiirányítási jellemzők jöhetnek létre ahhoz képest, mint ami a pilot projektben tapasztalható volt. Miközben a jelenleg megfigyelt gyakorlatot az osztott irányítás és a hálózatmenedzselő szervezet mixe jellemezte, egy potenciális országos kiterjesztés például nagy valószínűséggel nem foglalna magába a központi intézet által közvetlenül foglalkoztatott helyi munkavállalókat. A kiterjesztés esetében az osztott irányítási modell alkalmazása valószínűbbnek tűnik.

Praxisközösségek	
Hálózat típusa	formális, a helyi érintettekhez informális kapcsolódással
Hálózatiirányítás típusa	osztott irányítás / hálózatmenedzselő szervezet
Időintervallum (a hálózat életciklusa)	határozott (projekt időtartama)
Szolgáltatásnyújtó hálózat – működési jellemzők:	
Területi és feladatkörre vonatkozó konszenzus	az új hálózati tagok szerepei kialakulóban vannak, a házi orvosok és védőnők feladatai nagyrészt változatlanok, az új tagok által nyújtott szolgáltatásokra sokszor „extra erőforrásként” tekintenek
Ideológiai konszenzus	a célkitűzéseket leginkább külsőleg adottként, a hálózatmenedzselő szervezet által meghatározottként érzékelik a szereplők, a helyi tervezés fejletlen
Pozitív bizalmi helyzet	az új tagok felé megnyilvánuló bizalmi szint magas, a helyi önkormányzatok pozitívan fogadják a modellt, belső konfliktusok előfordulnak
Munkafolyamatok koordinációja	erőteljesen a személyes kommunikációs csatornákra épít, az IT-támogatás elégtelen, a helyi hálózat irányításában kettős vezetés érvényesül
Közpolitikai hálózat – kontextuális tényezők:	
Programkövetelmények teljesítése	a pilot projekt nem fedi le az összes korábbi közpolitikai célt, de vannak tervek a kiterjesztésre
Társadalmi fontosság fenntartása	az alapellátás általánosan rossz HR-helyezete széles körben ismert probléma, bár a konkrét modell támogatottsága még nem garantált
Erőforrások folyamatos biztosítása	a pilot program idejére biztosított, de a kiterjesztés nagy valószínűséggel egy „olcsóbb verziót” kialakítását követeli meg
A szervezeti paradigma elfogadása/alkalmazása	a hálózatmenedzselő szervezet szerepét a központi programmenedzsment játssza

4. táblázat: A praxisközösségi modell hálózati jellemzői

A hálózatos megközelítés azt is megmutatta, hogy akár négy (al)modell is elemezhető lehet az egyetlen praxisközösségi modell mellett. Az eredeti teljesítménymérési rendszer kialakítása úgy történt meg, hogy az a négy praxisközösségre ugyanazon modell négy helyszínen való végrehajtásaként tekintett (ahol persze azért egyes kontextuális tényezők eltérőek lehetnek, és e

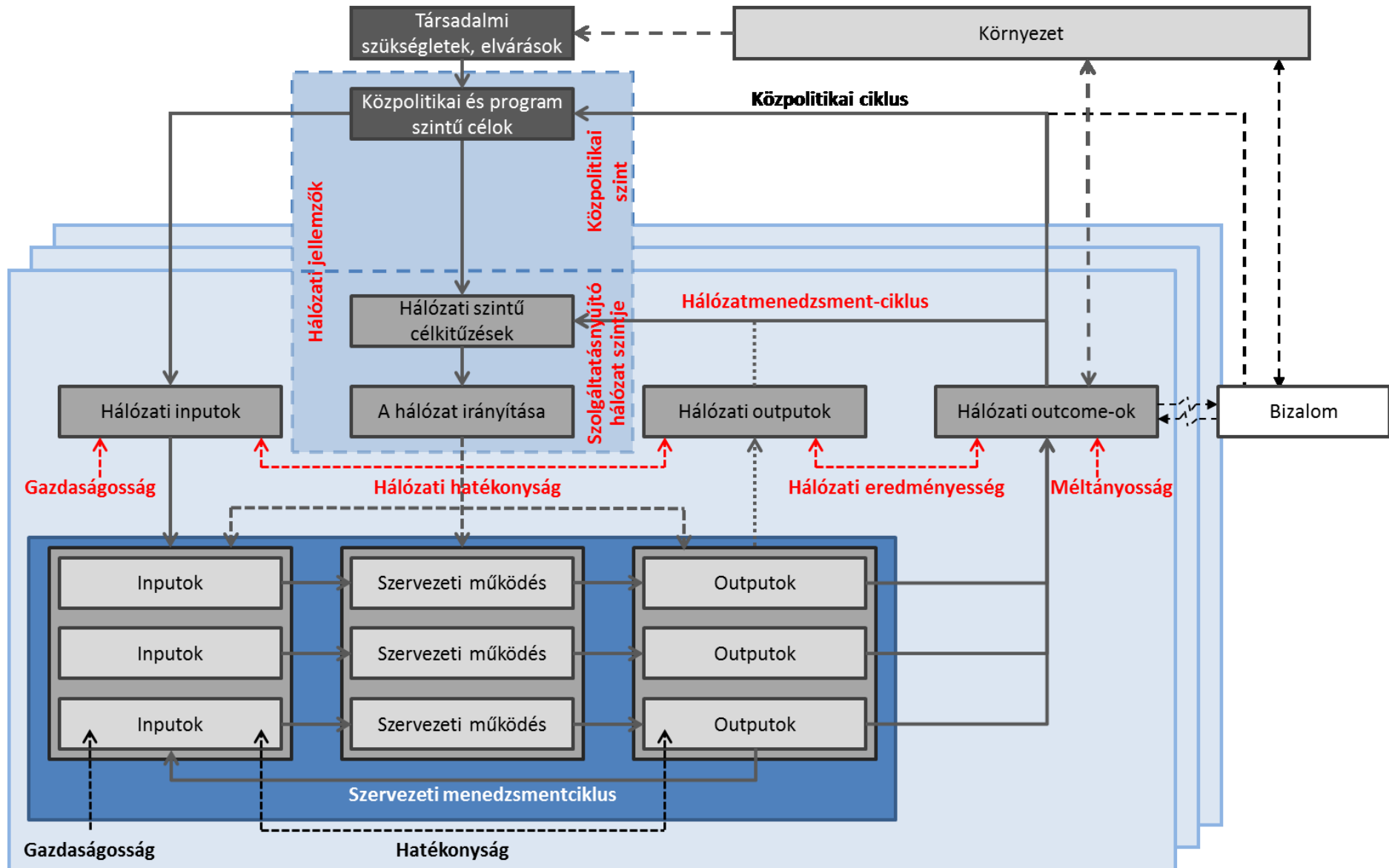
kontextuális tényezőknek az elért teljesítményre is lehet hatásuk). A hálózatalapú megközelítés azonban olyan konklúzióhoz is vezethet, hogy a négy praxisközösség az alapmodell négyféle megvalósítása, azaz a teljesítménykülönbségek értékelése során az egyes helyszíneken megfigyelhető hálózati jellemzőkre, pontosabban azok különbözőségére is érdemes figyelmet fordítani. Bár jelen elemzésben nem irányult külön figyelem az alapmodell variációinak részletes feltárására, a további kutatások során a hálózati jellemzőket magyarázó, az elért eredményeket függő változóként lehetne használni. Nem csak az orvosi vagy népegészségügyi tevékenységek költség-haszon arányát lenne szükséges megmérni a pilot projekt végén, hanem annak is van jelentősége, hogy ezeket a helyi hálózatokat hogyan irányítják.

