

HOLLÓSY-VADÁSZ GÁBOR<sup>1</sup>

## A Balanced Scorecard paradigma az egészségügyben

## The Balanced Scorecard in public health care

## Absztrakt

*Elméleti dolgozatunkban a Balanced Scorecard (röviden BSC) paradigma működését vizsgáljuk meg az egészségügyben. A dolgozatunk legelején ismertetjük BSC paradigmát, majd rátérünk arra, hogyan működik a gyakorlatban. Ezt követően olyan kutatásokat idézünk, melyek azt vizsgálták miként is működik a BSC a nemzetközi egészségügyben. Bemutatunk: angol, amerikai, svéd és spanyol kutatásokat. Majd áttekintjük az itthon e témakörből végzett releváns kutatásokat, illetve röviden kitérünk a hazai jogszabályokra. A dolgozat utolsó részében pár alternatív kutatási területet vázolunk fel, illetve érvelünk a BSC paradigma hazai bevezetése mellett.*

*Kulcsszavak: Balanced Scorecard (BSC), egészségügy, teljesítményértékelési rendszer, BSC perspektívák, állami szféra.*

## Abstract

*Our theoretical essay introduces the BSC in public health care. Firstly, I cover the BSC and its special features in functioning in public sector. Secondly, I cite some studies from the international literature which provide us an overview how BSC is applied in foreign countries. In this case, I cite some American, British, Swedish and Spanish articles. Thirdly, I present the Hungarian legal environment of performance evaluation of public health care. Finally, I make suggestion to introduce the BSC in Hungarian public health care and to conduct some researches.*

*Key words: Balanced Scorecard (BSC); health care, performance evaluation system, perspectives of BSC, public sector*

---

<sup>1</sup> Nemzeti Közszerológiai Egyetem, Közigazgatás-tudományi Doktori Iskola, doktorandusz - National University of Public Service, Doctoral School of Public Administration Sciences, PhD student, E-mail: [hvaszq@gmail.com](mailto:hvaszq@gmail.com), ORCID: 0000-0001-5555-4922

# HADTUDOMÁNYI SZEMLE

2017. X. évfolyam 1.

## ELMÉLETI BEVEZETŐ

A Balanced Scorecard (röviden BSC; magyarul: Kiegyensúlyozott Stratégiai Mutatószámrendszer) paradigmát Kaplan és Norton (1992) fejlesztették ki a szervezetek teljesítményének a mérése céljából. 12 céget vizsgáló kutatásuk alapján a vezetők a pénzügyi, vagy az operatív intézkedésekre tették a hangsúlyt. A szerzők szerint a kettő közötti egyensúlyra kell törekedni. Az egyensúly megtalálást megkönnyítendő a kutatók kidolgozták BSC-t. A paradigma tartalmazza az alábbi szempontokat: 1) pénzügyi nézőpontot, vagyis milyen a cég pénzügyi helyzete, hogyan látják a részvényesek a szervezetet. 2) belső üzleti szempont, vagyis a szervezetnek miben kell a legjobbnak lennie. 3) innováció és tanulási perspektíva, vagyis a szervezet hogyan tud a jövőben fejlődni és értéket előállítani. 4) fogyasztói perspektíva, vagyis a fogyasztók hogyan látják a céget. Mind a négy szemponthoz kapcsolódóan meg kell határozni a célokat és az ezekhez kapcsolódó intézkedéseket. Az előbbiekhöz Niven (2008) hozzá teszi, hogy mind a négy szempont szoros kapcsolatban állnak a stratégiával. A harmadik szempontot átnevezi: munkavállalói tanulás és növekedésre.