Bár az elemzés a praxisközösségek hálózati jellemzőinek feltárására koncentrált, azt sem szabad elfelejteni, hogy az alapellátás egésze is illeszkedik valamilyen módon a teljes ellátórendszerbe. Egy többszintű hálózati irányítási megközelítés azt is értékelné, hogy a praxisközösségek hogyan illeszkednek a „nagyobb képbe”, és az alapellátás szerepének újradefiniálása hogyan változtatja meg a hálózatos működés dinamikáját a magasabb ellátási szinteket is magába foglaló rendszerben. Ha például a definitív alapellátás nagyobb hangsúlyt kapna, akkor az egyben át is rendezné a feladatok megosztásában kialakult korábbi konszenzust, új együttműködési mintákat igényelne a munkafolyamatok koordinációjában, de akár még az egészségügyi ellátórendszer alapvető céljaira vonatkozó ideológiai konszenzust is megváltoztathatná. A praxisközösségek működésére vonatkozó további kutatásoknak arra is ki kell térniük, hogy az ellátórendszer többi szereplője hogyan viszonyul a modellhez. Az ellátási területek és feladatok még jelentősebb átalakítása valósulna meg a népegészségügyi megközelítés sikeressé válásával, illetve a szociális ellátórendszerrel való esetleges integrációval. Ha a szélesebb kört lefedő integráció és együttműködés megvalósulna, akkor az akár még a modell nevét is megkérdőjelezné, tekintettel arra, hogy az most az egészségügyi ellátórendszer egyik szerepének a fontosságát emeli ki.

3.3 Elméleti következtetések

A két esettanulmány tanulságai, illetve a közszolgáltató hálózatok teljesítménymenedzsmentjéről is irányításáról szóló szakirodalom áttekintése alapján állt elő a közszférabeli teljesítménymenedzsmentre vonatkozó 4E(+T)-modell továbbfejlesztett változata. Az 1. ábra foglalja össze azt, hogy a közszolgáltató hálózatok teljesítménye – mint a mezo szinten megjelenő teljesítmény – hogyan illeszkedik a Bouckaert és Halligan (2008) által kialakított eredeti modellbe.

A hálózat a szervezeti mikro- és a közpolitikai makroszintek között jelenik meg. Az itt megjelenő hálózatok többféle típusúak lehetnek. Az e-egészségügyi fejlesztésről szóló eset egy olyan



1. ábra: A szolgáltatásnyújtó hálózatok a közsférára vonatkozó 4E(+T) teljesítménymodellben

fejlesztési projektről szólt, amelyben három regionális szintű, egészségügyi ellátókból (főként kórházakból) álló konzorcium vett részt; ugyanebben az esetben azonban további regionális szintű hálózatokat is lehetséges volt definiálni, mégpedig azokból az egészségügyi szolgáltatókból, amelyeknek a fejlesztési célok alapján az intézményközi IT-hálózatba csatlakozniuk kellett volna. A praxisközösségi pilot projektről szóló esetben szintén megtalálható volt egy a projekt végrehajtására irányuló hálózatos együttműködés, de itt az elemzés fókuszja a helyi egészségügyi ellátóhálózaton volt, illetve annak szereplőin: a házi orvosokon, a védőnőkön, a népegészségügyi és más szakembereken, illetve a segéd-egészségőrökön. Mindeközben a praxisközösségeken kívüli más helyi érintettekkel kapcsolatban is megfigyelhető volt a hálózatépítés jelensége. A két vizsgált esetben közös tulajdonsága, hogy közpolitikai szintű szereplők, illetve központi intézmények működtek együtt a projektek keretében a helyi hálózat szereplőivel.

Az elméleti következtetésekre nézve fontos megállapítás, hogy a mezo szinten belül is alaposabban átgondolt megkülönböztetést érdemes tenni. Miközben a makro szintű teljesítmény és a makro szintű szereplők országos, illetve kormányzati szinten azonosíthatóak (és az e szinten alkalmazható teljesítményindikátorok is a közpolitikák eredményeképpen előálló országos szintű értékekre vonatkoznak), a közpolitikai beavatkozások specifikus területei és a programszintű célkitűzések további központi intézményeket, ügynökségeket is magukba foglalhatnak (mint például a E-Egészségügy Programiroda vagy az Országos Alepellátási Intézet a két vizsgált esetben). Ezek a szereplők az egészségpolitika bizonyos „szeleteit” képviselik a beavatkozások vonatkozásában. Abban is érdemes lehet különbséget tenni, hogy a fejlesztési célú hálózatok másként működnek, mint a közszolgáltatói hálózatok, még akkor is, ha fejlesztési projektben részt vevő szereplők köre egyébként megegyezik az ellátóhálózat tagjaival. A fő különbség a hálózati célkitűzések előre meghatározottságában lehet és a hálózat határozott élettartamában lehet: az elvárt végeredmények a projekt kezdetén definiáltak, és a projekt végén a hálózat megszűnik létezni. A fejlesztési és ellátóhálózatok összefüggésében további kutatás indokolt.