Niven (2008) szerint a fenti modellt számos szervezet átvette, illetve alkalmazta a for-profit, non profit és az állami szférában. A továbbiakban az utóbbival foglalkozunk. Az állami szférában BSC előtt már mérték a szervezetek teljesítményét. Ezek közül az egyik a Government Performance and Results Act (GPRA; Kormányzati teljesítmény és eredmény törvény), ami 1993-ban vezettek be az USA-ban. Ennek értelmében a szervezeteknek meg kellett határozniuk saját küldetésüket, az eredményekhez kapcsolódó célkitűzéseket, a belső teljesítmény mutatókat és ki kellett dolgozniuk a módszertant, amivel ezt mérni tudták. A következő The President's Management Agenda (PMA; Elnöki menedzsment agenda), amit 2002-ben vezettek be. Az agenda három alapelve épült, melyek: 1) a fókusz az állampolgáron legyen és ne a bürokrácián, vagyis a közigazgatás a polgárok igényeinek feleljen meg. 2) eredmény centrikusság. 3) váljon piac alapúvá és aktívan segítse azt. A három alapelv öt stratégiai fontosságú innovációban jelenik meg, melyek: 1) humán menedzsment. 2) versenyképes erőforrás beszerzés. 3) pénzügyi teljesítmény javítása. 4) E-kormányzás kiszélesítése. 5) költségvetési és teljesítmény integráció.

Niven (2008) bemutatja, hogy a BSC paradigma alapján a verseny és az állami szférában működő szervezetek miben térnek el egymástól. 1) a szerző szerint az állami szféra esetében az eredeti Kaplan és Norton (1992) BSC modellt ki kell egészíteni azzal, hogy állami szervezetek másfajta misszióval rendelkeznek, mint a versenyszférában jelenlévő cégek. A versenyszférában a szervezetek egyik fő-törekvése, hogy kielégítsék a részvényesek igényeit, azaz növeljék a profitot. Ezzel szemben az állami szférában a misszió egy magasabb dimenzióhoz kapcsolódik, pl. növekedjen a közbiztonság. A fogyasztói perspektíva szintén eltér az állami szférában és a magánszférában. Az állami szférában a fókusz az ügyfél igényeinek a kiszolgálásán van, azért, hogy a szervezet teljesítse a küldetését. A versenyszférában, ezzel ellentétben, a fókusz azért van az ügyfélen, hogy ezáltal a szervezet bevételt termeljen, ezzel kielégítse a részvényesek elvárásait. 2) az állami szfé-

# HADTUDOMÁNYI SZEMLE

2017. X. évfolyam 1.

rában az is egy fontos kérdés, hogy ki az ügyfél, kit kell a szervezetnek kiszolgáltatni. Erre a kérdésre azért is nehéz válaszolni, mert rengeteg különböző csoportot érint pl. eltérő csoportok tervezik meg a szolgáltatás végrehajtását, mások fizetik meg ennek a költségeit és mások a szolgáltatás nyertesei. A kérdés megválaszolását nehezítő második tényező, hogy az állami szférában az ügyfél meghatározása relatív, mindig azokra vonatkozik, akiket az adott szerv szolgál. A szerző szerint erre az a válasz, hogy az ügyfelek a választók, mivel ők a nyertesei a politikai tevékenységeknek, vagyis politikusok a választók igényeit próbálják meg kielégíteni. 3) a belső mechanizmusuk meghatározása írja le, milyen belső elvárásokat kell teljesíteni. Az ügyfél perspektívája alapján lehet meghatározni, hogy az ügyfél mit vár el, illetve mi az, amit jól csinál a szervezet az ügyfél bizalmának az elnyerése céljából. Ehhez kapcsolódnak azok a belső mechanizmusok, melyek leírják, hogyan érheti el a szervezet, hogy az ügyfél bizalma növekedjen.

A fentieket Johansen (2001) azzal egészíti ki, hogy BSC paradigmának a közszolgáltatón belül három felhasználási területét különíti el. Az első szerint BSC egy sokoldalú eszköz, amit a fejlesztésben is lehet használni, valamint segítségével ki lehet választani a megfelelő teljesítmény mutatókat. A második terület szerint az információszerzés mindig költséges, viszont BSC paradigmával el lehet dönteni, mely mutatókat érdemes bevonni a teljesítmény értékelésbe, ezzel kiadásokat lehet csökkenteni, illetve ki lehet zárni, hogy teljesítménnyel kapcsolatban irreleváns információk is bekerüljenek az értékelésbe. A harmadik terület a menedzsment által kontrollált tájékoztatása a tulajdonosoknak, a beosztottnak és a vezetőknek.

## BALANCED SCORECARD FELHASZNÁLHATÓSÁGA AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN: NEMZETKÖZI PÉLDÁK

Az elméleti bevezetőt követően olyan tanulmányokat mutatunk be melyek BSC paradigma működést kutatták az egészségügyben. Voelker, Rakich, French (2001) elméleti bevezetőjükben kiemelik, hogy a BSC paradigma egyik alapfeltételezése a minőség folyamatos javítása. Az egészségügyi vezetők a működéssel kapcsolatban rengeteg információt kapnak, de nehéz megtalálniuk azokat az információkat, melyek a stratégiai döntések meghozatalához szükségesek. Erre jelent megoldást a BSC paradigma. A szerzők szerint ez is hozzá járult ahhoz, hogy az USA-ban, illetve a világon sok egészségügyi intézményben, pl. kórházakban bevezették a BSC-t. Ehhez Bisbe és Barrubés (2012) hozzáteszi, hogy BSC népszerűsége az egészségügyben főként az utóbbi évtizedben nőtt meg. Voelker, Rakich, French (2001) a BSC paradigma népszerűségét arra vezetik vissza, hogy sok különböző szereplő elvárását figyelembe tudja venni. A szereplők az egészségügy esetében: betegek, hozzátartozók, munkáltatók, munkavállalók és szabályozók. Az egészségügyi szervezeteknél a jelentések gyakran kétirányúak, vagyis tartalmazzák a klinikai kezelések kimenetét, illetve az ehhez fűződő költségeket. A jelentések kihagyják azokat az információkat, melyek a szervezet stratégiai céljainak elérése szempontjából kritikusak. A kutatók megjegyzik, hogy számos egészségügyi szervezetben azért nem hatékony a BSC paradigma

# HADTUDOMÁNYI SZEMLE

2017. X. évfolyam 1.

alkalmazása, mert nem találunk ok-okozati összefüggéseket az intézkedések és a szervezeti perspektíva között.

A továbbiakban empirikus kutatásokat idézünk. Grigoroudis, Orfanoudaki és Zopounidis (2012) kutatásnak fő célja, hogy kidolgozzanak egy olyan BSC alapú teljesítményértékelést, amit eredményesen lehet használni az egészségügyben. A kórház, amiben bevezették a modellt Észak-Görögországban található, kapacitását és színvonalát tekintve a kutatók szerint másod vonalba sorolható. Fontos megjegyezni, hogy általában az állami szférában így az egészségügyben is a szervezeteknek nincsenek versenytársaik (pl. kisváros egyetlen kórháza), a stratégiai célok elérésében reflektíven működnek, fontos a misszióteljesítés, valamint hangsúlyosak a hosszú távú célok. Eredményeik: 1) a kórháznak a pénzügyi likviditása nem stabil. A kórházi vezetésének a jövőben nagyobb figyelmet kellene fordítani arra, hogy a kórház profitábilis legyen. 2) a fogyasztói perspektíva BSC-en belül szintén alacsony, mivel a kórház nem tudja elérni stratégiai szempontból egyik legfontosabb célkitűzést: azaz az ügyfelek (jelen esetben betegek) elvárása és a szolgáltatás színvonala nem találkozik. A szerzők erre példaként a várakozási időt, illetve a hospitalizáció hosszát említik. 3) a menedzsment a teljesítményt úgy akarja növelni, hogy csökkenti a többlet készleteket. A szerzők szerint növelni kellene a kórházi ágyak kihasználtságát, illetve hatékonyabb humán menedzsment rendszert kellene alkalmazni. 4) innováció és tanulási perspektíván a kórház jól teljesített, bár a kórház vezetése majdnem kizárólagosan csak az informatikai rendszerek megújításával foglalkozott. A szerzők szerint az innovációt ki kellene terjeszteni egyéb faktorokra is.