A hálózatok – a definíciójuknál fogva – célorientáltak. A disszertáció – Isett et al. (2011) által használt definícióra építve – a hálózatot olyan célorientált, egymástól függő, de autonóm szereplők csoportjaként határozta meg, amelyek azért csatlakoznak, vagy amelyeket azért kapcsolnak össze, hogy olyan eredményeket (outcome-okat) állítsanak elő, amelyeket önmagában egyetlen szereplő sem tudna. Az egyes hálózatok által felállított célrendszer a közszektorban nem lehet független a közpolitikai szinttől, de természetesen a befolyás mértéke változó lehet. A felülről létrehozott („mandated”) hálózatok céljai inkább külsőleg, a közpolitika által befolyásoltak, miközben az

alulról létrejövő vagy önszerveződő („emergent”) hálózatok tagjai nagyobb szabadságot élveznek a közös hálózati célok meghatározásában. Mindkét vizsgált esetben volt példa mindkét mechanizmus működésére: az előre meghatározott projektcélok, az akciótervek, a központilag kialakított indikátorok és célértékek, illetve a projekt megvalósításának menetére vonatkozó részletes szabályozás korlátozta a helyi tervezést, de mindeközben a hálózatokkal szemben az is elvárás volt, hogy a többi helyi érintettel és a helyi közösségekkel kapcsolatokat építsenek. A hálózat célrendszerét bizonyos mértékig a hálózat tagjai alakítják, mindenkor figyelembe véve a hálózatos együttműködés korábbi eredményeit is (azaz azt, hogy a hálózat addig milyen eredményességgel működött). Amikor a hálózatos együttműködés újdonságot jelent a szereplők számára, akkor néhány tanulási ciklus szükséges lehet ahhoz, hogy jobban megértsék, pontosan mit kell vagy célszerű tenniük a hálózat tagjaként. Ez azt eredményezi, hogy a hálózatmenedzsment ciklikus tevékenység.

A hálózatok határainak a meghúzása nem mentes a problémáktól (Isett et al., 2011), és a hálózati tagság meghatározása az egészségügyi ellátás esetében különösen nehéz feladat lehet. Azok a szerzők, akik az egészségügyi ellátás integráltságának a javításának fontosságát hangsúlyozzák (Lyngsø et al., 2014), elsősorban olyan mechanizmusokat keresnek, amelyek az ellátórendszer tagjait a „jobb egészségi állapot” előállításának közös célja felé képesek mozgatni a hatékony működést szem előtt tartva. A hálózatot olyan koordinációs mechanizmusként is felfoghatjuk, amely a piaci és a hierarchikus koordináció között helyezkedik el, és alkalmasabb erre a feladatra. (Huxham–Vangen, 2005) A közös célkitűzések meghatározása nem egyszerű az egészségügyi hálózatokban. Az ellátók rövid és hosszú távú érdekei sokban különbözhetnek, és még ha a meglehetősen magas szintű közös cél, az „egészségi állapot javítása” jelen is van, a szereplők gazdasági érdekei és a szolgáltatásaik által lefedett ellátások köre könnyen konfliktusokhoz vezet. Az alapellátás szerepének újradefiniálása például minden bizonnyal egyensúlytalansághoz vezetne a szereplők által jelenleg uralt ellátási területeken. A közpolitikai beavatkozások arra is irányulhatnak, hogy a hálózatok kialakítását elősegítsék vagy adott esetben kikényszerítsék, mint ahogyan az például a regionális tervezési tanácsok kialakításával történt. Az is gyakori, hogy egy-egy szervezet több hálózatnak is tagja: az e-egészségügyi fejlesztésben részt vevő ellátók a regionális egészségügyi ellátóhálózat tagjai is voltak, de a praxisközösségeik is részei egy náluknál nagyobb ellátóhálózatnak. A különböző hálózatok érdekkonfliktusai, illetve eltérő elvárásai és elfogadott értékei részét képezik annak a problémának, ami miatt Milward és Provan (2006) a „hálózatban *belüli* menedzsmentet” (Management in the network) nehéz feladatnak tartja.

Azt, hogy az egyes hálózatok, illetve hálózati tagok rendelkezésére mekkora mennyiségű input áll rendelkezésre, főként a közpolitika dönti el. Ez egy eléggé transzparens döntés a fejlesztési hálózatok esetében (ahol a projekt költségvetése előre meghatározott), de sokkal problémásabb lehet a folyó kiadások fedezésére szolgáló költségvetési tervezés során. Az erőforrások egy része akár a hálózati szint rendelkezésére is állhat (feltéve, hogy van olyan jogi személy, amelyik a közös hálózati erőforrásokkal gazdálkodhat), de az egyes tagok rendelkezésére álló költségvetések összessége (azaz az „erőforrás-pool”) végső soron szintén a hálózat által megoldandó problémák érdekében használható fel. A hálózattirányítás (network governance, Kenis–Provan, 2009) egyik szerepe éppen az lehet, hogy az erőforrásokat (újra)allokálja a szereplők között, bár a közpolitikai döntések hatása ezen a szinten jelentős lehet. Az e-egészségügyi fejlesztés vagy a praxisközösségi pilot projekt esetében például a projektterv tartalmazott valamilyen erőforrás-allokációt, legalábbis a projektfinanszírozás által lefedett erőforrásokra nézve. Mindeközben a résztvevő kórházak és más egészségügyi szereplők „normál” finanszírozása nem változott. A praxisközösségi modellben az erőforrások allokációját ráadásul nagyrészt a központi szakmai és projektmenedzsment végzi (hálózatmenedzselő szereplőként fellépve), kevés mozgásteret hagyva a helyi hálózatok menedzsmentjének.

Azt, hogy a szervezeti működés keretében zajló tevékenységeket hogyan valósítják meg a szervezeti tagok, szintén befolyásolja a hálózat és a hálózattirányítás. Azt például, hogy a szervezetközi IT-rendszert milyen mértékben használják, befolyásolja, hogy milyen koordinációs eszközöket építenek be a szoftverbe, de az is, hogy a szereplők mit gondolnak az együttműködésről. Az e-egészségügyi fejlesztéseket alapvetően az intézményi szintű logika és az intézményi érdek dominálta: a kórházvezetők és az orvosok jól látták, hogy a szervezeti folyamatok működését hogyan lehet képes a projekt javítani, de a szervezetközi együttműködés előmozdításához szükség kooperáció már hiányzott a rendszerből.

A hálózattirányítás arra is irányulhat, hogy jobban meghatározza azt, hogy a hálózat egyes tagjaitól milyen outputokat kíván meg a hálózat eredményes működése. Ez az elgondolás arra az alapgondolatra épít, hogy a kívánatos eredmények (outcome-ok) csak akkor érhetőek el, ha a hálózat minden tagja képes a megfelelő outputokat előállítani. Miközben természetesen a közpolitikai szint is foglalkozik ezzel a kérdéssel, a hálózat közelebb fekszik a helyi szinthez, azaz jobban tudhatja, hogy az outputoknak pontosan milyen összetétele szükséges a helyi problémák megfelelő kezeléséhez. Mivel a közpolitika szabályrendszer is megmarad, ez nem a bürokratikus koordináció helyettesítését, hanem inkább annak a kiegészítését jelenti (Davis–Rhodes, 2000): a

helyi tervezés az egyes hálózati tagok által termelendő outputokat egyezteteti. A praxisközösségi esetben a hálózatmenedzselő szervezetnek jelentős ráhatása volt arra, hogy a helyi szereplők milyen outputokat állítsanak elő: az egészségi állapotfelmérések esetében elérendő célérték központilag adott volt, de például abban már nagyobb szabadságot kaptak a helyi hálózatok, hogy kitalálják, hogy milyen tevékenységeket végezzenek a gyógytornászok, a dietetikusok és az egészségpszichológusok.

Összefoglalva, a közszolgáltatásokra vonatkozó teljesítménymodellben a hálózatirányítás az inputok allokációjára, a „hálózatos működéssel kompatibilis” szervezeti folyamatok megteremtésére, illetve a szervezeti outputok megfelelő összetételének a meghatározására irányulhat. Ezek egyben a hálózatmenedzsment stratégiai lehetőségeinek is tekinthetőek, olyan opcióknak, amelyekből a hálózatmenedzser választhat. További kutatást igényel az a kérdés, hogy vajon ez a három opció önmagában is választható-e (azaz elképzelhető-e, hogy egy hálózatmenedzser csak a három opció valamelyikét alkalmazza a hálózat irányítása során), avagy mindig a három hálózatmenedzsment-stratégiai valamely kombinációja szükséges. Mivel a stratégia választása egyben a hálózati teljesítményt is befolyásolhatja, a kérdés további kutatása különösen fontos. Az e-egészségügyi fejlesztés az erőforrások allokációjára fókuszált, és ezekre az erőforrásokra az érintett kórházvezetők elsősorban a saját informatikai problémáik megoldására képes erőforrásként tekintettek. A projekt nem változtatta meg az ellátásszervezési folyamatokat, és nem rendezte át a szervezetek által előállított outputokat sem. A praxisközösségek kialakítására irányuló pilot jelentős mennyiségű extra erőforrást csatornázott be az alapellátásba, és el is kezdte megváltoztatni az alapellátási folyamatok működését, de – legalábbis eddig – viszonylag kicsi hatással volt a rendszer korábbi szereplői, a házi orvosok és védőnők által előállított outputokra.

Az, hogy az egyes helyzetekben milyen hálózatirányítási formát célszerű választani, széles körűen tárgyalt a szakirodalomban. (Rethemeyer–Hatmaker, 2007; Provan–Kenis, 2008; Kenis–Provan, 2009; Provan–Lemaire, 2012) Az eredményes hálózatirányítási mód számos tényezőtől függ, így például a hálózati céloktól, a résztvevők számától (a nagyobb méretű hálózatokban jellemzően valamilyen közvetítő szereplő általi irányítást – „brokered forms of governance” – használnak) vagy a hatalom hálózaton belüli eloszlásától. Az esettanulmányokban bemutatott fejlesztési, illetve pilot projektek jól meghatározott célkitűzésekkel rendelkeztek, adott életciklussal és határidőkkel dolgoztak, továbbá valamilyen közvetítő szereplőt is felvonultattak (vezető hálózati tag vagy hálózatmenedzselő szervezet formájában) a helyi döntéshozatalban alkalmazott osztott irányítási modell mellett. Amikor közpolitikai szintű döntések is szükségesek a hálózatok által megvalósított

projektek sikerességéhez (mint például a megfelelő e-egészségügyi szabályozás kialakítása vagy a házi orvosi szerepek újradefiniálása), a közpolitikai szintre közvetlenül bekötött hálózatmenedzselő szervezet előnyös forma lehet. Ha azonban ez a szereplő a közpolitikai szinten nem képes a felmerült problémákat kezelni, akkor ez a helyi hálózatok teljesítményére is rossz hatással van.

A megfelelő hálózatrányítási módok és hálózatmenedzsment-stratégiák kiválasztását befolyásoló hálózati jellemzők mind a helyi együttműködések, mind a közpolitikai szintű támogatás jellegétől függenek. A hálózati jellemzők feltérképezésére a Benson (1975, 1982) és Hudson (2004) által megalkotott kategorizálást használta a két esettanulmány. A helyi közszolgáltató hálózatok jellemzésére használt dimenziók (a területre és felelősségre vonatkozó konszenzus, az ideológiai konszenzus, a pozitív bizalmi viszony, illetve a munkafolyamatok koordinációja) megfelelőnek bizonyultak a hálózati teljesítményt befolyásoló tényezők leírásához. Az elvégzett elemzések azt is demonstrálták, hogy a helyi hálózati jellemzők nem függetlenek a közpolitikai szinttől (Rethemeyer–Hatmaker, 2007): a közpolitikai szint által nyújtott támogatásnak komoly értéke van a helyi szintek számára. Miközben az eddigi irodalom (Milward–Provan, 2006; Provan–Lemaire, 2012) alapján is ismert, hogy a résztvevő szervezetek vezetői által végzett „hálózaton *belüli* menedzsment” (Management in the network), illetve a hálózatmenedzser által végzett hálózatmenedzsment (Management of the network) is rendelkezik a maga nehézségeivel, egy harmadik menedzsmentszerepet is érdemes lehet elkülöníteni: ez a „hálózatok érdekében végzett menedzsment” (Management for the network). Bár a helyi szolgáltatásnyújtó hálózatok bizonyos hálózati jellemzői határozottan javíthatóak a hálózati tagok által (például a bizalomépítés kiemelt fontosságú), a közpolitikai szintnek is van feladata: azt, hogy a közpolitika-alkotó vagy az általa megbízott központi intézmény, ügynökség mit tud tenni a helyi szintű hálózatok (illetve ezek összessége) érdekében, a „hálózatok érdekében végzett menedzsment” fogalmával írhatjuk le.

A Benson és Hudson modelljének alkalmazásával kapcsolatos gyakorlati tapasztalatok alapján világos, hogy a releváns hálózati jellemzők mérhetőségének javítása érdekében még további kutatásokra van szükség. Csakúgy, mint annak a feltérképezésére, hogy ezek a jellemzők hogyan befolyásolják egymást: például a bizalom csökkenő szintje ronthatja a szervezetközi munkafolyamatok koordinációját, vagy megakadályozhatja a szereplőket abban, hogy az ellátási területeikre és felelősségeikre vonatkozóan új (az elérendő kimenetek szempontjából kívánatosabb) belső megállapodásra, konszenzusra jussanak. A további kutatások során vizsgálható hálózati jellemzőket nem tünteti fel az 1. ábra, mivel ezen a téren is további kutatások szükségesek. Azt azonban, hogy a közpolitikai és a szolgáltatásnyújtó hálózatok teljesítménye összefügg

(Rethemeyer–Hatmaker, 2007), a két esettanulmány megfelelően demonstrálta. Ha úgy tekintünk a hálózatokra, mint a hierarchikus és a piaci koordináció alternatívájára, és szándékosan hozunk létre hálózatos megoldásokat azért, hogy a rendkívüli komplexitású, nehezen kezelhető („wicked”) problémákkal megbirkózzanak, vagy hogy a hálózatos működés eredményeképpen jobb kimeneti eredményeket érjenek el, akkor voltaképpen azt is megfogalmazhatjuk elvárásként a közpolitika-alkotó felé, hogy a létrehozott hálózatok számára megfelelő támogatást is nyújtson. Ebből következően a hálózatok érdekében végzett menedzsment nem opcionális tevékenység; a közpolitika sikere azon múlik, hogy a szolgáltatásnyújtó hálózatok összessége (azaz a „hálózatok populációja”) milyen teljesítményt nyújt.