Egy másik kutatás az Egyesült Királyságban (továbbiakban UK) vizsgálta meg BSC bevezethetőségét (Chang, Lin, & Northcott, 2002). A kutatás idején a brit Labour<sup>2</sup> kormány vezetett be egy újfajta teljesítményértékelési rendszert az egészségügyben, amit PAF-nek (Performance Assessment Framework) neveztek el, ami a BSC paradigmán alapult. A PAF az alábbi dimenziókat tartalmazza: 1) egészség javítása. 2) igazságos hozzáférés, vagyis egészségügyi ellátás legyen hozzáférhető mindenki számára kortól, nemtől és lakóhelytől függetlenül. 3) ezeknek megfelelő egészségügyi rendszerkialakítása. Ez arra utal, hogy az egészségügyi ellátásnak meg kell fellelnie bizonyos standardoknak. 4) hatékonyság. 5) a betegek tapasztalata, vagyis a betegek és a gondozók véleménye alapján az egészségügyi ellátás színvonalának értékelése, illetve az egyéni igények figyelembevételének az elemzése. 6) az ellátás kimenetele: az egészségügyi rendszer hozzájárulása az általános egészségügyi állapot javulásához. Fontos megjegyezni, hogy az egészségügyi rendszer sajátos jellegéből adódóan több érdekcsoport igényeinek is meg kell felelnie, pl. betegek, klinikusok, vezetők és politikusok. Az eredmények szerint PAF nem egy tipikus BSC-re épülő teljesítményértékelési rendszer, mivel BSC implicit fő célja, hogy a tulajdonosok vagyona növekedjen, addig a PAF fő célja, hogy növelje a népesség egészségi állapotát. Egyes kimeneti mutatók duplikáltak (pl. rákban elhalálozottak száma megjelenhet a kime-

<sup>2</sup>Az európai angol helyes írás szerint Labour. Az ausztrál angol szerint már Labor-nak kell írni.

# HADTUDOMÁNYI SZEMLE

2017. X. évfolyam 1.

neteli mutatóként önmagában, illetve az összes haláleset számban), míg más mutatók nem jelennek meg a halálesetek csökkentésében, pl. fogászati beavatkozások. Ez azért fontos mert a halálesetek száma az egészségügyi rendszer egyik fő teljesítmény mutatója. Ezek mellett PAF a BSC elveknek megfelelően ok-okozati összefüggést tételez fel a folyamatok és kimeneteli mutatók között. A kutatók szerint ezt az összefüggést az egészségügy tekintetében nem kellene biztosnak venni, hiszen e-mögött az egészségügyi rendszer komplex működése áll.

Az alábbi kutatás az USA-ban vizsgálta BSC működését. Curtright, Stolp-Smith és Edell (2000) a Mayo Klinikán elvégzett vizsgálata alapján a klinika költségvetésének tervezést legjelentősebben a járóbeteg ellátás befolyásolta. Második megállapításuk szerint a klinika nagy hangsúlyt helyezett a klinikai adatbázist fejlesztésére. Ez elérhető volt a gyakorlati klinikummal foglalkozók, illetve az intézményi vezetők számára. Ezek mellett a menedzsment nem csak a hagyományos értelemben vett teljesítménymutatókat mérte, pl. pénzügyi nyereség, klinikai produktivitás, hanem az egyes osztályokon mérték a dolgozók és betegek elégedettségét is. A kutatók megállapítják: 1) az egészségügyön belül a teljesítmény értékelési rendszer megváltozása időt igényel, illetve fontos, hogy felsővezetők is támogassák az ügyet. 2) teljesítményértékelésez kapcsolódóan szükséges az informatikai rendszerek átalakítása. 3) „Multiple Audiences” (magyarrá nehezen fordítható ezért az eredeti kifejezést használjuk, szó szerinti fordítás: összetett közönség) arra utal, hogy egészségügy sok szereplős. Számolni kell a betegekkel, a dolgozókkal, felsővezetőkkel, a finanszírozóval (általában az állam) és magával a szervezettel is, pl. kórházzal. Emiatt az eredményeknek bemutatathatóknak, áttekinthetőeknek és mindenki számára könnyen érthetőeknek kell lenniük.