Ami a hálózatok esetében alkalmazható teljesítménymutatókat illeti (azaz a közszférabeli teljesítmény „szélességét”, lásd Bouckaert–Halligan, 2008), a két esettanulmány erre is szolgáltat néhány illusztrációval. Ha figyelembe vesszük azt, hogy a szervezeti outputok olyan módon függenek össze, hogy együttesen hatnak a hálózattól várt eredménymutatókra (outcome-okra), akkor a teljesítmény „szélességének” az első két eleme, a gazdaságosság és a hatékonyság olyan elemek lesznek a hálózatos együttműködések esetében is, amelyek elsősorban a szervezeti szintű teljesítmény mérésére irányulnak. Az esetek azt is megmutatták, hogy a szervezeti szintű gazdaságossági és hatékonysági mutatók „felösszegzése” a hálózati teljesítmény gazdaságosságának és hatékonyságának a jellemzésére is megfelelő lehet. A hálózat kimeneti (outcome) mutatói, illetve az eredményesség, tovább a méltányosság meghatározása is ilyen módon történt a vizsgált esetekben. Ha azonban elfogadjuk azt az alapvetést, hogy a hálózattól várt eredményeket önmagában egyik szereplő sem tudta volna előállítani, akkor ez az indikátorképzési gyakorlat megkérdőjelezhető. Természetesen az is egy lehetséges magyarázat lehet, hogy a vizsgált esetek még a hálózatosodás korai szakaszát képviselik, ezért a valódi hálózati szintű teljesítménymutatók kialakítása még nem történt meg. Ezzel együtt is a praxisközösségi esetben több olyan példát is találhattunk, amely a probléma jelentőségét érzékelteti: számos – például a krónikus betegek ellátásának minőségére vonatkozó – teljesítménymutató akkor javítható, ha az ellátási folyamat hálózaton belüli koordinációja javul, a háziorvoston kívüli más ellátók jobb bevonásával, sőt még a szociális ellátórendszerrel való együttműködésnek is van hatása az indikátor alakulására. Ez utóbbi feladat tipikusan olyan feladat, amelynek a végrehajtására a hálózat megfelelőbb forma, mint az önálló háziorvosi praxis vagy a centralizált bürokrácia. A helyi szintű ellátóhálózatok teljesítményének mérésére alkalmas indikátorok kialakítása egyben ahhoz is közelebb vihet minket, hogy az érintettekkel való együttműködés mutatószámai is kialakításra kerüljenek, amit Bouckaert

és Halligan (2008) a „teljesítménykormányzás” („Performance Governance”) ideáltipikus formájának jellemzői közé sorol.

Az esetekben szereplő adatok, illetve jellemzők kapcsán egy lehetséges alternatív értelmezést is számba kell venni: elképzelhető-e az, hogy a 4E teljesítménymodellben a hálózatokat egyszerűen mikro szintű szereplőként kezeljük? Ha a fejlesztési projekteket, illetve praxisközösségeket egy egyszerű szervezethez hasonló módon tudnánk kezelni a teljesítménymodellben, akkor a teljesítménymérés problémája is sokkal egyszerűbbé válna. Az e-egészségügyi fejlesztések esetében azonban éppen az volt az egyik központi probléma, hogy a térségi egészségügyi ellátóhálózatnak nem minden tagja volt egyben a fejlesztési projekt részese is, és később a projekt elért eredményei nem is szolgáltattak elég motivációt ahhoz, hogy a kimaradók csatlakozzanak az informatikai hálózathoz. A praxisközösségek esetében a háziorvosok és a védőnők – azaz a rendszer korábbi szereplői – alapvetően megtartották egyéni praxisaikat (és a praxis egyéni gazdálkodását), és még ráadásul a hálózatmenedzsert sem menedzsernek vagy vezetőnek hívják, hanem koordinátornak. Az általános egészségügyi finanszírozási szabályok – a háziorvosi minőségi indikátorrendszerrel együtt – továbbra is az egyéni praxisok szintjére vonatkoznak. Ha a praxisközösség egészét kezelnénk a modellben mikroszintű szereplőként, akkor éppen ezeket a jelenségeket nem tudnánk tanulmányozni, és a praxisközösségi hálózatok belső működésére vonatkozó hálózati jellemzők rejtve maradnának a közpolitika-alkotás elől.

Az elvégzett kutatásnak van néhány magától értetődő korlátja is. Az empirikus elemzés a magyar egészségügyi rendszer kontextusában született, ennél fogva az eredmények általánosíthatósága más országok egészségügyi rendszereire vagy más közszolgáltatások működésére korlátozott. Mindkét tanulmányozott eset egyben fejlesztési projekt is volt, amelyet külső fél (az EU, illetve a Svájci Alap) finanszírozott. A fejlesztési projektek során létrehozott hálózatoknak jól meghatározott célrendszere és előre tervezett „élettartama” van, továbbá a projektterv által lefektetett mutatószámok „leszállítása” érdekében erőteljes „sikerorientáció” jellemző az együttműködésre (legalábbis a szükséges indikátorértékek eléréséig). Mindkét vizsgált eset ugyanakkor olyan projekttagokat vonultatott fel, akik az egészségügyi ellátóhálózatnak is tagjai, de nem zárható ki, hogy a „tisztá” szolgáltatásnyújtó hálózatokra más jellemzők (is) érvényesek. A kutatás középpontjában a közpolitikai beavatkozások (mint az elemzés egysége) álltak, de természetesen az esetek megfelelő értelmezéséhez a tágabb közpolitikai kontextus is releváns lehet: a kormányzatok általában nem elszigetelt jelenségként értelmezik az egyes beavatkozásokat, illetve azok célrendszerét, hanem valamilyen „intézkedési csomag” elemeként. Az orvosok egyéni, személyes

szintje szintén kimaradt az elemzésből. Mivel az ellátási folyamatok összehangolása sokszor az interperszonális, kollégák közötti kapcsolatrendszeren múlik, a jövőben a társadalmi hálózatok elemzési módszereinek alkalmazása is hozzájárulhat a jelenségek jobb megértéséhez. Végül a közösségi bizalom jelenségét, illetve ennek jelentőségét nem sikerült tetten érni a vizsgált esetekben. A bizalom fontos jellemzője a hálózatok működésének, és a hálózati tagok egymás iránti bizalmi szintje fontos befolyásoló tényezője a hálózati teljesítménynek. Azt ugyanakkor, hogy az ügyfelek és a helyi közösségek ellátóhálózatok iránti bizalma hogyan alakul, illetve milyen kapcsolat van a hálózatok által előállított eredmények (outcome-ok) és a közösségi bizalom között, nem sikerült az elemzés során feltérképezni. A bizalom elemzésből való kizárása nem előre elhatározott módon történt, hanem inkább annak a következménye, hogy a közösségi bizalmi szinttel kapcsolatban nem állt rendelkezésre semmilyen információ.

3.4 Tanulságok a közpolitikai szint számára

A kutatás eredményei kapcsán néhány tanulság a hazai egészségpolitika-alkotás számára is megfogalmazható. A kutatás részben leíró, részben exploratív jellege miatt ezekre a tanulságokra nem szabad közpolitikai ajánlásként tekinteni, sokkal inkább az egészségpolitika számára érdekes további kutatási, értékelési kérdések megfogalmazásához való hozzájárulásról van szó.

A két esetben leírt teljesítménymérési gyakorlat a „teljesítmények menedzselése” („Managements of Performances”) állapotnak felel meg (Bouckaert–Halligan, 2008). A közpolitikai szintre és a szolgáltatásnyújtó hálózatok szintjére vonatkozó teljesítménymérési rendszerek jobb integrációja kívánatos lenne. Az outputok és a kimenetek (outcome-ok) megfelelő definiálása alapvető fontosságú, és a jövőben nagyobb mértéken tudna építeni a hálózatos megközelítésmód eredményeire. A helyi szintű ellátóhálózatok szintjének és szerepének meghatározása, a velük szemben támasztott teljesítményelvárások kialakítása, illetve a hálózatos működést támogató közpolitikai beavatkozások hozzájárulhatnak a közpolitika-megvalósítás jobbításához. A hálózatos működés szempontjából fontos, hogy az egyes hálózatok határait hogyan definiáljuk: úgy tűnik például, hogy a regionális szinten kialakított hálózatok nem tudtak eredményesen működni (amiben lehetett szerepe a tradíció hiányának, de az elégtelen közpolitikai szintű támogatásnak is).

Hogy a jövőbeli, alapellátásra vonatkozó reform során hogyan határozzák meg a hálózati határokat, mindenképpen fontos eleme kell legyen a teljesítményelvárások kialakítására vonatkozó gondolkodásnak. Egy ilyen átalakítás során a hálózatok részére adott támogatást („management for the networks”) is komolyan kell venni. Ha hálózatok kialakítására kerül sor, akkor a hálózati tagok

és a hálózatmenedzserek számára biztosított megfelelő támogatás – ráadásul a bürokrácia és a hierarchikus megoldások rigiditását elkerülő módon biztosított támogatás – elengedhetetlen. Ha a praxisközösségi modell kiterjesztésre kerül, akkor is az a legvalószínűbb, hogy egy „olcsóbb megoldás” mellett fog dönteni az egészségpolitika. Ebből következően az, hogy a jelenlegi pilot modell működését ne csak az egészség-gazdaságtan és a technológiaértékelés standard módszereivel vizsgáljuk, de a szervezeti és a szervezetközi hálózatok működésére vonatkozó szakirodalmi eredményeket is felhasználjuk, nagy potenciállal bír a szakpolitika-alkotás irányába. Annak az elemzése, hogy az egészségügyi ellátók (és akár a szociális ellátás) feladatmegosztására vonatkozó „hagyományt” megváltoztató praxisközösségek hogyan illeszkednek az ellátórendszer tágabb képébe, szintén érdekes kérdés a szélesebb körű implementáció előtt.

Az is látszik a feldolgozott esetekből, hogy a hazai EU-s (és más) fejlesztési projektek sok esetben valójában szakpolitikai problémák megoldásával foglalkoznak (legyen szó akár az e-egészségügyi megoldások terjedéséről vagy az alapellátás megreformálásáról). Azt azonban nem szabad elfelejteni, hogy a fejlesztési projektek belső logikája, azaz az előre meghatározott célrendszer és a projektindikátorok teljesítésére irányuló „sikerorientáció” mind a hálózati tagokat, mind a közpolitikai szereplőket a könnyen teljesíthető célértékek felé mozdítja, ami közben a fejlesztések által várt valódi kimeneteket (outcome-okat) hajlamosak szem elől téveszteni. Még ha ez az erőteljes „projektlogika” nem is írható felül, a hosszabb távra vonatkozó közpolitikai célokból és stratégiákból célszerű lehet egy olyan terv (roadmap) összeállítása, amely a szolgáltatásnyújtó hálózatok jövőbeli kívánt működésmódját írja le (azaz nem elégséges, ha csak maguknak a fejlesztési beavatkozásoknak van akciótervük vagy roadmap-jük). A megoldandó probléma különösen nehéz lehet azokban az esetekben, amikor a hálózatos módon megvalósuló projektektől valójában eleve azt várják el, hogy járuljanak hozzá a közpolitika-alkotáshoz.