A fentiekben angolszász kutatásokat idéztünk, ezért lentebb bemutatunk egy spanyolt kutatást. Bisbe és Barrubés (2012) szerint Spanyolországban a kórházak 28%-a egyáltalán nem használta BSC-t, míg 52% használta, de alacsony hatékonysággal. A szerzők szerint a spanyol egészségügyben a BSC paradigma pénzügyi nézőpontját ki kell tágitani. Ez alatt a szerző azt értik, hogy az egészségügyben nemcsak a pénzügyi nyereségét kell nézni, hanem a szervezet teljes eredményét kell figyelembe venni. Ennek alapján egy szervezet sikerességét meg lehet ítélni pénzügyi szempontok alapján, illetve az alapján, hogy mennyiben járult hozzá a társadalom egészségi állapotának a javulásához. A szerzők szerint BSC elméletek első generációja a különböző perspektívák (pénzügyi nézőpont, belső üzleti szempont, innováció és tanulási perspektíva, fogyasztói perspektíva) egyensúlyára törekedtek. A második generációs BSC elméletek már a főntebbi szempontokat hierarchikus sorrendbe szervezték és nem törekedtek egyensúlyra. A klasszikus felfogás szerint az egészségügyben letről felfelé az alábbi perspektívák figyelhetők meg: innováció és tanulási perspektíva, belső üzleti szempont, fogyasztói perspektíva, pénzügyi nézőpont. Az újabb elméletek a hierarchia legfelső szintjére két egyenrangú nézőpontot helyeznek melyek: pénzügyi nézőpont és fogyasztói perspektíva. Más elméletek szerint az egészségügyben a négy perspektíva mellett ki kell alakítani egy ötödiket is, ami a szervezet missziójára és céljára utal és ezt a nézőpontot a pénzügyi elé helyezik.

# HADTUDOMÁNYI SZEMLE

2017. X. évfolyam 1.

Észak-európai országok kutatásai közül egy svéd kutatást mutatunk be. Kollberg és Elg (2010) azt vizsgálta meg, hogy három különböző egészségügyi intézmény (egy közép-svédországi, egy dél-svédországi és egy észak-svédországi) miként kezdte használni a BSC-t. Mindhárom intézmény más célból vezette be a BSC-t. A kutatás főkérdése: Svédországban az állami egészségügyi intézmények miként használják a BSC-t. A szerzők első megállapítása, hogy a BSC képes kiegyensúlyozni a különböző perspektívákat. E-mögött az a mechanizmus húzódik meg, hogy a svéd egészségügy jó színvonalú szolgáltatást nyújtson a polgároknak. Ennek következtében a pénzügyi perspektíva háttérbe szorul, nem emelkedik ki a többi közül. A szerzők második megállapítása, hogy a BSC képes egyensúlyt teremteni a különböző szervezeti feladatok vagy szerepek között. A BSC használatával jobban láthatóvá válnak a különböző csoportok (pl. ápolók) elvárásai. Megállapítják, hogy a BSC-t nem csak a vezetői szinten lehet eredményesen használni, hanem az operatív szinten is, ahol az ellátás történik, illetve az információ keletkezik, pl. mekkora az ápolók és a beteg aránya. A szerzők harmadik megállapítása: a BSC képes egyensúlyt teremteni a fejlesztési tevékenységek között. A BSC által jobban megállapítható, hogy teljesítményt hol és hogyan kell fejleszteni. Emiatt a kutatók azt feltételezik, hogy a BSC egy minőség ellenőrzési eszközként is használható.

## A BALANCED SCORECARD A HAZAI EGÉSZSÉGÜGYBEN

Az irodalmi áttekintést követően kijelenthető, hogy viszonylag kevés tanulmány vizsgálta BSC- működését a magyar egészségügyben. Az egyik ilyen tanulmány Kovács és Pataki (2013) cikke, akik azt mutatják be, hogyan működik a külföldi egészségügyi intézményeknél a BSC paradigma. Sajnos magyar intézményeket nem mutatnak be. A másik kutatás az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (2006) tanulmánya, amely UK egészségügyi rendszerének az ismertetése során tér ki az ottani BSC-re. Az előbb idézett a publikációk nem a magyar egészségügyet vizsgálják, ezért részletesen nem mutatjuk be őket.

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről jelenleg is hatályos jogszabály, ami egészségügyet szabályozza. A törvény szerint a miniszter feladata: „meghatározza az egészségügyi rendszer teljesítményértékelésére vonatkozó részletes szabályokat, a teljesítményértékelés intézményrendszerét, az egyes indikátorok meghatározásának és gyűjtésének, valamint az egészségpolitikai döntéshozatal során az értékelések felhasználásának szabályait” [150§ (1) i.]. Vagyis a Törvényhozó a Miniszter feladatai közé sorolja a teljesítmény értékelési rendszer kidolgozását. Ezzel csak részben értünk egyet az alábbi okok miatt: 1) azzal egyetértünk, hogy az egészségügyhöz kapcsolódó jogszabályok megalkotásért mindig az aktuális miniszter a felelős, ezért ezeket neki kell előkészíteni, de csak széleskörű szakmai egyeztetést követően szabad benyújtania az országgyűlésnek. 2) azzal már nem értünk egyet, hogy a teljesítményértékelés indikátorait is központilag és egységesen, jelen esetben a tárca vezetője határozza meg. Ennek az az oka, hogy eltérő intézményeket szerintünk nem lehet ugyanazokkal a teljesítmény indikátorokkal mérni. Pl. egy krónikus belgyógyászatra specializálódott intézmény esetében teljesen más teljesítmény-

# HADTUDOMÁNYI SZEMLE

2017. X. évfolyam 1.

mutatók alkalmazandók, mint az intenzív terápiára, vagy egy baleseti sebészetre specializálódott intézmény esetében. A fentebb hivatkozott törvény az egészségügyi teljesítmény értékelést nem fejti ki részletesebben, így BSC-re sem tér ki. A legújabb egészségüggyel kapcsolatos kormányrendeletben sem tesznek említést a teljesítményértékelésről (205/2016. (VII. 21.) Korm. rendelet). A fentiek alapján a magyar egészségügyben a BSC-t nem alkalmazzák, illetve bevezetésére a jogszabályok sem kötelezik az intézményeket.

Mivel a magyar egészségügyet nem vizsgálták meg abból a szempontból, hogy van-e olyan intézmény, amely BSC-t működtet, ezért bemutatunk egy másik tanulmányt, ami az egészségügyben használt értékelési rendszereket vizsgálja. Takács (2015) szerint 2008 és 2010 között az EBF (Egészségbiztosítási Felügyelet) gyűjtötte az egyes intézmények értékelési indikátorait és tette közzé a saját honlapján. A rendszer fő célja az volt, hogy a nyilvánosság bevonásával (honlapon közzétett adatokkal) elősegítse a szolgáltatás színvonalának az emelkedését. 2007-től az egészségügyi tárca a MEES (Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok) rendszeren keresztül tette lehetővé a vizsgálatát annak, hogy az adott szervezet megfelel-e az előírt elvárásoknak. A klinikáknak speciális helyzetükből fakadóan (az egyetem a fenntartójuk) a MAB (Magyar Felsőoktatási Akkreditációs Bizottság) értékelési rendszerének is meg kellett felelniük. A főntebbi értékelési rendszerek külső értékelési módszernek tekinthetők. Ezen azt értjük, hogy egy egészségügyi intézménynek, egy másik szervezet által alkotott értékelési rendszernek kell megfelelniük. A belső értékelés egyik példája a betegelégedettségi felmérés, melynek során azt vizsgálják, hogy betegek mennyire vannak megelégedve az ellátással.