4. Hivatkozások

- Addicott, R. – Ferlie, E. – McGivern, G. (2007): The Distortion of a Managerial Technique? The Case of Clinical Networks in UK Health Care. *British Journal of Management*, Vol. 18, No. 1, pp. 93-105. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-8551.2006.00494.x>
- Ahgren, B. – Axelsson, R. (2005): Evaluating integrated health care: a model for measurement. *International journal of integrated care*, Vol.5, Jul-Sep
- Benson, J.K. (1975): The Inter-Organizational Network as a Political Economy. In: *Administrative Science Quarterly*, 20, pp. 229-249. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/2391696>
- Benson, J.K. (1982): A Framework for Policy Analysis. In: D.L. Rogers – D.A. Whetton (ed.): *Interorganisational Coordination*, Ames: Iowa State University Press
- Berry, F.S. – R.S. Brower – S.O. Choi – W.X. Goa – H.S. Jang – M. Kwon – J. Word (2004): Three Traditions of Network Research: What the Public Management Research Agenda Can Learn from Other Research Communities. In: *Public Administration Review*, Vol. 64, No. 5, pp. 539-552. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6210.2004.00402.x>
- Bernstein, K. – Bruun-Rasmussen, M. – Vingtoft, S. – Andersen, S.K. – Nøhr, C. (2005): Modelling and implementing electronic health records in Denmark. *International Journal of Medical Informatics*, Volume 74, Issues 2–4, pp. 213-220. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2004.07.007>
- Bouckaert, Geert – Halligan, John (2008): *Managing Performance – International Comparisons*. Routledge, London.
- Burton, L. C. – Anderson, G. F. – Kues, I. W. (2004): Using Electronic Health Records to Help Coordinate Care. *Milbank Quarterly*, Vol. 82, Issue 3, pp. 457-481.
- Dankó, Dávid – Kiss, Norbert – Molnár, Márk – Révész, Éva (2005): Az IBR alulnézetből – egy terepkutatás eredményei. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, Vol.4, No.5., pp. 8-14.
- Davis, G.C. – Rhodes, R.A. (2000): From hierarchy to contracts and back again: reforming the Australian public service. In: Keating, M.S. – Wanna, J. – Weller, P.M. (2000, eds): *Institutions on the Edge: Capacity for Governance*. St Leonards: Allen & Unwin
- Dózsa, Csaba (2010): A kórházak stratégiai válaszai a változó környezetre Magyarországon a 2000-es években. Ph.D. értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem.
- Eisenhardt, K.M. (1989): Building theories from case studies research. *Academy of Management Review*, Vol. 14, No. 4, pp. 532-550. DOI: <http://dx.doi.org/10.5465/AMR.1989.4308385>
- Herranz, Joaquín, Jr. (2010): Network Performance and Coordination: A Theoretical Review and Framework. *Public Performance & Management Review*, Vol. 33, No. 3, pp. 311–341. DOI: <http://dx.doi.org/10.2753/PMR1530-9576330301>
- Hudson, B. (2004): Analysing Network Partnerships. In: *Public Management Review*, Vol. 6, No.1, pp. 75-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14719030410001675740>
- Huxham, C. – Vangen, S. (2013): *Managing to collaborate: The theory and practice of collaborative advantage*. Routledge.
- Isett, Kimberley R. – Mergel, Ines A. – LeRoux, Kelly – Mischen, Pamela A. – Rethemeyer R. Karl (2011): *Networks in Public Administration Scholarship: Understanding Where We Are and*

- Where We Need to Go. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 21, Issue suppl 1, pp. i157-i173 DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jopart/muq061>
- Kenis, Patrick – Provan, Keith G. (2009): Towards an exogenous theory of public network performance. *Public Administration*, Vol. 87, No. 3, pp. 440-456. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01775.x>
- Lecy, Jesse D. – Mergel, Ines A. – Schmitz, Hans Peter (2014): Networks in Public Administration: Current scholarship in review. *Public Management Review*, 16.5, pp. 643-665. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2012.743577>
- Lyngsø, A. M. – Godtfredsen, N. S. – Høst, D. – Frølich, A. (2014): Instruments to assess integrated care: A systematic review. *International journal of integrated care*, Vol.14, Jul-Sep
- McClellan, S. R. – Casalino, L. P. – Shortell, S. M. – Rittenhouse, D. R. (2013): When does adoption of health information technology by physician practices lead to use by physicians within the practice?. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 20(e1), e26-e32. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136/amiajnl-2012-001271>
- Milward, H. Brinton – Provan, Keith G. (2006): *A Managers' Guide to Choosing and Using Collaborative Networks*. IBM Center for the Business of Government, Washington DC.
- OECD (2011): *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*, OECD Publishing. DOI: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
- OECD (2012): *Health at a Glance: Europe 2012*, OECD Publishing. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>
- Orosz, Éva (2013): Az egészségügyi rendszerek kihívásai a gazdasági válság időszakában. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, Vol. 51., No. 1., pp. 1-11.
- O'Toole, L.J. (1997): Treating Networks Seriously: Practical and Research-Based Agendas in Public Administration. In: *Public Administration Review*, Vol. 57, No. 1, pp. 45-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.2307/976691>
- Provan, Keith G. – Kenis, Patrick (2008): Modes of Network Governance: Structure, Management, and Effectiveness. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 18., Issue 2., pp. 229-252. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jopart/mum015>
- Provan, Keith G. – Lemaire, Robin H. (2012): Core concepts and key ideas for understanding public sector organizational networks: Using research to inform scholarship and practice. *Public Administration Review* 72.5, pp. 638-648. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6210.2012.02595.x>
- Rethemeyer, R. Karl – M. Hatmaker, Deneen (2007): Network Management Reconsidered: An Inquiry into Management of Network Structures in Public Sector Service Provision. *Journal of Public Administration Research and Theory*, Vol. 18, Issue 4, pp. 617-646. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/jopart/mum027>
- Sinkó, Eszter (2009): Diszfunkcionalitások a magyar egészségügyben. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, Vol. 8., No. 7., pp. 7-10.
- Strandberg-Larsen, M. – Krasnik, A. (2009): Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *International Journal of Integrated Care*, Vol. 9, 4 February
- Tóth, Árpád (2008): Regionalitás az egészségügyben – helyzetkép. *Informatika és Menedzsment az Egészségügyben*, Vol. 7., No. 4., pp. 7-10.

- Turrini, Alex – Cristofoli, Daniela – Frosini, Francesca – Nasi, Greta (2010): Networking Literature About Determinants Of Network Effectiveness. Public Administration Vol. 88, No. 2, pp. 528-550. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9299.2009.01791.x>
- West, D.M. (2005): E-Government and the Transformation of Service Delivery and Citizen Attitudes. Public Administration Review, Vol. 64., No. 1., pp.15-27. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-6210.2004.00343.x>
- WHO (2012): National eHealth strategy toolkit. World Health Organization and International Telecommunication Union.
- Yin, R.K. (2009): Application of Case Study Research. 4th ed. Sage.

5. A témakörrel kapcsolatos saját publikációk

Hazai referált szakmai folyóirat

- Bodnár Viktória, Dankó Dávid, Drótos György, Kiss Norbert Tamás, Molnár Márk, Révész Éva Erika (2006): The Performance of Local Health Provision Networks - The Case of the Hungarian Managed Care Organizations. *Society and Economy*, Vol. 28, No. 2, pp. 117-136.
- Uzzoli Annamária - Bakacs Márta - Gémes Katalin - Kiss Norbert Tamás - Kövi Rita - Vitrai József (2010): Az egészségügyi ellátás területi egyenlőtlenségei Magyarországon. *Comitatus: Önkormányzati Szemle* 195., 27-35.
- Uzzoli Annamária - Vitrai József - Bakacs Márta - Gémes Katalin - Kiss Norbert Tamás - Kövi Rita (2011): A lakóhelytől függ az esély a jobb minőségű ellátásra – Az ellátáshoz való hozzáférés területi egyenlőtlenségei Magyarországon, a szürkehályogműtétek példáján. *Tér és Társadalom*, 25. évf., 2., 88-105.
- Kiss Norbert Tamás (2012): Az Egészségbiztosítási Felügyelet kórházi minőségmérési rendszerének tapasztalatai. *Egészségügyi Gazdasági Szemle* 3, 35-38.
- Kiss Norbert - Tőkey Balázs (2013): Az egészségbiztosítási jogviszony szabályozásának fő kérdései. *Jogtudományi Közlöny*, 68. évf. 1. sz., pp.29-38.