## MIÉRT LENNE HASZNOS A BSC ALKALMAZÁSA A MAGYAR EGÉSZSÉGÜGYBEN?

A fentiek alapján kijelenthető, hogy a magyar egészségügyben jelenleg nem alkalmazzák a BSC paradigmát. Az alábbiakban azzal foglalkozunk, hogy miért lenne hasznos a BSC paradigmát bevezetni a magyar egészségügybe. A fentiek alapján a jogszabályok a miniszter feladatai közé sorolják a szervezeti teljesítményértékelést. A jogszabály ezt úgy teszi, hogy közben nem nevezi meg az a módszertant, amit az egészségügyben használni kellene. Ezért lehet az, hogy elmúlt 15 évben több értékelési rendszert is bevezettek, illetve használtak (lásd. Takács, 2015). Érdemes lenne, egy egységes elméleti rendszert használni, amit később intézmény sajátosságoknak megfelelően lehetne adaptálni. Egyik ilyen módszertan lehetné a BSC paradigma. Ez azért is lenne hasznos, mert képes több nézőpontot egyesíteni (Kaplan, & Norton, 1992), így nem lenne szükség arra, hogy több különböző értékelési rendszert alkalmazzanak egy időben az intézmények. Ezek mellett külföldön már bebizonyították, hogy a paradigma használható az egészségügyben is. Így a paradigma adaptálását nem kellene teljesen ellőről kezdeni, elég lenne a más országokban már egészségügyre transzformált módszertant a magyar rendszer sajátosságaihoz igazítani. Amennyiben sikerülne bevezetni az egészségügyben egy BSC-re alapuló értékelési rendszert, úgy az egyes intézmények összehasonlítása is könnyebbé válna, mind hazai, mind nemzetközi szinten.

A BSC paradigma alkalmas még arra, hogy az egészségügyi intézmények vezetői számára a releváns információkat gyűjtsön össze, ami megkönnyíti a döntéshozatalt (Voelker, Rakich, & French, 2001). Ennek az ismeretében a jelenleg bevezetésre kerülő új egészségügyi bérezési rendszer (amennyiben szükségessé válik) korrekcióját eredményesebben lehetne végrehajtani, ha BSC modell segítségével releváns információkat tudnának szolgáltatni az intézmények a minisztérium számára. Grigoroudis, Orfanoudaki és Zopounidis (2012) kiemeli, hogy a BSC paradigma használatával meg lehet vizsgálni, hogy egy kórház mennyire képes kielégíteni a betegek elvárásait. Ezt is érdemes lenne itthon megvizsgálni, illetve az intézmények működést a kapott eredmények függvényében módosítani. UK-ban már létrehoztak egy BSC-re alapuló teljesítmény értékelési rendszert, illetve ellenőrizték a megbízhatóságát (Chang, Lin, & Northcott, 2002). Ezt szerintünk itthon is meg kellene vizsgálni, mivel eddig magyar kutatók egyáltalán nem vizsgálták a BSC működést a hazai egészségügyben, így az erre épülő intézményekre specializált teljesítményértékelést sem. Azt is meg kellene vizsgálni, hogy magyar kórházak a BSC paradigmán belül, melyik nézőpontra teszik a hangsúlyt, illetve miért. Ez már megtörtént az USA-ban a Mayo klinikán (Curtright, Stolp-Smith, & Edell, 2000). Kollberg és Elg (2010) megemlíti, hogy a BSC alkalmazásával a különböző perspektívák (ezzel együtt a különböző szereplők elvárásai) képesek kiegyenlítődni. Meg kellene vizsgálni, hogy a hazai intézmények, melyik perspektívára helyezik a fő hangsúlyt, kinek az elvárásainak akarnak megfelelni.