Idegen nyelvű könyv, könyvfejezet

- Kiss Norbert (2014): Public Policy Making and Organization of Public Services. In: Kádár Krisztián (szerk.): *Good Governance – International Dimensions*. Budapest: Nemzeti Közszolgálati Egyetem. pp.155-169, ISBN 978-615-5491-78-8

Magyar nyelvű könyv, könyvfejezet

- Kiss Norbert (2009): Várólisták és betegfogadási listák kezelése. In: Kovácsy Zs. (szerk.): *Az egészségügyi jog nagy kézikönyve*. Complex, 2009. pp.339-370. ISBN:978-963-295-214-7
- Bán Andrea - Kiss Norbert (2009): Minőségügy, minőségfejlesztés. In: Kovácsy Zs. (szerk.): *Az egészségügyi jog nagy kézikönyve*. Complex, 2009. pp.339-370. ISBN:978-963-295-214-7
- Antal Zsuzsanna, Drótos György, Kovács Gergely, Kiss Norbert Tamás, Révész Éva Erika, Varga Polyák Csilla (2011): *Közszolgálati szervezetek vezetése: Egyetemi jegyzet*. Budapest: Aula Kiadó. ISBN:978 963 339 000 9
- Kiss Norbert (2012): Várólisták, betegfogadási listák In: Dósa Á. - Kovácsy Zs. (szerk.): *A vállalkozó orvosok nagy kézikönyve*. pp.339-370. Complex, Budapest. ISBN : 978-963-295-214-7
- Kiss Norbert (2014): Közpolitika-alkotás és a közszolgáltatások szervezése. In: Kaiser Tamás (szerk.): *Hatékony közszolgálat és jó közigazgatás – nemzetközi és európai*

dimenziók. Budapest: Nemzeti Közzolgálati Egyetem. pp. 113-128, ISBN 978-615-5491-37-5

Egyéb idegen nyelvű publikáció

- Révész Éva Erika, Kiss Norbert Tamás, Drótos György, Bodnár Viktória (2004): From a written strategy to manageable performance: Analysis of motivations to implement performance management systems in public sector organizations. Fourth International Conference on Performance Measurement and Management - PMA 2004 - Public and Private. 2004. július 28-30, Edinburgh, UK. ISBN: 0 9533761 3 3
- Kiss Norbert Tamás (2011): Results of the „Performance of Governance” project. 56th meeting of EUPAN Directors General. 23-24 June, 2011, Gödöllő.
- Kiss Norbert (2012): Enhancing performance in multi-level public networks. Public Management Research Conference: Seeking Excellence in a Time of Change. Shanghai, 26 May, 2012
- Kiss Norbert (2013): Using e-health solutions for improving the performance of health care networks. ASPA 2013 Annual Conference, New Orleans, March 15-19, 2013

Egyéb magyar nyelvű publikáció

- Kiss Norbert Tamás - Révész Éva Erika (2005): Teljesítményértékelés másképp. Kórház No.4, p.23.
- Dankó Dávid, Molnár Márk, Kiss Norbert Tamás, Révész Éva Erika (2005): Az IBR alulnézetből - egy terepkutatás eredményei. IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, No. 5, pp.8-14.
- Dankó Dávid, Kiss Norbert Tamás, Molnár Márk, Révész Éva Erika (2006): A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCs alapú finanszírozás kontextusában. I.rész. IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, No. 8, pp.20-28.
- Dankó Dávid, Kiss Norbert Tamás, Molnár Márk, Révész Éva Erika (2006): A teljesítményvolumen-korlát hatásai a kórházak magatartására a HBCs alapú finanszírozás kontextusában. II.rész. IME: Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, No. 9, pp.5-12.
- Kovácsy Zsombor - Kiss Norbert Tamás (2009): Százhuszezer adat a magyar egészségügyről: az Egészségbiztosítási Felügyelet minőségi indikátorrendszere. Orvostovábbképző Szemle 12, pp.12-19.
- Kriston Vízi Gábor, Kiss Norbert, Nagy Zsolt (2010): A hazai PET/CT-ellátás értékelése. IME : Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 9. évf., Egészség-gazdaságtani különszám, pp.18-22.
- Bán Andrea, Gémes Katalin, Kiss Norbert, Nagy Zsolt (2010): Az in vitro fertilizáció hazai piacának vizsgálata. IME : Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 9. évf., Egészség-gazdaságtani különszám, pp.23-29.
- Vitrai J, Bakacs M, Gémes K, Kiss N, Kövi R, Uzzoli A (2010): Egyenlőtlen esélyek szürkehályog műtétre Magyarországon. Egészségtudomány, 64:(3) p. 61.

- Gémes Katalin, Kiss Norbert Tamás, Kriston Vízi Gábor (2011): Az interneten elérhető minőségügyi információk szerepe a beteg tájékoztatásban: Tanulságok a minőségi indikátorrendszer eddigi működése alapján. IME : Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 10:(Egészség-gazdaságtani különszám), pp. 45-49.
- Vitrai József, Bakacs Márta, Gémes Katalin, Kiss Norbert Tamás, Kövi Rita, Uzzoli Annamária (2011): Egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés egyenlőtlenségei Magyarországon. IME : Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 10:2, pp.12-16.
- Kiss Norbert Tamás - Kriston Vízi Gábor - Vitrai József (2011): A kábítószer-probléma kezelésével összefüggő szolgáltatások fejlesztése: A kistérségi modell adaptációja regionális szintre, becslési eljárások, összesítési technikák kidolgozása. Kutatási jelentés. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet, Budapest.
- Kiss Norbert (vezető értékelő), Csité András, Elek Péter, Forrai Erzsébet, Kaposvári Csilla, Nagy Zita Éva, Prókai Orsolya, Sörös Anett, Timár András, Tóth Ágnes, Váradi Balázs, Varga Márton (2013): Egészségügyi tárgyú NSRK-fejlesztések értékelése. Értékelési jelentés. Nemzeti Fejlesztési Ügynökség.