A fentiek alapján látható, hogy a BSC paradigmát számos szempont miatt érdemes lenne kipróbálni, illetve kutatni a magyar egészségügyben. Szerintünk ez azért is lenne időszerű, mert jelenleg a kormányzati ciklus egyik fő célkitűzése az egészségügy átalakítása. Ehhez egy olyan értékelési rendszert kellene bevezetni, ami releváns információkkal tudja ellátni a döntéshozókat, illetve a sokszereplős egészségügyben képes lenne kiegyenlíteni a különböző érdekcsoportok elvárásait.

#### IRODALOMJEGYZÉK

1. 1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. pp. 1-146. (online) letöltve 2016 10. 16. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=99700154.TV](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=99700154.TV)
2. 205/2016. (VII. 21.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatások Egészségbiztosítási Alapból történő finanszírozásának részletes szabályairól szóló 43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet és az egyes egészségügyi dolgozók és egészségügyben dolgozók illetmény- vagy bérnövelésének, valamint az ahhoz kapcsolódó támogatás igénybevételének részletes szabályairól szóló 256/2013. (VII. 5.) Korm. rendelet módosításáról. Hatályos Jogszabályok Gyűjteménye. pp. 1-13. letöltve 2016 10. 16. [http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy\\_doc.cgi?docid=A1600205.KOR&timeshift=ffffff4&txreferefer=00000001.TXT](http://net.jogtar.hu/jr/gen/hjegy_doc.cgi?docid=A1600205.KOR&timeshift=ffffff4&txreferefer=00000001.TXT)
3. Bisbe, J., & Barrubés, J. (2012): The Balanced Scorecard as a Management Tool for Assessing and Monitoring Strategy Implementation in Health Care Organizations. *Española de Cardiología (English Edition)*, 65(10), pp. 929-927.



4. Chang, L., Lin, S. W., & Northcott, D. N. (2002): The NHS Performance Assessment Framework: A "balanced scorecard" approach? *Journal of Management in Medicine*, 16(5), pp. 345-358.
5. Curtright, J. W., Stolp-Smith, S. C., & Edell, E. S. (2000): Strategic Performance Management: Development of a Performance Measurement System at the Mayo Clinic. *Journal of Healthcare Management*, 45(1), pp. 58-68.
6. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet (2006): Javaslat a kórházak tevékenységének minőségét bemutató indikátorokra. /online/ letöltve 2016. 10. 15.  
[http://www.eski.hu/new3/politika/zip\\_doc\\_2006/minosegi\\_indikatorok.pdf](http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2006/minosegi_indikatorok.pdf)
7. Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E., & Zopounidis C. (2012): Strategic performance measurement in a healthcare organization: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega*, 40, pp. 104–119.
8. Johansen, A. (2001): Balanced scorecard: theoretical perspectives and public management implications. *Managerial Auditing Journal*, 16(6), pp. 319-330.
9. Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (1992): The Balanced Scorecard-Measures that Drive Performance. *Harvard Business Review*, 70(1), pp. 71-79.
10. Kollberg, B., & Elg, M. (2010): The practice of the Balanced Scorecard in health care services. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 60(5), pp. 427-445.
11. Kovács, A., & Pataki, L.(2013): A Balanced Scorecard alkalmazási lehetőségei az egészségügyben. *Magyar internetes agrárinformatikai újság*, 16(178) (online) letöltve 2016 10. 15.  
[http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zL66FXv7XtIJ:miau.gau.hu/miau/178/posztar\\_pataki\\_kovacs.doc+&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:zL66FXv7XtIJ:miau.gau.hu/miau/178/posztar_pataki_kovacs.doc+&cd=1&hl=hu&ct=clnk&gl=hu)
12. Niven, P. L. (2008): *Balanced Scorecard Step-By-Step For Government And Nonprofit Agencies*. John Wiley & Sons, Inc. Hoboken New Jersey USA.
13. Takács, T. (2015): A közszolgálati szervezetek értékelési módszereinek osztályozása. *Vezetéstudomány*, 46(3), pp. 45-56.
14. Voelker, K. E., Rakich, J. S., & French, G. R. (2001): The Balanced Scorecard in Healthcare Organizations: A Performance Measurement and Strategic Planning Methodology. *Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare*, 79(3), pp. 13-24.